

n° 44

2004



Plaidoyer pour
les jeunes laissés
à l'abandon

Un réseau à développer

PRISME

Association des
centres jeunesse
du Québec



La revue PRISME, fondée en 1990.

prisme
PRISME
prisme
PRISME
prisme
n°44

Comité éditorial:

Jean-François Bélair, Patricia Garel,
Louisiane Gauthier, Alain Label, Martin St-André

Secrétaire de rédaction:

Denise Marchand

Comité consultatif:

Pierre Asselin, Louise Baillargeon, Luc Blanchet, Marc-André Bouchard,
Rose-Marie Charest, Dominique Cousineau, Luce Des Aulniers, Yvon Gauthier,
Daniel Jacques, Gloria Jeliu, Ridha Joobier, Michèle Lambin, Marc Laporta,
Marc-Yves Leclerc, Michel Lemay, Nicole Leroux, Jean-Pierre Pépin (rédacteur en chef
fondateur), Jean-François Saucier, Angeles Toharia

Correspondants:

J.A. Barriguete (Mexico), M. Elkaïm (Bruxelles), B. Golse (Paris), A. Guédeney (Paris),
J.Y. Hayez (Bruxelles), P. Huerre (Paris), M. Keren (Tel Aviv), D. Lauru (Paris),
F. Molénat (Montpellier)

Infographie : Madeleine Leduc

Conception de la page couverture : Espresso communication design

Révision et correction des épreuves: Denise Marchand

Responsable du site internet: Louis Luc Lecompte

Diffusion: Luc Bégin

Abonnements: Thérèse Savard

Comité administratif: Patricia Garel, Marc Girard, Gratien Roussel

Distribution en librairie: (Québec) Prologue Inc.
(Europe) CEDIF/Casteilla (France), Vander (Belgique), Servidis (Suisse)

La publication de PRISME est assurée par les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Les articles de la revue sont répertoriés dans : **Base Pascal de l'INIST – Repère de la SDM**

La revue PRISME est membre de la SODEP.

PRISME bénéficie de l'appui financier des organismes suivants:

Eli Lilly Canada Inc.
Organon Canada Litée

© Hôpital Sainte-Justine 2004

ISBN: **2-89619-018-X**

Dépôt légal:

Bibliothèque Nationale du Québec, 2005
Bibliothèque Nationale du Canada, 2005



n°44
2004

prisme
prisme
PRISME
PRISME
sommaire
s o m m a i r e
n°44

6 **Introduction** - Patricia Garel, Jean-Pierre Hotte

10 **Ouverture** –Témoignage de Sébastien, accompagné par Dr Michel Lemay

TRAVAUX DU FORUM ABANDON

18 Historique du Forum Abandon, d’hier à aujourd’hui. – **Claude Bilodeau**

24 **L'état de la question** – Faits et constats. – **Jean Boislard**

30 Synthèse des travaux en atelier et propositions. – **Michel Lemay**

42 A propos de la formation de base des professionnels oeuvrant en protection de la jeunesse : insuffisances et lacunes. – **Jacques Vachon**

48 Écoute, perfectionnement et soutien : une chaîne de solidarité humaine à créer.
– **Michel Doucet**

54 Plaidoyer pour l’enfance. – **Luc M. Malo**

68 **Échos du post-colloque** – Le choc de la réalité. – **Jean Boislard**

79 Rêve d’un jeune face au système de protection. – **Michel Lemay**

INTERVENTIONS DES GROUPES DE RÉFLEXION

84 Styles d’attachement, apport des neurosciences et défis de l’intervention.
– **Gloria Jeliu**

92 Témoignage de l’expert et principe de l’intérêt de l’enfant. – **Hugues Létourneau**

104 Des jeunes laissés à l’abandon par une société en quête de cohérence. – **Réal Lajoie**

122 Visages d’adolescents laissés à l’abandon Ou de l’abandon... comme un délaissement.
– **Michel Doucet**

Plaidoyer pour les jeunes laissés à l'abandon: Un réseau à développer

Coordination : Michel Lemay et Jean Boislard

EXPÉRIENCES NOVATRICES

- 136** La Clinique d'attachement, un modèle de consultation en petite enfance. — **Yvon Gauthier**
- 152** Le carnet de voyage à travers ma vie. « J'aimerais pouvoir me dire plus tard que j'ai été capable de me créer un avenir! » — **Sylvie Drapeau, Gilles Bégin, Marie-Claude Godin, Martine Bernard, Hélène Landry, Cécile Charbonneau, Yvan Laprise**
- 170** « On m'abandonne, je m'abandonne...? » L'expérience d'un centre de jour pour les jeunes de la rue. — **Sylvain Flamand, Diane Aubin**
- 185** Un enfant choisit ses parents adoptifs. — **Nicole Audet**

ABANDON ET RÉSILIENCE

- 198** Abandon et tuteurs de résilience. — **Boris Cyrulnik**
- 204** La résilience au risque du succès. — **Michel Manciaux**
- 216** Appartenance culturelle et résilience : un processus dynamique. — **Sylvaine De Plaen**
- 230** Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. — **Michelle St-Antoine et Suzanne Rainville**
- 248** Carences primaires et facteurs de risque de dépression post-natale maternelle. — **Michel Lemay**
- 264** Comment survivre quand on travaille dans la protection de l'enfance? — **Maurice Berger**

CHRONIQUES

- 284** *Livres Lus* — **Réal Laperrrière, Diane Morin**
- 298** *Il était une fois...* La révolte des coloriés. — **Marie-Hélène Routisseau**

Odyssées

Abandon, repéré au XII^e siècle (mais probablement antérieur) provient de l'ancienne expression : mettre à bandon «mettre au pouvoir de...». Le mot français 'abandon' désigne d'abord l'action de renoncer à une chose en la mettant au pouvoir de quelqu'un.

Forum, emprunté au XIII^e siècle au latin *forum*. D'abord mot de l'Antiquité, il désigne par figure, tout lieu où l'on discute des affaires publiques.

Odyssée, pris comme nom commun (1798) est l'emploi extensif du nom propre *Odyssée*, titre d'un poème homérique célèbre consacré aux aventures d'Odysseus, en français, *Ulysse*. Le nom repris au sens de «récit de voyage aventureux» s'emploie surtout pour «voyage plein de péripéties».

Robert, Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey

Les définitions sont ici au centre des questions : définitions des problèmes; définitions des moyens et des actions nécessaires selon la compréhension non pas nouvelle mais enrichie par les données neurobiologiques récentes; définitions des interventions thérapeutiques utiles ou dangereuses; définitions du rôle des différents acteurs en jeu... De quoi parlons-nous, pour qui, à qui parlons-nous? Le thème de l'abandon des enfants est un sujet d'ordre public. C'est ce que nous rappelle d'emblée le «*Forum Abandon*», démarche de réflexion initiée par quelques-uns préoccupés du devenir de ces enfants, mais qui nous concerne tous: intervenants en santé mentale, médecins, juges, avocats, administrateurs, politiciens ou simples citoyens.

Le thème de l'abandon est aussi un sujet éminemment privé : il nous confronte à l'humaine question des liens à autrui, de notre identité

propre, de notre dépendance et de notre responsabilité à l'égard de notre «prochain», de notre place dans cette société où nous sommes à la fois acteur et spectateur. Immense question traversée, tel un océan, par des courants contradictoires, parsemé de récifs acérés et dangereux parfois même agrémentés de sirènes enchanteresses et destructrices. Certaines îles apaisantes ont été identifiées, d'autres, nombreuses, restent à découvrir... Tels des explorateurs, les équipages naviguent en solitaire établissant des communications plus ou moins aléatoires avec la terre ferme.

L'histoire de ces enfants commence par une guerre, une trahison. Leur destin dépend de nombreux facteurs qui les dépassent et sur lesquels ils n'ont pas de contrôle. Les intervenants s'acharnent au meilleur de leurs connaissances à éviter le naufrage, avec succès parfois. Ils ont besoin eux aussi d'instruments de navigation et de points d'ancrage, de la possibilité de s'arrêter pour se repérer.

C'est ce qu'on lit au fil de ces textes très divers mais qui, tous, convergent vers les aléas de l'aventure, le manque de moyens, le sentiment d'approximation et de solitude, d'éloignement des «phares et des tours de contrôle», qui ne connaissent trop souvent que peu de choses des éléments précurseurs et des pronostics au long cours. Mais de ces textes se dégagent aussi l'engagement, la passion, la révolte critique, la créativité qui rendent l'aventure possible malgré les risques et les dangers.

Nous saluons tous ces navigateurs qui sillonnent au quotidien avec réalisme et espoir cet océan de l'abandon afin que le plus d'enfants possible retrouvent, malgré les cicatrices, une place sur la terre ferme...

Patricia Garel

Introduction

prisme
prisme
introduction
PRISME

D'être ignoré laisse parfois en nous une trace de tristesse. Voir quelqu'un pour qui nous avons de l'affection nous quitter, suscite parfois non seulement de la tristesse mais une grande colère. Pourquoi nous avoir quitté? Un doute nous envahit.

Même pour un adulte relativement solide, le fait d'être abandonné par une personne que l'on aime marque d'autant plus et crée en nous un réel bouleversement. Qu'en est-il alors pour un jeune enfant, pour un adolescent d'être laissé à l'abandon par ses parents? Qu'en est-il lorsque cet enfant se bute à plus d'une expérience d'abandon dans sa vie? Être abandonné fait mal et la blessure est profonde et risque d'être permanente.

Ce collectif, issu des travaux menés par le *Forum Abandon*, créé par l'Association des Centres jeunesse du Québec et regroupant des spécialistes de tous les secteurs, est empreint d'une grande sensibilité, notamment à travers le témoignage de Sébastien. La revue PRISME consacre dans cet ouvrage, comme en témoigne le titre, un véritable *plaidoyer pour les jeunes laissés à l'abandon*. Une place de choix est réservée à diverses avenues d'intervention et d'expériences novatrices tout en établissant un lien combien précieux entre l'intervention, la recherche et les concepts se rattachant à ce champ de pratique. Le lecteur y trouvera des avenues qui l'aideront à mieux saisir, entre autres, les concepts et théories de la résilience, des troubles d'attachement ou des carences primaires.

Les travaux menés font ressortir fort bien la complexité du travail en protection de la jeunesse, mais aussi et surtout la nécessité de mettre à contribution les expertises de chacun : praticien social,

éducateur, psychologue, pédiatre, pédopsychiatre, enseignant, chercheur, avocat, gestionnaire, décideur, et par conséquent, on fait ressortir l'importance de travailler en étroite collaboration peu importe l'univers – communautaire, médical, juridique, social, éducatif, politique, syndical – dans lequel évolue chaque professionnel. Ces travaux mettent en évidence la pertinence d'évaluer, le plus tôt possible, la présence ou l'absence d'un lien d'attachement; la nécessité de prendre une décision clinique éclairée au sujet du projet de vie de l'enfant; de réduire, de façon significative, les déplacements de l'enfant, bref, de l'aider à prendre racine et s'appuyer sur un tuteur... un «tuteur de résilience».

Tout au fil des textes présentés, l'aspect fondamental de la notion du temps chez l'enfant se révèle transcendant : on constate un lien étroit entre la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi de l'attachement. On y trouve, de plus, une bouffée d'espoir. En effet, si tous plaçaient constamment l'intérêt de l'enfant au-dessus de la mêlée, peut-on imaginer où cela nous mènerait, tel que le traduisent plusieurs auteurs, à la fois comme question et comme désir.

Ce collectif nous interpelle tous, que ce soit à titre professionnel, comme parent ou grand-parent, comme citoyen ou simplement comme être humain. Il est le fruit de longues expériences et de recherches, et le lecteur ne pourra que se sentir rapidement captivé, voire « attaché » par son contenu.

Ce document lance un appel à la mobilisation en faveur des enfants parmi les plus vulnérables de notre société. Puissiez-vous l'entendre...

Jean-Pierre Hotte

Directeur général

Association des Centres jeunesse du Québec

Témoignage de Sébastien, accompagné du Dr Michel Lemay

Dr Lemay : Nous avons été très émus de nous revoir par suite d'un concours de circonstances extraordinaires, et nous nous retrouvons ici dans une relation non plus professionnelle mais une relation d'amis. Je te remercie d'avoir accepté de venir faire ce témoignage. Tu as vécu une expérience très dure dans ta vie, dont tu es en train de sortir, et nous avons besoin de ce genre de témoignage pour pouvoir faire mieux que ce que nous faisons actuellement auprès des jeunes. Dans cette entrevue, je vais te demander de nous parler de ce que tu as vécu dans tes placements dans des familles et des institutions, et aussi dans tes rencontres avec des avocats et des juges.

Une première question : à partir du moment où tes parents sont décédés, tu t'es retrouvé dans des familles réelles avec des parents d'origine, ou dans des familles substitutives. Peux-tu nous dire un peu ce que tu as reçu, aussi ce que tu n'as pas reçu, et ce que tu aurais voulu rencontrer dans ces familles dites d'accueil?

Sébastien : Premièrement, c'est ma propre famille qui m'a pris en tutelle lorsque mes parents sont décédés, mais pour une courte période parce qu'on me maltraitait, et d'autres membres de ma famille s'en sont rendus compte et ont fait en sorte qu'on puisse me sortir de cet endroit pour me mettre, entre guillemets, dans un endroit meilleur. C'est sûr que jusqu'à environ 4 ans, mes souvenirs sont assez flous parce que j'ai subi des traumatismes. Mon plus grand souvenir, c'est à 4 ans, alors que j'étais dans ma famille d'origine, puis à partir de cet âge-là, ça a été les centres d'accueil, familles, foyers d'accueil, foyers de groupe, foyers nourriciers, tous les noms possibles...

Dr Lemay : Dans tous ces cas, as-tu compris le sens de ces placements successifs?

Sébastien : Pas du tout!

Dr Lemay : Est-ce parce qu'on ne t'en a pas parlé?

Sébastien : Moi, dans ma tête d'enfant, je ne comprenais pas ce qui se passait, pourquoi on me trimballeait d'un bord et de l'autre. C'est sûr qu'à un moment donné, je me suis mis à croire que c'était parce qu'on ne me désirait pas, qu'on ne voulait carrément pas de moi. Et c'est ça que j'ai commencé à nourrir comme idée.

Dr Lemay : Alors au lieu de porter un jugement sur ces gens qui quelquefois ne remplissaient pas leur tâche, c'est toi qui t'auto-accusait...

Sébastien : En quelque sorte, oui, puisque je me demandais si c'était moi. J'étais tout jeune, je mettais ça sur ma faute.

Dr Lemay : Si on prend les familles d'accueil, tu en as fait combien?

Sébastien : Oh un nombre incalculable...

Dr Lemay : Tu ne te souviens plus combien. Cela veut dire quelques mois dans certaines...

Sébastien : Ça n'a jamais été plus de quelques mois. Je me souviens qu'à une époque, j'ai fait cinq familles en un mois.

Dr Lemay : Sans comprendre pourquoi tu passais d'une famille à une autre. Est-ce que tu as l'impression que c'était parce que tu étais difficile, ou parce que ces familles n'étaient pas soutenues, qu'elles ne savaient pas quoi faire, ou pour d'autres raisons?

Sébastien : Je crois que c'était par manque d'information par rapport à la famille, un manque de vouloir par rapport à ces gens face à moi, un manque flagrant de vouloir...

Dr Lemay : Un manque de vouloir par rapport à la famille de t'accompagner... Est-ce que toi aussi, tu ne voulais pas trop de ces familles-là?

Sébastien : À force d'en faire à répétition... C'est sûr qu'au début, je m'attachais, j'ai toujours voulu trouver une sorte de stabilité. Et à force de me faire trimballer, après un certain nombre de familles, je me suis renfermé sur moi-même. Je n'y croyais plus, je me disais : je suis rien qu'un bouche-trou, je suis là seulement par parure... ça ne sert à rien de m'attacher.

Dr Lemay : Tu avais l'impression que c'était même dangereux de t'attacher puisque tu serais abandonné...

Sébastien : C'est ça.

Dr Lemay : Tu as fait une succession de familles. Est-ce que tu te rappelles qu'il y avait un service social, quelqu'un qui allait te rencontrer et rencontrer la famille?

Sébastien : Je n'ai pratiquement aucun souvenir de ça, qu'il y avait des gens qui venaient à la maison. A part lorsque j'étais en centre d'accueil. C'est sûr que là, l'encadrement était plus visible, mais en famille d'accueil, j'en faisais tellement, j'étais là tellement peu longtemps que non, je ne sais pas.

Dr Lemay : Puis un jour tu as été dans un placement en institution. Ça s'est fait comment, par une décision judiciaire?

Sébastien : On m'expliquait très peu ce qui se passait, alors, je ne pourrais pas dire, mais ce que je me souviens, c'est que la deuxième fois où je suis allé en institution, ça s'est fait devant un juge et des avocats.

Dr Lemay : Pourrais-tu dire quel sentiment tu as éprouvé dans cette rencontre avec un avocat et un juge?

Sébastien : Un sentiment très partagé de colère mais aussi de tristesse. Parce que j'avais l'impression qu'on voulait simplement se débarrasser de moi, qu'on ne voulait pas prendre le temps de m'encadrer et de m'encourager, et savoir un peu mieux ce que je voulais être et faire dans l'avenir.

Dr Lemay : Tu ne t'es pas senti écouté par les avocats, ni compris par la décision du juge qui, probablement, était dans le but de t'éviter ce cortège de placements familiaux qui ne marchaient pas, et te mettre dans une institution où tu puisses te stabiliser... Toi, qu'est-ce que tu entendais?

Sébastien : Moi, tout ce que j'entendais, c'est qu'on se débarrassait de moi, une fois de plus. Parce que ce n'était pas la première fois.

Dr Lemay : La première fois que tu es passé devant le juge, tu avais un peu l'impression d'être délinquant, ou ce n'était pas le cas...

Sébastien : Oui, plus qu'un délinquant. J'avais 10 ans à l'époque, j'avais l'impression qu'on me prenait pour un criminel, quelqu'un qu'il fallait mettre hors d'état de nuire à la société.

Dr Lemay : Alors que la décision de placement n'était pas liée à des actes délinquants.

Sébastien : Du tout! Certains membres de ma famille disaient même que j'étais un enfant tranquille, facile à vivre. J'étais joyeux, content de vivre, quoi.

Dr Lemay : C'est donc resté pour toi une énigme, le fait que tu sois ballotté dans le système judiciaire...

Sébastien : J'ai compris un peu plus tard la raison, mais ça, c'est mon opinion personnelle, je ne sais pas si c'est la vraie raison... la réalité.

Dr Lemay : Qu'est-ce que tu as compris plus tard?

Sébastien : Que c'était une question d'argent.

Dr Lemay : Explique.

Sébastien : À l'âge de 14, 15 ans, juste un peu avant que je sorte du centre d'accueil, j'ai su qu'il y avait des montants d'argent qui étaient versés pour moi. C'est à ce moment qu'il y a eu le déclic dans ma tête, à savoir pourquoi j'ai été autant barouetté. La seule raison qui me venait, c'est que c'était une question d'argent. Je ne pouvais pas comprendre, et même encore aujourd'hui, je ne peux pas comprendre que ce soit pour autre chose qu'une question de sous.

Dr Lemay : Et tu es alors entré en institution. Tu as passé quatre ans en institution?

Sébastien : De 10 à 15 ans, en plus d'y avoir été de l'âge de 4 à 6 ans. On peut dire un bon 7 ou 8 ans.

Dr Lemay : Peux-tu nous dire tes impressions de l'institution, ce que tu as reçu, ce que tu n'as pas reçu.

Sébastien : Je sais qu'à cette époque, il y avait un manque de personnel, un manque d'encadrement, de suivi. Les jeunes étaient laissés la plupart du temps à eux-mêmes. On était encadré seulement quand on faisait des mauvais coups. À ce moment-là, on était bien encadré (rires). Mais pour ce qui est de la scolarité, des rêves qu'on pouvait nourrir, il n'y avait presque rien de fait, pas grand chose de concret.

Dr Lemay : Dans les milieux institutionnels, on a parfois l'illusion que l'aide qu'on peut apporter, c'est par la relation entre un éducateur et un jeune, et qu'à partir de ce lien, il va se passer quelque chose d'important. As-tu vécu quelque chose de cette sorte?

Sébastien : Je pourrais dire que oui, parce qu'il y avait certains éducateurs qui étaient là pour le travail, passionnés par le travail qu'ils faisaient, mais c'était une minorité par rapport à l'ensemble.

Dr Lemay : Est-ce qu'ils changeaient souvent et qu'à partir de ça, tu ne savais plus à quoi t'attendre?

Sébastien : J'ai connu ça au moment de la transition, lorsque je suis

passé d'un centre à un autre. Mais de 10 à 12 ans, lorsque j'étais au Mainbourg, j'étais avec le même éducateur et ça m'a aidé. Mais ce qui était un peu contradictoire, c'est que cet éducateur avait plusieurs jeunes à sa charge - dû au manque de personnel - et alors, il n'avait pas beaucoup de temps à consacrer à chacun.

Dr Lemay : Qu'est-ce que tu aimerais dire à ces éducateurs?

Sébastien : Dans l'ensemble, ils ont fait un bon travail. C'est sûr que j'aurais préféré avoir plus de suivi, plus d'encouragement...

Dr Lemay : Qu'est-ce que tu aimerais dire aux avocats et aux juges?

Sébastien : Ah eux, ils étaient tous dans le champ! Je n'étais pas un enfant à problèmes, et si justement les gens avec qui j'étais placé voulaient se débarrasser de moi en prétextant que j'étais dur, eh bien, c'était faux. C'était juste une question monétaire, et aujourd'hui, je le sais.

Dr Lemay : Qu'est-ce que tu voudrais dire aux familles d'accueil?

Sébastien : Aux familles d'accueil... Je ne pourrais pas dire grand chose parce que j'ai été barouetté d'un bord et de l'autre, et le plus longtemps que j'ai fait, ça a été cinq mois. On m'a fait vivre bien des supplices dans les familles où je suis passé.

Dr Lemay : Dans le sens où tu as été maltraité...

Sébastien : Ah oui, ça été la pire où on m'a maltraité.

Dr Lemay : Et qu'est-ce qui faisait que tu ne parlais pas?

Sébastien : J'étais renfermé. Veux veux pas, avec les années, je m'étais bâti une carapace. On voulait savoir comment j'allais, si je me sentais bien... Pour moi, dans ma tête, je me disais que ça ne servait à rien que j'en témoigne, parce que ça leur importait peu.

Dr Lemay : Et puis tu as rencontré aussi une aide des services psychologiques et psychiatriques. Est-ce que tu as rencontré ce que tu souhaitais ou si, au fond de toi, il y avait d'autres espoirs que tu ne rencontrais pas?

Sébastien : J'ai rencontré ce que je souhaitais, en parlant de la relation que j'ai eue avec vous à cette époque. C'est vraiment à ce moment-là que j'ai eu le sentiment d'être écouté, et d'être suivi. Par rapport aux autres psychiatres, je ne pourrais pas dire, parce que je n'ai eu que vous...

Dr Lemay : Par rapport à ça, je me suis senti coupable. Je me suis dit : je l'ai suivi pendant un certain nombre d'années, puis je n'ai plus donné signe de vie. Toi, est-ce que tu aurais attendu un tel signe de ma part, un message qui te tende une perche?

Sébastien : C'est sûr que si j'avais eu un message disant que vous auriez aimé poursuivre la relation, plus que médecin patient, disons, une relation amicale, c'est sûr que j'aurais été bien tenté. Mais j'étais conscient que c'était dans le cadre de votre travail, et dans le cadre de mon cheminement, pour savoir si j'étais un enfant normal ou pas. C'est sûr que ç'aurait été un moment où j'aurais bien aimé avoir une perche de tendue.

Dr Lemay : Tu vois, c'est là qu'on sent un décalage. Tu réponds que j'essayais de voir si tu étais un enfant normal ou pas normal. Cela n'était pas du tout dans ma tête, par contre, dans ma tête, il y avait l'idée de t'aider à parler des choses difficiles que tu avais vécues. Et je me souviens bien que de la maltraitance, de certains abus que tu as pu subir, de tout ça, tu ne m'as jamais parlé, et on peut se demander pourquoi. Est-ce parce que tu cherchais autre chose, ou parce que c'était trop dur, ou encore parce que je n'ai pas tendu suffisamment la perche...

Sébastien : J'étais jeune et c'était pas évident pour un enfant de 12 ans d'exprimer ce qu'il ressentait des situations. Alors, c'est un peu pour ça que je ne voulais pas en parler, et aussi parce que ça me faisait mal de me remémorer tous ces mauvais souvenirs, ces traumatismes.

Dr Lemay : Dans une conversation que nous avons eue récemment, tu m'as dit que ce n'était pas ça que tu recherchais, mais que tu cherchais plutôt à avoir un temps de paix...

Sébastien : C'était plus qu'un sentiment de paix, c'était aussi un sentiment d'appartenance, de stabilité, parce que j'étais rendu au bout du rouleau. À force de se faire barouetter, un gars se tanne et il cherche la stabilité.

Dr Lemay : Continuité, appartenance, stabilité... ce sont des mots qui reviennent souvent.

Sébastien : Oui, des mots primordiaux!

Dr Lemay : Et puis à 15 ans, on s'est perdu de vue. As-tu rencontré, durant ton adolescence, des gens qui t'ont aidé, avec qui tu as senti que tu pouvais cheminer, ou bien si, peu à peu, tu as senti un grand vide?

Sébastien : Ça été le cheminement vers le grand vide. Ah oui, je n'ai jamais eu vraiment le sentiment d'une amélioration.

Dr Lemay : Où étais-tu à partir de 15 ans?

Sébastien : Quand je suis sorti du centre d'accueil, j'ai été pris

en charge par ma grande soeur. Mais elle a fait une erreur en déménageant pas loin de chez mes oncles, frères et soeurs, cousins et cousines. C'était du nouveau pour moi, plus que du nouveau, c'était comme d'aller connaître en fin de compte la famille que je n'avais jamais eue. J'ai alors demandé à mon oncle s'il pouvait me prendre en charge. Il avait déjà à sa charge ma soeur, mon frère, en plus de mon cousin et ma cousine, qui étaient ses enfants. C'était une famille que j'allais retrouver dans ce contexte-là.

Dr Lemay : Famille que tu n'avais jamais eue, et qui était assez étrangère pour toi...

Sébastien : Oui, et disons que ça n'a pas été la meilleure chose pour moi, parce que mon cousin et mon frère étaient plus âgés que moi et je n'ai pas eu de bonnes influences. Mon cousin était assez délinquant à cette époque et il m'a fait découvrir des choses pas très catholiques, et ça m'a entraîné dans des mauvais coups, des débauches...

Dr Lemay : Et c'est là où tu t'es enfoncé...

Sébastien : Oui, de plus en plus. J'ai fait de la prison à 18 ans pour des vols, des mauvais coups. Ça n'était jamais rien de grave, et en y repensant aujourd'hui, c'était plus des sensations fortes que je recherchais, pour savoir qui j'étais, pour découvrir mes limites, et aussi pour fuir la réalité que je vivais.

Dr Lemay : Je te remercie beaucoup de ce témoignage. On va travailler à partir de ceci en faisant en sorte de mieux aider les jeunes.

Sébastien : Je le souhaite de tout coeur.



Travaux du Forum Abandon

Travaux du
Forum Abandon

La naissance du Forum Abandon

Un moyen pour mieux comprendre. Un outil pour mieux agir

Claude Bilodeau

Début des années 1990. Les acteurs des services jeunesse au Québec sortent d'une période de réflexion intense et productive (une autre, diraient les uns), dont les résultats indiquent un sens relativement clair à donner à la rationalisation des services et à leur développement. Qui ne se souvient de la réforme du système socio-sanitaire, amorcée par le ministre Marc-Yvan Côté, qui visait à remettre le citoyen au cœur de nos préoccupations : citoyens décideurs, citoyens payeurs, citoyens utilisateurs...

Le contexte

Les rapports se succèdent et convergent : Harvey I et II; Jasmin I et II; les manuels de référence en protection et en jeunes contrevenants; *Un Québec fou de ses enfants*, etc. Les préoccupations sont les mêmes : rationaliser et réajuster l'offre de services pour en améliorer la qualité, la continuité et l'efficacité; améliorer nos pratiques; sortir de l'aire des spécialistes et aller vers les communautés pour agir avec elles et les mettre à contribution. La protection doit devenir l'affaire de tous; mais avant tout, mettre tout en œuvre pour agir en amont des problèmes et intervenir tôt dans la vie des enfants.

C'est dans la foulée de ces travaux que naissent, en 1992, les centres jeunesse, résultat de la fusion entre les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et des centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation. Ce regroupement devait pouvoir fournir une réponse mieux adaptée aux besoins des jeunes, des mères et de leurs familles en donnant aux citoyens un rôle déterminant dans

Ancien directeur de l'Association des centres jeunesse du Québec, l'auteur est directeur général de **Boscoville 2000**.

Adresse : 10950, bd Perras est Montréal (Québec) H1C 1B3

Courriel : Claude.bilodeau@Boscoville2000.qc.ca

l'orientation et l'organisation des services jeunesse de leur région; favoriser la qualité et la continuité des services en recentrant la mission des établissements autour d'une clientèle et en facilitant la complémentarité et la concertation des intervenants et de ces mêmes établissements; ultimement, accroître l'efficacité des services par une mise en commun et une utilisation plus rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles disponibles.

Les défis

La convergence, oui, mais encore. Pour mieux remplir le rôle qui leur est dévolu, les centres jeunesse doivent trouver les moyens de favoriser la conjonction de cultures d'établissement différentes et faire preuve de créativité pour relever les défis qui les interpellent :

- Faciliter l'échange et la concertation entre les membres des conseils d'administration, les gestionnaires et les intervenants, de manière à renforcer leur communauté d'intérêt et à contribuer au développement d'une perspective cohérente d'analyse et d'action;
- Mieux faire connaître aux décideurs, aux partenaires et à la population les difficultés vécues par les jeunes, les mères et leurs familles et favoriser la mise en place de solutions pour y répondre;
- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services en favorisant la mise en commun des compétences et des ressources et en soutenant des domaines d'activité tels la recherche, l'évaluation, la formation, etc.;
- Promouvoir et développer le partenariat avec les autres acteurs engagés dans l'intervention jeunesse.

Objectifs à la fois simples et ambitieux, d'une grande pertinence et depuis longtemps réclamés par tous. Présenter un taux de réussite acceptable en regard de ces défis nous ferait sûrement faire un bond en avant appréciable. Le projet était certes invitant et mobilisateur. Il est cependant à propos de rappeler qu'à la même période, débute la recherche de l'équilibre des dépenses publiques. C'est l'époque du défi « *qualité performance* » dont le mot d'ordre : « *rationaliser pour se donner les moyens de mieux développer* » porte un certain espoir. Malheureusement, le tout bascule lorsque cette rationalisation des services ne servira qu'à supporter l'objectif gouvernemental de

l'atteinte du déficit zéro. Transformer, avec comme objectif principal la réduction des coûts, entraînera la mise en place de moyens et l'atteinte de résultats fort différents que de transformer pour être plus efficaces et mieux en harmonie avec nos connaissances et nos expériences.

Dans un tel contexte, pour mieux rencontrer les défis qui les interpellent, les centres jeunesse, par l'entremise de leur association, mettent en place des mécanismes susceptibles de les soutenir et d'influencer l'ajustement des pratiques. Notamment, c'est l'apparition des forums, mécanismes de concertation et de consultation, dont trois seront mis en place pour mieux cerner les problématiques suivantes : l'abandon, la négligence, l'abus sexuel.

Le Forum Abandon, l'espérance d'une contribution significative

Le *Petit Robert* donne des sens différents au terme « *forum* ». Entre autres : *réunion où l'on débat d'un sujet (colloque, symposium)*, ou encore : *lieu où se discutent les affaires publiques*. C'est plutôt ce deuxième sens qui traduit mieux l'esprit de ceux qui ont opté pour ce moyen. Un lieu permanent d'échange, de réflexion et de débat, dont la composition et les objets nous aideraient à sortir de nos habitudes ancrées de travailler en silo : habitudes qui se constatent dans les réseaux de services, dans les établissements, dans les professions, dans les types de ressources et même aux différents niveaux hiérarchiques à l'intérieur d'un même établissement. Réussir à transcender la structure pyramidale de nos institutions pour convenir d'un agenda commun. Forts de cette vision, on a défini ainsi la mission du Forum Abandon :

Un mécanisme de concertation et de consultation visant essentiellement une meilleure connaissance des besoins de la clientèle enfance abandonnée et l'amélioration de la réponse que les centres jeunesse, entre autres, peuvent contribuer à y apporter. Le Forum veut faire progresser la connaissance des besoins de cette clientèle, développer ou perfectionner les approches, améliorer les pratiques et favoriser l'innovation. C'est essentiellement un lieu de ressourcement, de débat, d'innovation et de changement. Il vise la concertation entre différents secteurs d'activité (protection/réadaptation), différents niveaux de respon-

sabilités (cadres, gestionnaires, intervenants), différents partenaires (les CLSC, les milieux de la justice et de l'éducation, les milieux communautaires, les instances politiques ou administratives, les milieux de la recherche, etc.), bref, amener l'ensemble des personnes concernées à se rallier autour de cette clientèle et à s'engager dans une démarche collective et commune pour mieux connaître cette clientèle et mieux lui venir en aide.

Le pari : rassembler des partenaires de différents horizons, concernés par la problématique, mettre en commun les connaissances et les expertises pour mieux comprendre et poser un diagnostic. Partant de là, en tirer les conclusions et décider d'agir ensemble, en se donnant un agenda collectif. Finalement, devenir des ambassadeurs pour aider les organisations à mettre le cap sur les bonnes stratégies et à se doter des bons outils (programme, formation, monitoring, évaluation).

Dix ans plus tard...

Le pari a-t-il été relevé? Ce que nous avons en tête en 1994 a-t-il été réalisé? En regard du premier volet de mandat du *Forum*, à savoir mettre en commun nos connaissances et nos expériences pour mieux comprendre et poser un diagnostic, la réponse est oui, résolument oui. Les travaux du *Forum*, le colloque de janvier 2004 et le post-colloque de septembre 2004 démontrent clairement que des personnes y ont cru, se sont investies et ont réussi à mettre en lumière et à proposer une compréhension beaucoup plus articulée et nuancée de la problématique et à mettre de l'avant non seulement des constats bien appuyés, mais aussi des pistes d'action précises, incontournables et, somme toute, fort réalistes.

Mais... qu'en est-il du deuxième volet du mandat, à savoir décider d'agir ensemble, de se donner un même agenda? Alors là, il apparaît que ce défi demeure entier. Non qu'il n'y ait pas, depuis dix ans, d'efforts et de réussites qui ne méritent pas d'être soulignés, mais collectivement, pour tous les réseaux concernés, il reste tellement à faire.

On entend souvent qu'au Québec, depuis des années, notre problème n'est pas de ne pas savoir quoi faire, mais bien de décider de le faire. Combien de rapports ministériels ou d'experts, fort

pertinents d'ailleurs, ont vu leurs recommandations laissées sans suites? Combien de fois avons-nous constitué des groupes d'étude autour des mêmes sujets, dont les constats et les pistes d'action étaient sensiblement les mêmes, articulés avec des mots différents?

Encore une fois, nous avons rendez-vous avec « la décision d'agir », y aura-t-il des partants? Tous les acteurs du Forum Abandon, sous le leadership des Lemay, Baillargeon, St-Antoine, Fortin, Boislard, etc., ont su nous amener, avec constance, persévérance et professionnalisme à une meilleure compréhension de la problématique de l'abandon et à l'identification des ingrédients incontournables à inclure dans nos stratégies et nos plans d'action; alors, y aura-t-il des relayeurs? Y aura-t-il d'autres joueurs pour porter le message et nous amener vers un agenda collectif d'action ou, tout ce savoir et ces idées resteront-ils dans le giron d'un groupe, intersectoriel certes, mais ne dépassant pas vingt-cinq à trente personnes?

Progresser, c'est bien...

Oui, depuis des décennies, nous avons, au Québec, progressé en matière de services à la jeunesse. Notamment en se dotant de mécanismes pour identifier et dénoncer les abus faits envers les enfants et les jeunes, et pour leur donner une voie dans la manière dont nous comptons nous acquitter de nos responsabilités envers eux. Cependant, compte tenu des connaissances, des expériences et des ressources dont nous disposons, aurions-nous pu faire plus? Pourrions-nous être rendus plus loin? Il nous faut sans doute répondre oui, car très souvent, ce sont tantôt les résistances aux changements de toutes sortes, tantôt l'absence de ressources adéquates et d'appuis politiques qui nous ont empêchés d'aller au bout de nos convictions, de nos intuitions, de nos rêves et de nos capacités.

Dans le monde du sport, il existe une façon de voir les choses qui peut se traduire ainsi: tant que tu te contentes de progresser et non de gagner, tu risques de demeurer longtemps bon deuxième et encore... La comparaison est boiteuse mais il y a là un enseignement intéressant qui consiste à penser que la cible choisie conditionne les moyens à mettre en place et les résultats escomptés. Ainsi, ne pas se contenter de progresser mais vouloir résolument modifier nos pratiques et nos façons de faire collectives, risque d'entraîner un ordre, une intensité et une continuité de moyens mieux à même de

qualifier nos interventions et de supporter les intervenants.

En constatant les résultats des travaux du Forum Abandon et en appréciant les efforts de ceux qui l'ont porté, il ne reste qu'à espérer que d'autres voudront bien se sentir concernés et penser qu'ils peuvent et doivent prendre le relais. L'initiative de la revue PRISME est un bon exemple.

Merci à ceux qui ont porté et continuent de porter ce lieu de débat qu'est le *Forum Abandon*!

Faits et constats

Jean Boislard

Au cours de leurs travaux, les membres du Forum sur l'abandon des enfants et des jeunes se sont employés à sensibiliser les différents milieux concernés par le sort des enfants en situation d'abandon aux faits suivants :

- ✧ *Le développement de liens d'attachement* avec une figure parentale significative constitue un prérequis incontournable à la mise en route du développement affectif et cognitif du jeune enfant. En effet, la stabilité relationnelle que garantit l'attachement à un adulte significatif crée un environnement qui favorise le développement des structures cérébrales du système limbique responsables des activités de symbolisation et de mentalisation à la base du développement affectif, cognitif et social.
- ✧ *La propension à l'attachement* se manifeste de manière particulièrement évidente au cours des cinq premières années de la vie et la capacité de développer de tels liens atteint son point culminant entre la deuxième et la quatrième année de vie.
- ✧ *Le défaut de développer des liens d'attachement* sécurisés au cours de cette période de la vie entraînera des retards de développement qui, à leur tour, provoqueront d'importantes difficultés de socialisation et d'apprentissage. Les jeunes enfants qui, à cause de facteurs sociaux et environnementaux adverses, auront développé des liens d'attachement insécurisés, deviendront des adolescents puis des adultes anxieux, parfois violents, vindicatifs, constamment en quête, dans leurs relations, d'une sécurité qu'ils ne parviendront plus à éprouver.
- ✧ *Plus les expériences de séparation et de déplacement* se

L'auteur est coordonnateur du Forum Abandon et conseiller principal à l'Association des Centres jeunesse du Québec.

Adresse : 1001, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 410 Montréal (Québec) H3A 3C8
 Courriel : jean.boislard@acjq.qc.ca

produisent tôt et se répètent dans la vie d'un enfant, plus les impacts négatifs qu'elles provoquent sur sa capacité d'attachement sont importants. En fait, en testant et mettant sans cesse à l'épreuve tout lien d'attachement qu'un adulte bienveillant tentera d'établir avec lui, cet enfant finira par provoquer lui-même le rejet dont il soupçonne sans cesse l'imminence. Ainsi, si toute expérience positive d'attachement vécue par le jeune enfant au cours des cinq premières années de sa vie amplifie non seulement sa capacité d'attachement, mais par là aussi celle de susciter l'attachement, *a contrario*, toute rupture diminue sa capacité d'attachement et augmente sa propension à susciter le rejet.

- ✧ *Plus l'enfermement dans cette spirale autodestructrice se prolonge, plus l'incapacité relationnelle se chronicise.* Déjà, pour des enfants de 6, 7 et 8 ans, la libération ne pourra venir que de l'extérieur, sous les traits d'un adulte qui saura résister aux manœuvres répétées de sabotage et de disqualification tentées par ces enfants, d'un adulte qui saura, par sa stabilité, les convaincre qu'ils peuvent s'attacher à lui, qu'il ne les abandonnera pas. Mais il lui faudra pour cela énormément de patience et d'abnégation.

L'ensemble de ces connaissances constitue le noyau dur de ce que l'on désigne en général sous le nom de « théorie de l'attachement ». Mais il ne faut pas s'y tromper: toutes les recherches menées et répétées en ce domaine, jusqu'aux développements les plus récents des neurosciences et plus spécifiquement, les progrès des technologies d'exploration dans le domaine de la neuroendocrinologie, confirment qu'il ne s'agit pas d'hypothèses mais de faits démontrables.

Dans ces conditions, l'importance à accorder dans l'intervention auprès des enfants et des jeunes en situation d'abandon, à la création de liens d'attachement sécurisés entre ces enfants et un adulte significatif, ne doit pas être assimilée à un courant de pensée, une idéologie ou une mode. Il s'agit plutôt d'un objet d'intervention, d'une cible de la pratique imposée par une loi du développement de l'enfant. Et les considérations que cette loi impose désormais à la pratique sont les suivantes :

- ✦ La qualité, la stabilité et la continuité des liens qui se tissent

entre l'enfant ou le jeune et ceux qui s'en occupent sont primordiales.

- ✦ Pour intervenir auprès des enfants et des jeunes en situation d'abandon, le temps nous est compté; face à cette problématique, nous sommes pour ainsi dire engagés dans une lutte contre la montre.
- ✦ Obéissant à une pulsion naturelle, l'enfant pourra s'attacher à toute figure adulte significative stable présente dans son environnement. En regard de l'issue de la manœuvre d'attachement, la qualité du lien constitue le déterminant essentiel, alors que son objet n'a qu'une importance accessoire. La loi de l'attachement ignore l'idéologie des liens du sang.

Les membres de ce Forum se sont intéressés à un autre phénomène peu documenté et peu connu de la communauté scientifique et clinique, celui des adolescents abandonnés. À cet égard, ils se sont employés à sensibiliser l'ensemble des milieux concernés aux réalités suivantes :

- ◆ Si notre société ne compte que peu d'adolescents officiellement abandonnés, elle regorge en revanche de jeunes qui le sont pratiquement. Il s'agit de jeunes délaissés par des parents qui entretiennent peu de contacts significatifs avec eux et qui ont peine à les inclure dans leur projet familial.
- ◆ Très souvent, cette absence de lien avec les parents ou toute autre figure parentale remonte à l'enfance. Toute leur vie, ces adolescents n'ont entretenu avec les adultes de leur entourage que des rapports de surface. Il s'agit en fait de jeunes sans port d'attache.
- ◆ Moins bien équipés que les autres pour faire face à la vie, ils se voient paradoxalement poussés plus rapidement hors du nid familial, lancés seuls sur la voie de l'autonomie. Ceux de ces adolescents qui ne sont pas déjà dans la rue s'y retrouvent presque tous, par la force des choses, à l'âge de 18 ans.
- ◆ Incapables de tisser des liens relationnels, de se créer un réseau social et de s'insérer fonctionnellement dans la société, ils s'avèreront également incapables, une fois adultes, de devenir eux-mêmes, comme parents, des figures d'attachement. Adolescents délaissés, ils délaieront à leur tour, par incapacité chronique, leurs enfants.

Les messages que ce tableau des adolescents abandonnés envoie à la société en général et à la communauté clinique en particulier sont :

- ✦ La maturité psychologique ne se développe pas en synchronie avec la maturité physique; ce n'est pas parce que l'on a 18 ans qu'on est adulte et le fait d'atteindre la majorité légale ne nous rend pas automatiquement capable d'assumer notre vie de façon autonome. Ces axiomes, que le phénomène du prolongement de l'adolescence rend maintenant si évidents, s'appliquent avec plus de justesse encore à la réalité des adolescents abandonnés.
 - Pour mettre fin à la dérive de ces jeunes sans port d'attache, il faut leur permettre :
 - de se donner des points d'ancrage
 - de reconstituer leur histoire personnelle, de donner un sens à leur vie
 - de pouvoir prendre appui sur un tuteur de développement.

Points saillants du Forum de janvier 2004

Bien que l'ensemble de ces connaissances sur la problématique de l'abandon des enfants et des jeunes soient de plus en plus répandues et de mieux en mieux connues des milieux de l'intervention, on observe encore un important décalage entre ce que l'on sait devoir faire et ce que l'on fait. Fort préoccupés par ce décalage, les membres du Forum sur l'abandon ont donc convenu de tenir, l'hiver dernier, un colloque auquel ils ont convié tous les milieux concernés, à savoir le médico-psychologique, le socio-juridique et le milieu socio-éducatif et communautaire.

Les 280 participants à ce colloque ont été invités à répondre aux questions suivantes :

1. *Par rapport à la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, quels éléments de vos approches professionnelles concernant les jeunes laissés à l'abandon devraient être gardés, modifiés, abandonnés, créés ?*
2. *En regard de ces points de référence, comment voyez-vous les liens entre le milieu médico-psychologique, le milieu socio-juridique et le milieu socio-éducatif et communautaire, pour que ce que vous proposez puisse être réalisé ?*
3. *De la même façon, quels obstacles faut-il impérativement lever au plan :*

- a. *des habitudes acquises de chacun?*
- b. *de la formation académique?*
- c. *des dispositions administratives et organisationnelles?*
- d. *des positions syndicales?*
- e. *des orientations politiques?*
- f. *de la population en général?*

Au cours de leurs échanges, les participants ont confirmé l'existence d'un écart important entre les connaissances et la pratique, entre ce que l'on sait devoir faire et ce que l'on fait. Voyons ce qui crée cet écart. On constate d'abord que la stabilité et la continuité des liens entre enfants ou les jeunes et ceux qui s'en occupent ne sont pas assurées. Pire, les ruptures de liens que l'on fait subir à ces enfants ou à ces jeunes dans nos milieux d'intervention, autrement dit, l'instabilité à laquelle on les expose est bien souvent plus grande que celle qu'ils connaissaient dans leur milieu naturel et de laquelle on devait les protéger.

Cette instabilité relationnelle est causée par le morcellement du travail en étapes, où chaque étape est confiée à la responsabilité d'une équipe différente, par le roulement important du personnel à l'intérieur de chaque équipe de travail, par le travail en silo des différents milieux d'intervention, par la mauvaise qualité de la circulation de l'information entre les intervenants des différents milieux simultanément impliqués auprès d'un enfant et entre les intervenants à l'occasion des transferts de dossiers (en fait, là où le dossier est mal transféré, le jeune l'est encore davantage), cette circulation inadéquate de l'information pouvant résulter de mauvaises habitudes de travail, d'un manque de formation, de supervision ou d'encadrement, ou encore de dispositions de la loi sur la confidentialité des renseignements.

Au roulement incessant du personnel, il faut ajouter les déplacements et remplacements à répétition. Ces changements de milieux de vie résultent tantôt de mauvaises décisions administratives ou cliniques (qui peuvent elles-mêmes être la conséquence d'un manque de supervision ou d'encadrement), tantôt de dispositions de la loi ou d'ordonnances des tribunaux, tantôt encore d'un manque de ressources d'hébergement adéquates.

La qualité des liens entre les enfants ou les jeunes et ceux qui s'en occupent souffre également de la charge de travail trop lourde et du manque d'intensité et de durée des prises en charge qui en

découlent, de même que du manque de préparation et d'encadrement des intervenants.

On constate encore que plutôt que de se plier aux impératifs du temps de l'enfant, nos systèmes lui imposent leurs vitesses, leurs rythmes propres, avec le résultat que les interventions sont réalisées trop tard, les décisions prises quand tout est, hélas, joué.

En outre, les décisions ne sont pas toujours prises dans le meilleur intérêt de l'enfant : soit on fait primer le droit des parents sur celui des enfants ou des jeunes - oubliant en cela que l'enfant, lui, n'aura pas droit à une deuxième chance -, soit on s'appuie pour prendre ces décisions sur le témoignage de pseudo-experts, soit on ne donne pas véritablement aux experts - aux vrais - la possibilité de faire valoir leur opinion, soit encore, on passe outre à leur opinion par aveuglement ou sur le coup d'un contre-transfert ou au nom d'une idéologie tacite.

On constate enfin qu'on abandonne brutalement à notre tour, lorsqu'ils atteignent 18 ans, des adolescents déjà abandonnés par leurs parents. Leur dossier clinique qui constitue très souvent le seul témoin réel, tangible de leur histoire personnelle, le seul élément concret pouvant leur permettre de retracer l'histoire de leur vie, est lui-même détruit, dès que les jeunes atteignent leur majorité.

Les participants au Colloque de janvier ont été amenés à reconnaître la part de responsabilités attribuable aux individus et aux établissements et ils ont formulé des recommandations à l'avenant. Ils ont également pu mettre en évidence des vices de fonctionnement dont la responsabilité est plus difficilement attribuable dans la mesure où il s'agit, dans certains cas, de contre-effets ou d'effets secondaires à des orientations idéologiques ou à des prises de position fondamentales très défendables en soi, dans d'autres cas, de conflits de valeur, dans d'autres cas encore, de conflits de perspective entre réseaux, et dans d'autres cas enfin, de limites objectives de moyens. Les correctifs à ces problèmes ne pouvant être apportés que par le sommet de la pyramide décisionnelle, il a été convenu de réunir des décideurs de haut rang afin de les leur soumettre, en espérant qu'ils acceptent de réfléchir collectivement aux moyens de les corriger.

Synthèse des travaux et propositions

Michel Lemay

Le témoignage de Sébastien nous oriente déjà vers certaines lignes directrices. Après la perte brutale de ses parents et une tentative avortée d'intégration dans sa famille, Sébastien fait une succession de placements dont il n'a pas compris le sens, ni par rapport aux entrées, ni par rapport aux sorties. Ces placements, pour des raisons mal élucidées, sont d'une durée très courte (au maximum quelques mois), ce qui déclenche :

- ⇒ une désorganisation progressive des processus d'attachement
- ⇒ une impression progressive de ne pas être désiré
- ⇒ des sentiments d'autoaccusation.

Dans plusieurs de ses placements, il vit de la maltraitance et, dans l'un des cas, des abus sexuels. Ceux-ci ne sont repérés ni par les services sociaux, ni par les services éducatifs, ni par les services psychiatriques qui le prennent en charge, car il les cache et ne désire pas en parler.

Il n'est pas suivi de façon continue :

- ♦ Il n'a aucun souvenir des travailleurs sociaux.
- ♦ Il a des souvenirs positifs des éducateurs, mais sans pouvoir évoquer leurs noms.
- ♦ Il a un souvenir positif d'un psychiatre, mais celui-ci ne l'a pas relancé, une fois qu'il est parti.

Sa comparution judiciaire est décrite comme un traumatisme supplémentaire : devenir un sujet dangereux – délinquant, et il n'en comprend pas le sens, en particulier par rapport aux avocats. Quand il y a eu une intervention un peu longue (institution, psychiatre), il s'est senti écouté, mais il apparaît un décalage entre ses attentes et ceux des intervenants.

Président du Forum Abandon, l'auteur est psychiatre et professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine affilié à l'Université de Montréal.

Adresse : 3100, rue Ellendale Montréal (Québec) H3S 1W3

Plus il entre dans l'adolescence, plus les phénomènes en cascades se produisent avec « un cheminement vers le grand vide ». Il ne reçoit aucun suivi, étant jeune adulte. Ses troubles de comportement, délinquance, passages à l'acte suicidaire sont décrits comme un mélange d'appels à l'aide – de désespérance – de fuite – de recherche de sensations fortes afin de se créer une identité.

Constats et solutions proposées

Tout ceci nous introduit, sans jugements déplacés à l'égard des uns et des autres, à faire un constat : *l'aide a été inefficace*, et à proposer quelques solutions.

Nous aborderons successivement les variables dont l'enfant a besoin pour se construire, selon nos connaissances actuelles, et nous en dégagerons, sur le champ, les répercussions :

- ✧ par rapport aux systèmes socio-éducatifs
- ✧ par rapport au système médico-psychologique
- ✧ par rapport au système judiciaire
- ✧ par rapport au système social
- ✧ par rapport aux organismes de formation.

Nous verrons ensuite les aspects plus spécifiques selon un âge donné : petite enfance; enfance; adolescence, avec certaines réponses qu'il semble possible d'apporter tout en dégageant les entraves qu'il paraît nécessaire de lever.

Tout ceci est le produit de rencontres d'une journée tenues à chaque trimestre avec des intervenants provenant de disciplines diverses (psychoéducateurs – enseignants – juristes – psychologues – psychiatres - travailleurs sociaux) et de deux colloques d'une durée de deux jours regroupant respectivement 400 et 300 personnes.

Les thèmes des réflexions initiés par une demande des centres jeunesse étaient axés sur la problématique des jeunes laissés à l'abandon, avec des sous-groupes qui réfléchissaient sur la petite enfance, l'enfance et l'adolescence entre les rencontres, puis qui regroupaient leurs réflexions dans les séances plénières. Des experts furent invités à différentes journées.

Par « *jeunes laissés à l'abandon* », nous entendons des jeunes qui, pour des raisons diverses, ne peuvent s'appuyer sur un projet de vie cohérent, stable et continu. De ces travaux se sont dégagés les points suivants que nous souhaitons discuter avec les décideurs de haut niveau rassemblés en post-colloque.

Rappel de quelques notions

Nos connaissances actuelles, nos observations portant sur les difficultés rencontrées, l'écoute des témoignages permettent d'affirmer qu'un être humain ne peut actualiser ses potentialités que s'il rencontre de façon stable, continue, cohérente, des parents et/ou des personnes significatives capables de lui fournir les conditions de vie pour qu'il devienne créateur de son devenir.

Cela suppose :

- ✧ une continuité des soins de base par les mêmes personnes
- ✧ une écoute et une réponse active à ses besoins
- ✧ une reconnaissance de son individualité, c'est-à-dire comme un sujet ayant sa propre trajectoire
- ✧ la conviction qu'il doit être inscrit dans un creuset familial ou substitutif lui conférant un sentiment de filiation; un sentiment d'appartenance; une sécurité; une confiance en lui et les autres; une intégration de valeurs.

À partir de ce processus d'attachement, il pourra devenir « individué », c'est-à-dire avoir un sentiment d'identité, tout en découvrant et intégrant les exigences affectives, cognitives et socio-morales que suppose toute vie en société.

Les systèmes parentaux, éducatifs, sanitaires au sens large, communautaires, juridiques, ont pour mission de garantir la présence de ces conditions et de prendre les mesures nécessaires pour pallier les insuffisances, les manques et les déviances, s'ils surgissent dans la vie de l'enfant. Nous constatons, de la part de ces systèmes, des efforts indéniables, mais aussi de profonds dysfonctionnements tant au niveau de chacun d'entre eux que dans les interactions entre ces systèmes.

Dégageons d'abord ces problèmes généraux.

Chacun des systèmes énumérés possède des forces de créativité, des forces de stagnation, des forces de résistance aux changements.

Les forces de créativité créent : des besoins différents; des réalisations différentes; des idéologies variables dans le temps; un désir de transformation.

Les forces de stagnation entraînent : la constitution d'habitudes; la mise en place de frontières, de chasses gardées; une rigidité du système.

Les forces de résistance aux changements entraînent: une ambivalence

ou un refus de ce qui est nouveau; une défense des intérêts corporatistes; une sécurité mêlée d'insatisfactions; une méfiance à l'égard de l'autre.

Les partenaires sont nombreux :

- ✧ Ils savent beaucoup de choses, mais ne décodent pas de la même manière leur savoir.
- ✧ Ils ne l'appliquent pas de la même façon.
- ✧ Ils ne comprennent pas bien le savoir et l'action de l'autre.
- ✧ Ils se parlent peu : par manque de temps; par indifférence; par craintes réciproques; par rivalités; par défaut d'un langage commun.

Les définitions sur lesquelles chaque système et chaque sous-système basent leurs actions sont souvent vagues : elles ne sous-tendent pas forcément les mêmes idées et les mêmes réponses; elles sont parfois inexistantes malgré l'emploi de termes répandus. Par exemple, nous avons constaté qu'à l'intérieur d'un système et, à plus forte raison, entre les systèmes, on ne met pas le même sens sous des termes tels que *projet de vie*, *abandon*, *maltraitance*, *négligence*, *intervention significative*, *psychothérapie*, importance de la *filiation*, pour les uns, de sang, pour les autres, substitutive, *délais* selon les âges, *rupture* qui peut être cruciale pour une évolution, une perte, un soulagement, *protection* : qui protège-t-on et comment? *intervention* : un tremplin? une étape? un accompagnement à long terme? *défense* de l'enfant.

Par rapport à ces premières constatations, les membres du forum soulignent :

- ✧ la nécessité de se parler, mais où? à partir de quel instigateur?
- ✧ la nécessité de se concerter, mais comment et à partir de quelle instance?
- ✧ la nécessité de dépasser cette concertation en débouchant sur un partenariat où l'enfant devient le centre des préoccupations;
- ✧ la nécessité de sensibiliser les futurs professionnels à ces démarches dès sa formation et tout au cours des perfectionnements ultérieurs.

L'absence de continuité des interventions a été soulignée constamment. Elle est directement en contradiction avec la théorie de l'attachement car une médiation relationnelle suppose de constituer un pont stable – continu – cohérent entre un organisme en développement et son milieu. Cette discontinuité qui est actuellement l'une

des plaies les plus déchirantes des systèmes est liée à de multiples variables qui s'entrechoquent en cascades :

- ✧ Nombre d'intervenants sur le même cas. (Plus un cas est lourd, plus il y a une multitude d'intervenants qui se succèdent dans l'urgence, généralement sans se connaître et sans savoir ce que l'autre fait. L'amont, le présent et l'aval sont en miettes.)
- ✧ Contraintes liées à la tâche spécifique à accomplir.
- ✧ Contraintes administratives : distribution des tâches et fragmentation de celles-ci.
- ✧ Contraintes budgétaires qui débouchent sur la fermeture rapide des dossiers, des interventions presque uniquement à court terme – le concept discutabile de résolution des crises non prolongée par un suivi.
- ✧ Contraintes patronales : « idéologies souvent différentes » selon les directeurs, changements fréquents des postes, réponses discutables face aux pressions.
- ✧ Contraintes syndicales : conventions collectives fragmentant le travail, système promotionnel créant une discontinuité, difficulté d'équilibrer le bien-être du professionnel et les exigences de l'enfant.
- ✧ Contraintes légales : secret professionnel, lourdeur et longueur des processus de judiciarisation, discussions insuffisantes entre juge, avocats, intervenants.

Il apparaît urgent que les intervenants de base, les représentants des usagers, les décideurs administratifs, les représentants des syndicats, les directeurs, les juristes se penchent sur ces problèmes. La clé de voûte étant la stabilité de l'intervenant en relation avec l'enfant, comment assurer, en dépit de et avec les contraintes une continuité d'action?

Le concept d'*intervenant pivot*, c'est-à-dire la désignation d'un professionnel chargé de l'accompagnement à long terme d'une famille ou d'un enfant donné, a été souvent mis en avant. L'organisation systématique de la passation d'une charge a été soulignée. Il y a une hypertrophie des évaluations des enfants et des familles en difficulté sans que soit mis en place le même effort par rapport aux interventions. Les évaluations sont nécessaires, mais elles sont : redondantes; sans articulation les unes avec les autres soit par ignorance, soit par méfiance mutuelle, soit par souci du secret professionnel. Leurs qualités et leur méthodologie sont très

variables; elles créent d'importantes résonances sur les intéressés (craintes du jugement, réactions de dissimulation, éveil d'espoirs non assouvis, sentiments d'impuissance, d'anormalité).

Malgré des efforts intéressants, elles demeurent souvent subjectives et aboutissent cependant à des décisions graves pour l'avenir du sujet. Elles tiennent peu compte des évaluations antérieures. Il manque ainsi la prise en compte d'une trajectoire existentielle. Entre les évaluations, la remise de celles-ci, leur décodage, les hésitations, il se crée un délai redoutable durant lequel perdurent :

- ✧ l'attente d'où l'anxiété
- ✧ le maintien de facteurs pathogènes
- ✧ une certaine démobilisation, y compris chez ceux qui agissent
- ✧ l'apparition de nouveaux intervenants qui réclament souvent de nouvelles évaluations
- ✧ une absence fréquente de l'application des propositions découlant des évaluations.

Il apparaît donc nécessaire de s'entendre sur un protocole d'évaluation : Qui fait quoi? Pour quels objectifs? Dans quel délai? Qui recueille les évaluations et qui en vérifie les applications? Que nomme-t-on experts?

Un rapport d'experts autour du projet de révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (automne 2004) apporte des éléments intéressants d'interrogations et de réponses. Toute décision, qu'elle soit judiciaire, sociale, devrait reposer sur une évaluation limitée dans le temps. Elle a pour but d'assurer la stabilité et la continuité à l'enfant. D'où l'importance du temps afin de définir un projet de vie. On doit se donner des délais pour une intervention sur une famille, tout en sachant qu'il faut d'abord tout faire pour responsabiliser et réanimer les compétences parentales. Un délai doit être fixé pour prendre une décision sur un projet de vie : le délai par rapport à une décision et la durée éventuelle d'un placement sont deux choses différentes.

S'il y a placement, il faut se donner un délai par rapport : au moment décidé; à la durée du placement; aux objectifs poursuivis.

Les décisions doivent être régulièrement révisées quant à un retour, à une autre forme d'action, à un maintien du placement, à une éventuelle parentalité partagée, en gardant à l'esprit que le sujet est l'enfant dans une perspective de :

- ✧ maintenir des liens d'attachement

- ✧ créer un sentiment d'appartenance
- ✧ donner un sens à une vie.

Six points sont à considérer comme décisifs pour l'avenir d'un jeune :

- ✧ qualité de la compréhension de sa problématique et de ses problèmes spécifiques
- ✧ pertinence et rigueur de l'intervention
- ✧ qualité du personnel
- ✧ capacité d'associer les personnes responsables de l'enfant
- ✧ cohérence du milieu de vie et du système que l'enfant est amené à fréquenter
- ✧ continuité avant, après, création d'un réseau social naturel.

Tout cet effort d'évaluation, puis de mise en place d'un projet de vie doit être partagé avec l'enfant; s'inscrire dans son histoire; être ajusté à son âge; être revu régulièrement. C'est donc *un plan de services individualisés*.

Cela soulève à nouveau les questions: Qui peut être la personne référente? Y a-t-il des protocoles communs? Y a-t-il une communication entre les intéressés?

En raison de l'immense effort que tout cela suppose, le problème de la formation est particulièrement aigu. Les points suivants se sont dégagés des réflexions :

- ✧ Les connaissances sur le développement de l'être humain n'ont d'intérêt sur le plan professionnel que si elles favorisent la rencontre empathique, engagée, respectueuse et suffisamment distanciée avec des enfants, des adolescents et des adultes dont les avatars de la vie ont rendu précaire l'adaptation à eux-mêmes et aux autres.
- ✧ Les connaissances ne sont pas des certitudes. Elles sont à accueillir comme des hypothèses de travail qui supposent à la fois une position critique, « En quoi peuvent-elles nous servir dans une situation donnée? », et une démarche continue de perfectionnement. « Que faut-il remettre en cause, remanier, réapprendre? »
- ✧ L'enseignement n'est pas le transvasement d'un savoir puisque celui-ci est inévitablement obsolète, quelques années plus tard. Il est l'apprentissage d'une démarche. Comment apprendre à apprendre pour s'en servir dans une pratique elle-même changeante? Comment apprendre à nommer ce qu'on fait pour que cette narration puisse organiser notre pensée et nos

actions? Comment savoir transmettre par écrit et par oral ce qui est fait autant par intuition, par réponses immédiates, par tâtonnements que par démarche plus structurée? Comment relier les outils dont nous disposons, qu'il s'agisse d'entretiens, d'activités, de groupes de vie, de réseaux mis en place, de rencontres avec les familles, etc. avec un plan et des objectifs désignés, évalués, transformés au fil des temps? Comment se regarder dans sa démarche non par complaisance ou pour se conforter dans l'illusion ou la répétition, mais pour être disponible à l'autre? Comment se parler entre professionnels différents en comprenant le sens et la complémentarité des démarches?

Sur ce plan, il semble au Forum que les organismes de formation, qu'ils soient psychiatriques, psychologiques, éducatifs, juridiques, sociaux, doivent interroger leur programme et surtout leurs modes de transmission. Cet effort suppose que tous les intervenants puissent disposer de soutiens permanents car ils vivent d'énormes difficultés par rapport : à leur tâche; à la rapidité des réponses à donner; à l'intégration des connaissances; à l'épuisement, à la souffrance accumulée; au décalage entre ce qu'ils savent et ce qu'ils peuvent appliquer; aux pesanteurs institutionnelles; à la difficulté de s'identifier à la fois aux enfants et aux parents; aux contraintes précédemment énumérées.

- ✧ Les foyers d'accueil, les foyers adoptifs, les banques mixtes ne doivent pas être oubliés, à la fois sur le plan de la formation et sur le plan du support, ainsi que par rapport à des mesures d'aide, telles que temps de répit, aides à l'enfant, supervision.

Si toutes ces réflexions apparaissent valables quel que soit l'âge de l'enfant, des spécificités ont été dégagées en fonction des catégories d'âge :

Pour les plus petits

- ✧ La prévention est à mettre en place à tous les niveaux : services gynéco-obstétriques; CLSC; centres de la petite enfance; lieux de paroles pour parents; aide à domicile; bénévolat...
- ✧ L'intervention doit être précoce, intense, cherchant à impliquer directement la famille, et concrète, c'est-à-dire ne négligeant pas des aides à la maison même.
- ✧ L'évaluation de la compétence parentale est particulièrement difficile à faire et, malgré les efforts, reste subjective.

- ◇ Les efforts intenses avec la famille ne signifient pas un maintien indéfini de situations pathogènes. Il faut donc donner un délai. Ce délai est d'autant plus complexe à fixer que le temps pour un *enfant* et le *temps* pour un *adulte* n'ont pas la même valeur.

Les solutions temporaires, familles de transition, éventuellement pouponnières, soulèvent d'importants problèmes, en raison des processus d'attachement qui se produisent si le séjour est trop prolongé. Une limite est donc à fixer.

Si l'enfant a été placé plusieurs années en famille d'accueil et si sa famille originaire le redemande alors qu'il s'épanouit dans son creuset actuel et montre des signes d'inconfort quand il revoit sa famille d'origine, toute rupture est une décision grave qui devrait être appréciée par une équipe spécialisée.

Autant il y a risque de devenir péjoratif à l'égard des parents naturels, autant l'acharnement thérapeutique et le fait de s'illusionner sur les possibilités réelles d'un changement peuvent créer des situations traumatiques catastrophiques, d'où l'importance d'un support, d'une supervision dans la prise de décision, d'un travail en équipe.

La communication entre intervenants, généralistes, pédiatres, avocats, juges, travailleurs sociaux, est particulièrement nécessaire.

La filiation de sang est celle qu'il faut d'abord respecter. Cependant, l'idéologie du sang à tout prix peut être catastrophique car la filiation substitutive peut représenter parfois la solution la plus positive.

Il est très difficile de s'occuper simultanément d'un parent maltraitant et d'un enfant souffrant d'une telle adversité.

Les banques mixtes sont d'une utilité certaine puisqu'elles ouvrent la possibilité d'un projet de vie, mais il y a risque d'une atteinte aux droits des parents; risque de blesser l'attente du jeune; risque de blesser l'attente du foyer d'accueil; difficulté de préciser les relations antérieures entre foyers adoptifs et foyer d'origine.

Pour les 6-12 ans

- ◇ Les essais successifs de famille d'accueil, les retours en famille d'origine sont souvent pathogènes.
- ◇ Il existe à l'heure actuelle une succession très inquiétante de placements courts qui paraissent destructeurs, du fait de la discontinuité des liens.
- ◇ La rareté, voire l'absence d'internat pour cet âge, posent un gros problème, mais le regroupement d'une grande population en internat est considéré comme risquant d'être pathogène.

L'orientation actuelle devrait aller vers de petites unités disséminées, et non de gros ensembles.

- ✧ Entre l'inscription à tout prix dans la famille d'origine, la famille d'accueil, la banque mixte, l'adoption plénière, le foyer de groupe prolongé peuvent aussi être des solutions valables.
- ✧ La relation avec les écoles est particulièrement importante.
- ✧ C'est souvent à cet âge que les évaluations deviennent nombreuses, redondantes, sans véritables interventions à long terme.
- ✧ Le dépistage de troubles sévères est souvent difficile et débouche sur une découverte trop tardive de troubles à l'adolescence.
- ✧ Les ressources à cet âge sont souvent spécialisées et communiquent peu entre elles.

Pour les adolescents

- ✧ On oublie trop souvent que bien des adolescents sont en situation d'abandon.
- ✧ La prise en charge après 18 ans s'avère très difficile, même si le sujet le demande.
- ✧ L'angoisse des 18 ans est une réalité bien présente.
- ✧ Les ressources se raréfient. Plus le sujet avance en âge, plus les difficultés deviennent évidentes et plus les moyens d'action diminuent.
- ✧ Il existe tout un réseau hors professionnels qui est souvent négligé et qui pose d'ailleurs le problème des liens entre professionnels et approches communautaires.
- ✧ Il existe peu d'équipes de prévention, clubs de quartier...
- ✧ À cet âge, on est davantage percuté par les problèmes d'urgence, de sécurité, que par les problèmes de soins.
- ✧ Scandales, réactions répressives, sentiments d'impuissance dominant souvent la scène et conduisent à des réponses de courte durée sans vision prospective.

Par rapport aux différents milieux interpellés, plusieurs éléments se dégagent :

Du côté des formateurs

Outre les réflexions déjà formulées, il n'apparaît pas évident que les théories sur l'attachement et leurs conséquences fassent l'objet d'un enseignement approfondi. Les dimensions : compréhension de la spécificité des autres professions; travail en équipe; animation d'équipe; importance du réseau; insertion et collaboration avec

les organismes communautaires, semblent peu touchées. Le perfectionnement continu est très diversement mis en place.

Du côté de l'intervention socio-éducative

Il y a souvent plus une information sur les différentes sciences humaines qu'une préparation à la maîtrise d'outils éducatifs : entretiens; approches familiales; évaluations; utilisation du groupe, etc.

Les structures institutionnelles type internat attirent très peu, ce qui entraîne une discontinuité et souvent un manque d'expériences là où les jeunes présentent le maximum de difficultés et de pathologies.

L'éducateur sait mal comment présenter son action aux différents professionnels. « Il vend mal sa marchandise ».

Les liens entre éducateurs et psychiatres sont fragiles, chacun comprenant mal les points de vue de l'autre.

L'éducateur est insuffisamment soutenu dans sa tâche par des réunions d'équipe, par des supervisions régulières, par un perfectionnement continu.

Il y a un manque flagrant de stabilité, ce qui entraîne une discontinuité des interventions.

Tout ceci ne se résoudra pas sans une négociation sérieuse tenant compte des positions des éducateurs, des pouvoirs publics, des syndicats, des directeurs de centres et d'organismes.

Du côté des intervenants psychiatriques

- ✧ Les psychiatres s'inscrivent peu dans la réalité extra-hospitalière.
- ✧ Ils sont en nombre dramatiquement insuffisant.
- ✧ Il y a une incompréhension flagrante entre la demande des milieux éducatifs et la demande des psychologues et des psychiatres malgré des efforts notables dans ce sens : notion d'urgence, notion de collaboration, définition des identités, notion des objectifs visés par l'évaluation.
- ✧ Le concept d'*intervention à long terme* tend à changer et parfois à disparaître.
- ✧ Le statut d'expert au tribunal mérite d'être repensé. Qui est vraiment expert?
- ✧ La consultation pédopsychiatrique devrait inclure l'intervenant pivot.
- ✧ Le psychiatre craint qu'on médicalise la souffrance pour pallier les imperfections du système.

- ✧ Il y a peu de liens actifs entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie.

Du côté des milieux judiciaires

- ✧ Difficulté de rejoindre les juges et d'échanger avec eux.
- ✧ Clarification incertaine entre filiation de sang et filiation substitutive.
- ✧ Rôle souvent ambigu des avocats.
- ✧ Difficulté de se situer comme témoin expert.
- ✧ Problème des délais pour une prise de décision dans les cas compliqués.
- ✧ Langage différent et définition des termes différente.
- ✧ Nécessité de créer un meilleur arrimage interdisciplinaire entre le judiciaire et le social avant que la situation ne devienne urgente.
- ✧ La concertation entre avocats, DPJ et intervenants devrait être plus souvent possible avant d'aller au tribunal.
- ✧ Le débat contradictoire tel qu'il est institué dans le cas des enfants est-il adéquat?
- ✧ Des réflexions ont été émises sur l'intérêt d'introduire la médiation judiciaire dans la protection de la jeunesse.

A propos de la formation de base des professionnels

Jacques Vachon

Au cours de leurs nombreuses séances de travail, les membres du Forum Abandon ont soulevé, à maintes reprises, la question des lacunes dans la formation de base des professionnels oeuvrant en protection de la jeunesse. Cette question a été également soulevée lors des colloques organisés par le Forum. Au dernier colloque de janvier 2004, tous les ateliers ont fait état du problème.

L'objet de ce court texte est d'identifier les principaux constats du Forum concernant les insuffisances ou les lacunes de la formation de base des professionnels en protection et de documenter brièvement certains des aspects considérés comme hautement pertinents pour la pratique professionnelle et la concertation entre professionnels. Les sources d'information proviennent à la fois d'avis d'experts et de professionnels et d'une consultation des répertoires universitaires concernant les programmes de formation de diverses catégories de professionnels. Plus spécifiquement, les programmes universitaires en psychologie, service social, psychoéducation, psychiatrie, pédiatrie et droit de la plupart des universités québécoises ont été examinés lorsque accessibles (juillet et août 2004) par Internet.

Constats

1- Absence ou insuffisance des connaissances sur la théorie de l'attachement

Outre une connaissance générale des principales théories du développement des enfants, les membres du Forum considèrent qu'une connaissance spécifique de la théorie de l'attachement s'avère très utile, sinon essentielle pour les professionnels qui

oeuvrent en protection, leur permettant de bien évaluer les situations présentées et d'intervenir de façon appropriée directement ou indirectement dans ces cas.

Une revue des répertoires de cours pour tous les programmes universitaires mentionnés ci haut indique qu'aucun titre de cours portant spécifiquement sur la théorie de l'attachement n'apparaît au répertoire des diverses universités québécoises. Toutefois, on peut penser que les professionnels dont la formation s'inscrit davantage dans le champ des sciences humaines et du comportement ont reçu une certaine information sur la théorie de l'attachement. Mais on reconnaîtra qu'entre une introduction à cette théorie, dispensée à l'intérieur d'un cours sur les théories du développement humain, et un cours de 45 heures sur la nature et les applications cliniques de cette même théorie, il y a un écart qualitatif important au plan de la formation. Les résidents en psychiatrie sont à peine sensibilisés à cette notion d'attachement alors que, pour ceux en pédiatrie, cette notion théorique n'est pas présente dans leur cursus. Dans le cas des juges et des avocats, il y a absence complète de sensibilisation à ce thème dans le cadre d'une formation universitaire de base en droit. Bref, la formation universitaire des divers professionnels de même que celle des futurs praticiens en regard de la théorie de l'attachement est largement insuffisante.

2- Absence ou insuffisance d'une formation de base concernant le rôle de témoin expert ou de témoin devant les tribunaux de la protection de la jeunesse

Le témoignage des professionnels en Cour est également une question problématique. Lors des colloques et ateliers, un grand nombre de professionnels et d'experts ont mentionné leur malaise à ce sujet. Au minimum, ils éprouvent un inconfort à devoir s'impliquer dans un rôle qui ne leur apparaît pas toujours clair; au pire, ils expriment une incompréhension et même un désaccord avec la logique qui a cours dans ces processus judiciaires où ils considèrent que, souvent, les aspects cliniques des situations en cause sont peu pris en considération. Ainsi, par exemple, dans la mesure où une majorité d'enfants abusés vont ultimement se retrouver à nouveau dans leur famille, des alliances thérapeutiques avec les parents doivent être préservées pour le bien-être des enfants, perspective qui est souvent compromise par la dynamique des processus

judiciaires. Comme l'a justement souligné le rapport Jasmin, « ...l'intervention judiciaire a un «avant» et un «après». (...) Il ne faut pas saper à l'avance les chances de réussite de l'intervention sociale qui, elle, prendra inévitablement le relais de l'intervention judiciaire »¹. De plus, les témoins et les experts ont souvent l'impression de se faire enfermer dans un processus qui les rend impuissants à communiquer complètement leur compréhension professionnelle de la situation de l'enfant et de sa famille.

Ils se sentent insuffisamment préparés à évoluer dans un tel contexte. La consultation des répertoires universitaires indique que, à l'exception d'une école de service social² qui offre un cours intitulé «*Expertise psychosociale à la Cour*» qui habilite l'étudiant à préparer, rédiger et soutenir un rapport d'expertise à la Cour ou à des organismes quasi judiciaires, aucun autre département ou école n'offre aux professionnels non-juristes un cours sur le statut de témoin ou d'expert et sur ses exigences pour ceux qui y sont impliqués.

3- Absence ou insuffisance d'une formation de base à l'intervention en contexte d'autorité

Une des caractéristiques de l'intervention en protection de la jeunesse est celle d'être une intervention en contexte d'autorité, une intervention sous mandat, menée auprès de clients non volontaires. Ce type d'action pose des dilemmes aux professionnels d'orientation psychosociale car, dans leur formation, ils sont généralement socialisés à l'idée que l'action thérapeutique repose sur le postulat d'une adhésion volontaire des clients au processus thérapeutique. Il en découle, pour plusieurs, des inconforts profonds associés au dilemme de respecter leurs valeurs professionnelles, de se conformer à la loi et de préserver la relation thérapeutique avec les parents pour le bénéfice ultime des enfants. De façon générale, les professionnels et les experts sont d'avis que la formation universitaire devrait préparer de façon importante les futurs intervenants à s'inscrire dans ce type de contexte et à comprendre toutes les caractéristiques et les applications cliniques de ce type d'intervention.

Parmi les départements universitaires des différentes universités, seulement deux écoles de service social et une école de psycho-éducation offrent un cours spécifique de 45 heures consacré à cette

question. Deux exemples de titres de cours : « *L'aide psychosociale sous mandat* » et « *Pratiques auprès des clientèles non volontaires* ».

4- Connaissance insuffisante des droits des enfants et de la Loi de la protection de la jeunesse

Il n'est pas rare, dans les enquêtes auprès des intervenants en protection de la jeunesse, d'apprendre qu'ils ne se considèrent pas assez bien informés sur les divers aspects de la Loi sur la protection de la jeunesse et qu'ils déplorent une absence de formation de base sur ce sujet. À part quelques écoles de service social qui offrent un cours sur la Loi sur la protection de la jeunesse, la plupart des départements et écoles n'offrent pas un tel cours et ne l'incluent pas non plus dans leurs cours optionnels. Les facultés de droit, à l'exception d'une, n'offrent pas un cours spécifique sur la Loi de la protection de la jeunesse. Le contenu est abordé dans un contexte plus large. En effet, nous avons noté deux facultés qui offraient un cours sur « *Le droit de l'enfant* » et « *La loi et les jeunes* ».

En janvier 1994, un comité du Barreau du Québec³ sur « *La représentation des enfants par avocat : document de consultation* » recommandait que la formation universitaire de base des avocats inclue une bonne connaissance des lois relatives aux droits des enfants. Le Comité recommandait, de façon plus spécifique, que chaque faculté de droit québécoise offre un cours sur les droits des enfants et que ce cours fasse partie de la liste des cours obligatoires parmi les cours donnés dans chaque faculté de droit.

On peut donc conclure que bon nombre de professionnels en protection de la jeunesse n'ont pas reçu, lors de leur formation universitaire, une information satisfaisante sur les droits des enfants et, de façon plus spécifique, sur la Loi sur la protection de la jeunesse et ses applications. Cette réalité s'applique également aux étudiants en formation. Pour plusieurs professionnels, la connaissance de la loi a été acquise en cours de pratique lors de séances de formation ad hoc.

5- Absence de formation de base au travail interdisciplinaire

Une des remarques les plus souvent entendues dans les salles de cours et les colloques professionnels est celle concernant la nécessité de savoir travailler en contexte multidisciplinaire. Le champ de la protection de la jeunesse n'échappe pas à cette

dynamique. Dans les colloques et ateliers, cette question du travail interdisciplinaire est souvent présentée, tantôt comme une pratique déficiente, tantôt comme une condition essentielle à une pratique de qualité. Le comité du Barreau en fait mention en soulignant l'importance pour les avocats de comprendre le vocabulaire utilisé par d'autres disciplines en ce qui a trait, par exemple, aux tests psychologiques, aux notions de base du développement des enfants et aux niveaux de communication utilisés par les enfants⁴.

Par expérience, les professionnels savent que les contraintes à la pratique de l'interdisciplinarité sont considérables mais que, par ailleurs, son implantation est essentielle à une pratique qui a le souci du bien-être des enfants.

Malgré l'importance de cette question, la revue des répertoires universitaires dans l'un ou l'autre programme cité plus haut n'a pas permis d'identifier un seul cours portant spécifiquement sur le travail interdisciplinaire en général ou dans un champ particulier. Il est probable que les étudiants entendent parler de l'importance du travail interdisciplinaire dans l'un ou l'autre de leurs cours. Toutefois, ils ne reçoivent pas réellement un contenu systématique sur la vraie nature de l'interdisciplinarité, sur les enjeux qu'elle peut susciter, sur les types de conflits qu'elle peut engendrer et sur la façon de composer avec cette réalité valorisée dans le discours mais ignorée sur le plan de la mise en place d'un soutien à son actualisation.

Conclusion

Cinq aspects de la formation des professionnels en protection de la jeunesse ont été identifiés pour lesquels des lacunes importantes ont été soulignées. Certaines se rapportent aux connaissances théoriques sur le comportement humain (p. ex. : théorie de l'attachement). D'autres ont trait aux théories de l'intervention proprement dite (p. ex. : intervention en contexte d'autorité), au contexte socio-judiciaire de la pratique (p. ex. : La loi sur la protection de la jeunesse, les témoignages en Cour) ou encore à la culture organisationnelle (p. ex. : le travail interdisciplinaire).

Les solutions ne sont pas simples.

Certaines pistes de solutions impliquent des négociations avec les universités pour mettre en place des cours appropriés dans les programmes réguliers ou encore dans les programmes de formation

continue. D'autres pistes impliquent la formation en cours d'emploi et, en conséquence, l'établissement de choix prioritaires parmi tous les besoins de formation des établissements.

NOTES

1. *Rapport Jasmin. Plus qu'une loi.* Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Justice, Québec, janvier 1992.
2. École de service social de l'Université Laval.
3. Barreau du Québec. *La représentation des enfants par avocat : document de consultation.* Janvier 1994, p. 55-56.
4. Barreau du Québec. op. cit., p. 57.

Écoute, perfectionnement et soutien : une chaîne de solidarité humaine à créer

Michel Doucet

D'entrée de jeu, permettez-moi de rappeler qu'aucun plaidoyer pour les jeunes laissés à l'abandon n'est pensable sans interpeller le réseau qui leur donne des services. Ce réseau, je le connais bien puisque j'en fais partie depuis près de trente ans. Psychoéducateur de formation, je dois reconnaître que tous ces jeunes délaissés et leurs familles m'en ont appris énormément sur la détresse et la souffrance humaine, car c'est bien de cela qu'il s'agit quand on parle de délaissement et d'abandon. Ils m'ont aussi fait cheminer et prendre conscience que les grandes douleurs sont souvent muettes. Les propos qui vont suivre risquent d'être parfois réducteurs puisqu'ils s'inspirent de ma pratique. Celle-ci ne s'est pas déroulée en vase clos, aussi j'ose espérer que mes propos feront écho à certains aspects de votre expérience.

Un indispensable soutien clinique...

Mon expérience d'intervenant m'a confronté régulièrement à des désirs contradictoires bien évoqués par la situation suivante : au moins une fois par année pendant dix ans, Benoît (un jeune suivi en centre d'accueil) m'a fait la demande de l'adopter. Chaque fois, j'étais bouleversé, mais j'ai toujours refusé de l'accueillir sous le registre de la filiation. « Non, je ne serai pas ton père... mais un ami pour la vie ». Évidemment, ceci est plus facile à dire qu'à faire. Je passe ici sous silence tout le travail de réflexion et de recadrage que j'ai dû effectuer pour arriver à être confortable avec cette décision, et qui m'a coûté, en y repensant bien, un mémoire de maîtrise avec le docteur Lemay!..

L'auteur est psychoéducateur conseiller auprès du Centre jeunesse de la Montérégie et chargé de cours à la Faculté d'Éducation permanente de l'Université de Montréal.
 Adresse : 600, rue Préfontaine Longueuil (Québec) J4K 3V6
 Courriel : michel.doucet@rsss16.gouv.qc.ca

...Le besoin d'un lieu d'écoute

Comme jeune professionnel, il m'a fallu, dans les moments où je me sentais impuissant face à la souffrance de Benoît, une personne pour m'aider à écouter et reconnaître mes émotions. Cela m'a permis de maintenir une distance entre mes sentiments et les siens, comprendre les processus en jeu, et ainsi me permettre un engagement professionnel fondé sur des attentes plus réalistes. Cette écoute, offerte par d'authentiques cliniciens, peut prendre différentes formes, depuis le pair aidant en passant par le groupe de réflexion ou encore l'oreille d'un consultant, mais elle doit absolument être disponible quand l'intervenant en a besoin. Cette condition peut parfois être incompatible avec les horaires standard de nos milieux institutionnels.

Ces lieux de soutien sont, selon moi, le prix à payer pour ne pas voir sa compassion étouffée, ce qui arrive malheureusement trop souvent aux intervenants laissés à eux-mêmes sans support. Sans cette compassion qui nous rend sensible aux besoins de l'autre dans la misère, il devient presque impossible de l'aider.

Ces besoins d'écoute et de soutien sont-ils propres aux intervenants psychosociaux?

...La nécessité de supervision professionnelle

Nous avons largement tendance à sous-estimer l'impact des familles très difficiles que nous accompagnons sur notre fonctionnement individuel et sur le réseau d'intervenants. Nous reproduisons souvent à notre insu la crise familiale que nous cherchons à traiter. Il n'est pas rare de voir les différents professionnels des milieux médico-psychologiques, socio-juridiques, socio-éducatifs et communautaires s'opposer, et parfois se quereller, en se réclamant de leurs credos idéologiques respectifs.

Aucun intervenant n'est à l'abri des idéologies. L'une d'elles consiste à s'identifier massivement à la souffrance des parents séparés de leur enfant, au détriment de la souffrance et des peines de l'enfant. Ces idéologies peuvent prendre l'allure d'un véritable fanatisme. De là, l'importance pour chacun d'avoir accès à une supervision professionnelle régulière (et pas seulement en temps de crise!) pour donner un sens à ses interventions et s'assurer de rester fidèle à la mission de l'établissement et cohérent avec soi-même.

J'ai pour ma part vécu à maintes reprises des situations où les besoins

et l'intérêt de l'enfant étaient l'enjeu de débats contradictoires entre des professionnels qui s'entredéchiraient. Qui a raison? Qui a tort? Il faut sortir de ces clivages. Et la supervision, cette démarche d'autocritique guidée et centrée sur la tâche peut permettre de prendre du recul, de redéfinir nos objectifs et surtout de garder vivante notre capacité de travailler en concertation avec d'autres professionnels. Ce type de supervision est de plus en plus rare, voire inexistant dans certaines équipes de travail avec l'arrivée d'une structure prévoyant un chef pour deux services.

Les autres réseaux offrent-ils une forme d'encadrement à leurs professionnels? Quels modèles, quelles conditions devrait-on favoriser?

...L'indispensable travail en co-intervention

Comment tout à la fois protéger les enfants et donner du soutien aux parents? C'est là une position qu'il n'est pas facile de tenir. Ce double rôle est pourtant exigé de l'intervenant social, mais également de plusieurs autres professionnels qui passent de la position d'aidant à celle de témoin potentiel, lors d'une comparution au Tribunal. Pensons ici aux éducateurs, aux psychologues, aux médecins (pédiatres, psychiatres, etc.).

Au tribunal, les intervenants sociaux *doivent apporter les données recueillies lors de leur suivi, qu'ils présenteront comme des faits témoignant* de l'incompétence parentale. Cette situation est fréquemment source de confusion. Elle est un motif tout à fait compréhensible de méfiance, et par suite de non-coopération de la part de plusieurs parents. Attitude qui est d'ailleurs encouragée par certains avocats qui avertissent leurs clients que tout ce qu'ils diront à leurs intervenants pourra être utilisé contre eux. Bien que cette recommandation vise à protéger le client d'abus potentiels du système, elle éveille d'énormes résistances.

Dans un pareil contexte, ne serait-il pas préférable de proposer un travail en co-intervention, c'est-à-dire par un intervenant, préoccupé par les besoins du parent, qui est assigné pour l'accompagner, alors qu'un autre intervenant fera un travail similaire avec l'enfant ou l'adolescent? Ce travail de collaboration est-il vraiment encouragé, voire même est-il seulement possible dans nos établissements?

...La présence d'une équipe multidisciplinaire

Tout ce que je viens de dire témoigne de la complexité des enjeux

lors d'une séparation parent-enfant. Ayant œuvré pendant presque 20 ans en internat avec des jeunes délaissés, je suis encore régulièrement en contact avec plusieurs d'entre eux qui, à l'aube de leurs 40 ans, me font réaliser que je suis un des maillons de la chaîne humaine dont ils font partie.

Claude, 36 ans, d'origine autochtone, rencontré la semaine dernière, m'a complètement sidéré quand il s'est mis à rejouer, dans mon bureau, les scènes d'un petit film tourné à l'époque avec ce petit amérindien, qui était très mal dans sa peau. Vingt-cinq ans plus tard, la répétition de ces gestes témoigne possiblement d'une empreinte laissée dans son univers. Cette expérience et plusieurs autres ont sans doute contribué à nourrir chez ce jeune un certain sentiment de sa propre valeur.

Seul, je n'aurais jamais pu accompagner cet enfant. Ces jeunes et leurs familles « imposent », exigent, selon moi, un travail étroitement interdisciplinaire. En effet, une partie des adultes et même des jeunes avec lesquels nous travaillons présentent souvent des problèmes graves de toxicomanie et/ou des problèmes importants de santé mentale, pour ne nommer que ceux-là. Il est essentiel d'avoir accès à de nombreux spécialistes, et disant ceci, il sera important d'entendre comment ces derniers voient ce travail en collaboration.

Nous avons également besoin des avocats et des juges pour nous aider à protéger les jeunes. Pour bien les représenter, ils doivent prendre le temps de les écouter et rester centrés sur l'intérêt de l'enfant. C'est ultimement au juge qu'il appartient de prononcer la décision quant au placement de l'enfant ou à son maintien avec ses parents biologiques. C'est à lui que reviendra la tâche de permettre l'adoption ou tout autre projet de vie permanent et, dans ce contexte, de statuer sur les contacts entre le jeune et ses parents biologiques. Nous reconnaissons qu'il n'est pas simple de protéger les droits de chacune des parties en cause, cela donne d'ailleurs lieu souvent à des débats fort animés entre intervenants.

Il faut aussi différents spécialistes pour répondre aux nombreux besoins développementaux des jeunes. Je pense ici aux pédiatres, aux orthopédagogues, aux thérapeutes et à tous ces professionnels qui accompagnent les jeunes dans différentes démarches et formes d'apprentissage.

Il ne faudrait pas ici passer sous silence le travail essentiel des

parents d'accueil dans l'assistance aux jeunes séparés de leurs parents. Ces parents d'accueil se demandent parfois, et à juste titre, s'ils sont des parents substitués ou pas plutôt des thérapeutes substitués, tant les jeunes qui leur sont confiés sont de plus en plus perturbés. Malgré des efforts considérables pour mieux les accompagner, ces familles sont encore beaucoup trop souvent laissées à elles-mêmes.

On le constate, les acteurs sont multiples, les collaborations essentielles, mais quel sera le fil conducteur qui nous permettra de rester à l'écoute de l'enfant et de ses besoins? Comment faire en sorte de créer un réseau efficace et réellement efficient?

...L'accès à la formation continue

Si on veut que les juges, les avocats, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les médecins, les parents d'accueil et toutes les personnes concernées puissent en arriver à une compréhension commune et développer un même langage autour des enjeux reliés à l'abandon, il est urgent de mettre en place une formation continue pouvant rejoindre toutes ces personnes.

Cette formation doit, entre autres volets, se centrer sur la théorie de l'attachement et ses applications cliniques, dont parlait Jacques Vachon tout à l'heure. Elle doit également s'intéresser aux connaissances cliniques nous permettant *d'évaluer et d'accompagner avec rigueur chacun de nos patients dans sa situation particulière.*

Même si on doit reconnaître certains efforts pour améliorer la formation du personnel à cet effet, au cours de ces dernières années, je constate régulièrement dans mon travail de consultant la méconnaissance du développement de l'enfant et des conséquences chez l'enfant et l'adolescent de ses expériences de perte.

Tous les éléments concernant le travail de deuil et/ou de *séparation qui marquent le vécu à la fois chez le jeune, ses parents, ses parents d'accueil*, mais aussi chez tous les intervenants qui accompagnent ces personnes, et toutes les stratégies utiles dans ces cas sont appris le plus souvent sur le tas.

Les intervenants sont très peu sensibilisés au défi de la parentalité partagée ainsi qu'aux lignes directrices concernant le placement des jeunes et l'adoption québécoise et internationale. Pourtant ces savoirs sont essentiels et mériteraient qu'on leur fasse une plus grande place, car leurs impacts sur la pratique sont considérables.

En conclusion

Il y aurait tant encore à dire, notamment sur la formation des consultants, sur le rôle d'intervenant pivot, sur l'introduction de nouveaux programmes à l'intérieur des Centres Jeunesse, sur le Programme national de Formation. Tous ces sujets sont importants, mais je dois conclure afin de nous permettre à tous d'échanger.

En repensant à ces trente années vécues auprès des plus délaissés de notre société, je peux affirmer qu'il est impossible d'échapper à certaines questions existentielles en lien avec nos valeurs personnelles, nos croyances, et que l'exposition fréquente aux mécanismes primitifs des pulsions de vie et de mort oblige à nous engager dans une perpétuelle quête de sens.

Aussi, comme intervenant, on ne peut pas s'en sortir si on ne bénéficie pas d'un lieu d'écoute, d'une supervision professionnelle, de l'appui d'une équipe et de ressources de formation continue. Il en va de notre survie pour certains, et de notre épanouissement professionnel. Autrement, c'est l'engagement et la qualité de la continuité auprès de cette clientèle qui seront compromis, et souvent mis en danger.

Suis-je le seul à éprouver ces besoins? Qu'en est-il pour vous?

Je compte maintenant sur vos réactions et commentaires pour qu'ensemble et selon d'autres points de vue, nous nous engageons, je l'espère, dans des voies ouvrant la porte à des solutions fécondes permettant un meilleur accompagnement des jeunes délaissés.

Plaidoyer pour l'enfance

Luc M. Malo

D'entrée de jeu, je voudrais vous parler de grandir, de complicité et de plaisir.

Grandir, parce que par votre inscription et votre participation attentive à ce colloque, vous avez décidé de déposer des semences dans votre jardin personnel et de faire germer certaines idées qui vous permettront de grandir au bénéfice des enfants abandonnés. Et contribuer à faire grandir des enfants, des collègues, des organisations dédiées aux enfants et à leurs familles, n'est-ce pas une des motivations fondamentales de votre activité professionnelle?

Complicité, parce que par votre participation active, par vos échanges, vous avez contribué à ce caractère synergique essentiel pour faire grandir vos collègues et tous ceux et celles qui gravitent dans votre entourage et qui bénéficient de vos activités professionnelles, notamment des enfants abandonnés, négligés, violentés. La complicité est essentielle pour éviter de travailler en silos, pour mieux assurer la continuité et la stabilité des interventions, pour installer des relations de confiance et développer des synergies prometteuses dans un climat proactif et intéressant de travail.

Plaisir, parce qu'il s'accroît avec l'usage, qu'il a un caractère vitaminique sur toutes les semences et est un gage de récolte avec des résultats supérieurs en quantité et en qualité. Le plaisir, c'est aussi la fierté du don, du travail bien fait, d'un fort sentiment d'utilité sociale. Et grandir et faire grandir dans le plaisir, c'est tellement mieux que de stagner dans la morosité ou de régresser dans la déprime.

L'auteur est ex sous-ministre et gestionnaire des services à l'enfance au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le texte suivant a été prononcé lors de la Clôture du Colloque du Forum Abandon tenu en janvier 2004.

Adresse : 963, rue Laudance, appt 807, Sainte-Foy (Québec) G1X 4Y1
Courriel : Lucm.malo@videotron.ca

Au cours de ce colloque, vous avez accueilli de multiples bonnes idées pour améliorer votre pratique professionnelle. Votre défi est maintenant d'identifier celles que vous allez considérer, pour vous, comme des semences prometteuses d'avenir et dans lesquelles vous allez investir du temps de réflexion pour les faire grandir et les traduire en actions. N'en choisissez pas quinze, ce serait comme les résolutions du Jour de l'An, vite oubliées. Je vous invite plutôt à en choisir une, deux ou trois, pas beaucoup plus, que vous arroserez et sur lesquelles vous construirez, pour vous et les autres.

Dans cette conférence de clôture, je vous propose donc quelques pistes de réflexion qui prolongent, complètent ou s'inspirent des contenus partagés pendant ce colloque. Considérez-les comme des choix de semences à faire pousser :

- ✧ pour vous faire grandir personnellement
- ✧ pour contribuer à faire grandir ceux et celles qui gravitent dans votre entourage
- ✧ pour développer des complicités et une mobilisation en vue d'assurer de meilleures conditions de vie aux enfants et à leurs familles
- ✧ pour changer ce que le bon sens et votre implication communautaire vous commandent de faire évoluer
- ✧ pour accroître votre satisfaction personnelle et professionnelle, votre plaisir et votre qualité de vie. Les enfants qui vous sont confiés en sortiront gagnants.

Dans cette optique, je plaiderai successivement:

- ✧ pour une réduction de la pauvreté des enfants et des jeunes familles
- ✧ pour une lutte sans compromis contre l'abus, l'exploitation et l'exclusion des enfants
- ✧ pour des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être des enfants
- ✧ pour des interventions cliniques plus appropriées, interdisciplinaires et intersectorielles
- ✧ pour la participation sociale des jeunes
- ✧ pour une justice plus ouverte et collective
- ✧ pour l'accueil des différences
- ✧ pour des politiques sociales visionnaires et évolutives
- ✧ pour la recherche sociale

Et nous terminerons par un souffle pour l'action.

Plaidoyer pour une réduction de la pauvreté des jeunes familles

En 2003, les États-Unis ont réalisé une coalition et déclenché une guerre coûteuse qui n'en finit pas en Irak, et ce pour détruire d'hypothétiques armes de destruction massive. Or, les pires armes de destruction massive à l'échelle des continents sont l'abandon et la pauvreté des enfants. Seulement sur le continent africain, les enfants abandonnés sont plus de 10 millions. Qu'avons-nous fait pour eux? Et les enfants pauvres ne sont-ils pas plus de 10 millions aux États-Unis même? Mais avez-vous entendu le président Bush... et nos premiers ministres... parler de guerre à la pauvreté des enfants et des jeunes familles?

Pourtant, suivant l'adoption de la Convention internationale relative aux droits des enfants (1988), le Canada s'était engagé à éliminer la pauvreté des enfants canadiens avant l'An 2000. Le constat d'échec est cuisant si l'on compare les données canadiennes avec celles des principaux pays industrialisés. Au Canada, comme aux États-Unis, les pauvres sont de plus en plus pauvres et la cohorte des personnes défavorisées s'élargit sans cesse.

Le Québec a fait comparativement un peu mieux que la moyenne canadienne mais a quand même complètement raté l'objectif d'une réduction significative de la pauvreté des jeunes familles. Cet engagement faisait suite à la principale recommandation du rapport du groupe de travail présidé par Camil Bouchard, intitulé *Un Québec fou de ses enfants*. Les liens étroits entre la pauvreté des jeunes familles et la détresse des enfants sont pourtant évidents et largement démontrés tant par des études et des recherches scientifiques que par le vécu quotidien des enseignants et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. Les taux de prévalence, notamment des cas de prématurité, de retard de croissance intra-utérine et de maladies infantiles; de difficultés d'attachement, d'apprentissage et de socialisation; de signalements en Protection de la jeunesse pour négligence, abus et délinquance, sont nettement plus élevés dans les milieux défavorisés. Nous rappelons toutefois que la majorité des parents de milieux défavorisés réussissent, grâce à leur courage, à faire grandir leurs enfants à l'abri de ces problèmes.

Nous savons aussi que la pauvreté des jeunes familles a trop souvent un caractère intergénérationnel en raison, notamment, de son effet

dévastateur sur la scolarisation des jeunes et particulièrement des jeunes mères, et conséquemment sur l'insertion au travail et sur la précarité de l'emploi. Des programmes spécifiques de scolarisation, de formation professionnelle et de préparation à l'emploi sont donc requis pour mieux outiller les jeunes et les aider à sortir du cercle de la pauvreté.

À défaut d'une politique de plein emploi, qui peut s'avérer de plus en plus difficile à réaliser dans un contexte de mondialisation de l'économie, la situation de la pauvreté des enfants et des jeunes familles interpelle nos gouvernements nationaux quant à l'urgence de développer des politiques plus généreuses de redistribution de la richesse.

Enfin, nous réitérons, comme un grand cri de détresse, que tout doit être mis en œuvre pour réduire significativement la pauvreté des enfants et des jeunes familles.

Plaidoyer pour contrer l'abus, l'exploitation et l'exclusion des enfants

Tout enfant a besoin d'un environnement propice à son épanouissement. Le creuset familial est certes le plus fondamental pour assurer à l'enfant un lieu d'attachement, d'appartenance et de filiation mais il ne faudrait pas sous-estimer pour autant les autres partenaires qui croisent son parcours de vie et influencent son développement tout entier, sa quête d'autonomie et d'affirmation de soi.

Pour lui permettre de se construire, d'être créateur de son devenir, l'enfant a surtout besoin d'être aimé profondément en tant que personne et non comme un objet utilitaire. Bien sûr, certaines contraintes éducatives sont nécessaires et inévitables pour assurer le développement optimal d'un enfant. Mais toute forme de négligence, d'abus physiques, moraux ou sexuels sont des dérives importantes, des obstacles majeurs à son épanouissement. L'enfant victime, ainsi coincé dans un système de domination abusive et confronté à des valeurs malsaines et nuisibles, en arrive à douter des autres, de lui-même et de sa place dans la communauté. De ce fait, il se situe davantage dans un mode de survie que d'adaptation et de croissance. D'acteur de son développement, il risque fortement de devenir figurant, victime, ou même critique acerbe de son environnement, source de sa souffrance. Dans ce contexte, son développement social, affectif, moral devient sérieusement

compromis et, de ce fait, sa capacité future de participer au développement de la communauté en tant qu'adulte autonome et pleinement responsable.

S'il peut paraître facile de condamner la prostitution juvénile et la pédophilie, de décrier le travail abusif de jeunes enfants, de s'indigner de certaines pratiques affectant leur intégrité physique et même de légiférer dans ces matières, il semble beaucoup plus ardu de trouver des pistes d'actions efficaces pour enrayer toutes les formes de victimisation, d'exploitation et d'exclusion souvent très subtiles à l'égard des enfants. Les problèmes d'abus et de négligence ne sont surtout pas seulement l'affaire de la police et de la Direction de la protection de la jeunesse. Ils interpellent tous les adultes de la communauté, questionnent les valeurs et appellent à une mobilisation de toutes les instances pour un plan multidimensionnel et intersectoriel d'actions, incluant l'utilisation des mass médias. Dans ce contexte, nous croyons qu'il y a lieu de favoriser l'émergence d'un vaste mouvement de mobilisation sociale pour éradiquer toute forme d'abus et d'exclusion à l'égard des enfants. Et pour rappeler l'expression de Réal Lajoie : « *Vite, mettons sur pied un BAPP pour les enfants!* »

Plaidoyer pour des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être

Au Québec, l'avènement de centres de la petite enfance, implantés dans un contexte économique passablement difficile, mérite d'être souligné positivement. Cette mesure, de nature essentiellement préventive, répond non seulement aux attentes de parents sur le marché du travail, mais plus fondamentalement aux besoins des enfants en leur proposant une relation stable et bienveillante avec un ou des adultes dans un contexte éducatif. Le temps de garde devient ainsi une mesure positive de socialisation, de soutien au développement cognitif et d'interaction sociale marquante.

L'efficacité des programmes d'interventions précoces pré et post-natals n'est plus à démontrer, notamment auprès des familles pauvres et vulnérables. Ces programmes doivent cependant être plus accessibles et leur intensité accrue pour assurer une influence significative sur la diminution des transferts intergénérationnels de problèmes d'attachement et favoriser une stimulation intellectuelle et des interactions sociales propices au développement de l'enfant. Ces programmes cadrent parfaitement dans l'immense chantier qui

réside en amont des problèmes, c'est-à-dire le travail de prévention et de promotion de la santé et du bien-être des enfants. Au-delà des services de garde, il est essentiel de penser et de mettre en œuvre des actions énergiques et intersectorielles pour agir sur les conditions de vie des enfants et sur les déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques qui peuvent influencer sur leur développement.

Il est clairement reconnu que le revenu familial et le niveau de scolarité des jeunes mères sont deux des meilleurs indices de prédiction de la capacité et du développement de l'enfant. Il faut agir en priorité au niveau de l'emploi, des revenus, de la scolarisation et développer des politiques publiques favorables aux enfants et aux familles. Toutefois, une politique efficace de prévention et de promotion doit viser plusieurs cibles, dont des comportements de marginalité sociale, tels que la consommation d'alcool et de drogues et le jeu compulsif, des facteurs de risque tels que des habitudes alimentaires malsaines, le manque d'hygiène et le tabagisme, des facteurs écologiques tels que l'habitation et les loisirs.

Nous soutenons que les programmes et les actions de prévention en matière de santé, d'éducation, de services sociaux et de développement local et régional sont essentiels, de même qu'un programme intégré de promotion de la santé et du bien-être.

Plaidoyer pour des interventions cliniques plus appropriées, interdisciplinaires et intersectorielles

Même avec les meilleurs outils de promotion et d'action sur les déterminants de la santé et du bien-être, même avec les meilleurs programmes de prévention et d'interventions précoces, certains enfants en difficulté et leurs familles ont besoin de recourir à des interventions cliniques de nature diversifiée faisant appel à des professionnels de disciplines différentes. Ces professionnels œuvrent, soit en bureau privé, soit dans des établissements ayant théoriquement des missions complémentaires. Même si la majorité de ces professionnels sont compétents dans leur discipline respective et profondément engagés socialement, il nous apparaît utile de rappeler quelques prémisses pour des interventions plus appropriées, interdisciplinaires et intersectorielles.

L'intervention clinique doit d'abord être empreinte de respect envers l'enfant, principal acteur de son développement, envers ses parents et toute autre personne significative qui gravitent dans son entourage.

Elle doit de plus être continue et intensive, stable et généreuse. Si, en raison de circonstances particulières, elle peut ou doit avoir un caractère d'autorité, elle ne devrait jamais être blâmante, menaçante ou écrasante. Au contraire, elle devrait révéler, soutenir et valoriser les compétences des enfants et des parents dont les ressources sont trop souvent sous-estimées.

Certaines situations complexes nécessitent une approche en réseau par des intervenants de disciplines complémentaires et de milieux d'appartenance différents. Il importe de traverser les murs trop souvent étanches des établissements pour développer des réseaux de services intégrés et coordonnés dans le seul intérêt de l'enfant bénéficiaire et de sa famille.

Comme préalable à l'action concertée, il nous paraît d'emblée nécessaire de cesser de modifier constamment les structures des organisations de services. Comment peut-on espérer créer des réseaux de complicité positive centrés sur les enfants lorsque les intervenants sont eux-mêmes en mutation constante et en processus inachevé de deuil administratifs ? Aussi pour favoriser l'innovation et la concertation des intervenants dans l'élaboration et l'application de plans de services personnalisés, interdisciplinaires et intersectoriels au besoin, coordonnés par un intervenant pivot, nous suggérons aux instances concernées :

- ❖ d'intervenir massivement dans la formation continue du personnel plus que dans les changements de structures ;
- et que les programmes de formation :
- ❖ soient interdisciplinaires, inter-établissements et orientés autant sur les relations humaines que sur les aspects techniques propres à chacune des disciplines;
 - ❖ privilégient le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu naturel de vie et d'inclusion sociale;
 - ❖ favorisent l'émergence de pratiques novatrices et les diffusent;
 - ❖ suscitent l'avènement de réseaux « humains » de soutien et d'entraide entre les intervenants, préoccupés d'amélioration continue de la qualité des services.

Plaidoyer pour la participation sociale des jeunes

Devenir un adulte autonome, responsable et participant activement à la vie sociale et démocratique implique le développement de multiples compétences, et ce, dès la plus tendre enfance. Notons seulement le développement de la curiosité intellectuelle et de la

confiance en soi, de la sensibilité à l'autre et de l'empathie, de la communication et de la négociation, de la prise de décision et de la résolution de problèmes, de l'identification des valeurs partagées d'une société et de ses multiples composantes.

Au fil des expériences de vie, l'implication dans la vie communautaire prend de multiples formes et les premières expériences sont souvent capitales, telles une insertion réussie dans la structure familiale en milieu de garde, scolaire ou de loisirs. La capacité de travailler en équipe ultérieurement est souvent tributaire de ces expériences de jeunesse.

Si le jeune a une responsabilité indéniable dans la réussite de cette insertion, encore faut-il que les structures d'accueil soient appropriées, accueillantes et ouvertes à la participation sociale des jeunes et à une culture de solidarité et de partenariat fondée sur l'entraide et le soutien entre les générations. Plus largement, la société doit offrir aux individus des occasions d'augmenter et de réaliser leur potentiel (empowerment) tant sur le plan social et culturel, qu'économique et personnel.

Le développement des communautés locales devient un impératif au plan collectif, non seulement pour assurer la croissance de son capital économique mais surtout de son capital humain et social tout en préservant son environnement. L'école, le centre de loisirs, la maison de jeunes et de quartier doivent devenir des milieux de vie et d'inclusion sociale, d'initiative et d'expérimentation de la participation sociale et de la gestion démocratique active.

Dans ce contexte, il nous apparaîtrait tout à fait pertinent que les instances locales et régionales développent, en concertation avec les jeunes, des activités spécifiques de participation sociale appuyées par des stratégies proactives pour les rejoindre, et que les instances nationales supportent toutes les initiatives qui sont susceptibles d'influer sur les déterminants sociaux et d'améliorer le bien-être de la population. Si nous trouvions le moyen de donner la parole aux jeunes, ne serions-nous pas gênés parfois de leurs commentaires concernant les contraintes multiples que nous leur imposons et qui entravent la continuité et la qualité de nos relations avec eux?

Plaidoyer pour une justice plus ouverte et collective

L'enfant québécois est sujet de droit. Il évolue dans une société de droit et, si requis, se trouve confronté à un système judiciaire largement tributaire d'un appareil centré sur le litige individuel. Cette

approche de confrontation a ses mérites mais elle peut s'avérer particulièrement pernicieuse pour certains enfants. De trop nombreuses comparutions marquent un enfant pour la vie. Aussi, dans la mesure du possible, il ne faudrait envisager la judiciarisation des situations que comme mesure ultime et réfléchir sur les attitudes et compétences des différents acteurs œuvrant aux Chambres de la famille et de la jeunesse. Dans ce contexte, il apparaît que le Barreau du Québec devrait mettre à jour le rapport des experts qui ont travaillé sur cette question et prendre action.

En matière de droit social, certaines situations sont très complexes et le tribunal doit concilier, dans son jugement, les exigences de la loi et l'intérêt de l'enfant. Parallèlement, au plan clinique, si la situation de l'enfant exige une approche multidisciplinaire, le tribunal peut recourir à des expertises externes pour l'aider dans sa prise de décision.

À la Chambre de la Famille, les services de médiation et d'expertises psychosociales assument un rôle essentiel à cet égard. Aussi devraient-ils être développés et rendus plus accessibles à l'intérieur de délais raisonnables. À la Chambre de la Jeunesse, le directeur de la protection de la jeunesse et son équipe réalisent la majorité des rapports d'expertises psychosociales.

Nous soumettons cependant que plusieurs innovations sont souhaitables pour améliorer la concertation entre les intervenants sociaux et judiciaires. Les deux rapports Jasmin notamment ont suggéré plusieurs pistes d'actions. Qu'est-il advenu des recommandations du rapport Jasmin « Au nom... et au-delà de la loi » qui visaient justement l'avènement d'une justice plus humaine et ouverte?

Nous souhaitons vivement que la Direction de la Protection de la jeunesse et le Tribunal du Québec, Chambre de la jeunesse, fassent œuvre d'éducation populaire sur les consensus dégagés à propos du concept de protection, de la notion d'abandon et sur les comportements qui leur paraissent acceptables et ceux qui ne le sont pas, soit sur les facteurs de décisions du tribunal et du directeur de la protection de la jeunesse. La réflexion sur « *l'intérêt de l'enfant* » et sur les critères d'intervention judiciaire préventive doit se poursuivre, se traduire dans un langage simple et accessible, et les résultats largement diffusés dans la population.

Nous croyons enfin qu'il serait souhaitable d'accroître la déjudicia-

risation et de mettre en application des programmes de formation continue pour tous ceux (juges, avocats, intervenants sociaux) qui œuvrent aux chambres de la famille et de la jeunesse. Une justice ouverte, bien comprise par le monde ordinaire et d'abord par les intervenants est essentielle, mais du travail reste à faire!

Permettez-moi une parenthèse sur la Commission des droits des enfants qui, par ses enquêtes qui rappellent l'inquisition et ses interventions publiques dignes de «Allo Police», fait du sensationnalisme avec certaines erreurs de parcours et quelques cas tordus. Ne présentant jamais l'autre côté de la médaille, soit les milliers de signalements correctement traités, la Commission ne fait qu'accroître l'insécurité des intervenants, d'où une mobilité de la main-d'œuvre et une discontinuité accrue de l'intervention. Dans son dernier rapport, elle a élargi le concept de protection, provoquant ainsi des effets contraires à une meilleure protection des droits des enfants, dont un accroissement indu des signalements retenus et de la judiciarisation des situations. Pour que la population s'y retrouve, et même les intervenants, il est urgent que les instances fassent les consensus requis et les rendent publics.

Plaidoyer pour l'accueil des différences

Il fut un temps pas si lointain où les Québécois formaient une société monolithique. Toute déviance, tout comportement marginal par rapport à des normes sociales strictes était dénoncé et les auteurs, frappés d'ostracisme. Les enfants trop turbulents, tout comme les enfants handicapés, étaient placés dans des institutions, les immigrants « voleurs de jobs » enfermés dans des ghettos.

À l'heure d'un Québec de plus en plus vieillissant d'une part, multiculturel et pluriethnique, d'autre part, il devient essentiel pour assurer le développement harmonieux des enfants de neutraliser les relents d'intolérance sociale et d'accueillir la richesse des différences d'une société pluraliste. Si la présence des jeunes est parfois dérangeante, elle est aussi riche de vie, d'énergie communicative et d'espoir. Au-delà des limites fonctionnelles, il y a un enfant plein de rêves avec des capacités à actualiser et qui aspire à une vie sociale comme les autres.

Les personnes venues d'ailleurs qui ont choisi le Québec comme terre d'accueil, possèdent une richesse culturelle qui ne peut que contribuer à nous faire grandir individuellement et collectivement. De plus, en raison de notre situation démographique, leur importance

au plan économique est capitale. Aussi devrions-nous accueillir avec respect les gens qui mettent leur intelligence, leur dynamisme et leurs espoirs, à notre service.

Ensemble! C'est par une synergie de nos différences d'âge, de capacités et de culture que nous pouvons construire une société propice au développement des enfants, dans un contexte de mondialisation des rapports humains tout autant que culturels et économiques. L'école, tout comme la garderie, est un lieu de prédilection pour l'apprentissage du vivre ensemble entre personnes de communautés diverses. L'ensemble des institutions publiques doit s'enrichir de politiques d'accueil et de programmes adaptés à la réalité interculturelle. Les politiques d'immigration doivent refléter le respect et la préoccupation que notre société affirme avoir au sujet du bien-être des enfants, de leur droit à avoir une famille et à vivre en société. Aussi devrait-on réduire les délais et les sources d'insécurité et de souffrance dans le cas d'enfants et de familles exposés à de telles situations.

Enfin, l'ajustement des programmes de formation de base et de formation continue à la réalité interculturelle serait susceptible d'améliorer les rapports sociaux tout comme la diffusion périodique de messages d'intérêt public concernant l'accueil des différences d'âge, de capacités, de religion, de race et de culture.

Plaidoyer pour des politiques sociales visionnaires et évolutives

Depuis quelques décennies déjà, le Québec s'est doté de politiques de soutien à l'enfance et à la famille qui peuvent soutenir avantageusement la comparaison avec celles de la majorité des pays de la planète. « Quand on se compare, on se console », dit le dicton. Parallèlement, nous pouvons observer une forte tendance de notre démocratie à être auto-dénigrante. Une usine ferme et l'économie est à plat, même si elle est comparativement performante par rapport aux pays de l'O.C.D.E.. Les urgences débordent et le système de santé est déclaré « pourri » même si nos indices de santé sont parmi les meilleurs au monde et surtout largement supérieurs au système américain à trois vitesses. Un cas pénible et très médiatisé de négligence grave ou d'abus physique ou sexuel, une faille dans les services, des listes d'attente, des places manquantes ou mal réparties dans les écoles ou centres de la petite enfance... et voilà que certains devins sont prêts à « faire table rase » de toutes les

politiques existantes. Pourtant, celles-ci constituent des assises de qualité pour le développement de politiques progressistes et évolutives.

La critique est en soi positive. Mais lorsqu'elle est auto-flagellante, acerbe, intempestive, ses effets sont dévastateurs sur la crédibilité des politiques publiques et sur le moral des intervenants qui, jour après jour, les appliquent dans un contexte souvent très difficile et avec des moyens limités. Les politiques, outils de régulation et de changements sociaux visant des actions coordonnées et efficaces, doivent être constamment révisées pour assurer leur adaptation continue à l'évolution de l'environnement. La révision des politiques devrait être périodique et s'inscrire dans un processus planifié de type stratégique, soit en dégageant les tendances lourdes de l'environnement, en révisant les objectifs, en proposant des pistes d'amélioration des orientations et des façons de faire utiles à ceux et celles qui doivent les appliquer.

Leviers incontournables, les politiques à l'enfance et à la famille, si elles sont bien ficelées et adaptées aux besoins, sont susceptibles d'être un objet de fierté et de mobilisation, notamment si elles misent sur les forces, si elles ont un caractère intersectoriel et si les processus d'implantation et de gestion sont soignés.

Nous plaidons donc pour que soit substituée à l'approche de gestion de crises, une attitude proactive de révision périodique de nos politiques à l'enfance et à la famille. Le véritable défi n'est-il pas d'être visionnaire face à notre avenir, d'agir sur les facteurs contrôlables qui façonnent notre environnement, d'être proactif dans l'amélioration des politiques à l'enfance et des interventions qui les supportent ? Dans le contexte actuel dit de « réingénierie », je nous invite à la vigilance et à la mobilisation, si requise, avec deux messages clairs, deux cris du cœur :

Ne touchez pas aux services pour les enfants, si ce n'est pour les rendre plus universels, plus accessibles et plus performants !

« Investir pour les enfants constitue l'une des décisions les plus judicieuses que puisse prendre n'importe quel dirigeant, gouvernement ou communauté. Ces investissements bénéficient à l'enfant, à la famille et à la cause du développement humain durable. Il ne s'agit pas seulement de bon sens, mais aussi de logique économique ». (Unicef)

Plaidoyer pour la recherche sociale

Sur le plan médical, militaire et technologique, l'humanité a fait un bond exponentiel au cours du XXe siècle, notamment en raison d'investissements massifs dans la recherche et le développement de produits dérivés. Mais qu'en est-il de l'étude des rapports entre les humains, entre les groupes sociaux, entre les peuples? Pouvons-nous seulement affirmer que l'humanité a avancé en termes d'équité sociale, de qualité des rapports humains, d'harmonisation des différences? Les individus pauvres ne sont-ils pas de plus en plus pauvres? L'écart entre les nations défavorisées et les nations riches n'augmente-t-il pas sans cesse, notamment avec la croissance de l'économie du savoir?

Et pourtant nous savons que la souffrance sociale peut engendrer toutes sortes de réactions, allant du repli sur soi jusqu'à l'exclusion sociale, de la maladie physique et mentale jusqu'au suicide, de la délinquance à la criminalité, de la violence... au terrorisme aveugle et suicidaire jusqu'au terrorisme d'État.

Quel avenir préparons-nous ainsi pour nos jeunes? Paradoxalement, les États investissent massivement dans la recherche militaire, soutiennent correctement la recherche biomédicale, mais la recherche sociale ne récolte que les miettes de la bonne conscience. Et pourtant, n'est-il pas essentiel de soutenir un travail continu de la pensée et de la recherche pour faire jaillir quelques étincelles, génératrices de perspectives et de propositions d'actions novatrices et prometteuses?

Nous souhaitons que les États qui ploient sous le fardeau des coûts de santé, de sécurité publique et d'opérations militaires, comprennent que le fait d'investir sérieusement dans la recherche en sciences humaines et notamment sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, pourrait avoir pour effet d'enrayer la médicalisation et la « psychologisation » de la souffrance sociale et de favoriser l'amélioration des conditions de vie des enfants et des familles. Non seulement la recherche sociale pourrait contribuer à éclairer, au-delà des préjugés courants et des facteurs historiques, les causes profondes des conflits entre les individus, les groupes sociaux et les peuples, mais elle pourrait surtout identifier des pistes d'action pour prévenir les conflits ou, à défaut de mieux, en réduire les conséquences pour les victimes innocentes, en particulier les enfants. Si seulement une partie des budgets militaires était investie

en recherche sociale, l'avenir de nos enfants ne serait-il pas un peu plus lumineux?

Je ne peux passer sous silence les compressions récentes dans les organismes de recherche et, notamment, l'abolition du programme de chercheurs boursiers dans les établissements. Je dénonce cette décision démontrant la myopie intellectuelle et administrative d'un gouvernement qui devrait viser à améliorer sa position dans un monde où l'avancement des connaissances est à la base de l'essor économique et par delà, pour une société axée sur le développement optimal des services à ses enfants. Ce qui est en cause également, c'est la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à développer des pratiques de pointe fondées sur la rigueur et l'innovation.

Conclusion : Un souffle pour l'action

Si tous les enfants du monde, à l'unisson, pouvaient crier leur mal d'amour, les adultes entendraient-ils leur détresse? Si tous les adultes faisaient appel à l'enfant en eux, n'auraient-ils pas plus de respect et de tolérance envers l'enfant qui s'exprime par ses silences et ses turbulences? Si tous les grands-parents se mettaient à l'écoute des rêves de leurs petits-enfants, ne se mobiliseraient-ils pas pour leur bâtir un environnement social plus accueillant et stimulant, propice à leur épanouissement? Si tous les intervenants se mobilisaient dans un seul souffle pour développer un vrai réseau de services, au-delà des statuts et des contraintes corporatives, n'y aurait-il pas plus de continuité, de stabilité et de cohérence dans l'action auprès des jeunes?

Ensemble nous devons oser, pour que plus jamais des enfants, prisonniers d'une sourde colère, ne s'enferment dans un silence lourd comme un grand cri à l'envers;

Pour que plus jamais des enfants, étouffés par l'angoisse, la faim, la peur, ne se réfugient dans la violence comme un exorcisme à leur souffrance;

Pour que plus jamais... ; pour que plus jamais.

Un vaste mouvement de mobilisation sociale doit se lever comme une nuée de papillons qui soulève un vent de changement en faveur des enfants. L'enfant est un trésor en puissance à découvrir, à aimer et à respecter dans son mystère d'être. Il ne demande qu'à grandir dans un terreau fertile pour assurer l'avenir du pays et de l'humanité.

Le choc de la réalité

Jean Boislard

Au cours des dernières années, d'importants changements sont survenus dans le champ de l'intervention auprès des enfants vivant des situations d'abandon. En sensibilisant à la théorie de l'attachement l'ensemble des intervenants concernés, les membres du Forum sur l'abandon des enfants ont grandement contribué à l'émergence de ces changements. L'influence de ce forum d'experts sur les milieux médico-psychologiques, socio-judiciaires, socio-éducatifs et communautaires est palpable. On ne peut plus imaginer à présent que soit débattu le sort de tout-petits, d'enfants ou de jeunes sans que ne soit pris en considération l'impact des décisions sur leur capacité d'attachement.

Prenant acte du chemin parcouru et des progrès réalisés, les membres du Forum constatent par ailleurs qu'on ne fait pas toujours dans nos milieux d'intervention ce que l'on sait à présent devoir faire. Il arrive même que l'on fasse exactement l'opposé sans que rien ni personne n'y puisse apparemment rien changer. D'incontournables contraintes administratives, professionnelles, syndicales ou légales déterminent les règles du jeu. Dans ces entrelacs de contraintes où des enfants vivent à répétition des ruptures relationnelles ou se voient privés de soins nécessaires, personne n'agit de mauvaise foi.

Afin d'amener l'ensemble des milieux concernés à prendre conscience des contradictions existant entre les connaissances et les valeurs d'intervention, d'une part, et la pratique au quotidien, d'autre part, les membres du Forum Abandon organisaient, les 29 et 30 janvier 2004, un colloque sur le thème « *Plaidoyer pour les jeunes laissés à l'abandon : un réseau à développer* ». Y étaient conviés des représentants des milieux médico-psychologiques, socio-judiciaires, socio-éducatifs et communautaires. Réunis en ateliers d'échange, ils étaient invités à proposer de nouvelles façons d'intervenir sans dissonances malgré les contraintes institutionnelles de toutes formes qui affectent la pratique.

Au terme de ce colloque, il est apparu aux organisateurs de l'événement que les propositions de changements issues des ateliers de discussion devaient être soumises aux plus hauts niveaux de la hiérarchie décisionnelle. Répétons-le, les problèmes rencontrés dans la pratique et analysés à l'occasion du colloque de janvier 2004 résultent du choc des intérêts et perspectives, en eux-mêmes par ailleurs légitimes, des appareils politiques, administratifs, syndicaux et légaux. Si aucun de ces appareils n'est en lui-même, par sa dynamique propre, responsable de ces problèmes, tous le sont en revanche par l'incompatibilité de leurs centres d'intérêt et par la contresynergie qui en résulte. L'origine des problèmes rencontrés étant de ce point de vue toujours située ailleurs, toute solution efficace ne pourra émerger que d'une démarche collective et volontaire de tous ces appareils.

Les membres du Forum sur l'abandon ont donc organisé une journée de discussion entre décideurs de haut rang sur les conclusions du colloque de janvier 2004. Étaient conviés à cette rencontre les directeurs généraux des centres jeunesse, les directeurs des départements de psychiatrie, des juges siégeant au Tribunal de la jeunesse, des représentants de la classe politique et syndicale, des responsables des grandes maisons d'enseignement et d'autres personnalités susceptibles d'exercer une influence réelle sur le fonctionnement des institutions québécoises. En les réunissant, les organisateurs de cette rencontre espéraient faire éclater les contradictions qui, trop souvent, rendent dysfonctionnel le système que forment ces institutions et qui participe à la dégradation de la condition des enfants abandonnés au Québec plutôt qu'à son amélioration.

Le vendredi 10 septembre 2004, près de 50 décideurs invités, acteurs influents dans douze milieux différents, répondent à l'appel. Sont présents en force : le réseau des centres jeunesse, réseau hôte de ce post-colloque, le milieu médical et hospitalier, les grandes maisons d'enseignement. Les grands absents : le réseau scolaire et le milieu communautaire (aucun représentant), celui des centres de la petite enfance (un représentant), celui des CLSC (un représentant), le milieu juridique (un représentant) et les centrales syndicales (deux représentants). Qu'est-ce qui explique ces absences? Peut-on penser que ceux qui ont reçu et décliné l'invitation n'ont pas jugé suffisamment importantes les problématiques à l'ordre du jour de la

rencontre? Ou peut-être ont-ils estimé que le milieu qu'ils dirigent n'était pas véritablement concerné ou n'avait pas voix sur des problématiques sans doute réelles mais d'origine diffuse. Or paradoxalement, c'est précisément ce vacuum (ou ce report vers d'autres instances) au regard de la responsabilité qui est au cœur des problèmes actuels, de sorte que l'absence de ces représentants soulignait peut-être encore davantage la nécessité de leur implication dans cette démarche.

Au cours de cette journée du 10 septembre, trois problèmes sont soumis aux participants :

- ✧ le manque de cohérence et de continuité dans l'intervention
- ✧ l'incapacité des réseaux d'aide à synchroniser leur rythme de fonctionnement avec le temps de l'enfant
- ✧ les lacunes aux chapitres de la formation de base, du perfectionnement et du soutien des professionnels.

En premier lieu, *le manque de cohérence et de continuité dans l'intervention.*

L'étendue et la gravité de ce problème sont d'entrée de jeu puissamment illustrées par le témoignage de Sébastien qui, à l'âge de deux ans, perd ses deux parents dans un accident de voiture. Confié au réseau des services sociaux suite à une tentative ratée d'intégration dans sa famille élargie, il sera, au gré des ans, ballotté de famille d'accueil en famille d'accueil en centre de réadaptation. Il sera suivi par la psychiatrie; son cas sera déféré à la justice. À l'âge de 23 ans, vivant un chagrin d'amour, à bout de tout, il tentera de s'immoler par le feu. Il survivra toutefois à cette tentative mais restera sévèrement mutilé et handicapé. Aujourd'hui âgé de 27 ans, Sébastien jette un regard critique sur l'histoire de sa vie; il fait le décompte de toutes ces occasions ratées par les professionnels de tous ordres qui devaient lui venir en aide, ceux du milieu médical et des services sociaux, ceux aussi du milieu de la justice. Il ne les condamne pas, il comprend que le système a ses raisons que la raison ignore...

À la suite de ce dramatique témoignage, l'échange s'engage entre les participants et l'on voit les interventions progresser de la périphérie vers le centre du problème. On regrette le passé, celui d'avant la réforme, d'avant le « déficit zéro » et les compressions budgétaires qui ont suivi, celui où l'on avait le temps de se concerter entre

collègues, celui où prévalait encore cette vision humaniste de l'intervention... (Mais au fait, l'histoire de Sébastien ne prend-elle pas justement place au cours de ces années bénies?) On dénonce les pressions énormes exercées sur les fournisseurs de services par des conditions budgétaires insoutenables. Que l'on se donne un projet de société, qu'on abandonne cette quête de l'équilibre budgétaire pour celle de l'équilibre de nos enfants!

Puis, on arrive au coeur du problème : le clinicien et le planificateur de services évoluent dans des univers parallèles. Pour le premier, la continuité de l'intervention s'impose comme un impératif catégorique puisque son patient est un être entier, indivisible. Le point de vue du second est diamétralement opposé : pour mener à terme la mission qu'on lui confie, il doit recourir à un exercice de déconstruction de l'individu qui consiste à le morceler en ses différents besoins, besoins qu'il traite ensuite comme des entités discrètes, catégorisables, et qui peuvent donner prise à la création de modèles efficaces de distribution de services.

Il faudrait amener la société à se «réhomogénéiser» davantage. Il y a aussi les fossés creusés entre les cliniciens eux-mêmes, entre leurs visions, leurs façons de formuler les questions, de poser les diagnostics. Il faudrait réorganiser le travail, constituer des équipes à compétences diverses qui aient le souci de l'interdisciplinarité et de l'interaction, des équipes qui allient les premières, deuxième et troisième lignes. Afin d'éviter la cassure entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, sans doute faudrait-il penser à des services pour les 15 - 25 ans. L'observation clinique nous démontre que tout se joue entre 0 et 5 ans. Ne devrait-on pas alors mettre en place une chaîne continue de services qui irait de la conception de l'enfant, avec des services pour le fœtus, jusqu'au passage à l'âge adulte? Plus largement encore, ne faudrait-il pas investir davantage dans la protection de la famille? Le Québec dispose d'un formidable réseau de centres de la petite enfance et de garderies en milieu familial qui accueillent les tout-petits cinq jours par semaine. Ce réseau de 200 000 places recèle un potentiel préventif considérable. Or, on constate que des petits d'à peine 2 ans sont régulièrement expulsés de ces milieux de garde à cause des comportements inadaptés qu'ils manifestent. Ne pourrait-on soutenir les adultes qui prennent soin de ces enfants, mailler les compétences des différents réseaux d'intervention afin d'éviter que les enfants les plus démunis se

trouvent, dès les premières années de leur vie, abandonnés par les institutions qui devraient chercher normalement à faciliter leur intégration à la société?

Deuxième problématique soumise aux participants : *le temps de l'enfant – le temps de l'adulte.*

Afin d'introduire le sujet, une courte saynète dont nous résumons ici le propos est présentée.

Pour intervenir auprès des enfants en situation d'abandon, le temps nous est compté. Nous sommes pour ainsi dire engagés dans une course contre la montre. Le temps est compté parce que le rythme d'évolution (c'est-à-dire de construction mais aussi de désintégration) de l'univers de l'enfant est beaucoup plus rapide que celui de l'adulte, mais également parce qu'il existe des fenêtres d'opportunités, soit des périodes particulièrement propices au développement chez l'enfant de capacités très spécifiques qu'il ne faut pas rater sous peine de voir ces capacités s'enrayer par la suite. S'il est vrai que l'intérêt de l'enfant doit primer sur toute autre considération, l'horloge interne nous situant sur l'état de son développement devrait être celle sur laquelle on règle nos agendas. Mais dans la réalité, ce n'est pas ce qui se produit. En fait, à côté du temps de l'enfant, il y a celui du parent, celui du professionnel et surtout, celui des institutions. Et c'est, la plupart du temps, ce dernier qui décide de l'agenda des interventions, notamment compte tenu :

- ✧ du temps d'affichage d'un poste prévu à la convention collective et de la période d'essai dans un nouveau poste;
- ✧ du temps d'intervention dont dispose le professionnel, vu la charge de cas qu'on lui attribue;
- ✧ du temps passé dans une ressource provisoire dans l'attente d'une décision de la cour;
- ✧ du retard développemental imposé à l'enfant parce qu'un juge a décidé de donner une nouvelle chance à ses parents;
- ✧ du temps d'attente en vue d'une évaluation ou d'une consultation parce qu'il manque de médecins spécialistes ou que ceux en poste sont assignés à d'autres activités professionnelles.

La question centrale posée aux participants est la suivante : est-il possible de synchroniser notre rythme de fonctionnement avec le

temps de l'enfant? Encore une fois, les échanges sont nourris. D'entrée de jeu, une participante souligne l'importance de prendre le temps d'écouter les enfants et les parents, et déplore le fait que l'on ait perdu cette capacité d'écoute. Un peu plus tard au cours de l'échange, on lui répondra que l'écoute n'est pas toujours aidante, qu'il faut parfois cesser d'écouter et passer à l'action... On souligne à nouveau l'importance d'agir précocement et, en conséquence, de miser davantage sur la prévention et d'investir dans la constitution d'une première ligne forte. On fait également remarquer qu'outre la vitesse de réaction, il faut miser sur la durée de l'intervention et employer à bon escient le temps dont on dispose. Un participant rappelle que c'est au cours des trois premières années de la vie de l'enfant que se développent ses liens d'attachement avec une figure adulte significative pour lui. L'expérience clinique montre que cet attachement se développe là où l'enfant vit. Il faut dès lors tout mettre en œuvre pour assurer à chaque enfant, très rapidement après la naissance, la stabilité relationnelle requise pour permettre la formation de ces liens d'attachement qu'il faudra, lorsqu'ils seront formés, éviter à tout prix de rompre.

Cette intervention suscite des réactions : on est d'accord pour décider rapidement, mais il faut tout de même considérer que le développement de compétences parentales demande beaucoup de temps. Si l'on admet qu'il faut donner aux parents la chance et, par le fait même, le temps de développer leurs compétences, à quel moment devrait-on décider que malgré tous les efforts déployés, cette mère semble incapable de mettre en jeu une compétence suffisante pour que l'enfant se développe? Où se situe la limite entre la « chance laissée au coureur » et un acharnement vain de l'intervention? Ne faut-il pas fixer des délais, et si oui, lesquels, considérant que la durée de ce délai ne signifiera pas la même chose pour la mère et pour l'enfant? La question posée est dramatique. Quand devrait-on couper les liens du sang?, demande un représentant du milieu de la justice. Il faut s'autoriser à reconsidérer nos évaluations car on sait combien le pronostic de certains enfants, de certaines familles est très difficile à poser.

Pour le milieu de la justice, toutes ces questions méritent une très grande attention. Dans le contexte actuel où l'on s'apprête à réviser la Loi sur la protection de la jeunesse (la LPJ), chacun devra faire valoir sa position. Déjà, en 1992, on avait inscrit dans la loi

l'importance de considérer la notion de temps de l'enfant, mais l'application de ce principe s'est révélée difficile. Dans le système judiciaire, on est sans cesse confronté au temps des avocats, des juges, aux délais entraînés par les remises de causes. Peut-être faudrait-il adopter une procédure de «*fast track*»? La justice va procéder rapidement si le justiciable le demande. En matière de jugements et d'ordonnances posés par les tribunaux, on assiste à un changement de paradigme : alors qu'on fonctionnait auparavant dans un régime d'intervention « après le coup » (il fallait démontrer que l'enfant avait souffert, devant quoi le juge rendait sa décision), on soumet à présent aux tribunaux de plus en plus de situations dommageables anticipées (on demande au juge de rendre sa décision avant que l'enfant ne souffre)¹.

Troisième problématique soumise aux participants : *la formation, le perfectionnement et le soutien professionnel.*

Pour lancer la discussion, deux membres du Forum soumettent aux participants leur point de vue sur ces enjeux. Les textes de leur présentation sont intégralement reproduits dans le présent dossier de PRISME². En voici tout de même l'essentiel.

En regard de la formation, selon l'avis d'experts et de professionnels et selon les conclusions qui se dégagent d'une consultation des répertoires universitaires comportant des programmes académiques offerts aux professionnels de diverses disciplines, il apparaît que :

- ◇ Il y a absence ou insuffisance des connaissances sur la théorie de l'attachement.
- ◇ Il y a absence ou insuffisance d'une formation de base concernant le rôle de témoin expert ou de témoin devant les tribunaux de la protection de la jeunesse.
- ◇ Il y a absence ou insuffisance d'une formation de base à l'intervention en contexte d'autorité.
- ◇ On n'approfondit pas suffisamment les connaissances sur les droits des enfants et sur la Loi sur la protection de la jeunesse.
- ◇ Il n'y a pas de formation de base au travail multidisciplinaire.

En regard du perfectionnement et du soutien professionnel, les

¹ Me Hugues Létourneau, avocat au service du contentieux du Centre jeunesse de Montréal et membre du Forum Abandon, signe dans le présent dossier de PRISME un très bon texte qui traite notamment des notions de « préjudice caractérisé » et de « préjudice anticipé ». Voir en particulier p. 96 et suivantes.

² Voir p. 42 à 47, et p. 48 à 53.

constats et questions qui suivent découlent d'un examen de la pratique en protection de la jeunesse :

- ✧ Les intervenants ont eux-mêmes tous besoin d'un support professionnel pour les aider à écouter et reconnaître leurs propres émotions s'ils veulent conserver cette distance qui permet un engagement professionnel fondé sur des attentes réalistes. Ce besoin est-il propre aux intervenants psychosociaux?
- ✧ Aucun intervenant n'est à l'abri des idéologies. Tous ont vécu ces situations où les besoins et l'intérêt de l'enfant sont l'enjeu de débats contradictoires entre professionnels qui s'entredéchirent, reproduisant ainsi à leur insu la crise familiale qu'ils cherchent à traiter. La supervision professionnelle peut permettre d'objectiver les situations et rendre plus productif le travail en concertation. Or, les périodes de supervision ne sont pas inscrites de routine dans l'emploi du temps des professionnels.
- ✧ Au tribunal, les intervenants sociaux doivent apporter les informations recueillies à l'occasion de leurs entrevues avec les parents, informations qu'ils présentent comme des faits témoignant de l'incompétence parentale. Ces situations suscitent une méfiance bien compréhensible chez ces parents que tentent par la suite d'aider les intervenants sociaux. Comment tout à la fois protéger les enfants et donner du soutien aux parents? Devrait-on opter pour une formule de co-intervention mettant à contribution un intervenant centré sur les besoins des parents, et un collègue intervenant auprès de l'enfant?
- ✧ Vue la multiplicité des problèmes qui les affectent, ces jeunes et leurs familles nécessitent des interventions multidisciplinaires requérant les compétences de nombreux professionnels de la santé, d'avocats et de juges, de professeurs et très souvent aussi celles de parents d'accueil. Saurons-nous créer des réseaux multidisciplinaires efficaces auprès de ces familles?
- ✧ On constate trop souvent chez les professionnels qui oeuvrent dans le domaine de la protection une méconnaissance du développement et des conséquences chez l'enfant et l'adolescent de ses expériences de perte. Ces professionnels sont également très peu sensibles au défi de la parentalité partagée et peu informés des lignes directrices concernant le placement et l'adoption. Très souvent, ces connaissances sont apprises en cours de pratique. Il est urgent de mettre en place des

programmes de formation continue pouvant rejoindre tous les intervenants.

Le constat est sévère et les questions très sérieuses ne laissent pas les participants insensibles. On reconnaît que les professionnels interviennent peu en interdisciplinarité. C'est que l'interdisciplinarité n'est pas un mouvement naturel mais qu'il s'agit plutôt d'une démarche avec laquelle il faut se familiariser et qui demande du temps. Or les professionnels manquent de temps... On n'enseigne pas aux professionnels à travailler avec les autres. Par tradition, on les forme sur des sujets «pointus» pour en faire des spécialistes, et le défi qu'ils doivent relever est celui de réussir à travailler avec toutes sortes d'autres spécialistes. Constatant qu'un message contradictoire est envoyé aux patients, celui par lequel on leur laisse entendre qu'ils pourraient se débrouiller seuls et, du même souffle, que leur problème est tellement complexe qu'il nécessite l'intervention d'un spécialiste, un participant plaidera ici pour la «déspécialisation». À ce propos, on souligne, du côté du Collège des Médecins du Canada, un intérêt pour que soit intégrée à la définition du rôle de l'expert médical, l'idée que celui-ci ait une meilleure préparation et soit plus ouvert au travail en partenariat... en même temps que les standards professionnels et les pressions académiques se font de plus en plus exigeants.

Mais il n'y a pas que la difficulté à travailler en partenariat professionnel qui soit dénoncée : il se creuse un écart de plus en plus grand entre les familles démunies et les professionnels. La logique des besoins et du temps propres à l'enfant et celles du gestionnaire, du clinicien, du politicien et des médias se contredisent. Il faut replacer l'enfant au centre de l'intervention. Les intervenants psychosociaux doivent reconstruire leurs alliances avec les familles en détresse, reconnaître leurs réalités culturelles et sociales pour mieux comprendre leurs véritables besoins. Il faut amener les médecins à mieux connaître la population qu'ils vont soigner : c'est le but du Programme de pédiatrie sociale. Il faut aussi que les fonctions de soutien professionnel et de supervision soient réinscrites dans la tâche et l'emploi du temps des professionnels. Cela vaut également pour les juges qui ont besoin, eux aussi, de formation psychosociale.

Finalement, deux aveux déchirants : il y a un tel écart entre, d'une part, ce que l'on dit et identifie comme actions urgentes à poser et,

d'autre part, ce que nos systèmes sont capables d'offrir et de mettre en branle... Et puis, ça n'est pas sur les enjeux qui sont ici l'objet de discussion que les médias et la population demandent des comptes aux décideurs, mais sur la longueur des listes d'attente en médecine physique et à l'urgence dans les hôpitaux!

En fin de compte, que s'est-il passé le 10 septembre 2004?

Les décideurs réunis se sont parlés. Tous les milieux présents ont pu, à un moment ou un autre, s'exprimer par la voie de leurs représentants sur les enjeux débattus. Les échanges ont été nourris mais cordiaux : personne n'a cédé au réflexe pourtant facile en pareilles circonstances de fuir ses responsabilités en rejetant le blâme sur l'autre. Au contraire, les participants à l'échange ont reconnu les lacunes de formation et de soutien professionnel propres à leur milieu, ainsi que leurs difficultés à conjuguer leur intervention à celle des autres, à construire un partenariat efficace et surtout à situer l'intérêt de l'enfant au-dessus de leurs intérêts et au centre d'une intervention multidisciplinaire.

On peut supposer que chacun arrivait à cette rencontre déjà bien conscient de la difficulté que son milieu éprouve à travailler avec d'autres partenaires, mais la conscience d'une lacune n'en rend habituellement pas plus facile l'aveu public. On aura donc été témoin d'aveux courageux au cours de cette journée. Ce que l'échange avec l'autre ajoutait à la prise de conscience initiale, c'est une vision plus nette de l'ampleur des incohérences systémiques auxquelles chacun contribue, et surtout des terribles répercussions de ces incohérences sur les enfants et leurs familles. Et peut-être que ce qui aura permis à chacun d'admettre ses faiblesses face à l'autre, c'est justement cette évidence d'une responsabilité partagée.

Au-delà de cette reconnaissance publique, de ces aveux, on a aussi proposé un certain nombre de solutions, dont certaines assez concrètes. Comme il s'agit dans la plupart des cas de solutions déjà maintes fois proposées et connues de tous, on peut s'interroger sur la valeur ajoutée de cette redite. Pour contrer l'incohérence de leurs interventions auprès des jeunes en situation d'abandon, il faut que les différents milieux professionnels impliqués travaillent en concertation. Solution si évidente qu'elle frise la tautologie! Le problème, c'est que le travail en concertation implique de profonds changements dans les façons de penser et de faire. Or, aucun intervenant non plus qu'aucune institution ne change à moins d'y

être forcé d'une façon ou d'une autre. Pour qu'on s'engage dans la voie du changement, quelque chose dans le contexte où on évolue doit se modifier au point de rendre la routine inconfortable et le changement non seulement supportable mais encore désirable. Or, le 10 septembre 2004, l'inconfort ressenti par tous face au gâchis provoqué par l'incohérence de nos fonctionnements était palpable. Cet inconfort aura-t-il été suffisamment grand pour provoquer le changement attendu? Ceux qui l'ont ressenti sauront-ils le communiquer à leurs milieux respectifs? Se feront-ils des promoteurs de changement? Tel était le souhait des organisateurs de ce post-colloque.

Quoi qu'il en soit, suite à cette journée d'échange, les membres du Forum Abandon ont convenu de se présenter à la Commission parlementaire sur la révision de la LPJ qui se tiendra au printemps. Telle qu'elle est écrite, la loi actuelle permet encore que, dans les faits et à l'encontre de ses propres principes, le droit des parents prime sur celui de l'enfant. Les membres du Forum réclameront que désormais, des dispositions précises de la loi obligent les tribunaux et l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux à se soumettre aux impératifs du temps de l'enfant. Seront-ils écoutés? La partie n'est pas du tout gagnée et ils le savent. Déjà, les tenants de « l'idéologie des liens du sang » s'opposent à l'introduction dans la loi de nouvelles dispositions susceptibles de concrétiser le principe de la primauté du droit de l'enfant sur celui des parents. Pour faire contrepoids, les membres du Forum osent espérer que la journée de sensibilisation et d'échange du 10 septembre 2004 aura contribué à convaincre un noyau important de décideurs de haut rang de l'urgente nécessité de régler le fonctionnement de nos institutions, à commencer par nos lois, sur le droit et le temps de l'enfant à cette étape si cruciale de sa vie.

CONCLUSION DU POST-COLLOQUE

Rêve d'un enfant face au système de protection

En nous écoutant échanger, discuter, réfléchir sur nos forces et nos limites respectives, je n'ai pas pu m'empêcher de faire un beau rêve. Si structures politiques, judiciaires, éducatives, communautaires, formatrices, syndicales, cliniques, sociales se mettaient à travailler ensemble en se centrant strictement sur ce dont l'enfant a besoin pour se construire, quel extraordinaire dynamisme nous déclencherions au sein de notre société!

Nous avons soulevé, sans jeter la pierre à qui que ce soit mais avec une lucidité parfois un peu cruelle, le décalage entre ce que nous savions, ce que nous pouvions faire et ce que nous faisons. Je me suis dit à nouveau : L'enfant est terrible. Il est un impitoyable bourlingueur de nos habitudes, de nos conceptions, de nos plans. C'est un gêneur parce que, étant un être de changement tourné vers un devenir, il veut nous transformer alors que nous avons l'ambition de l'insérer selon nos points de vue dans un creuset déjà établi.

Ceci se produit à tous les niveaux. À l'échelon familial, il nous dit :

Aimez-moi, donnez-moi des droits. Découvrez en vous et dans le réseau que vous créez les forces nécessaires pour me conférer sécurité, confiance en moi et en l'autre tout en apprenant à me situer au sein d'une communauté où j'ai aussi des devoirs. Vivez des moments d'inquiétude, rognez sur vos temps de loisirs, passez par des phases de fatigue et de découragement, gérez vos tensions et assurez-moi, quelles que soient vos difficultés personnelles, conjugales ou professionnelles, quels que soient vos orientations sexuelles, vos désirs personnels et les séquelles de votre passé, un lieu de continuité tout en sachant m'offrir un espace de liberté.

Aux services que nous représentons, il nous dit :

Sachez que mon immaturité, ma suggestibilité, ma crainte de perdre l'amour, mon inévitable dépendance font de moi un être qui invite à

toutes les formes de domination et de prise de pouvoir. Je vous renvoie à votre histoire antérieure. Je suscite en vous, par ma fragilité, des mouvements de protection nécessaires mais qui peuvent devenir étouffants. Par ma quête de tendresse parfois mal contrôlée, j'éveille des émois qui peuvent aboutir à des passages à l'acte de votre part. Par mes phases de rébellion, j'ébranle votre sécurité. Comme je cherche un sens à ma vie, je peux devenir la victime de courants idéologiques ou religieux ou moraux ou pervers me dictant abusivement un idéal qui m'aliène. Comme je ne peux guère me défendre, je peux devenir l'esclave d'intérêts sordides. Alors vous, les instances parentales, judiciaires, éducatives, pédagogiques, institutionnelles, vous qui vous appelez psy, familles d'accueil ou tout simplement citoyens, vous devez me protéger en même temps que vous devez me proposer des points de repère, des interdits, des valeurs, des exigences dosées afin que je ne tombe pas dans le vide ou la toute-puissance. Pour cela, il faut que vous vous parliez, que vous vous entendiez, que vous vous coordonniez, que vous n'entriez pas trop en rivalité, que vous sachiez où est votre place tout en me trouvant une juste place.

Cette juste place, je désire, le plus profondément de mon cœur, qu'elle soit dans ma famille mais je vous sens divisés sur ce plan en de multiples idéologies. Pour moi, la famille, c'est bien sûr d'abord mes géniteurs mais ce dont j'ai avant tout besoin, c'est d'avoir un lieu d'enracinement, un lieu de filiation, un lieu d'appartenance. Une famille d'accueil, une parentalité partagée, une prise en charge substitutive institutionnelle, ce n'est sûrement pas l'idéal par rapport à mes rêves, mais les déchirures, les placements successifs non expliqués, les retours en famille puis les volte-face, les décisions hâtives et celles qui n'en finissent pas d'être prises, les mesures de protection qui ramènent 75 % des jeunes comme moi dans les milieux qu'un jour vous avez déclarés pathogènes et qu'un autre jour, par impuissance ou par changement d'un intervenant, vous avez décrits comme le moindre mal, tout cela me détruit.

Je comprends bien que vous vouliez de meilleures conditions de travail. C'est également ce que je réclame par rapport aux écoles où vous m'inscrivez et par rapport aux milieux où vous m'envoyez. Mais j'ai du mal à admettre qu'au nom de ce que vous appelez les conventions collectives, les systèmes promotionnels, les droits acquis, les rapports de forces nécessaires, vous émiettiez à ce point

vos horaires de présence et vous changiez si souvent les personnes qui m'ont pourtant dit un jour : « Je vais t'aider à te bâtir un projet de vie. » Je suis sûr que si j'étais votre enfant, vous ne seriez pas d'accord avec une telle manière de faire.

À vous parler comme cela, ça me donne suffisamment de confiance pour vous raconter une petite histoire. Un jour, c'était pas la première fois, j'étais en crise et on m'a amené à l'urgence de l'hôpital le plus proche. Après qu'un pédiatre m'ait examiné sans que je comprenne trop pourquoi puisque je n'étais pas malade, j'ai rencontré un psychiatre. Je me rappelle même son nom «Lemay», je crois. Il m'a bien écouté, ce qui m'a amené à lui raconter pas mal de mes soucis comme je l'avais déjà fait plusieurs fois. Je m'attendais à ce qu'il me revoie mais il m'a expliqué qu'il me voyait uniquement une fois car il était de garde aujourd'hui mais pas demain et qu'il allait m'orienter vers l'hôpital de mon coin.

Ensuite il y a eu un grand silence durant lequel j'ai fait d'autres bêtises qui m'ont conduit deux fois dans un CLSC où j'ai été à nouveau examiné puis, un beau jour, une lettre est arrivée qui me convoquait dans un service psychiatrique inconnu. Ma crise, ça faisait longtemps qu'elle était passée, mais j'ai recommencé à raconter mon histoire à un autre psy bien gentil qui m'a expliqué que son hôpital avait une fonction tertiaire et qu'il allait m'orienter vers un autre service. J'ai cru qu'il plaisantait mais il était très sérieux. J'attends donc une autre convocation. Une travailleuse sociale rencontrée au cours d'une autre crise m'a dit que cela viendra mais que les services dits primaires et secondaires étaient très embouteillés et ne pouvaient consacrer que quelques séances pour chaque enfant.

Si je continuais ainsi à rêver d'être cet enfant, je dirais peut-être que les professionnels dits de la santé mentale me déroutent aussi pas mal parce que, selon leurs formations et leurs motivations, ils m'orientent, les uns vers des approches individuelles, les autres vers des approches de groupe, les uns sont très neutres dans leurs demandes, d'autres veulent supprimer ce qu'ils appellent mes habitudes, les troisièmes insistent sur la prise régulière de ritalin et les quatrièmes mettent en garde par rapport à une médication trop fréquente. J'ajouterais bien une autre constatation : je les sens parfois très prisonniers de leurs émotions, comme s'ils en portaient

beaucoup sur leurs épaules. Ça fait drôle parce qu'ils me disent en même temps... : « *mais prends donc du recul!* ».

Si j'étais un enfant de banque mixte, je soulignerais sans doute combien l'attente d'une décision est difficile, si j'étais en famille d'accueil dont la durée des séjours n'était pas fixée, je penserais souvent à la convocation prochaine du juge que j'ai rencontré et me dirais : Mais que va-t-il décider et que vont raconter les avocats? Dans tous les cas, ce que sans aucun doute je réclamerais, c'est qu'on m'explique clairement le pourquoi des décisions prises, c'est qu'on m'oriente nettement vers une personne qui me suivrait réellement et qui deviendrait ainsi un point de références, c'est qu'on arrête de me ballotter de droite et de gauche au nom des évaluations nécessaires, au nom des changements de politiques sociales, sanitaires ou hospitalières, au nom d'une bientraitance des adultes qui, parfois, me transforment contre leur gré en position de maltraitance.

Je leur dirais tout cela mais en même temps, si je comprenais les galères dans lesquelles il leur faut ramer, les exigences budgétaires dans lesquelles ils doivent se situer, leurs difficultés à intégrer leurs propres vies familiales et leurs vies professionnelles, je me sentrais encore plus mal car je ne pourrais plus désigner un seul responsable, si ce n'est de parler comme eux d'un système qui dysfonctionne.

Si, en plus, j'apprenais qu'un jour de septembre 2004, des gens très importants s'étaient réunis pour écouter ma voix, une grande bouffée de chaleur serait montée dans mon corps et je crois que, malgré tout, je leur aurais dit merci.

Voici ce qui est apparu en moi avant ce colloque et pendant celui-ci. J'ai pensé que, plutôt de vouloir faire une synthèse bien hypothétique, il fallait mieux vous livrer ce monologue qui, sans doute, rejoint en partie nos préoccupations mutuelles.

Michel Lemay



Interventions des
groupes de réflexion

**Interventions des
groupes de réflexion**

Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention

Gloria Jeliu

Le XX^e siècle a été marqué par un intérêt soutenu à l'égard de l'enfant, qu'il s'agisse de son développement ou de sa protection. Une des contributions marquantes a été celle de John Bowlby qui, secondé par Mary Ainsworth, a élaboré la théorie de l'attachement faisant appel à l'éthologie (science du comportement animal) et à la théorie de l'évolution des espèces, selon lesquelles la proximité à l'égard de la mère chez les animaux était une condition de survie assurant la protection des petits contre les prédateurs. On considère aujourd'hui que l'attachement se construit au moyen d'une interaction intime entre la mère (ou son substitut) et le nourrisson dont elle prend soin; l'attachement conduit à la création de liens sélectifs et durables qui se construisent tout au long de la vie.

Les différents types d'attachement

Ainsworth, collaboratrice proche de Bowlby a, par ses travaux, contribué à distinguer divers types d'attachement aujourd'hui bien connus et considérés comme classiques. On les observera dans une situation expérimentale de laboratoire appelée « *Situation étrange* » où le nourrisson ou le jeune enfant est mis en situation de réagir au départ de la mère et à son retour :

1. On distinguera l'*attachement sécurisé* qui se développe sur le versant de la confiance et de la sécurité qu'éprouve le jeune nourrisson dont les besoins sont comblés dans une interaction réussie - que Daniel Stern a qualifié « *d'accordage* ». Dans ces cas, le nourrisson et le jeune enfant se sentent en confiance parce qu'ils peuvent compter sur leur parent en situations de peur, de détresse ou de besoin physiologique.

L'auteure est pédiatre au Centre de développement de l'Hôpital Sainte-Justine et Professeur Émérite au Département de pédiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Adresse : 3175, Côte Ste-Catherine Montréal (Québec) H3T 1C5

2. *L'attachement insécurisé*, fruit d'une interaction non accordée, du fait d'une mère peu sensible aux signaux du bébé, rejetante, absente ou inconsistante. À l'intérieur de cette catégorie, on retiendra les types d'attachement *ambivalent-résistant* et *évitant*. Dans ces cas, l'enfant ou le nourrisson adopte un comportement d'indifférence apparente au retour de la mère ou, au contraire, il s'«accrochera» à elle tout en restant inconsolable.

D'autres formes d'attachement ont été décrites dans les situations où les échanges sont sur le versant pathologique (situations de négligence extrême et dans toutes les formes de maltraitance). Dans ces situations d'abus ou de négligence, l'attachement est dit «*désorganisé*» et il est à l'image de l'incohérence et des contradictions du comportement parental.

L'attachement désorganisé dans la Situation étrange

Afin de mieux comprendre comment se caractérise l'attachement désorganisé, il faut remonter aux origines de sa découverte. En effet, les chercheurs travaillant à partir de la Situation étrange de Mary Ainsworth s'aperçurent rapidement que certains enfants présentaient des comportements, tantôt de type sécurisé, tantôt de type insécurisé, qu'ils n'arrivaient pas à classer dans les catégories existantes.

L'examen plus approfondi des comportements de ces enfants a mis en évidence des mouvements contradictoires d'approche et d'évitement. En effet, face au stress généré par les séparations, l'enfant n'arrive ni à s'approcher du parent pour se faire consoler, ni à s'en éloigner. D'ailleurs, il est classique de voir certains de ces enfants se diriger vers le parent comme s'ils allaient chercher du réconfort puis, à la dernière minute, se détourner complètement de leur parent.

Le comportement de l'enfant laisse croire que le parent est à la fois source d'anxiété et de sécurité, si bien que l'enfant ne sait plus s'il doit s'en approcher ou s'éloigner. Il apparaît en quelque sorte désorienté, incapable de présenter un comportement organisé face à la situation de séparation, puis de réunion avec son parent.

Cette désorganisation du comportement se traduira par des mouvements incohérents, des regards appréhensifs ou complètement apeurés, des tics ou encore des moments de sidération où l'enfant semble complètement figé. Certains enfants peuvent se frapper la tête, se rouler par terre ou même se mutiler. Mary Main a donné à ce type d'attachement le nom de «*désorganisé-désorienté*».

Très rapidement, ces comportements contradictoires de l'enfant ont été associés à un maternage imprévisible et terrifiant, et des liens avec la maltraitance ont été corroborés par la recherche. En effet, on peut imaginer ce que vit un enfant confronté à un parent qui se montre affectueux et sensible mais qui, tout à coup, devient apeurant en raison de débordements (cris, insultes, coups) qui terrifient l'enfant. Ces débordements peuvent être interprétés comme des reviviscences de traumatismes non résolus chez le parent, tenus à l'écart par des mécanismes de dissociation et resurgissant parfois face à certains comportements de l'enfant. L'enfant reste saisi devant un déferlement d'émotions chez son parent dont il ne comprend pas le sens.

D'autres conditions de maternage sont également associées à une désorganisation de l'attachement chez l'enfant : mentionnons l'alcoolisme et la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et la violence conjugale. Toutes ces conditions, avec leurs moments de crises et de désorganisations, peuvent prédisposer à un maternage imprévisible pour l'enfant.

Déjà, depuis Bowlby et Anna Freud, nous savions que l'institutionnalisation était un facteur de risque majeur dans l'apparition de styles d'attachement désorganisés et de désordres de la conduite. Récemment, Zeanah rapportait les conséquences de l'institutionnalisation sur le développement de nourrissons de pays étrangers adoptés tardivement, en mettant en évidence les relations sociales perturbées et inappropriées qui en résultent. Dans la pratique clinique, on constate que les enfants placés dans des familles de type «banque mixte» et adoptés tardivement présentent ce même profil.

L'impact des séparations et des déplacements à répétition sur la capacité d'attachement de l'enfant n'est plus à démontrer. Ce qu'il faut cependant souligner est que, très rapidement, l'enfant devient un acteur important dans les ruptures puisqu'en testant le lien et en s'y attaquant, il compromet les tentatives des intervenants d'installer une permanence des liens dans sa vie.

L'enfant désorganisé dans la clinique quotidienne

L'enfant désorganisé se présente comme hypervigilant, agissant comme s'il devait assurer seul sa propre protection. Cette situation crée chez lui une tension interne qui se traduit par une agitation motrice (à ne pas confondre avec de l'hyperactivité) culminant dans

des débordements, voire une désorganisation parfois spectaculaire. L'enfant peut se mettre à courir partout, marcher à quatre pattes, frapper, crier, détruire tout ce qui lui tombe sous la main, ou encore se frapper la tête ou se mordre. Il semble clairement incapable de gérer et contrôler les émotions qui l'assaillent. Souvent les parents et les éducateurs de garderie notent qu'ils ne peuvent le laisser seul sans surveillance, de crainte qu'il n'agresse un autre enfant, ne brise des objets, n'enfreigne les règles ou qu'il ne se mette en danger. Ce type d'enfants ne peut fonctionner que dans un cadre très serré, avec des routines qui lui font ressentir le monde comme davantage prévisible.

Ces exemples démontrent comment la difficulté de l'enfant désorganisé à identifier et à contrôler ses émotions (ce qu'on appelle la régulation) devient très tôt une entrave à sa socialisation. Comme la recherche l'a indiqué, ces enfants présentent davantage de comportements agressifs à la maternelle, se montrant hostiles et contrôlants avec les pairs. Dans la clinique, on constate que plusieurs de ces enfants connaîtront leur premier échec d'intégration sociale dès la garderie, d'où ils seront dans bien des cas renvoyés, faute de moyens pour les contenir.

Tous ces éléments qui définissent nos connaissances actuelles sur la théorie de l'attachement font partie d'un patrimoine clinique rarement contesté aujourd'hui. Par ailleurs, les travaux de Mary Main et de Peter Fonagy ont apporté d'autres données troublantes, telle que la transmission intergénérationnelle de ces types d'attachement relevée dans un nombre élevé de cas aussi bien du côté des mères, et dans une moindre proportion, chez les pères de ces enfants. Il existe aussi des variations dans la prévalence des types d'attachement reliés aux styles différents de maternage selon les cultures.

Une autre dimension caractéristique est celle de la trajectoire que suit le comportement social selon le type d'attachement : les enfants qui ont un attachement confiant deviennent pour la plupart des adolescents ou des adultes confiants, résistants au stress, empathiques à l'égard d'autrui et sociables. Par contre, les enfants dont l'attachement est de type insécurisé ou désorganisé seront vraisemblablement peu sociables, parfois violents ou sujets à des troubles psychopathologiques.

Maturation et interactions précoces selon les neurosciences

Les progrès des technologies d'exploration et dans le domaine de la neuroendocrinologie permettent d'approcher d'un peu plus près la relation qui existe entre l'environnement social des premières années de vie (tel qu'il est fourni par l'interaction précoce mère/enfant) et la maturation complète du cerveau, en particulier le cerveau droit dans sa portion orbito-frontale, qu'on appelle aussi le système limbique.

Or les structures cérébrales du système limbique sont impliquées dans le contrôle des émotions, leur expression et le comportement social. Ces structures promises à la gestion de la vie sociale et des relations avec autrui ne se développeront normalement que si elles sont exposées très tôt à une stimulation complexe à la fois perceptuelle, émotive, interactive et sociale génératrice de modifications neurohormonales.

Initialement, le développement des neurones (plus de 100 milliards) est sous la dépendance des programmes génétiques. Ces programmes seuls ne suffisent cependant pas à assurer la maturation neuronale et les connexions synaptiques de même qu'à stabiliser le réseau de connexions. Cette maturation très complexe procède et se poursuit grâce à l'interaction sociale précoce et est grandement dépendante des influences extérieures.

Les études microanalytiques s'intéressant à l'interaction mère (ou parent) et nourrisson ont été l'objet des travaux de Cramer et Brazelton ainsi que Stern et d'autres, qui nous apprennent que cette interaction est complexe dans sa structure, ses composantes et son déroulement dans le temps. Elle se présente comme des cycles d'attention mutuelle comprenant regards, mouvements, caresses, vocalises présents chez les deux partenaires impliquant symétrie et contingence. Ces échanges sont maintenus pendant plusieurs secondes jusqu'à ce que l'un des deux partenaires y mette fin en détournant ses yeux, par exemple.

Le regard tient une place particulière et le visage de la mère est une source de stimulation intense. Il existe une concordance singulière entre le foyer d'accommodation fixe chez le très jeune nourrisson et la distance entre le pli du coude (où est tenu le bébé) et les yeux de la mère. Très souvent, le regard du bébé orienté vers la mère déclenche un contact visuel, et l'inverse est tout aussi vrai.

Que se passe-t-il exactement quand mère et nourrisson se regardent? Il existe des observations témoignant de la dilatation des pupilles de la mère sous l'effet du plaisir et de l'activation du système sympathique. Le nourrisson est stimulé quand il regarde le visage maternel aux yeux brillants, et lui aussi stimule en retour son système sympathique. Cette stimulation réciproque des deux partenaires est un exemple de synchronie affective. On sait aussi que la stimulation du système nerveux sympathique a un effet protecteur et bénéfique sur les cellules nerveuses (par le biais de la norépinéphrine) qui connaissent non seulement une croissance intense, mais qui traversent aussi un processus de différenciation active.

Par l'intermédiaire d'amines trophiques et de neuro-hormones, l'interaction sociale réussie entraîne la formation de nouvelles connexions par ailleurs soumises à un élagage spécifique, conduisant à la mise en place de nouveaux circuits fonctionnels et stabilisés. Pour le dire de façon un peu réductrice, l'interaction précoce sculpte le cerveau dans les portions qui président à la vie relationnelle future. Ainsi la génétique et les programmes qu'elle contrôle resteraient inopérants sans l'apport d'un environnement social enrichi.

Les situations de stress ou d'insuffisance de stimulation émotive et sociale précoces, en plus d'entraîner une perte des réserves de norépinéphrine, exposent les neurones à l'effet nuisible d'autres substances engendrées par le stress. Ainsi le jeu successif d'influences qui facilitent la maturation différentielle et hiérarchisée des différentes structures préside à l'apparition de fonctions de plus en plus matures et de comportements socialisés.

En conclusion, les intuitions cliniques du début du siècle posées par Bowlby, ses collaborateurs et leurs successeurs se sont vues confortées par les travaux des neurosciences reconnaissant l'importance des interactions précoces sur la maturation du cerveau et sur l'acquisition de comportements sociaux harmonieux ou, au contraire, déviants chez l'individu.

Défis de l'intervention

Seule la stabilisation à long terme de l'enfant désorganisé dans un milieu contenant, prévisible, où il se sent en sécurité (on ne lui fait pas de mal et il ne fait pas mal aux autres) lui permettra éventuellement de faire confiance et de prendre le risque de

s'attacher à nouveau. La pratique nous enseigne cependant que certains enfants, malgré un tel environnement, ne parviennent pas à récupérer leur capacité d'attachement. Fait important, ce que provoque l'enfant désorganisé chez l'intervenant ou le parent d'accueil tend à compromettre ses chances de profiter de ce lien stable dont il a tant besoin (et qu'il redoute tout à la fois). En effet, tant par sa détresse que son approche à certains moments ouvertement séductrice face à l'adulte, l'enfant suscite souvent un fort désir de réparation chez celui-ci qui peut l'amener à vouloir compenser pour tout ce dont l'enfant a manqué : marques d'affection, compliments ou objets matériels. On excusera même certains comportements de l'enfant en les mettant sur le compte du passé.

Très rapidement l'enfant réagira à ces témoignages d'affection par des mécanismes de brisures du lien. Toutes les fois où, par la suite, l'enfant se laissera aller, passant de bons moments avec ses parents, il réagira à son propre mouvement d'abandon à la relation par une recrudescence de mouvements agressifs et de passages à l'acte de toutes sortes. Inévitablement, son comportement amènera l'adulte à douter de sa capacité à l'aider, à se sentir impuissant, et même à remettre en question sa compétence de parent ou d'intervenant. Sa déception sera proportionnelle aux attentes placées en l'enfant et à son désir plus ou moins avoué de le « sauver ». Si les réactions de l'enfant sont décodées par l'adulte (de façon erronée) comme portant l'intention de faire mal ou de blesser, ce dernier peut en venir à rejeter l'enfant, qu'il ressentira alors comme ingrat ou « méchant ». À ceci s'ajoute l'insensibilité apparente de l'enfant à toutes les mesures prises pour modifier ses comportements. En effet comme il ne réagit pas aux punitions, l'enfant donne à l'adulte l'impression d'être inatteignable. Très rapidement, l'adulte peut se laisser entraîner dans une lutte de pouvoir, une escalade de punitions qui viendront confirmer l'enfant dans sa crainte d'être abusé, et par suite son refus de dépendre de l'adulte (« Il n'aura pas le dessus sur moi! »).

Sans support, l'intervenant ou le parent d'accueil peuvent difficilement arriver à saisir que l'enfant craint de se montrer vulnérable face à eux, tout comme ils ne peuvent décoder que le bien-être relationnel réveille chez l'enfant la peur de l'abandon ou même de l'abus. Il faudra du temps, mais aussi beaucoup de persévérance et une capacité de résister à ses attaques avant que l'enfant ne s'apprivoise et accepte

de faire confiance à nouveau, ce qui expose le lien à un risque de rupture bien réel, et souvent appréhendé par l'enfant.

Conclusion

La théorie de Bowlby sur le rôle de l'attachement comme fondement de la personnalité de l'enfant et les travaux ultérieurs, y compris les avancées en neurosciences, permettent d'interpréter plus justement les comportements déroutants chez les enfants placés dans des situations particulières de grande vulnérabilité. Ces assises conceptuelles offrent au clinicien des pistes d'intervention ou même de prévention. Elles peuvent aussi éclairer – souhaitons-le – le législateur et le politicien dédiés au bien-être de l'enfant et de sa famille. Ce n'est que par un train de mesures sociales concertées impliquant tous les intervenants oeuvrant dans le domaine de l'enfance, qu'il s'agisse du domaine social, de la santé, du droit, des éducateurs et des enseignants, que l'on peut espérer offrir à tous les enfants les conditions de bientraitance auxquelles ils ont droit.

Références

- Bowlby J.** L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. *Devenir* 1992; 4(1), d'abord paru dans *l'American Journal of Psychiatry* 1988; 145(1) : 1-10.
- Brazelton TB.** *Les premiers liens*. Paris : Stock/Laurence Pernoud, 1991.
- Chisholm K.** A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 1998; 69(4) : 1092-1106.
- Dozier M, Albus KE, Stowall KC, Bates B.** Attachment for Infants in foster care : The role of caregiver's state of mind. *Child Development* 2000; 72: 1467-1477.
- Frame L.** Maltreatment reports and placement outcomes for infants and toddlers in out of home care. *Infant Mental Health Journal* 2002; 23(5) : 517-540.
- Joseph R.** Environmental Influences on Neural Plasticity, The Limbic System, Emotional Development and Attachment : a Review. *Child Psychiatry and Human Development* 1999; 29 (3) : 189-208.
- Lyons Ruth K, Alpern L, Repadoli B.** Disorganized Infant Attachment classification and Maternal Psychosocial problems as predictors of hostile aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 1998; 68 : 372-385.
- Shore A.** Effect of a secure attachment relationship on right brain development. Affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(1-2) : 7-66.
- Siegel DJ.** Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind : attachment relationships, «Mindsight», and neural integration. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(1-2) : 67-94.
- Stern D.** Face-to-face play : Its temporal structure as predictor of socioaffective development. *Monographs of the Society for research in Child Development* 2001; 66(2) : 144-149.
- Thomas RI.** Toward a Neurobiology of Attachment. *Rev Gen Psychol* 2000; 4(2) : 176-185.
- Zeanah CH.** Disorders of Early Childhood : Attachment Disorders of Infancy. Part IV In : **Sameroff AJ, et al.** (Eds) *Handbook of Developmental psychopathology*. New York : Kluwer Academic/Plenum Publ., 2000, chap. 16.

Témoignage de l'expert et principe de l'intérêt de l'enfant

Hugues Létourneau

J'ai choisi d'orienter ma réflexion sur l'évolution du principe de l'intérêt de l'enfant, en considérant les courants de pensée à propos de la théorie de l'attachement et la notion de préjudice, et en discutant du rôle de l'expert auprès du Tribunal de la jeunesse. Ce travail a été particulièrement nourri par mon expérience dans le domaine du droit de l'enfant, mais aussi grandement enrichi par ma participation au Forum sur l'abandon et le dynamisme de ses réunions et ses colloques. J'y ai fait l'expérience du travail en équipe multidisciplinaire, celle-ci constituée de professionnels oeuvrant dans les domaines sociaux, médical et légal impliqués dans l'aide à l'enfance en difficulté.

L'intégration de divers champs de compétence est devenue essentielle et ira en s'étendant au cours des prochaines années. De fait, cette collaboration entre intervenants de diverses allégeances professionnelles est tout à la fois confrontante et instructive, surtout lorsqu'il est question de témoigner devant la Cour dans le cas de familles et d'enfants en besoin de protection. Lors de discussions, on a soulevé que l'audition en Cour était un moment difficile, voire appréhendé par bon nombre d'intervenants, tant chez ceux qui ont la charge de jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse et des CLSC que chez des psychologues ou des médecins oeuvrant en cabinet privé. Ceci nous a fait réaliser à quel point les règles et le fonctionnement du monde juridique étaient méconnus de la plupart d'entre nous, et qu'il en était de même des règles des différents ordres professionnels. Cette méconnaissance entraîne par suite l'obligation de mieux définir les codes qui régissent les milieux auxquels nous appartenons afin que le recours en particulier au

L'auteur est avocat et adjoint au Directeur du Contentieux au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Adresse : 410, rue Bellechasse est Montréal (Québec) H2S 1X3

Courriel : Hugues_letourneau@cjmtl/ssss.gouv.qc.ca

processus judiciaire atteigne ses véritables objectifs, dont celui d'entendre les parties et leurs témoins en ayant comme toile de fond l'espoir d'arriver à une décision éclairée et juste.

L'objectif de ce texte est de permettre à un professionnel appelé comme témoin expert de mieux saisir les attentes du système judiciaire au moment de présenter son opinion sur la situation d'un enfant portée devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. D'abord il nous apparaît important de présenter cette institution.

Le Tribunal de la jeunesse

Le Tribunal de la jeunesse doit sa création à l'adoption de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1977 qui instituait la Cour du bien-être social en Tribunal de la jeunesse, cependant que quelques années plus tard, ce tribunal deviendra la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse¹. L'évolution de cette institution a été fulgurante, eu égard en particulier au passage de l'enfant qualifié d'*objet de droit* à celui de *sujet de droit* et à sa reconnaissance en tant que partie devant la Cour. L'adoption d'une structure procédurale tenant compte de cette nouvelle réalité a constitué pour l'époque un changement majeur, voire une révolution. Pensons seulement à l'avènement de l'avocat attiré à l'enfant, qui suscita de la part des juges des commentaires tels que : « Pourquoi défendre votre client, nous ne sommes pas ici pour le brimer et le punir mais pour l'aider », ou encore : « En défendant les droits de votre client, vous perdez de vue son intérêt... son bien...Vous lui nuisez en l'empêchant par vos tactiques d'avocat de recevoir l'aide dont il a un si grand besoin ».

Les lois antérieures à 1977 reposaient uniquement sur la notion d'*intérêt de l'enfant* dont l'application était empreinte de paternalisme. Cette façon de faire souleva de vives critiques, dont celle qu'« au nom du bien de l'enfant on a justifié les pires traitements, allant du châtement corporel jusqu'à la détention et qu'on a désormais montré son inutilité et même son caractère dangereux »². En 1977, la notion de l'intérêt de l'enfant fut exclue de la Loi sur la protection de la jeunesse et il fallut cinq ans au législateur québécois pour la réintroduire dans cette Loi³.

Plus qu'aucune autre loi, l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse a nécessité l'intervention d'experts et c'est sur leurs témoignages que sont fondées un grand nombre des décisions de la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. Ces expertises, sous-tendues par une somme de compétences et de connaissances, ont

amené la spécialisation de cette Cour, énoncée par le législateur dans l'article 36.1 C.p.c.^{4.}, lequel lui reconnaît en effet une compétence exclusive dans les matières relatives à la jeunesse. Le nombre de causes entendues par les juges siégeant au Tribunal constituent un corpus jurisprudentiel remarquable qui leur permet de parvenir à l'occasion à un consensus ou de se distinguer, ou même d'appliquer des rectificatifs tels qu'imposés par les tribunaux supérieurs⁵. C'est dans ce contexte d'auditions fréquentes d'experts que les juges se sont familiarisés avec les analyses présentées par les témoins experts et les opinions émises au regard de l'évolution des connaissances et de leur application.

Le Tribunal de la jeunesse est par ailleurs tributaire des préoccupations d'une société à l'égard de l'intérêt de l'enfant et il risque donc d'être fragilisé par l'énoncé de paradigmes dont le caractère peut s'avérer bien éphémère. Pour s'en protéger, la règle de droit est fondamentale et comprend la règle de la meilleure preuve ainsi que l'exclusion du oui-dire. S'ajoutent à ce cadre souvent intimidant pour les experts, l'ordre, la procédure, le lieu des auditions, et certainement aussi, l'importance des décisions à poser en matière de protection. Ainsi, le critère de l'intérêt de l'enfant est un concept juridique qui, en l'absence d'une définition claire par le législateur, sera inévitablement marqué par l'idéologie de l'époque. Les situations d'enfants présentées devant le tribunal étant diverses et souvent complexes, le principe de l'intérêt de l'enfant, concept juridique au même titre que celui du bon père de famille du Code civil du Bas-Canada (remplacé, depuis 1994, par celui de «personne raisonnable») doit être suffisamment adaptable et évolutif face à ces situations, et ce, afin d'éviter la standardisation des jugements posés.

Courants de pensée à propos du moindre mal causé à l'enfant

En 1979, lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse, dix-huit mois après son adoption, le milieu médico-légal était traversé par le courant idéologique occidental du «*moindre mal*», notion développée par Goldstein, Freud et Solnit (première équipe médico-sociojudiciaire) dans leur ouvrage, «*Dans le meilleur intérêt de l'enfant. Vers un nouveau statut de l'enfant*». Les auteurs démontraient l'application de leur théorie en se fondant sur de nombreux cas pratiques. Ce paradigme a influencé, peut-être pour la

première fois en Occident, toute une génération d'aidants, y compris les juges, en les mettant au même diapason. Pour eux, si une décision idéale était inaccessible dans les faits, une décision restait cependant possible, soit celle jugée la « moins dommageable », eu égard à la réalité de l'enfant. Selon cette façon de concevoir l'intervention socio-judiciaire, les juges devaient se poser la question : « Cette recommandation s'appuie-t-elle sur une intervention idéale ou s'inspire-t-elle d'une solution mitoyenne? », en se rappelant que « l'idéal n'existe pas », et en recherchant une décision qui soit la plus respectueuse des droits de l'enfant.

Cette période, fertile en revendications autour des droits des enfants, a vu l'élaboration d'une première ébauche jurisprudentielle. À titre d'exemple, l'article 4 de la Loi sur la protection de la jeunesse⁶ comportait une bonne dose d'ambiguïté, démontrant que le législateur était influencé par ce paradigme. À ce propos, et tel que l'a déclaré Monsieur le Juge Baudouin : « Au delà des différences nationales, culturelles, religieuses, la protection de l'homme passe par une réflexion holistique visant à trouver le juste équilibre entre le possible et le désirable ».

La quantité de situations d'enfants soumises au Tribunal de la jeunesse et les appels par suite de ces décisions, et ce non seulement au Québec, mais aussi dans le reste du Canada, ont donné une réelle impulsion à la jurisprudence. Ceci a permis d'introduire de nouveaux points de vue dans les débats, ouvrant la porte à des concepts jusqu'ici méconnus dans les jugements ordonnés par cette Cour. C'est ainsi que les compétences traditionnellement reconnues des experts furent réexaminées en lien avec l'appréciation de ces paradigmes sur lesquels ils étaient dorénavant interrogés et contre-interrogés. Cette nouvelle donne a certes pris de court certains experts dans leur appréciation de la situation d'un enfant, par exemple la qualité de ses liens d'attachement, sa filiation sociale ou psychologique autre que sa filiation biologique. Ces orientations, privilégiées par les tribunaux inférieurs, ont été confirmées par la Cour Suprême dans des jugements qui ont envoyé une véritable onde de choc ébranlant les tenants d'une justice traditionnelle dans de tels cas. « Lorsqu'un lien d'attachement n'existe pas entre le parent naturel et l'enfant mais s'est établi entre l'enfant et d'autres figures parentales, la Cour doit inévitablement prendre acte de ces faits. Agir autrement équivaldrait à substituer une règle vaine à la

réalité que la loi doit contenir et exprimer. » Dixit la Cour Suprême. La plus haute Cour du pays déclarait ainsi l'attachement comme l'un des critères les plus importants qui devait être pris en considération par les tribunaux au moment d'apprécier le meilleur intérêt de l'enfant. Force est toutefois de constater que par rapport à ces définitions qui mettent en cause l'idéologie du lien et l'autorité parentale, ou encore la préséance de l'identité culturelle dans le cas du placement d'un enfant autochtone, bien des questions demeurent : qu'est-ce qu'un lien d'attachement, peut-il y en avoir plusieurs types, ont-ils tous la même valeur, quels sont les éléments devant être mis en preuve et pouvant être analysés par l'expert qui lui permettent de donner une opinion la plus objective possible? Si l'expert peut exposer au tribunal son opinion sur l'état des liens dans le cas particulier d'un enfant, l'application du concept d'attachement dans certaines situations pourra donner lieu à des déclarations parfois confrontantes pour les services de protection, et souvent troublantes pour le juge, qui reflètent toute la souffrance des parents : « Je ne veux pas l'abandonner, je ne l'ai pas abandonné, vous voulez me voler mon enfant, c'est vous qui m'avez empêché de le voir, de le visiter en limitant mes visites à une fois par semaine ». Ainsi, l'expert devra-t-il, en regard des faits mis en preuve, faire l'analyse de la situation de l'enfant dans ses nombreuses composantes, eu égard aux compétences parentales et aux devoirs et responsabilités attendus de ceux-ci.

Du préjudice caractérisé au préjudice anticipé

Au cours des années 90, des questions relatives aux critères justifiant une intervention judiciaire auprès d'un enfant et de ses parents ont été soumises aux tribunaux, dont la Cour Suprême. Cette dernière, par la règle du *stare decisis*, a permis l'émergence d'un consensus judiciaire autour de l'anticipation du préjudice causé à l'enfant. Ce changement de position a été et reste laborieux et contraignant pour les tribunaux de première instance, dans la mesure où il est contraire à la tradition juridique et aux règles existantes en droit civil québécois, pour lequel la preuve d'un fait est nécessaire pour justifier la sanction d'un droit.

Cette perspective de l'anticipation d'un tort représente un pas important dans la promotion de l'intérêt de l'enfant en tant que droit fondamental sur lequel les tribunaux doivent se centrer. Remplacer l'évidence de la preuve du coup, soit un préjudice caractérisé qui

entraîne une sanction, par la perspective d'une preuve portant sur l'avant-coup, soit l'anticipation du préjudice qui est désormais privilégiée, implique par suite une gestion du risque par la Cour. Le processus est par conséquent plus lourd et complexe pour le tribunal : doit-on faire supporter à l'enfant le risque du coup ou du tort infligé, ou suivant l'appréciation de la preuve, va-t-on décider de ne pas faire courir ce risque à l'enfant?

Un jugement récent de la Cour d'appel du Québec rendu dans le cadre d'une requête en surseoir expose en des termes évocateurs le défi nouvellement posé aux tribunaux : « Considérant que les différentes décisions, tant du Tribunal de la jeunesse que de la Cour supérieure, déjà rendues dans ce dossier démontrent une situation délicate et la possibilité d'un préjudice à l'enfant qui a vécu jusqu'ici une situation à tout le moins précaire »; « Considérant que dans le doute, je (monsieur le juge Rochon) préfère me tromper au bénéfice de l'enfant »⁷. Selon cette manière d'aborder les risques encourus par un enfant, les auditions sont axées sur la réalité de l'enfant plutôt que sur celle des parents. Nous assistons par suite à l'émergence d'un droit qui reconnaît l'importance pour l'enfant de la sécurité et de la stabilité de ses liens. Ainsi la Cour Suprême a reconnu que « Dans l'examen de la question de « l'intérêt véritable de l'enfant », l'attachement psychologique de l'enfant à sa famille d'accueil est en l'espèce le facteur le plus important. Le bien-être affectif d'un enfant revêt une très grande importance; particulièrement lorsque la preuve révèle que retirer l'enfant de sa famille d'accueil pour le retourner chez ses parents naturels risquerait des conséquences négatives à long terme »⁸.

À titre d'exemple, monsieur le juge Roy de la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse déclarait en 1997 : « L'ensemble de la preuve illustre clairement que cet enfant est solidement attaché à ses parents d'accueil où il a été élevé depuis sa naissance et où il a développé des liens d'attachement de grande qualité (...) que toute tentative de déplacer cet enfant de sa famille d'accueil le plongerait dans un deuil majeur et très possiblement à une grande difficulté à s'attacher de façon significative à sa mère naturelle à cause de la coupure faite avec ses parents d'accueil ».

À cet effet, le juge Roy n'avait pas retenu l'opinion d'un expert en ces termes : « Le tribunal ne retient pas les conclusions de l'expert [...] estimant à plus de 70 % les chances de réussite d'une nouvelle

tentative d'intégration. Le tribunal est d'avis que la difficulté d'intégration ne réside point dans l'attitude de la mère d'accueil mais dans la personne de cet enfant»⁹.

Dans cette même optique du préjudice anticipé, on pourra demander dans certains cas une opinion sur le retour de l'enfant dans son milieu d'origine, si c'est là le dilemme soumis au tribunal. Plutôt que de simples suggestions ou des suppositions de la part de l'expert, l'analyse du risque appréhendé doit prendre une part importante dans l'expertise. Les attentes du Tribunal sont en effet que l'expert instruisse le juge de l'état de gravité du risque encouru par l'enfant dans la situation en cause, telle celle d'un retour auprès de ses parents naturels.

Présenter la preuve d'un préjudice anticipé exige de la part de l'expert des connaissances approfondies, tout en se rappelant que le professionnel expert en sciences humaines, tout comme il en est des tribunaux d'ailleurs, ne dispose pas d'une science exacte. Ce fait ne peut qu'avoir des répercussions sur la valeur de l'expertise qui, à la différence de celle présentée dans le cadre d'un processus criminel, répond aux exigences d'une preuve par prépondérance. Paradoxalement, l'opinion de l'expert est tout aussi importante que relative, d'autant qu'il s'agit toujours d'une interprétation des traits et manifestations du comportement humain, laquelle doit éviter l'écueil de la subjectivité qui risquerait de fonder la justice sur des impressions et des commentaires relevant du sens commun. Une telle situation nous ramènerait aux années '70 au cours desquelles la subjectivité du concept de l'intérêt de l'enfant avait été décriée : « Nous proposons au contraire d'abolir complètement toute notion d'intérêt ou de dommages dont l'évaluation restera toujours subjective » (Rapport Batshaw).

En matière de drames humains, la justice ne doit pas renoncer à la rigueur dans le jugement qui est posé selon le critère de l'intérêt de l'enfant. La Cour doit par suite s'appuyer sur les connaissances scientifiques établies en matière de besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, considérant son âge, ses caractéristiques personnelles et son milieu familial, de même que les autres aspects de sa situation pour déterminer le meilleur intérêt de l'enfant¹⁰. Il y a donc nécessité pour l'intervenant appelé à témoigner de bien percevoir son rôle devant la justice, qui n'est pas celui d'un témoin de fait mais d'un expert et, par conséquent, porteur de

responsabilités en lien avec ce statut reconnu par la Cour. Trop souvent, on est témoin d'une mauvaise perception de la logique du procès qui sera perçue par l'expert comme une menace à son autonomie professionnelle. Il semble que certains experts ignorent ce qui est reconnu dans la jurisprudence, à savoir « qu'un juge qui se contenterait d'accepter une opinion d'expert sur la crédibilité d'un témoin... Au même titre qu'un juge qui laisserait décider d'une cause par un expert, abdiquerait ses responsabilités » (R.c. Abbey, p. 39-41), avec pour conséquence que le juge ignorerait la preuve de faits soumise et déléguerait à ce tiers expert les responsabilités qui lui sont dévolues par et dans notre système démocratique. Ce juge éluderait du même coup sa responsabilité d'apprécier la crédibilité de chaque témoin appelé devant lui. Andrée Lajoie écrivait sur cet aspect : « Le juge accomplit une opération analogue à celle auquelle se livre l'interprète littéraire et le musicien, sans parler du psychanalyste. Mais toute analogie a ses limites (...) et ces différences, nous le verrons, emportent des conséquences importantes pour une théorisation du juge » (1997, p. 169).

La Recherche de la vérité

Notre système fondé sur le débat contradictoire a pour tâche de rechercher la vérité, qui est ici différente dans son sens et son application de la vérité dite scientifique¹¹. Des distinctions s'imposent donc par rapport au scientifique, qui correspond à une rigueur qui n'est pas celle de la prépondérance de preuve. Cette règle est contenue à l'article 2804 C.c.Q. : « La preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante, à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante ».

Sur ce point l'expert doit garder à l'esprit qu'il n'est pas en compétition mais au service de la justice. Il doit être conscient que la probabilité d'un fait pour lui et pour le juge n'a pas la même valeur. Au cours du procès, ce n'est pas la vérité retenue par le juge qui est l'enjeu, mais plutôt sa capacité d'analyser la preuve qui lui est présentée, analyse qui sera inévitablement influencée par ses expériences et ses croyances personnelles. C'est par suite le rôle de l'expert que d'amener le juge à se distancer et à objectiver la situation parfois fort complexe qui lui est soumise. Sur cet aspect, rappelons que l'apparence de justice est aussi importante que la justice rendue. La justice est une affaire de crédibilité, et l'expert doit être conscient de ce fait et capable de constituer et défendre sa

crédibilité en faisant valoir ses qualités d'expert, ses connaissances, et aussi les limites de son mandat, afin que le Tribunal saisisse bien sur quelles données s'appuie son opinion. Par ailleurs, l'expert doit se rappeler que le juge est libre d'accepter ou de rejeter son opinion : « même si elle n'est pas contestée, son opinion n'est pas pour autant déterminante »¹².

L'expertise, plus qu'un témoignage

La capacité de l'expert de présenter son opinion devant la Cour s'inscrit dans la continuité de sa conduite tout au long de l'accomplissement de son expertise, laquelle inclut la clarté du mandat (voir annexe 1), la transparence dans la manière de l'exécuter et l'admission face à l'expertisé, aux avocats et devant le juge des limites de son expertise. Ses devoirs vis-à-vis de l'appareil judiciaire débutent bien avant son témoignage ou la présentation de son rapport ; dans les faits, dès l'acceptation de son mandat, l'expert entre dans le processus judiciaire. Il doit donc bien en saisir la portée, sinon il risquerait d'interférer, voire d'empêcher l'émergence de la vérité sustentée de faits et d'opinions éclairées dont les tribunaux ont tant besoin.

Dans sa quête d'informations, l'expert doit être attentif à retenir les faits pertinents à la cause. Il doit faire la distinction entre ce qui tient à des faits et ce qui est de l'ordre d'impressions ou d'opinions personnelles purement subjectives. Ni policier, ni avocat, ni partie à l'instance, son rôle n'est pas de rapporter simplement des faits (comme le ferait un témoin ordinaire, auquel cas la règle du ouï-dire s'applique) mais d'appuyer sa quête rigoureuse des éléments recueillis sur les savoirs et l'expérience propres à sa discipline, de manière à en faire profiter le Tribunal. À la suite du jugement Abbey de la Cour Suprême, on peut dire que le rôle de l'expert est de fournir au juge un énoncé sur la situation que ce dernier, en raison de la technicité des notions ou des concepts utilisés par l'expert pour expliquer les faits, serait incapable de formuler¹³.

Conclusion

Cette discussion du rôle de l'expert nous apparaît d'autant plus importante que l'expertise destinée à éclairer les causes impliquant les enfants prendra au cours des prochaines années de plus en plus d'importance. Aussi, les codes des ordres professionnels qui en fixent les conditions – et dont nous reproduisons quelques articles

dans l'annexe 2 – devraient être relus et suivis avec rigueur dans un souci permanent d'éthique duquel découlent honnêteté, respect des limites des connaissances et des compétences qui doivent être omniprésents dans les attitudes des experts tant à l'égard des expertisés que de la Cour.

Nous sommes par ailleurs convaincus que la priorité sera donnée au plan qualitatif plutôt que quantitatif¹⁴ afin d'éviter que l'expertise nourrisse le débat contradictoire plutôt que les fins de la justice. Par les nouvelles compétences requises des experts, ceux-ci sont appelés à se centrer sur l'anticipation du préjudice plutôt que sur le préjudice caractérisé, qui repose sur une analyse du risque encouru par l'enfant, avec ce que cette analyse requiert de savoir faire de la part de l'expert.

À cet égard, la maîtrise du concept d'attachement et de ses implications est essentielle de même que celle touchant l'exercice de la parentalité en distinguant ce qui est de l'ordre de la compétence et ce qui appartient à la capacité (CJM, 2004). Ces sujets devraient être au centre des préoccupations de l'expert qui cherchera à les étayer dans chaque cas par des faits non seulement pertinents à l'instance mais aussi mis en preuve ou devant l'être lors de celle-ci. Le respect de ce contexte assurera judiciairement la cote «rigueur» à la formulation d'une opinion qui se veut au service de la justice et avant tout soucieuse de contribuer au meilleur intérêt de l'enfant.

Les tribunaux, quant à eux, ont et auront le devoir d'évaluer la crédibilité des experts et leurs connaissances et de distinguer ce qui relève du savoir et ce qui appartient au sens commun dans les témoignages entendus. Enfin chacun doit se rappeler que ce processus est au service du bien-être de l'enfant et de sa famille. À cet effet il est important de nous rappeler le constat fait dans le rapport *Plus qu'une loi* publié en 1992 mais toujours d'actualité: «[...] en raison de son haut coefficient de difficulté, le rôle du juge et celui des intervenants sociaux et judiciaires qui sont devant lui nécessitent un renouvellement constant et efficace en ce qui concerne la formation et le perfectionnement»¹⁵.

Notes

1. Une jurisprudence de la fin des années 60 ne reconnaissait pas la Cour du Bien-être social comme véritable Cour.
2. Voir le Rapport Batshaw, p 53.
3. En 1977, l'Article 3 était libellé comme suit : « Le respect des droits de l'enfant doit être le motif déterminant des décisions prises à son sujet en vertu de la présente loi; tel qu'il existe en 2004, l'Article 3 se lit comme suit : « Les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits ».
4. La Cour du Québec connaît, à l'exclusion de la Cour supérieure, des matières relatives à l'adoption. Dans les autres matières relatives à la jeunesse, la compétence de la Cour et la procédure qui doit être suivie devant elle sont déterminées par des lois particulières.
5. Le *stare decisis* : Principe en vertu duquel les tribunaux conforment leurs décisions à celles qu'ils ont eux-mêmes rendues et à celles rendues par un tribunal supérieur. (*Dictionnaire de maximes et locutions latines utilisées en droit*, Les Éditions Yvon Blais, 1985, 312 p.)
6. « Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel maintien ou le retour dans son milieu familial n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et se rapprochant le plus d'un milieu familial normal ».
7. Cour d'appel du Québec, dossier 500-09-014807-044, rendu le 25 août 2004.
8. Catholic Children's Aid Society, [1994] R.C.S 202 et 203.
9. Idem, p. 31.
10. L'article 3 de la Loi sur la protection de la jeunesse est libellé ainsi : « Les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits. Sont pris en considération, outre ses besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et les autres aspects de sa situation ».
11. Carbonnier (1972) déclarait : « Ce qui met le procès à part... c'est le mode de solution qui, dans le procès, est spécial : le conflit se résout par l'intervention d'un tiers personnage, le juge ayant reçu mission à cette fin par un passage de la dyade à la triade associée. » (p. 119)
12. R. c. Abbey, (1982) 2R.C.S.24;p. 43.
13. R. c. Abbey, p. 42.
14. Voir le Rapport du Comité sur l'expertise en matière familiale, 1999, 48p.
15. La protection de la jeunesse : plus qu'une loi. Québec, Groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1992.

Références

Batshaw MG. *Rapport du comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil.* Montréal, 1975, 174 pages

Carbonnier J. *Sociologie juridique.* Paris : A. Colin, 1972, Collection «U.J.», 320 pages.

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
A chaque enfant son projet de vie permanent, un programme d'intervention 0 à 5 ans. Montréal : CJM-IU, 2004, 137 pages.

Goldstein J, Solnit A, Freud A. *Dans l'intérêt de l'enfant : vers un nouveau statut de l'enfant.* Paris : ESF, 1978.

Lajoie A. *Jugements de valeur.* Paris : PUF, 1997, 217 pages.

Prix Charles Coderre pour l'avancement du droit
L'Expertise et la Contre-Expertise en matière familiale. Les Éditions Yvon Blais, 1994, 159 pages.

Annexe 1

Lors de la présentation de l'offre d'effectuer une expertise, l'expert examine les motifs du mandat proposé et de sa désignation avant de donner son acceptation. Dans cette conjoncture, l'expert devrait s'informer de ce qui suit :

- l'objet et l'histoire de la cause
- les témoins entendus et le contenu de leur témoignage
- l'existence d'autres expertises produites au dossier judiciaire
- la perspective de rencontrer des personnes autre que l'expertisé
- la perspective d'organiser des rencontres avec d'autres personnes
- les directives en regard de la préparation de son rapport et/ou de son témoignage
- l'entente sur le moment et les conditions de son témoignage (présence requise avant et après son témoignage et perspective d'être réentendu, s'il le croit nécessaire, dans le cadre de faits nouveaux portés à l'attention du tribunal mais non à son attention
- l'existence de conflit d'intérêts

Ce n'est qu'après avoir posé ces questions et obtenu des réponses à sa satisfaction qu'un expert devrait accepter ou refuser le mandat.

Annexe 2

Code de déontologie des psychologues (L.R.Q., c. C-26, a. 87)

37. Le psychologue ne doit agir, dans la même affaire, que pour l'une des parties en cause. Si ses devoirs professionnels exigent qu'il agisse autrement, le psychologue doit préciser la nature de ses responsabilités et tenir toutes les parties intéressées informées qu'il cessera d'agir si la situation devient inconciliable avec son devoir d'impartialité.

Compétence

6. Avant d'accepter un mandat et durant son exécution, le psychologue doit tenir compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose. Il ne doit pas entreprendre des travaux professionnels pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé.

Code de déontologie des travailleurs sociaux Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 87)

Section III : DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

3.01.01. Le travailleur social tient compte des considérations éthiques des clientèles et du contexte dans lequel il va oeuvrer. Avant d'accepter un mandat et durant son exécution, le travailleur social tient compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose. Il n'entreprend pas des travaux pour lesquels il n'est pas préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.

3.01.06. Le travailleur social s'abstient d'intervenir dans les affaires personnelles de son client en des matières ne relevant pas de sa compétence.

3.05.08. Dans une situation conflictuelle, le travailleur social agit pour une seule des parties en cause. Si ses devoirs professionnels exigent qu'il agisse autrement, le travailleur social précise la nature de ses responsabilités et tient toutes les parties concernées informées qu'il cessera d'agir si la situation devient incompatible avec son devoir d'impartialité.

Code de déontologie des médecins (L.R.Q., c. C-26, a. 87; 2001, c. 78, a. 6)

67. Le médecin, agissant pour le compte d'un patient ou d'un tiers comme expert ou évaluateur, doit :

- 1° faire connaître avec objectivité et impartialité à la personne soumise à l'évaluation, le but de son travail, les objets de l'évaluation et les moyens qu'il compte utiliser pour la réaliser; il doit aussi l'informer du destinataire de son rapport d'expertise et de la manière d'en demander copie;
- 2° s'abstenir d'obtenir de cette personne toute information ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation;
- 4° s'abstenir de poser un geste ou de tenir des propos susceptibles de diminuer la confiance de cette personne envers son médecin.

Des jeunes laissés à l'abandon par une société en quête de cohérence

Réal Lajoie

C'est avec fierté et un grand plaisir que j'ai accepté d'être le porte-parole d'un des groupes de travail du Forum Abandon. À l'origine, notre groupe de travail devait se concentrer sur la problématique particulière des enfants abandonnés d'âges correspondant à la période de latence (de 6 à 12 ans). Nous avons dû cependant modifier ce mandat car, très tôt, il nous a semblé que nous n'irions nulle part si nous ne traitons pas d'abord des éléments fondamentaux à la problématique de l'abandon et du soin de ces enfants. Pour mieux s'occuper d'eux, un prérequis s'est imposé à nous : c'est l'ensemble de la société qui doit être interpellée et non pas seulement les intervenants assignés dans ces cas.

Ce dont nous allons parler, vous le savez, vous le vivez, mais ce qui sera peut-être nouveau, c'est la permission ici de le dire, de l'adresser collectivement, sans chercher de coupable, et d'en tirer les conclusions qui s'imposent. En ce qui concerne la problématique spécifique des enfants abandonnés d'âge de latence, nous en proposons un résumé dans l'annexe I. Il faudra y revenir, ce sujet est important et trop souvent escamoté. Pour aborder la problématique des enfants abandonnés selon un angle radicalement différent, remettons-la d'abord dans un contexte sociétal plus large que celui de systèmes ou d'intérêts particuliers.

L'organisation des soins dans notre société

Nous sommes des privilégiés. Afin de contrer les risques de confusion, de chaos, d'arbitraire et de paralysie, notre société, pour

L'auteur est psychiatre, psychanalyste et médecin-conseil en santé publique à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Adresse : 930, rue Jacques-Cartier est, Saguenay-Chicoutimi (Québec) G7H 7K9.

Courriel : Reallajoie@videotron.ca

(104)

* Font partie de ce groupe de réflexion : L. Baillargeon, L. Gauthier, G. St-Onge, G. Pagé...; en ont été membres : A. Dalpé, R. Giguère, A. St-Arnaud, J.C. Périard...

s'occuper de ses membres, principalement les plus vulnérables, s'est organisée. C'est ainsi que divers réseaux, systèmes et organisations ont été mis en place :

1. des assises gouvernementales centrales, régionales et locales
2. un système scolaire
3. un réseau de la santé et des services sociaux qui inclut la réadaptation, la pédiatrie, la pédopsychiatrie, les centres de la petite enfance, les centres jeunesse, les CLSC, les hôpitaux, etc.
4. un système judiciaire
5. un réseau communautaire.

Pour opérer, chacun de ces réseaux, systèmes et organisations est soumis de façon générale à des contraintes qui ont leur propre logique obligée par des objectifs spécifiques à remplir.

1. *Les contraintes liées à la tâche spécifique à accomplir*: à titre d'exemple, enseigner aux enfants implique un éventail de moyens, d'expertises, de façons de faire appropriés. Juger légalement de situations d'enfants exige aussi une infrastructure, des savoirs spécifiques. Il en est de même quand il s'agit de soigner des enfants. Des exigences de savoir-faire et de compétences sont associées à chaque tâche, sinon, comme résultat, c'est le *désastre*.
2. *Les contraintes administratives* : les structures, procédures, réglementations, échéanciers et planification sont nécessaires, sinon, l'administration des services risque d'aboutir au *chaos*.
3. *Les contraintes budgétaires* : les ressources étant limitées, des choix judicieux s'imposent continuellement entre les différentes organisations et à l'intérieur des administrations elles-mêmes, sinon, c'est *l'inéquité* et la *ruine qui nous attendent*.
4. *Les contraintes patronales - syndicales* : les organisations ont des obligations à rencontrer, des services spécifiques à fournir, et par suite, elles ont besoin de travailleurs compétents qui soient à la bonne place au bon moment. Les travailleurs ont de leur côté des droits à garantir, et pour remplir leurs devoirs, ils ont besoin de bonnes conditions de travail. L'arbitraire doit être évité, sinon, c'est le règne de *l'abus*, qu'il s'exerce d'un côté ou de l'autre du système.
5. *Les contraintes légales* : lorsqu'un conflit se pose ou perdure – en matière de droits ou de besoins identifiés –, un tiers parti peut devoir intervenir, sinon, on cède à *la loi de la jungle*.

Tenir compte de ces diverses contraintes n'a pas de valeur en soi, celles-ci n'ayant de sens que dans la mesure où elles assurent les meilleurs soins et veillent au meilleur intérêt des enfants et des personnes les plus vulnérables dans nos milieux.

Services aux enfants abandonnés

Si nous regardons de plus près les services destinés aux enfants abandonnés, des intervenants de chacun des réseaux, systèmes ou organisations sont impliqués à des degrés divers, à divers moments, soit séparément ou ensemble, simultanément, conjointement ou de manière parallèle dans ces cas. Certains interviennent directement auprès de l'enfant et sa famille. Pour l'enfant et sa famille, celui qui intervient directement est le *seul qui importe*. La clef de voûte de tout le système d'aide et de protection, c'est *l'intervenant-en-relation avec l'enfant* : les autres ressources, soit administratives, financières, judiciaires, spécialisées... souscrivent à des degrés divers une fonction de soutien afin que l'intervenant puisse s'acquitter au mieux de sa tâche.

Dans les faits, les différentes composantes de notre système de soins et de protection des jeunes assument deux grands types de responsabilité. Il y a ceux à qui la société a donné une responsabilité principalement de prise en charge : ces intervenants sont en relation avec les enfants, ils s'en occupent, veillent à leur mieux-être, à leurs apprentissages, à leur développement, etc. Il y a par ailleurs ceux à qui la société a remis une responsabilité principalement « d'expertise » : ces intervenants sont dépositaires de connaissances « pointues » souvent très spécialisées, qu'ils mettent au service, en appui, en soutien de ceux qui sont en relation directe avec l'enfant.

L'objectif principal en vue duquel la société a mis sur pied les multiples systèmes, réseaux et organisations nommés plus haut, est un objectif de bonté, *celui entre autres de s'assurer du bien-être, de la protection et du développement des jeunes, et surtout des plus vulnérables*. Pour ce faire, toutes sortes de modalités secondaires doivent être prises en compte : respecter les juridictions, les secteurs, respecter les procédures, tenir compte des budgets, des conventions collectives, respecter la façon de faire que s'est donné chacun des systèmes et sous-systèmes, etc. Tout cela sans oublier l'objectif principal de bienfaisance...

Les hommes et les femmes qui œuvrent dans les divers réseaux et systèmes sont en général dévoués, sensibles et mettent tout

leur cœur, leurs énergies et leurs connaissances à contribution. Ils sont de bonne foi et s'acquittent du mieux qu'ils peuvent des responsabilités, parfois très lourdes, qu'ils portent sur leurs épaules. Il arrive que le système fonctionne bien et rende des services extrêmement précieux. De cela, nous ne parlons pas assez : il y aura de la place pour le dire ailleurs dans cet ouvrage. Cela étant dit, on ne peut cependant plus nier qu'il y a des ratés, des déficiences dans le fonctionnement interne de chaque système, et dans le fonctionnement des systèmes entre eux. Le témoignage de Sébastien, reproduit dans ces pages, est percutant. Y a-t-il parmi nous un intervenant surpris par ce témoignage? Ce jeune, laissé seul à la suite du décès tragique de ses parents, a été abandonné à répétition au cours de sa trajectoire de prise en charge par la société, la nôtre. Les conséquences sur son développement, sur sa capacité à faire confiance et à prendre soin de lui-même ont été dramatiques. Même s'ils sont relativement peu nombreux, ces enfants très éprouvés n'en mobilisent pas moins une grande partie de nos ressources et de nos effectifs, lesquels se sentent souvent complètement dépassés.

Les enfants abandonnés et ceux qui s'en occupent

Les enfants abandonnés

Il est reconnu maintenant que les fondations sur lesquelles repose le développement d'un enfant sont la qualité, la stabilité et la continuité des liens qui se tissent entre lui et ceux qui s'en occupent. Chez les enfants abandonnés et « blessés relationnels » qui nous sont confiés, on observe des failles importantes dans ces fondations, et les consolider confronte ces enfants et ceux qui s'en occupent à une tâche colossale qui s'inscrit forcément dans un rapport de permanence.

Plus les recherches avancent, mieux nous comprenons comment et pourquoi les premières relations de l'enfant sont si importantes. À cet effet, la conférence de Peter Fonagy au Congrès de l'Association mondiale pour la santé mentale du nourrisson (WAIMH) qui s'est tenu à Montréal en juillet 2000 est particulièrement éclairante. L'interrelation de la psychologie, de la génétique, de la biologie, de l'environnement ressort de façon spécifique dans la théorie de l'attachement. Notre compréhension va bien au-delà de la théorie désormais. Pour survivre, se développer et se reproduire, le petit humain doit pouvoir développer des relations interpersonnelles satisfaisantes, et cela grâce aux soins et à l'amour de ceux qui

l'entourent; à travers les réactions de ces derniers, il apprendra progressivement à faire une différence entre lui et les autres. Si, dans cette expérience de grande dépendance et de proximité, l'enfant se sent protégé, on parlera d'attachement sécure. Les conclusions des recherches récentes indiqueraient que ce n'est pas tant la sécurité en soi qui est importante mais le fait qu'elle crée un environnement qui favorise le développement chez le jeune enfant des structures cérébrales permettant l'émergence de la symbolisation, de la mentalisation, dont dépend le développement affectif et cognitif. Mentaliser, c'est être capable de construire, à l'intérieur de soi, l'idée de soi-même et une idée des autres comme étant différents de soi. Ainsi l'absence d'attachement sécure peut se traduire par des difficultés importantes de socialisation caractérisées par une grande dépendance, du retrait, de l'ambivalence, de l'anxiété ou de l'agressivité non contrôlée, un sentiment de persécution, une position vindicative chronique chez le jeune en quête dans ses relations d'une sécurité désormais inatteignable. Plus les ruptures avec les figures d'attachement se produisent tôt, plus elles sont répétitives, plus le dommage risque d'être sévère, voire partiellement irréversible pour l'enfant.

Tous les travaux de cliniciens reconnus (Fonagy, Steinhauer, Moretti et Holland, Berger, etc.) démontrent l'importance de tenir compte de ces connaissances bien documentées sur le processus d'attachement si nous voulons nous occuper de façon adéquate des enfants « blessés relationnels ».

Ceux-qui-s'en-occupent/celui ou celle « qui compte pour l'enfant »

Permettez-moi un témoignage. Depuis plus de trente ans, des centaines d'intervenants avec qui j'ai travaillé au cours des milliers de sessions de groupes de support que j'ai eues avec eux, m'ont démontré l'importance de reconnaître les difficultés des « blessés relationnels » et les stratégies qu'ils utilisent dans leurs relations pour éviter de se faire blesser à nouveau. Ainsi, peu importe sa formation (de superspécialisée à minimale), quand il y a rencontre entre un aidant ou un intervenant et un jeune en besoin, il se passe toujours la même chose, et un immense malentendu risque de s'installer : l'intervenant, selon sa profession, est là pour donner des services médicaux, psychologiques, sociaux, infirmiers, de rééducation, d'enseignement, etc. Le jeune en besoin ou en crise veut de son côté qu'on soulage sa souffrance et si, dans son histoire,

il a été soumis à des abandons importants et fréquents, il va rapidement, puisqu'il a le sentiment d'avoir été trahi à répétition, se poser la question : « Est-ce que je peux faire confiance? ». Devinez la réponse : cet enfant va passer son temps à crier à sa manière : « Je suis sûr que je ne peux pas te faire confiance! ». La tâche ultime de l'intervenant, où qu'il soit, quel que soit sa profession ou son mandat, est de lui prouver le contraire.

Le jeune qui a été blessé dans ses relations n'a plus confiance et a tendance à repousser ceux qui essaient de l'aider. C'est dans et par sa relation avec lui que l'intervenant peut donc espérer redonner confiance à ce jeune. C'est au niveau de cette relation que réside le potentiel thérapeutique, lequel peut s'actualiser, mais seulement si l'intervenant persiste malgré les difficultés, les doutes, les souffrances que lui fait vivre inévitablement le jeune. C'est alors que l'intervenant est à même de prouver au jeune que ce dernier peut malgré tout faire confiance à nouveau, malgré tout goûter assez à la nourriture affective qui lui est offerte pour découvrir qu'elle n'est pas empoisonnée. La blessure a été relationnelle, le pansement, le baume qui rend possible la difficile cicatrisation ne peut être que relationnel.

Ainsi, la clef de voûte de l'intervention professionnelle est l'intervenant-en-relation-avec-l'enfant. Il est le pivot de tout le système d'aide, il est « celui qui compte » pour l'enfant.

Les intervenants ont en général reçu une bonne formation technique les préparant aux tâches spécifiques qu'ils ont à accomplir. Cependant ils sont souvent pris au dépourvu et mis en échec lorsqu'ils sont confrontés sur de longues périodes à des personnes présentant des difficultés relationnelles importantes. Les habiletés alors nécessaires ne peuvent se développer qu'en situation clinique : elles ne s'acquièrent pas dans des cours, et non plus par des lectures. Le support à cet égard doit se donner au jour le jour, au fur et à mesure des difficultés rencontrées, et ce support leur manque dramatiquement.

La plupart du temps et pour la plupart des situations, notre système n'est peut-être pas des plus performants mais il s'acquitte relativement bien de ses responsabilités. Cependant, pour les enfants abandonnés, qui sont les plus blessés et les plus vulnérables, et pour ceux qui s'en occupent, trop souvent, ça ne va pas. Un observateur même très attentif aurait parfois beaucoup de

difficultés, en observant ce que nous faisons et comment nous le faisons, à saisir que notre objectif principal est le bien-être de l'enfant en besoin. Cet observateur aurait de la difficulté à affirmer que toute notre énergie est mise à soutenir l'intervenant, souvent laissé seul aux prises avec une situation qui risque de le dépasser.

Plus un enfant présente des difficultés importantes et plus il y a d'intervenants et de systèmes impliqués, plus la fragile capacité relationnelle de cet enfant est mise à l'épreuve, et plus son développement risque de continuer d'être compromis si la qualité, la stabilité et la continuité des liens qui lui sont offerts sont défectueuses ou insuffisamment préservées. Nos modes de fonctionnement ne favorisent pas toujours la qualité, la stabilité et la continuité des liens dont l'enfant a tant besoin. Un même enfant peut passer d'un intervenant à l'autre ou d'un groupe à un autre d'intervenants :

1. *selon la phase de l'intervention* : évaluation, intervention de crise, suivi d'un type ou d'un autre...
2. *selon divers facteurs touchant l'intervenant* :
 - a) son appartenance professionnelle et les services à fournir : services d'éducation, services sociaux, services infirmiers, services médicaux, services juridiques, etc.
 - b) son lieu de travail : en externe, en interne, au CLSC, au centre jeunesse, en psychiatrie, à l'école, en milieu de travail, en famille d'accueil, en centre de jour, etc.
 - c) les règles administratives, les conventions collectives auxquelles il est soumis, etc.
3. *selon l'âge de l'enfant.*

Nous savons que pour assurer le développement de tout enfant, la qualité, la stabilité et la continuité des liens entre lui et ses parents biologiques ou substituts sont *importantes*. Mais pour aider un « blessé relationnel » à regagner confiance, à ré-entrer malgré ses réticences en relation avec les autres, la qualité, la stabilité et la continuité des liens sont non seulement très importantes, mais *primordiales*.

Un constat s'impose à deux niveaux : il y a un écart important *entre* ce que nous savons – sur le développement des enfants, sur les conséquences de blessures relationnelles précoces et répétitives, sur les besoins des enfants abandonnés et les soins nécessaires à leur état – et la façon dont nous les traitons en les soumettant nous-

mêmes à des ruptures à répétition qui dépassent et compromettent gravement leur capacité d'adaptation. Il y a un écart entre ce que nous savons des difficultés d'intervenir auprès des blessés relationnels et la formation de ceux-qui-s'en-occupent, le soutien dont ils ont besoin, vu les contraintes de toutes sortes auxquelles ils sont confrontés.

L'état du réseau: difficultés et contraintes

Notre système de soins est composé de plusieurs sous-systèmes ou entités : (CLSC, Centre jeunesse), pédiatrie, pédopsychiatrie, etc. Chaque sous-système possède ses propres règles, son langage, sa culture et ses schèmes de référence, et il agit à l'intérieur de ses frontières et de ses propres mandats en y déployant ses ressources souvent restreintes. L'étanchéité des systèmes et des sous-systèmes les uns par rapport aux autres pose un premier problème : chaque entité a tendance à se croire, voire à devenir autosuffisante. Ils peuvent même en arriver à se combattre indirectement par le biais d'une multiplication de règles internes, de procédures ou de critères d'accessibilité en matière de services.

Chacun gère ses limites territoriales, par exemple en fonction de sa propre logique et de son cadre de référence, sans trop se soucier de l'arrimage avec les autres. Ceci produit dans la réalité de véritables cacophonies et entraîne trop souvent des parcours labyrinthiques qui ne permettent ni d'apporter les meilleurs services dans les meilleurs délais, ni d'installer l'effet de soutien recherché tant pour l'enfant que pour l'intervenant. Comme si la réalité de chaque système, clos sur lui-même, l'emportait sur les besoins et les souffrances des enfants et des intervenants. Dans ces conditions, chaque système risque de se transformer en une mécanique qui s'auto-alimente, qui cherche à se préserver, se protéger... et finalement qui perd sa raison d'être.

Si nous avons des difficultés à harmoniser le fonctionnement des divers éléments de notre système de soins en regard de notre objectif commun, celui du *bien-être des enfants*, il n'est pas surprenant que les choses se compliquent encore davantage lorsqu'il s'agit de s'articuler avec d'autres systèmes, principalement le système scolaire et le système judiciaire. Nous avons tous été témoins de situations qui illustrent ces difficultés. Nous en proposons quelques exemples dans l'annexe II. Ajoutons à ce tableau des difficultés reliées aux contraintes dont nous avons parlé plus tôt auxquelles sont soumis nos divers systèmes.

1. Les difficultés liées à la tâche à accomplir

Au-delà des connaissances et des expertises de tous ordres, les intervenants offrent aux jeunes en difficulté le don de leur personne, et cette réalité du don de soi ne doit pas être escamotée. En s'incarnant dans la capacité relationnelle, elle ressort d'une énergie renouvelable et... épuisable. Sans soutien adéquat, l'intervenant qui se sent impuissant face aux besoins de l'enfant et de ses proches, voit sa compassion étouffée. Comme il est désormais lui-même en souffrance, il a besoin pour aider l'enfant d'éclairage et de soutien.

La demande d'aide s'affronte à des difficultés qui se trouvent accentuées par l'organisation en silo de nos divers systèmes. Tout d'abord, les intervenants sont confrontés à des délais importants entre le moment où ils ont besoin d'aide et la réponse des experts et des divers consultants. Cette réponse risque de ne pas arriver en temps utile, et si elle y parvient, souvent, de par sa forme ou la façon dont elle est communiquée, elle n'est pas utilisable par l'intervenant. Pour que les connaissances de l'expert soient vraiment utiles et utilisables, il faut que ce dernier les transmette rapidement aux intervenants qui en ont besoin. Ça ne se fait pas par écrit mais au moyen de contacts directs, réguliers et soutenus de part et d'autre. Ces contacts directs permettent d'humaniser le processus, de diminuer les délais, et souvent de transformer la demande d'un intervenant qui n'en peut plus et désire qu'un autre prenne la relève en une demande de soutien au processus d'aide du jeune en question.

2. Les difficultés liées aux contraintes administratives et financières

Il ne faudrait pas oublier que les ressources administratives et financières ont une fonction de support visant à ce que les intervenants s'acquittent au mieux de leur tâche. Ce n'est pas toujours évident. Juste un exemple : l'organisation des services en fonction de l'âge (0-2, 3-5, 6-12, 13-18) comporte des problèmes. Nos enfants ne changent pas de parents à 2 ans, à 6 ans, à 12 ans et ils ne les perdent pas à 18 ans. Les enfants abandonnés dépendent de « parents substituts » : ils en changent de façon systématique trop souvent, et cela, en raison de leur âge. Ceci simplifie les choses d'un point de vue administratif, mais pour ces enfants, ça n'a pas de sens. Nous ne pouvons les arrêter de vieillir, il faut trouver une autre solution!

3. Les difficultés liées aux contraintes patronales-syndicales

Les conventions collectives déterminent des règles de fonctionnement. Leur visée étant de maintenir de bonnes conditions de travail, les syndicats ont comme objectifs de protéger et défendre les droits des intervenants. Les patrons ont comme mandat de donner aux intervenants ce qu'il leur faut pour s'occuper adéquatement des besoins des enfants et de leurs proches; les intervenants ont à s'occuper des besoins des enfants. C'est un équilibre délicat, souvent rompu, et pas toujours dans le sens des besoins des enfants.

Les réorganisations administratives peuvent avoir un impact important sur les enfants. Parfois il ne manque que la musique dans ce qui ressemble à un véritable jeu de «chaise musicale» auquel sont soumis les intervenants. Certes, des changements sont nécessaires, mais la façon de procéder est importante et mérite d'être réexaminée. La multiplication des réorganisations administratives massives et répétitives est dramatique. La dernière chose dont ont besoin les enfants abandonnés, c'est qu'on leur fasse subir à répétition ce qui en a fait des blessés relationnels: ruptures par-dessus ruptures qui se succèdent avec une brutale rapidité.

La gestion incontournable des ressources humaines et le contenu des conventions collectives n'évoluent pas nécessairement à la même vitesse que nos connaissances théoriques et cliniques. Il est sûrement possible d'assurer une plus grande qualité, une stabilité et une continuité des relations des enfants et des intervenants les plus significatifs pour eux. Toute rupture (ou presque) peut être une occasion de croissance, à condition de prendre les mesures pour en atténuer le potentiel destructeur. Avec ce que l'on sait maintenant, il n'y a aucune raison qui tienne (si l'on garde bien en tête l'intérêt de l'enfant) pour ne pas donner une priorité absolue au temps nécessaire dont l'intervenant a besoin pour travailler avec le jeune le deuil qu'implique la rupture d'une relation, dont l'enfant nous laisse d'ailleurs rarement percevoir l'importance. Ce n'est pas un dossier qui change de main, c'est un être humain fragile et en détresse. L'enjeu, ici, c'est la capacité de cet enfant de s'investir dans une nouvelle relation, de faire confiance à nouveau. Ajoutons que plus la rupture est brutale et non préparée, plus l'intervenant qui prend la relève devra travailler fort et longtemps pour ré-approvoiser ce jeune.

4. Les difficultés liées aux contraintes légales

Les jeunes ont besoin d'être protégés contre la négligence, les abus

et les mauvais traitements, et c'est tout à notre honneur comme société que la Loi sur la Protection de la Jeunesse ait été promulguée. Des juges du droit sont chargés d'en déterminer l'application, alors que le Directeur de la protection de la jeunesse est responsable d'en exécuter les ordonnances en s'appuyant sur des cliniciens. Dans les faits, cet arrangement provoque sa part de difficultés car deux autorités, issues de deux systèmes ayant chacun sa logique propre, ses règles, ses codes et ses procédures spécifiques, sont impliquées dans sa mise en application.

Un point à ne pas oublier : la protection de l'enfant n'est pas un objectif ultime en soi. L'enfant doit être protégé pour que son développement se poursuivre et lui permette à terme de devenir un adulte, membre à part entière de la société dont il contribuera à la croissance. Une fois protégé d'abus potentiels, le développement de l'enfant n'est pas assuré pour autant. Mettre en place les conditions nécessaires à son développement est le travail le plus difficile, le plus long et le plus important, c'est ce qui compte pour l'enfant. Et si ce travail n'est pas fait avec diligence et en concordance avec ce que nous savons, les difficultés de l'enfant risquent fort de s'aggraver.

L'accent voilé sur les droits prioritaires des parents, l'idéologie du lien naturel, les délais (dont certains sont inhérents au fonctionnement complexe du système judiciaire), la multiplication des intervenants (avocats et cliniciens), les opinions cliniques contradictoires, les préjugés et expériences de vie des adultes impliqués, peuvent être en flagrante contradiction avec le meilleur intérêt de tel ou tel enfant.

Les juges ont à faire appliquer la loi. Nos législateurs, soutenus par un éclairage clinique, ont été d'ailleurs en avance sur bien des pays dans le monde à ce sujet. Mais des changements s'imposent car nos connaissances ont progressé. Il est évident que la Loi sur la Protection de la Jeunesse présente des lacunes dans sa définition. Heureusement, le processus de révision est en marche. Il mérite d'être soutenu et mené à terme sans délais, car comme le dit Françoise Dolto : « Les lois cessent d'être entendues quand elles s'assourdissent d'avoir perdu ce qu'elles contenaient de vérité. »

Arrêtons-nous! Il nous faut réfléchir : par où commencer?

Ébranlons quelques mythes ou légendes urbaines.

Le premier mythe : « La théorie de l'attachement, une mode... »

La théorie de l'attachement : ce n'est pas une mode qui va passer, et ce n'est plus une théorie. Elle a maintenant des bases scientifiques solides : nous devons en prendre connaissance, en débattre, en voir les implications pour nos actions à tous dans chacun de nos systèmes. Le bien-être des enfants abandonnés en dépend.

Le deuxième mythe : « Tout dépend du fonctionnement en silo. »

Ce n'est pas parce que nous fonctionnons en silo que nous avons des problèmes à nous occuper des enfants abandonnés, c'est parce qu'il est très difficile de s'occuper de ces enfants que le fonctionnement en silo est accentué. S'occuper de tels enfants provoque tellement de souffrance et d'impuissance, percute tellement l'intervenant que chaque système cherche à se protéger en se refermant sur lui-même, en devenant de plus en plus étanche, voire autosuffisant. Le fonctionnement en silo devient un élément de protection. Tant que nous ne prendrons pas conscience des difficultés intrinsèques que présentent les soins aux enfants abandonnés, tant que nous n'en tiendrons pas compte, il sera plus confortable de fonctionner en silo et rien ne changera dans l'organisation des soins.

Le troisième mythe : « Quand ça ne va pas, c'est la faute aux centres jeunesse. »

Le problème des enfants abandonnés n'est pas un problème de centres jeunesse, c'est un problème de société, et pour le régler, il faut mobiliser l'ensemble de la société. Les centres jeunesse font de bons boucs émissaires, alors que les autres instances restent silencieuses. Les centres jeunesse sont abandonnés avec une responsabilité qui ne peut être assumée que par l'implication de l'ensemble de la société. Pour compléter le proverbe africain, s'il faut « un village pour élever un enfant », il faut une société dans son ensemble pour arriver à bien s'occuper des enfants abandonnés et en faire des citoyens responsables.

Quatrième mythe : « Nous sommes impuissants. »

Individuellement : oui. Collectivement : non.

Ceci m'a frappé en plein ciel, le 23 mai au matin, entre Bagotville et Montréal, où je me rendais à une réunion du Forum Abandon qui avait lieu ce jour-là. J'avais assisté, les jours précédents, aux

audiences du Bureau d'audience publique sur l'environnement (BAPE) où il était question d'un projet de barrage sur une rivière en amont du lac Kénogami afin de pouvoir y retenir l'eau en cas de pluies très abondantes et d'empêcher ainsi le lac Kénogami de se remplir trop vite et d'inonder les terrains près du lac et situés en aval, comme lors du déluge de 1996.

J'avais été impressionné par le pouvoir donné aux commissaires du BAPE de mobiliser et réunir dans la même salle autant de personnes en autorité et détenant un pouvoir décisionnel important (voir la liste à l'annexe III). Le rôle des commissaires était entre autres d'amener ces personnes à répondre sur place (ou d'aller chercher la réponse dans les heures à venir) aux questions, aux objections, aux craintes apportées par l'ensemble des participants et à discuter entre eux afin d'arriver aux compromis nécessaires, si leurs intérêts divergeaient, et ils divergeaient. Chacun devait sortir de son silo. Les commissaires, riches de cette vision d'ensemble extraordinaire, ont fait ensuite les recommandations qui s'imposaient et dont plusieurs faisaient déjà l'objet d'un consensus. J'ai entendu débattre des moyens à prendre en regard d'insatisfactions formulées par rapport au projet, afin de sauvegarder les milieux humides pour les grenouilles et les canards, les frayères pour les truites, etc.. La cause est bonne : « Il faut préserver le mieux possible la nature pour nos enfants ».

Conclusion

« AU SECOURS! » Entendons le cri des-enfants-abandonnés et de-ceux-qui-s'en occupent. Essayons d'y répondre!

Je me suis dit que si notre société pouvait se donner les mécanismes nécessaires pour mobiliser autant de décideurs, si autant de personnes concernées pouvaient poser autant de questions et avoir des réponses concernant la protection des grenouilles et des truites, cette même société a le pouvoir de faire la même chose pour la protection de ses propres enfants.

Par rapport aux enfants qui nous concernent, de multiples personnes de divers milieux (politique, juridique, santé et services sociaux, scolaire, etc.) prennent au quotidien, mais individuellement et de façon indépendante, des décisions qui ont des conséquences importantes pour ces enfants.

Dans la mesure où il n'y a pas de cohérence entre ce que nous savons et ce que nous faisons, et si en plus, ce que nous faisons participe à l'aggravation des problèmes qu'ont les enfants les plus vulnérables,

nous avons comme société un problème important, et ce problème est d'ordre éthique. Les choix qui sont faits, et qui touchent la vie de ces enfants, le sont toujours en fonction des connaissances et aussi des contraintes auxquelles nous sommes soumis. Il reste que si nous voulons avoir une plus grande cohérence, il faut que les connaissances actuelles et nos façons de faire soient partagées, discutées, validées par nous tous afin de pouvoir mieux en tenir compte dans nos décisions et nos actions dans le cas de ces enfants et ces familles. Souvent, nous nous comportons comme des ingénieurs qui construiraient des ponts sans tenir compte des lois de la gravité. Dans notre cas, malheureusement, ce ne sont pas des ponts qui s'écroulent...

Un des grands principes éthique est celui de la bienfaisance/non-malfaisance : faire le bien et ne pas nuire. Dans une société civilisée, le bien-être des enfants les plus vulnérables est une valeur supérieure aux autres dans l'échelle des valeurs. Dans la décision de retirer un enfant âgé de quelques mois de la garde de ses parents qui le négligent au point de compromettre son développement, on donne la priorité au droit de l'enfant d'être protégé sur les droits des parents à leur autonomie et leur vie privée. Nous avons tous en tête des exemples de décisions prises pour lesquelles la priorité ne semble pas être le bien-être des enfants. Nous en reproduisons quelques-uns dans l'annexe IV.

Il nous faut à tout prix trouver le moyen de garder prioritaire cet objectif principal, qui est de prendre soin des plus vulnérables dans notre société : les enfants abandonnés. Qu'attendons-nous pour nous donner un BAPE, avec 2 PP : *Bureau d'Audience Publique pour la Protection des Enfants* (BAPPE)? On pourrait peut-être alors commencer à croire que c'est vrai que nous sommes « fous de nos enfants ».

Tous, nous voulons le bien des enfants abandonnés. Nous avons donc une bonne raison de prendre les moyens de nous asseoir ensemble, de nous familiariser avec les connaissances nouvelles sur le développement des enfants, de réfléchir et se parler de nos réalités respectives, de nos croyances, nos contraintes, nos espoirs et nos désespoirs. Mais pour que ça change, il faut aussi que soient au rendez-vous dans cette démarche ceux en haut lieu à qui, dans notre société, nous avons délégué le pouvoir de décision : ceux qui font les lois, ceux qui en déterminent l'application, ceux qui

gouvernement et déterminent le partage de nos ressources collectives, ceux qui dirigent nos institutions et ses diverses organisations affiliées. Cette démarche ne sera pas magique mais elle permettra, dans un plus grand respect réciproque, d'amorcer les changements qui s'imposent.

Il nous faut faire disparaître l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons. Comme société, nous pourrions alors espérer donner les meilleurs soins possibles aux enfants les plus vulnérables. Nous pourrions aussi espérer donner aux intervenants engagés dans cette tâche, quelle que soit leur profession, les moyens et le soutien nécessaires pour y arriver. Passons donc maintenant des constats individuels aux actions collectives!

Annexe I

Enfants abandonnés d'âge de latence

La problématique spécifique aux enfants abandonnés de 6 à 12 ans doit être approfondie. Il est d'autant plus important de le faire qu'ils émeuvent moins que les tout-petits et qu'ils attirent moins l'attention que les adolescents avec leurs passages à l'acte. C'est ce qu'a fait d'ailleurs le comité de travail sur l'offre de service des centres jeunesse du Québec aux enfants de 6-11 ans (piloté par l'ACJQ).

Les enfants abandonnés âgés de 6-12 ans sont, comme tous les enfants de cet âge, à une période cruciale de leur développement : ils ont à consolider leur estime de soi, à s'intégrer à la vie scolaire et apprendre à se faire des amis. Ils ont à apprendre à apprendre, développer des compétences, vivre des réussites, suivre des règles, élargir leur cercle affectif en y intégrant des adultes significatifs (autres que les parents).

Parmi les enfants abandonnés, plusieurs vivent cette période de leur vie dans un état de grande désorganisation accompagnée de souffrance et de détresse psychique. Cela peut se manifester par une opposition chronique, un refus des règles, des réactions de crise à la moindre frustration ou contrariété. Ces enfants arrivent mal à contenir leurs émotions, fonctionnent difficilement à l'école et ont du mal à se faire des amis ou à les conserver. Leur capacité de jouer, de prendre du plaisir est très atteinte, ils ont de la difficulté à imaginer, à symboliser; ils sont, soit dans un agir qui percute l'autre, provoque le rejet, soit retirés en eux-mêmes, souvent désespérés, et plusieurs parlent de mourir. Ils ont beaucoup de mal à établir un lien solide avec l'adulte et à lui faire confiance. Ils peuvent se mettre en danger à répétition jusqu'à ce que des adultes généreux et bien outillés prennent la situation en mains et les aident à grandir.

Annexe II

Exemples illustrant des difficultés à harmoniser le fonctionnement des divers éléments de notre système et des systèmes entre eux.

1. Un CLSC est très éloigné du CH auquel il est rattaché administrativement. En fait, il est situé dans une toute autre partie de la ville. Le rattachement administratif CH-CLSC n'a pas pris en compte, lors du découpage géographique, les alliances naturelles, historiques et culturelles de ce territoire. Dans la réalité, les gens du territoire du CLSC ne se tournent pas vers « leur CH », consultent moins, procèdent en urgence, vont au CH le plus proche qui les réfère à l'hôpital de leur secteur et le cercle vicieux recommence.
2. Sur un territoire donné de CH, la pédopsychiatrie exige, pour dispenser ses services, que les parents de l'enfant vivent sur ce territoire ou qu'un enfant ne vivant pas avec ses parents, y réside depuis 6 mois avant d'être inscrit sur sa liste d'attente qui est de 6 à 9 mois. Un calcul rapide : 15 mois d'attente, quand on a 4, 5 ou 6 ans, est un délai insensé; quand on a 12, 15, 16 ans, c'est dangereux, car il y a risque de se détourner de ce service, de le refuser et «s'arranger sans», avec les risques que ceci comporte, sans parler de la détérioration de l'état des enfants dans l'entre-temps.
3. Un jeune de 8 1/2 ans compte 8 milieux de vie différents où il a été placé depuis sa naissance. Un diagnostic de troubles sévères d'attachement a été posé et l'enfant reçoit déjà plusieurs services spécialisés. Le 8e milieu de vie est une famille d'accueil, mais les difficultés du jeune étant nombreuses et malgré la bonne volonté de ces gens, la recherche d'un autre milieu de vie devient nécessaire, cette fois, avec des professionnels. Plusieurs obstacles sont identifiés : maintien et continuité des services avec les *intervenants en place*, l'âge minimal pour avoir accès à un milieu est de 6 ans... Durant le temps nécessaire pour trouver le milieu approprié, le jeune a vécu 6 mois dans un milieu transitoire, soit son 9e milieu de vie. Il est placé depuis deux ans dans une ressource appropriée, soit le 10e, qui accueille des jeunes de 6 à 12 ans. Depuis quelques mois, les professionnels constatent que le jeune ne progresse plus et même régresse. Approchant de ses 12 ans, il va bientôt devoir quitter la ressource. Combien d'autres « milieux » connaîtra-t-il avant d'être lancé dans le vide à 18 ans?
4. De leur côté, les intervenants sont plus que perplexes par rapport aux signalements qu'ils font et qui ne sont pas retenus... comme si leurs inquiétudes et leur expertise n'étaient pas prises en compte. On déplore aussi le manque d'information au sujet des jeunes amenés à l'urgence car, souvent, l'intervenant accompagnant connaît très peu le jeune et a très peu d'information à fournir, ce qui peut limiter l'efficacité de l'intervention en pédopsychiatrie.
5. Dans certaines commissions scolaires, les enfants fréquentant les classes spéciales à l'élémentaire doivent changer d'école chaque année, car les classes spéciales de niveaux différents sont réparties dans différentes écoles pour éviter une concentration trop grande d'enfants en difficulté. Ainsi les enfants les plus vulnérables sont déplacés systématiquement chaque année. Les plantes arrachées et replantées à répétition finissent par dépérir...
6. Des enfants d'âge préscolaire ont besoin de services d'orthophonie, et le milieu public pouvant offrir ce service a une liste d'attente de

18 mois. Les enfants auront atteint l'âge scolaire avant d'avoir obtenu le service et une fois à l'école, peu ou pas de services d'orthophonie sont dispensés. Qu'arrivera-t-il à ces jeunes? Les problèmes non corrigés se seront aggravés, d'autres se seront ajoutés, tels qu'une faible estime de soi, une faible tolérance à la frustration, des conflits avec les pairs, un sentiment d'échec...

7. Les remises au Tribunal de la jeunesse accordées en raison de la non-disponibilité des adultes sont une véritable plaie pour un nourrisson ou un jeune enfant qui n'a pas «voix au chapitre». Depuis la première saisie du Tribunal jusqu'à l'ordonnance définitive, en cumulant les ordonnances intérimaires pour toutes sortes de raisons (un parent ne s'est pas présenté, une énième expertise ou contre-expertise est requise), des enfants traversent presque l'équivalent de leur vie «parqués» en transition : s'ils y étaient maltraités, les dommages ont eu le temps de s'installer, s'ils étaient aimés et bien traités, la rupture qui s'ensuit peut être très dommageable.

Annexe III

Personnes mobilisées par les commissaires aux audiences du BAPE sur un projet de barrage en amont du Lac Kénogami

Le promoteur et ses experts qui exposaient son projet de barrage, les objectifs recherchés, les diverses études d'impacts, les moyens mis pour atténuer les conséquences de la création d'un bassin en amont;

Les personnes ressources : des représentants de tous ceux concernés d'une façon ou d'une autre par le projet :

- ◆ ministère de l'Environnement
- ◆ ministère de la Santé et des Services sociaux
- ◆ ministère de la Sécurité publique
- ◆ ministère des Transports
- ◆ ministère des Pêches et Océans
- ◆ Environnement Canada
- ◆ Conseil de la Nation huronne Wendat
- ◆ Conseil des Montagnais
- ◆ Institut Maurice Lamontagne
- ◆ Garde côtière canadienne
- ◆ Comité provisoire du lac réservoir Kénogami et des rivières aux Sables et Chicoutimi
- ◆ diverses municipalités
- ◆ Société des établissements de plein air du Québec
- ◆ Société de la Faune et des Parcs du Québec.

Les participants : 29 mémoires ont été présentés par des citoyens; des associations diverses exposaient leurs points de vue, leurs objections, leurs souhaits, leurs craintes et leurs questions et chacun présentait ses solutions.

Le public avec leurs propres questions et solutions.

Annexe IV

Exemples de décisions prises où la priorité n'est pas nécessairement le bien-être de l'enfant

- ⇒ Si après trois ans dans sa famille d'accueil soutenante et avec qui l'enfant a établi un lien solide, le tribunal retourne l'enfant à ses parents, les droits juridiques des parents biologiques ont priorité sur les besoins de l'enfant et le principe de bienfaisance/non-malfaisance n'est pas appliqué en ce qui concerne l'enfant.
- ⇒ La décision de placer un enfant de 5 ans dans une troisième famille d'accueil de dépannage en deux ans parce qu'il « présente des troubles de comportement importants » peut aussi aller à l'encontre du principe de bienfaisance/non-malfaisance en ce qui concerne l'enfant mais répondre au besoin de la famille qui n'en peut plus et être ce que l'intervenant peut faire de mieux, compte tenu de la non-éligibilité à l'adoption pour des raisons juridiques et vue l'absence de soutien clinique adéquat à la famille d'accueil.

L'enfant qui a subi plusieurs ruptures et qui change d'intervenants trois fois en deux ans, la première fois à la fin de l'évaluation pour que quelqu'un d'autre assure le suivi, ensuite parce que ce dernier a été déplacé par quelqu'un qui avait plus d'ancienneté.

Des raisons de fonctionnement qui dissocient l'évaluation du suivi et des raisons syndicales dont l'objectif est la protection et le bien-être de l'intervenant peuvent être en conflit avec les besoins du jeune.

Visages d'adolescents laissés à l'abandon

Ou de l'abandon... comme un délaissement

Michel Doucet

La définition de l'abandon proposée dans les pages qui suivent n'est pas livresque puisqu'elle découle de mon vécu partagé avec de nombreux jeunes délaissés. Au Québec, le législateur conclut habituellement à l'abandon d'un jeune si ses parents ne vivent plus avec lui ou cherchent à s'en défaire, ou s'ils n'en assument pas de fait les soins, l'entretien et l'éducation. Vus ainsi, très peu d'adolescents sont reconnus comme «abandonnés»¹. Notre société regorge pourtant d'adolescents «délaissés» par des parents qui entretiennent peu de contacts significatifs avec eux et qui peinent à les inclure dans leur projet familial. La plupart de ces jeunes ne figurent pas dans les statistiques officielles, occultant par le fait même cette réalité de notre société. Au fil des années, j'ai rencontré plusieurs de ces jeunes qui ressentaient cette absence de liens de qualité dont les prémices remontaient souvent à la toute petite enfance. Ils se sentaient délaissés, malgré la présence de contacts occasionnels avec leurs parents.

Bien que l'adolescence soit une période de profonds changements amenant à une prise de distance d'avec les figures d'attachement initiales et une transformation des relations avec eux, plusieurs adolescents s'interrogent déjà depuis longtemps sur la place qu'ils occupent dans leur univers familial. Ils ont souvent acquis la conviction, et parfois depuis l'âge de 11-12 ans, qu'ils ne vivront plus chez leurs parents (biologiques ou adoptifs) de manière continue et par conséquent, qu'ils feraient mieux d'apprendre à se débrouiller seul, cette réalité étant encore plus criante pour certains jeunes immigrants. Pour tous ces jeunes, la prise en charge de leur propre

(122)

L'auteur est psychoéducateur conseiller auprès du Centre jeunesse de la Montérégie et chargé de cours à la Faculté d'Éducation Permanente de l'Université de Montréal.
Adresse : 600, rue Préfontaine Longueuil (Québec) J4K 3V6
Courriel : michel.doucet@rrsss16.gouv.qc.ca

survie matérielle et affective (leur projet de vie en fait) devient un enjeu considérable. Ils n'ont pas le choix de mettre en place des stratégies affectives, cognitives et comportementales, d'une part, pour faire face au sentiment de perte très lourd à supporter, et d'autre part, pour tâcher de survivre dans un monde souvent perçu comme persécuteur. Ceci va inévitablement modeler la nature de leurs relations avec les autres et intervenir dans leur capacité à devenir eux-mêmes une figure d'attachement comme parent. Pour Myriam David (2004), ces jeunes souffrent de cet « handicap invisible » que constitue pour tout enfant le fait d'être privé de la tendre sollicitude de ses parents et d'avoir à être élevé par les autres. Cette souffrance peut prendre toutes sortes d'expressions ou de visages selon les événements de vie propres à chacun.

Le délaissement et ses répercussions selon la littérature

D'entrée de jeu, il faut reconnaître que plus un jeune présente de traits reliés aux conséquences de l'abandon parental, plus le défi éducatif risque d'être considérable pour ceux qui l'accompagnent. Steinhauer (1996) rapporte notamment que l'échec à former un lien sélectif en bas âge ou la rupture d'un tel lien entraîne une forme de détachement permanent s'illustrant par une incapacité chez le jeune à vivre des rapports d'intimité et à éprouver de l'empathie pour autrui. Plusieurs adolescents afficheront une rage diffuse et persistante se transformant parfois en comportements antisociaux (dirigée vers l'extérieur) ou encore en dépression chronique (dirigée vers l'intérieur). De plus, un contrôle insuffisant des émotions provoque chez eux une perte de contrôle et des agirs impulsifs. Par suite, l'absence ou le peu de relations stables les empêche de réaliser les identifications nécessaires au développement de leur conscience morale. Pour ces jeunes, le sentiment de n'avoir pas reçu de soins et d'affection pourra aussi contribuer à alimenter une faible estime de soi et, pour certains, les installer dans des rapports de dépendance chronique ou encore dans certaines formes de compulsion de répétition.

Pour Cyrulnik (1993), les enfants sans famille vivent en marge des circuits de socialisation et des structures institutionnelles qui favorisent l'attachement, et ils se retrouvent souvent à l'adolescence mal socialisés, voire délinquants. Leur impulsivité et leur fragilité émotionnelle les désarçonnent et les précipitent dans des problèmes

relationnels. Sans ancrage et souvent à la dérive, le sentiment de soi chez ces jeunes devient brouillé et le monde apparaît non structuré; ce sont alors les bases de leur identité qui en seront affectées. Un bon nombre de ces adolescents présentent un moi-peau souffrant et leur corps, tel un palimpseste, porte diverses traces de désinvestissement. Mal situés dans le temps, ils ne vivent que le moment présent. La présence d'objets affectivés pouvant témoigner d'une histoire affective antérieure leur fait cruellement défaut et ils ont peine à investir un espace singulier. Leurs difficultés d'apprentissage sont souvent importantes et en lien avec leurs difficultés affectives. Une relation sécurisante ne s'étant pas développée, pour plusieurs d'entre eux, le fait de s'attacher leur fait peur et nier toute relation devient une façon de se protéger.

Les auteurs reconnaissent de plus en plus que parmi les personnes présentant des troubles de personnalité (narcissique, borderline ou antisociale) se retrouvent plusieurs sujets «abandonnés» et souffrant de troubles sévères de l'attachement. Ces pathologies entraînent souvent des comportements destructeurs et des problèmes de toxicomanie. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler ici que les troubles mentaux sont la première cause d'hospitalisation chez les 15-24 ans au Québec, selon les dernières études épidémiologiques.

Une réalité aux multiples visages

L'adolescence délaissée ou à risque d'abandon se présente sous différents visages dans notre société, et les cinq silhouettes esquissées ici à grands traits n'offrent qu'une vision parcellaire de ce phénomène. Nous allons ci-après évoquer successivement la réalité des adolescents placés, la situation précaire des jeunes dans la rue, l'expérience de certains adolescents adoptés tardivement à l'étranger, le vécu migratoire de certains jeunes réfugiés et finalement la trajectoire de vie de jeunes mères adolescentes « délaissées ».

Un parcours dans les Centres jeunesse

Au cours de 2002-2003, 28 431 enfants ont été placés dans divers types d'hébergement. Un jour donné, soit en date du 31 mars 2003, on retrouvait au sein du réseau de services pour les jeunes en difficulté un total de 13 363 enfants et jeunes placés². Parmi ces jeunes, des centaines d'adolescents fréquentaient en alternance des familles d'accueil, des foyers de groupe ou encore des internats de réadaptation.

Certains adolescents, placés depuis plusieurs années, sont depuis longtemps convaincus qu'un retour dans leur milieu familial est impossible et ils errent dans cet immense réseau, toujours en quête de réaliser cet inaccessible rêve d'un lien avec une figure parentale. Les expériences proposées aux adolescents dans ces différents milieux sont très variables, selon qu'ils sont hébergés en milieu ouvert ou fermé, et nous conviendrons que le jeune privé de sa liberté arrive plus difficilement à être un véritable acteur dans son développement.

Selon les statistiques disponibles, on retrouve dans les centres jeunesse du Québec plusieurs centaines de jeunes qui terminent leur séjour sans l'appui de leur milieu familial, même si certains ont conservé des liens avec une tante, un grand-parent ou une famille d'accueil. Le maintien de tels contacts leur permet d'échapper au néant relationnel mais il n'est pas suffisant pour opérer une véritable restauration des liens. Ces jeunes constituent le groupe le plus vulnérable aux passages à l'acte suicidaire, selon l'étude de Jocelyne Pronovost réalisée en 1998 sur les adolescents suicidaires en centres jeunesse. Chez eux, l'angoisse de séparation et la peur de l'inconnu sont très prégnantes, comme en font foi ces quelques mots tirés d'une lettre adressée à un éducateur : « J'ai beaucoup de peine parce que je me sens un bon à rien... Là, j'ai 17 ans et trois mois et mes 18 ans arrivent. J'ai très peur de me retrouver tout seul... ».

Les intervenants ont souvent tendance à minimiser l'angoisse ressentie par les jeunes à l'approche de leur majorité. Il faut le reconnaître, ces jeunes sont en quelque sorte « lâchés » par le système qui les prenait en charge jusque là. Quitter leur lieu d'accueil, changer de milieu et s'autonomiser représente une véritable épreuve et c'est pourquoi certains adolescents, se voyant privés de leurs repères, font des tentatives de suicide, faute d'avoir pu donner un sens à leur vie. Pour d'autres, la peur de ne pas obtenir réponse à leurs besoins est si grande qu'ils commettront des délits, ce qui leur procurera un séjour en prison où ils auront notamment un toit, trois repas par jour et un encadrement. Cette recherche constante de la « maison de pain d'épices » nous ramène à la question : de quelle autonomie ces jeunes sont-ils réellement capables?

Par ailleurs, plusieurs jeunes nous ont mentionné en entrevue qu'ils se résignaient à leur sort d'adolescent placé, comme s'ils ne pouvaient influencer leur destin. Cette position qui, à notre avis,

empêche leur mobilisation, est un indicateur certain de leur fragilité. Enfin, certains autres foncent à corps perdu dans une vie d'itinérance qui peut sembler à première vue relever d'une attitude contraphobique.

L'expérience de la rue

Reconnaissons tout d'abord que la « vie dans la rue » est un mode de vie complexe et que les raisons y conduisant sont multiples. Parazelli (1997) révèle dans ses travaux qu'un bon nombre de jeunes se retrouvent à la rue après avoir connu une forme ou une autre d'abandon parental. Ils ont vécu dans un contexte de privation et cherchent par toutes sortes de moyens à en atténuer les conséquences. S'ils ont connu des institutions ou des familles d'accueil pendant leur enfance ou leur adolescence, ils les ont fui, les considérant comme des lieux répulsifs qui ne leur ont pas offert un milieu vraiment familial. Ces lieux n'ont pour eux aucune signification symbolique qui leur aurait permis d'établir des relations affectives et d'atténuer leur sentiment de rejet. Leur projet est donc d'aller voir ailleurs et trouver par eux-mêmes la reconnaissance nécessaire à leur existence.

On comprend ainsi que la fuite du milieu institutionnel représente pour certains une voie de survie. Ces jeunes sont à la recherche d'espaces et de lieux pour « se mettre au monde », comme le dirait Boris Cyrulnik. La rue devient un pôle d'attraction où ils peuvent exposer leur désir de reconnaissance sociale. La « vie en marge » est pour certains adolescents plus significative, potentiellement porteuse de liberté et d'un dynamisme nouveau. Elle peut être aussi l'occasion d'apprentissages, tels que subvenir à ses besoins seul, accroître son pouvoir sur sa vie, faire l'expérience de la solidarité, de l'entraide, développer un sentiment d'appartenance, se donner une nouvelle famille. Il y a bien un aspect paradoxal dans ce choix, considérant que ces jeunes ont fui des lieux qu'ils jugeaient répulsifs pour choisir de fréquenter d'autres lieux, mais perçus ceux-là comme répulsifs par une bonne partie de la population.

Le besoin et la nécessité chez ces jeunes de se débrouiller seul les amènent souvent à privilégier le pouvoir de l'argent afin d'acquérir une certaine indépendance. Il reste que la rue est dangereuse, la prostitution des mineurs faisant partie d'un marché où les personnes sont traitées comme des produits de consommation plutôt que des êtres en quête d'affection. Pour Parazelli, même si cette pratique

peut constituer un leurre relationnel, le fait d'être considéré comme un produit de consommation désirable est tout de même mieux, du point de vue du jeune, que d'être un objet abandonné. Il en est de même du marché de la drogue : certains s'adonnent à ce commerce illégal, se sentant considérés dans ce milieu (à quel prix parfois?..), évitant ainsi de revivre le rejet subi dans des milieux fréquentés jusque là. Ces dangers sont parfois accentués par la présence de problèmes de santé mentale.

Bien que tous les jeunes de la rue n'aient pas une histoire d'abandon parental, celle-ci est néanmoins le fait de plusieurs de ces adolescents qui cherchent à élaborer un projet de vie, soit en réinvestissant l'école ou en se dirigeant vers le marché du travail.

L'adoption tardive à l'étranger

Depuis plusieurs années, nous assistons au Québec à un essor considérable de l'adoption internationale. Si pour la majorité des enfants, ce geste est salubre, une tendance confirmée par les statistiques du Secrétariat à l'adoption internationale est à l'effet qu'une proportion significative des enfants adoptés ont plus de quatre ans, voire même cinq ans et plus³. Plusieurs de ces enfants venus de pays étrangers ont souffert considérablement de conditions de vie difficiles avant leur adoption. Dans certains orphelinats, des conditions proches de l'hospitalisme, mises en évidence par Spitz dans les années '40, subsisteraient encore aujourd'hui. Deux études récentes sur les enfants roumains adoptés, celle de Hoksbergen et al. (2003) en Hollande et celle de Rutter et O'Connor (2004) en Grande-Bretagne relèvent notamment des séquelles de stress post-traumatique, des troubles neurocognitifs, neurodéveloppementaux et des troubles de l'attachement chez certains de ces enfants après leur adoption. Se pose alors la difficile question en rapport avec les carences subies : dans quels cas peut-on espérer une certaine réversibilité des troubles, à quels signes reconnaît-on le caractère irréversible ou permanent de l'état carenciel chez un enfant?

Dans les faits, ces atteintes précoces s'accompagnent d'une symptomatologie qui culminera parfois à l'adolescence, comme autant de blessures qui deviennent de plus en plus apparentes à mesure que l'enfant grandit. Ces jeunes risquent d'être délaissés par leurs parents adoptifs, tellement le défi qu'ils posent est de taille. N'en pouvant plus, les parents mettent alors une distance afin de pouvoir survivre et conserver un lien le moins souffrant possible avec

le jeune, tout en ménageant un peu de répit à la famille. Ils en arrivent à cette séparation non sans avoir auparavant multiplié les efforts pour comprendre et accompagner l'adolescent. Certains parents se demandent même s'ils ont le droit de faire vivre une telle situation à leurs autres enfants. Parfois hélas, si la famille n'est pas soutenue et guidée adéquatement, cette distance si essentielle au maintien d'un lien est vécue par l'adolescent comme une forme de délaissement.

Vivant loin de leur famille adoptive, souvent en quête d'historicité pour donner un sens à leur parcours migratoire, ces adolescents interpellent considérablement les intervenants. Que devient le projet de vie d'un jeune venu d'ailleurs lorsqu'il est délaissé par sa famille adoptive? Face à ce second abandon, le jeune s'interroge : qu'est-ce qui fait que personne ne peut me tolérer (la tolérance n'est-elle pas cette propriété qui permet à l'organisme de supporter la présence d'une substance étrangère?) À qui est-ce que je ressemble? Qu'est-ce qui m'a été transmis? Où est-ce que je m'en vais? Ces mêmes questions sont également posées par des enfants québécois adoptés plus tardivement et qui se retrouvent parfois délaissés à l'adolescence. Ce ne sont pas toutes les transplantations qui réussissent, et particulièrement lorsque l'enfant refuse l'adoption.

La migration à l'adolescence et la question identitaire

Au cours des dernières années, plusieurs adolescents se sont retrouvés délaissés alors qu'ils étaient venus rejoindre un de leurs parents biologiques au Québec après une absence de plusieurs années. L'intégration des expériences pré ou post-migratoires peut être difficile pour plusieurs qui se rendent compte qu'il n'existe pas de « chimie » entre eux et leur parent (qui leur est devenu étranger). La distance et le temps ont creusé un fossé et les liens sont parfois très ténus. Comme le dit si bien Cécile Rousseau (2004) : « L'identité d'un jeune s'élabore dans un va-et-vient entre son histoire personnelle et les histoires qu'il partage ou emprunte à ses groupes d'appartenance » (p. 126). Si le nouveau groupe d'appartenance n'offre pas l'occasion de développer des liens, la construction identitaire de l'adolescent en sera affectée.

Le décalage entre le parent rêvé par l'adolescent avant son arrivée au pays et la rencontre avec le parent réel entraîne son lot de conflits, en particulier lorsque le parent a refait sa vie avec un nouveau conjoint et que d'autres enfants ont fait ou font leur apparition. L'adolescent

se sentant à l'étroit dans cette nouvelle famille qu'il a du mal à investir, on le retrouve assez tôt dans le réseau des familles d'accueil ou en appartement supervisé, bénéficiant de divers services offerts dans la communauté. Tout aussi inconfortables qu'ils soient dans leur nouveau contexte familial, ces jeunes apprécient la vie au Québec où ils jouissent souvent de conditions de vie beaucoup plus attrayantes que dans leur pays d'origine. Il faut cependant reconnaître que l'exil touche directement ces jeunes immigrants et devient une composante spécifique de leur problématique à l'adolescence.

Malgré des données fragmentaires sur l'ampleur du phénomène au Québec, de plus en plus de mineurs non accompagnés font une demande d'asile au Canada où ils réclament le statut de réfugié après avoir fui leur pays pour des raisons politiques. À Montréal, le SARIMM⁴ a accueilli 320 mineurs non accompagnés en 2002-2003. Rappelons que le Canada comme bien d'autres pays n'est pas à l'abri des passeurs d'enfants. Certains de ces jeunes trouvent très difficile l'adaptation à la vie sans l'appui d'une famille et pour plusieurs qui ont souffert de nombreux traumatismes, la détresse est criante. Ils ont souvent approché la mort, connu la persécution ou la vie dans la clandestinité, quand ce n'est pas la torture en prison. Ils doivent s'adapter rapidement à leur nouveau mode de vie, faire face aux stress liés aux changements et à l'acculturation, tout en vivant l'anxiété constante d'échouer l'épreuve de la Commission de l'Immigration et du statut de réfugié. Ces jeunes qui ont laissé derrière eux des racines ont besoin de lieux d'hébergement, de familles ou de groupes d'entraide, de ressources communautaires et des centres jeunesse qui les aident à briser leur isolement. Ils doivent donc être accompagnés en tenant compte de leurs caractéristiques raciale, culturelle, religieuse ou linguistique, référant ici à une clinique transculturelle. En ce sens, il existe une analogie entre ces jeunes et les adolescents autochtones du Grand Nord qui ont quitté leur milieu pour rejoindre les villes du Sud et dont les besoins et les aspirations sont similaires.

La jeune mère célibataire et parfois... quelques pères

Partout au Québec, la situation de bien des jeunes mères adolescentes est préoccupante. Certaines d'entre elles, parfois âgées d'à peine 14 ans, vivent avec leurs enfants dans des conditions de vie précaire (pauvreté, faible scolarité, absence d'un réseau social significatif), risquant de compromettre le développement de leurs

enfants. La plupart d'entre elles ont vécu une histoire de placement en famille ou en centre d'accueil. Gaston Bachelard disait : « Nul ne saura habiter s'il n'a su se blottir ». On peut se demander quel impact aura sur leur maternité, leur histoire d'abandon.

L'enfant est le plus souvent désiré, puisqu'il représente pour la jeune mère une personne qui va enfin l'aimer. Le nouveau bébé lui confère un statut social car grâce à lui, elle recevra des allocations et pourra quitter le milieu institutionnel. Beaucoup de ces jeunes mères se retrouvent dans de petits appartements, vivant parfois avec le père de l'enfant, mais la plupart du temps seules, le père ayant déserté le foyer. Elles doivent donc développer rapidement leur potentiel comme parent et intégrer la maternité dans leur projet de vie, ce qui s'avère souvent un défi considérable.

Malgré une aide importante, plusieurs d'entre elles ne parviendront pas à envelopper l'enfant des soins nécessaires à un développement harmonieux. L'expression de Martine Lamour, « *les souffrances autour du berceau* », prend ici tout son sens (Lamour et Barraco, 1998). Dans ces situations, la mère se sentant menacée dans son intégrité physique, psychologique ou sociale, ne parvient plus à prioriser les besoins de son enfant. Les interactions entre mère et enfant deviennent alors un lieu de conflit; comme dirait Selma Fraiberg, il y a trop de « *fantômes* » dans le garde-robe.

La vision du monde chez la mère, et le père s'il est présent, est teintée de l'histoire relationnelle de chacun, et c'est en répétant cette histoire qu'ils risquent de projeter massivement sur l'enfant leurs propres blessures. Si les enfants de parents adolescents sont davantage susceptibles de venir grossir la cohorte des enfants souffrant de troubles précoces de l'attachement, il ne faudrait pas conclure pour autant que la vulnérabilité de ces jeunes mères mène forcément au délaissement de leurs enfants. Cela dépendra du sens que la mère donne à sa vie en lien avec sa propre histoire.

Des besoins essentiels à combler

Mais quels besoins devrait-on prioriser pour bien accompagner chacun de ces jeunes?

➤ *Le besoin d'être accueilli*

Puisque l'adolescent ne vit plus chez lui, il a besoin de cet accueil dont parle Paquin (2003) dans son très beau livre au titre évocateur : *Me feriez-vous une place?*. Accueillir comme dans « abriter », « ramasser », réunir des morceaux dispersés. Quand un jeune a eu

des «lambeaux» de parents, il arrive que sa peau psychique soit morcelée. Accueillir ces jeunes n'est pas simple car ils ont le sentiment de n'avoir pas de place bien à eux. Depuis très longtemps, on leur a fait sentir qu'ils étaient de trop et c'est pourquoi ils prennent parfois «toute la place», de façon à bien s'assurer qu'on les remarque.

Pour réussir l'accueil, il ne faut pas être naïf car une bonne partie de ces jeunes sont souffrants et nécessitent des soins. Si aucune institution ni aucun organisme ne peut se vanter d'avoir le monopole de la vérité quant à l'aide à offrir, il existe une certitude, et c'est la nécessité d'un accueil inconditionnel (essayons de s'en approcher le plus possible!) si on veut les rejoindre. Que l'on soit éducateur en internat, parent d'accueil, intervenant communautaire, etc., que notre lieu de travail soit une institution ou encore la rue, ces jeunes nous convient à une rencontre et nous sommes ici au cœur du désir, au sens où Paul Valéry en parle: *Il dépend de celui qui passe Que je sois tombe ou trésor Que je parle ou me taise Ceci ne tient qu'à toi Ami, n'entre pas sans désir.*

Ce désir, je l'ai saisi dans l'expression de nombreux intervenants tout au cours de ces trente dernières années. Chacun sait que ces jeunes ont un réel pouvoir attractif, tel l'Anneau transporté par Frodon dans *Le Seigneur des Anneaux*. Ils dégagent par moments une sorte d'aura sympathique qui donne le goût de les investir et fait fleurir à l'occasion avec un désir de filiation. Aucun intervenant ne peut être indifférent à leur souffrance qui laisse des traces en nous (notre univers psychique est marqué par nos interactions avec eux), alors qu'à d'autres moments, ces jeunes nous font peur et déclenchent des mouvements de retrait, tellement ils ébranlent nos certitudes et nous communiquent leur désespoir. Pourtant, ils sont là et nous interpellent, exigeant que l'on soit pour eux des géants d'humanité. Il peut arriver que nous éprouvions nous-même le désir de les abandonner, comme pour faire écho à leur propre abandon. Tout ceci illustre bien le difficile travail des intervenants souvent nombreux qui côtoient ces adolescents, ce qui explique, comme le dit Réal Lajoie dans son texte, notre «*fonctionnement en silo*» pour mieux nous protéger. Disons simplement que pour réussir l'accueil de ces jeunes dans la continuité et devenir un point d'appui pour eux, il est en particulier indispensable d'avoir accès à ses propres émotions.

➤ *Le besoin de trouver un sens à son vécu*

Pour ces jeunes, un besoin qui semble fondamental – dans la mesure où nous sommes tous des êtres à la recherche de sens - est celui de donner un sens à son histoire. Tel que Cyrulnik (1999) l'écrit : « Les images sont insensées quand on ne peut pas les situer et en faire un récit... C'est le récit qui fixera les images et leur donnera sens ». J'aimerais rappeler ici cette belle citation de Jacques Grand'Maison : « Quand on est en prise sur le sens de ce qu'on vit, de ce qu'on fait, on est mieux en mesure de faire face aux difficultés ou aux échecs de parcours, plus en mesure d'aller au bout de ce qu'on entreprend ». Cette quête de sens sera donc au cœur du travail avec ces adolescents. Pourquoi certains se présentent-ils toujours comme des victimes, ne parvenant pas à sortir de la relation dominant-dominé? Quel sens donnent-ils à leurs ruptures, leurs difficultés d'attachement, comment expliquent-ils leurs difficultés de socialisation? Il faut offrir à ces jeunes des occasions réelles de réfléchir, à la suite du délaissement de leurs parents, et les amener à prendre conscience de ce que leur contexte de vie a fait d'eux. C'est ici qu'entrent en jeu le carnet de voyage, les récits de vie, le travail sur l'historicité, les thérapies narratives et toutes les autres formes de médiums permettant d'aborder les ruptures et d'y trouver des significations fécondes.

➤ *Le besoin de poursuivre sa construction identitaire*

L'adolescent est engagé dans la recherche d'une façon d'être au monde qui lui permette de préserver son autonomie, son intégrité physique et psychologique, et ce dans une société en perpétuel changement. Pour cela, il doit prendre appui sur ses expériences antérieures, même si elles ont été douloureuses, et expérimenter d'autres modèles de relation qui pourraient l'inspirer et l'amener à privilégier de nouvelles formes d'interactions. Cela ressemble au « tuteur de développement » dont parle Cyrulnik.

Pour que ces jeunes puissent trouver éventuellement réponse à leurs besoins et refaire leur estime de soi en tant qu'êtres singuliers et uniques, il leur faut vivre des expériences significatives, et c'est ce que tentent de leur offrir plusieurs institutions et organismes du Québec.

➤ *Le besoin de fréquenter des milieux de vie riches de prégnances*

À ces jeunes, notre société propose de multiples lieux d'accueil, chacun ayant ses forces et ses limites. L'aide aux adolescents

délaissés mobilise énormément de gens au Québec et dans les faits, cette multiplicité des lieux d'accueil⁵, des programmes et des approches a quelque chose de rassurant. Si les adolescents connaissaient ces ressources (qu'il faudra présenter plus en détails éventuellement), ils seraient sûrement moins anxieux à l'approche de leurs 18 ans.

Les plus grandes réalisations se déroulent parfois sans bruit, à l'abri des regards. Je pense à tous ces jeunes délaissés qui ont trouvé sur leur chemin une famille d'accueil, un intervenant, un voisin, un ami qui aura influencé leur trajectoire vers un avenir meilleur. En fait, les adolescents abandonnés recherchent des milieux de vie qu'ils sentent investis par des adultes qui prennent plaisir à être avec eux, et par suite qui leur donnent le goût d'investir à leur tour et se laisser apprivoiser. Cet apprivoisement mutuel, fait d'avancées et de reculs, ne sera sans doute pas linéaire, le cheminement pourra être souvent désespérant, et c'est ici que le soutien d'une équipe est indispensable et permet de tenir le coup.

En guise de conclusion

Par notre attitude, nous devons essayer d'amener les adolescents délaissés à avoir le goût de continuer d'esquisser leur projet de vie, tout en conservant des attentes réalistes à leur égard. Ils doivent demeurer de véritables acteurs de leur développement, malgré les difficultés présentées. C'est leur projet de vie, pas le nôtre. Il est indispensable de mettre à contribution leurs compétences qui, parfois, sont bien cachées. Ici, la créativité devrait s'exercer en se rappelant que si leur projet de vie échoue, on en façonnera un autre avec eux, l'important étant que l'adolescent trouve un adulte significatif sur sa route.

Si ces jeunes arrivent avec notre aide à se réaliser un tant soit peu, soit à travers des études complétées, soit par un travail dont ils sont fiers ou une relation plus satisfaisante avec autrui, nous les aurons aidés à donner un nouveau sens à leur existence. Même s'il faut reconnaître que ces jeunes souffrent encore de leur passé, nous aurons contribué à les sortir de leur isolement et à les inscrire dans une chaîne de solidarité humaine.

Font partie du groupe de discussion qui a permis d'élaborer cet article : Marie-Claude Godin, Jean-Pierre Langlois, Suzanne Rainville, Danielle St-Hilaire, Louise Thibault, Jacques Vachon.

Notes

1. Dans le bilan annuel des Directeurs de la Protection de la Jeunesse, au 31 mars 2003, il est tout de même question de 399 jeunes, de 13 à 18 ans, reconnus comme abandonnés, selon les critères de la LPJ.
2. Statistique de la Direction générale des services sociaux, Ministère de la Santé et des services sociaux, avril 2004.
3. Source : Lettres de non-objection émises par le SAI, 2000 : 76 enfants entre 2 ans et 4 ans et 85 enfants de plus de 4 ans, dont la majorité a plus de 5 ans.
4. SARIMM (Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants du Montréal métropolitain) assure la responsabilité des mineurs non accompagnés jusqu'à l'obtention de la résidence permanente ou jusqu'à leur majorité.
5. Mentionnons à titre indicatif : Le réseau des centres jeunesse du Québec, l'organisme « Dans la rue » à Montréal, les Œuvres Jean Lafrance à Québec, les Auberges du cœur du Québec (25), le Bureau de consultation jeunesse et son réseau de foyers, et la liste pourrait s'allonger encore.

Références

- Cyrulnik B.** *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob, 1993.
- Cyrulnik B.** *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999, p. 32-33.
- David M.** *Le placement familial. De la pratique à la théorie*. Paris : Dunod, 5e éd., 2004.
- Doucet M.** Des adolescents témoignent de l'abandon parental. *PRISME* 1999, no 29 : 110-120.
- Doucet M.** Trajectoires de jeunes abandonnés dans l'enfance : entre récidence et résilience. *PRISME* 2002, no 38 : 66-86.
- Fraiberg S.** *Fantômes dans la chambre d'enfant*. Paris : PUF, 1999.
- Hoksbergen RAC, ter Laak J, van Dijkum C, Rijk S, Rijk K, Stoutjesdijk F.** Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73(3) : 255-265.
- Lamour M, Barraco M.** *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*. Boucherville : Gaëtan Morin éd., 1998.
- Paquin M.** *Me feriez-vous une place? Les enfants en famille d'accueil : mieux les comprendre pour mieux les accueillir*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2003.
- Parazelli M.** *Pratiques de « socialisation marginalisée » et espace urbain : le cas des jeunes de la rue à Montréal (1985-1995)*. Thèse de doctorat en études urbaines. Montréal : Université du Québec à Montréal, 1997.
- Pronovost J, Leclerc D.** *Le dépistage des adolescents suicidaires en centres jeunesse*. Rapport final déposé à l'Association des centres jeunesse du Québec, 1998, 92 p.
- Rousseau C.** Le jeu des différences. *Une juste place pour tous les enfants. Plaidoyer pour l'action*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004.
- Rutter M, O'Connor TG, and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team.** Are there biological programming effects for psychological development ? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol* 2004; 41(1) : 81-94.
- Steinhauer P.** *Le moindre mal. La question du placement de l'enfant*. Montréal : PUM, 1996, traduit par D. Marchand.



Expériences novatrices

**Expériences
novatrices**

La Clinique d'attachement, un modèle de consultation en petite enfance

Yvon Gauthier

L'auteur est pédopsychiatre attaché au Département de psychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine et Professeur Émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Adresse :

3100, Ellendale
Montréal (Québec) H3S 1W3

Courriel :

yvon.gauthier.1@umontreal.ca

Les intervenants des Centres Jeunesse oeuvrent auprès d'une population à très haut risque, où la pauvreté, la violence conjugale, la négligence et le recours fréquent aux drogues sont rencontrés presque quotidiennement. Tous les enfants, mais surtout les jeunes enfants, qui vivent dans ces conditions sont les sujets de traumatismes importants et sont nécessairement atteints dans leur développement physique, intellectuel et affectif. Ce sont des enfants que pédiatres et pédopsychiatres sont fréquemment appelés à voir en consultation.

Une étude faite au début des années '90 au Programme Santé-Enfance-Jeunesse de l'Hôpital Ste-Justine confirmait qu'un grand nombre des jeunes enfants pris en charge par les Centres Jeunesse étaient soumis à des placements précoces et fréquents, et présentaient des troubles variés de développement et de comportement (Diorio, 1992). Un séminaire mis sur pied au DSC de l'Hôpital Ste-Justine au cours de cette période, réunissant divers professionnels impliqués dans le soin de jeunes enfants de milieu à haut risque social, découvrait l'utilité de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1973, 1980) pour la compréhension de la problématique et une prise en charge plus fonctionnelle de ces enfants. Les fondements de la théorie de l'attachement se situent justement dans l'observation de jeunes soumis à des situations de rupture de liens d'attachement tout au cours de leurs premières années (Bowlby, 1944), et c'est ce type de population que les intervenants des Centres Jeunesse sont appelés à prendre en charge.

Il est apparu intéressant à quelques-uns des membres de ce Séminaire de faire l'expérience de ces concepts de la théorie de l'attachement, en étroite relation avec les intervenants qui en ont la charge, pour mieux comprendre les problèmes de ces enfants et les aider dans leur prise en charge. C'est ainsi qu'est née la Clinique d'Attachement de l'Hôpital Ste-Justine, en collaboration avec les

RÉSUMÉ

Après avoir rappelé les raisons entourant la création, il y a dix ans, de la Clinique d'attachement et les objectifs poursuivis par cette clinique, l'auteur expose quelques situations représentatives des cas souvent très complexes qui leur sont présentés par les intervenants des centres jeunesse. Ce faisant, il rappelle les principes au cœur de la théorie de l'attachement qui viennent éclairer les recommandations déposées à titre d'expert devant le Tribunal dans ces cas.

Centres Jeunesse de Montréal, l'objectif étant d'offrir aux intervenants un lieu où les cas complexes avec lesquels ils travaillent pourraient être observés et discutés, à la lumière de la théorie de l'attachement.

Nous avons récemment décrit le fonctionnement de cette clinique au cours des dix dernières années (Gauthier, Fortin et Jeliu, 2004). Je me propose ici, à la lumière de quelques illustrations cliniques, de présenter quelques-uns des problèmes importants que rencontrent les intervenants en protection de l'enfant, et décrire la contribution que notre Clinique apporte à la solution de ces problèmes, dans une démarche qui se veut préventive des troubles d'attachement. Notons dès maintenant, comme nous le verrons au cours de ces descriptions cliniques, que la plupart des cas qui nous sont présentés sont déjà judiciairisés. Des mesures volontaires sont souvent acceptées par les parents pour les aider à développer leurs compétences parentales et changer leur mode de vie pathogène, mais elles sont fréquemment peu efficaces, et les intervenants doivent alors faire intervenir la Chambre de la Jeunesse pour obtenir une meilleure collaboration des parents à l'intervention. C'est à l'intérieur de cette démarche que notre consultation nous conduit, nous aussi, au Tribunal, pour y défendre nos recommandations, qui sont souvent analogues à celles formulées par les intervenants.

Des enfants placés très tôt: le maintien en famille d'accueil

Nous ne nous attendions pas à être consultés au sujet d'un problème qui nous a été présenté très fréquemment: celui du retour possible dans sa famille d'origine d'un enfant placé en famille d'accueil depuis longtemps, souvent depuis la naissance ou depuis les premiers mois de sa vie, et qui s'est attaché de façon sécuritaire dans cette famille

d'accueil. L'enfant développe des symptômes importants à mesure qu'il est soumis à une réintégration progressive dans son milieu d'origine, et l'intervenant se demande comment faire face à ce problème, et s'il faut continuer à appliquer l'ordonnance du Tribunal.

André (3 consultations entre 25 et 34 mois)

On le voit à notre clinique d'abord à l'âge de 25 mois, puis à 2 ans 6 mois, et enfin à 2 ans 10 mois. Il est placé en famille d'accueil dès sa naissance. On observe un développement très adéquat dans toutes les sphères, un attachement très grand aux parents d'accueil et réciproquement, et ceux-ci sont prêts à l'adopter tout en gardant le contact avec la mère naturelle. La mère, toxicomane depuis très longtemps, a été absente toute la première année, est réapparu vers l'âge de 14 mois, vit avec un nouveau conjoint et a fait des progrès dans sa réhabilitation, de sorte que le Tribunal a ordonné des visites programmées avec la mère à partir de l'âge de 22 mois, d'abord dans la famille d'accueil, puis graduellement à la maison de la mère, jusqu'à 3 jours/semaine. La mère veut reprendre tous ses enfants (elle a 2 autres enfants âgés de 11 et 16 ans, aussi placés).

À mesure que les visites conduisent au coucher de l'enfant chez sa mère, celui-ci développe d'importants symptômes : besoin de se tenir très près de sa mère d'accueil durant le jour, s'endormir le soir dans le lit de ses parents et se réveiller fréquemment la nuit pour aller dormir avec eux, ne plus vouloir aller jouer dehors dans sa cour comme il le faisait, être très vigilant en rapport avec tous les déplacements de sa mère d'accueil, ne pas vouloir s'habiller les jours où il doit visiter sa mère. Mais ces symptômes ne seraient pas présents quand il est chez sa mère naturelle.

Nos deux premières observations révélaient très peu d'interactions avec sa mère naturelle, mais un effort graduellement à se rapprocher d'elle. Lors de notre troisième observation, l'enfant arrive alors qu'il vient de passer trois jours chez sa mère naturelle. Il prend une course aussitôt qu'il aperçoit sa mère d'accueil dans la pièce et va se jeter dans ses bras, si bien qu'il n'est pas possible de l'en séparer pendant toute l'observation d'une heure environ, malgré tous nos efforts.

Nos impressions cliniques ont conduit à cette recommandation au Tribunal :

Il nous semble essentiel que cet enfant puisse demeurer encore assez longtemps dans la famille d'accueil où il a été

élevé depuis sa naissance, avec qui il a développé des liens d'attachement de grande qualité qui lui ont permis de se développer au maximum dans toutes les sphères d'activité, au plan moteur, au plan langage et au plan relationnel. Toute tentative de le déplacer de façon permanente de ce foyer conduirait à une réaction de deuil majeur et très possiblement à une grande difficulté à s'attacher de façon significative à sa mère naturelle, à cause de la coupure qui aura été faite avec ses parents d'accueil. Par ailleurs, il est sans doute important que cet enfant ait des contacts réguliers avec sa mère naturelle, à condition que ces visites ne se fassent pas dans un contexte d'insécurité. L'enfant ne doit pas percevoir que sa sécurité est mise en danger par ces visites chez une personne qu'il a appris graduellement à connaître et qui peut sans doute lui apporter des satisfactions de qualité, mais qu'il perçoit toujours comme une menace.

Malgré l'opinion d'un autre expert qui se fondait sur l'excellent développement de cet enfant pour recommander de reprendre la réintégration de l'enfant (qui avait été arrêtée à cause des symptômes) dans son milieu d'origine, le Tribunal a décidé que l'enfant soit confié à son milieu d'accueil jusqu'à sa majorité.

Ce cas illustre bien le dilemme entre les droits des parents et les droits de l'enfant. Après trois observations de cet enfant et des deux familles sur une période de neuf mois, nous en sommes graduellement venus à la conclusion que le meilleur intérêt de l'enfant est de demeurer avec ses parents d'accueil qui sont devenus ses « parents psychologiques ». Toute rupture de la continuité de l'attachement d'un enfant à ses figures parentales qui répondent adéquatement à ses besoins les plus fondamentaux depuis la naissance, ou très tôt dans sa vie, est profondément traumatique pour l'enfant, et devrait être évitée à tout prix. Le Tribunal a fait sienne notre recommandation dans le cas de cet enfant, mais dans d'autres cas très semblables, le Juge a recommandé la poursuite de la réintégration progressive de l'enfant dans son milieu d'origine.

Nous croyons que si les mères biologiques n'ont pas su ou pu devenir le véritable parent de leur enfant durant ces années cruciales, temps très court et spécifique où l'enfant peut développer un attachement significatif, il nous apparaît dangereux d'accepter que l'enfant devienne le « prix » de la réadaptation de sa mère. Quand nous

présentons à ces mères notre réflexion, nous découvrons souvent que plusieurs d'entre elles avaient justement expérimenté ce traumatisme d'être séparées d'une famille d'accueil où elles s'étaient profondément attachées pour retourner dans leur famille biologique et elles en restaient profondément marquées. Nous considérons essentiel de travailler avec ces mères afin qu'elles puissent donner la permission à leur enfant de demeurer dans la famille d'accueil et d'y être heureux sans se sentir coupable, prévenant ainsi le conflit de loyauté que nous observons souvent chez des enfants plus âgés qui ont été tenus dans une situation ambiguë entre deux familles, et dont tout le développement est profondément marqué par ce conflit.

Des enfants soumis à un milieu toxique et placés tardivement: une grande fragilité

Des enfants placés plus tard, autour de l'âge critique de 20-24 mois, sont des enfants à très haut risque. Ils ont ordinairement été soumis avant leur placement à un milieu familial hautement toxique, et ils ont déjà développé des symptômes importants. Leur attachement en milieu d'accueil est nécessairement plus lent et demande une qualité de soins et un investissement affectif particulièrement intense. Ces enfants demeurent fragiles, et le maintien à long terme du placement dans le milieu d'accueil est nécessaire, malgré les progrès de la mère biologique. Les visites dans le milieu naturel sont souvent marquées par l'apparition de symptômes avant, pendant ou après qu'elles aient eu lieu.

Émilie (une consultation à l'âge de 3 ans et 3 mois)

Cette enfant fut l'objet d'un signalement au lendemain de sa naissance. On alléguait alors les modes de vie inappropriés de la mère dans un contexte de toxicomanie. Cependant, étant donné un support de la famille paternelle, le signalement ne fut pas retenu. Mais quatre mois plus tard, un nouveau signalement était fait pour les mêmes raisons. Le dossier fut fermé par suite de la décision de la mère d'aller en cure de désintoxication et de confier sa fille à une amie. Durant cette cure, il semble que la mère fut au minimum six mois sans voir sa fille ni avoir de contacts avec elle, et elle n'a repris Émilie que lorsque celle-ci arrivait à l'âge de 16 mois. Quand l'enfant a 21 mois, un nouveau signalement pour des raisons similaires conduit à un placement dans cette famille d'accueil qui l'accompagne à notre consultation.

Après notre observation de l'enfant avec ses parents d'accueil et avec sa mère biologique, *nos impressions cliniques étaient les suivantes* :

Cette enfant de 3 ans et 3 mois présentait déjà, au moment de son placement à l'âge de 22 mois dans la famille d'accueil où elle se trouve depuis, des problèmes importants, des crises de désorganisation et de l'agressivité avec les autres enfants. Le retrait était probablement le symptôme le plus important, elle regardait les autres beaucoup à distance, parfois pendant très longtemps. Elle présentait aussi un retard de langage important. Elle était de plus facilement angoissée, particulièrement au moment où on laissait la maison pour aller en auto. On observait qu'au début, le contact avec le père d'accueil était à peu près impossible et qu'il a fallu plusieurs mois avant qu'elle se laisse approcher.

L'enfant a fait des progrès remarquables depuis son arrivée dans cette famille d'accueil. Son langage s'est beaucoup développé, mais c'est surtout au plan des comportements que cette petite fille est devenue beaucoup plus sécurisée dans la relation avec ses parents d'accueil. Elle se laisse maintenant non seulement approcher, mais vient chercher l'affection auprès des deux parents. Elle accepte de se faire garder par ceux qu'elle connaît bien, comme les grands enfants des parents d'accueil, elle accepte même de passer une fin de semaine par mois avec une amie de la famille qu'elle connaît bien.

Il est clair que cette petite fille a développé un attachement de qualité, très probablement de type sécurisée à l'égard des parents d'accueil, avec qui elle vit depuis l'âge de 22 mois. Par ailleurs, on observe qu'elle a un attachement beaucoup moins significatif, plus distant, à sa mère biologique avec qui elle a pourtant vécu une bonne partie des 22 premiers mois de sa vie. Nous n'avons observé aucun mouvement spontané de l'enfant vers sa mère durant toute l'observation, et même quand la mère a finalement tenté de la rejoindre de façon plus active, la petite n'a fait aucun mouvement pour répondre à ses avances. Cette distance s'explique à la lumière d'un placement qui dure depuis maintenant 18 mois et au cours duquel, pendant une période d'environ huit

mois, la mère n'a eu que des contacts téléphoniques avec sa petite fille. Mais cette distance peut remonter beaucoup plus loin, car Émilie avait déjà été placée pendant une période d'environ huit ou neuf mois entre les âges critiques de 9 à 18 mois, et il semble bien que durant cette période, la mère ait eu très peu de contact avec son enfant.

La consultation ne nous permet pas de juger des progrès que la mère a pu faire récemment. Il est possible qu'elle puisse s'occuper adéquatement d'un nouvel enfant, âgé de 18 mois, mais il est pour nous évident que les progrès d'Émilie, faits depuis son placement dans une famille d'accueil de grande qualité et où un attachement réciproque s'est développé, demeurent fragiles et que le retour de l'enfant dans son milieu d'origine serait vécu comme une perte très importante des figures parentales auxquelles elle s'est attachée depuis l'âge de 22 mois. Cette perte constituerait un deuil et serait sans doute traumatique pour cette enfant, conduisant très probablement à une régression développementale et des symptômes graves et multiples. Il nous apparaîtrait beaucoup plus dans l'intérêt de cette petite fille qu'elle puisse continuer son développement dans le milieu d'accueil qui semble tout à fait prêt à investir cette enfant à long terme.

Le Tribunal a entériné notre recommandation d'un placement jusqu'à sa majorité de cette enfant dans sa famille d'accueil. Une discussion récente avec les intervenants nous apprenait que l'enfant demeurait très ambivalente autour des visites à sa mère naturelle, et commençait à faire la différence entre ses deux mères.

Placements multiples et troubles graves d'attachement

Nous sommes souvent appelés à voir des enfants qui traversent plusieurs milieux d'accueil sans y être vraiment investis affectivement. On observe alors fréquemment, soit l'émergence des premiers signes d'un trouble de l'attachement, soit déjà de graves retards de développement qui se fondent sur un trouble de non-attachement. Deux illustrations cliniques démontrent cette problématique.

1. Nous avons observé Véra, une enfant de 4 ans, à plusieurs reprises depuis l'âge de 14 mois. Cette enfant a réagi à un milieu négligent et traumatique et à plusieurs déplacements au cours de ses premiers mois en se réfugiant dans des comportements d'auto-stimulation et

des atypies sensorielles importantes. Des retards de développement importants ont aussi été constatés. Un diagnostic de trouble envahissant du développement a été suggéré à plusieurs reprises au Centre de développement de l'Hôpital Ste-Justine. À l'âge de trois ans, suite à un placement dans une famille d'accueil où l'enfant a enfin été investie affectivement, nous observons une enfant qui avait fait des progrès importants, dans le sens de commencer à prendre contact avec les personnes qui s'occupaient d'elle, de sorte que nous remettions en question le diagnostic de trouble envahissant du développement et nous pensions qu'il s'agissait plutôt d'un trouble grave de non-attachement.

Lors de notre dernière observation, nous en venons aux conclusions suivantes :

Il est clair que cette petite fille, qui a maintenant quatre ans, a fait des progrès remarquables, d'abord depuis la prise en charge dans le foyer d'accueil A. mais surtout depuis son insertion dans le milieu d'accueil actuel, il y a huit mois. Des retards, particulièrement au plan du langage, sont encore présents. Il y a toujours chez elle une tendance à l'auto-stimulation et à des atypies sensorielles, mais elle a fait des progrès importants au plan relationnel avec les parents d'accueil, extrêmement présents et très investis dans son développement, et qui semblent avoir réussi à structurer cette petite fille qui se désorganisait au moindre stimulus nouveau. Elle s'est clairement attachée à ces deux parents, se réfère à eux constamment, les appelle « papa » et « maman », se retourne pour s'assurer qu'ils sont là en arrière d'elle quand ils marchent dans la rue. Il reste encore beaucoup d'écholalie chez elle, mais il semble que ce symptôme soit moins présent qu'il l'était et que le langage se développe de plus en plus. Véra fréquente aussi la garderie sans que des problèmes majeurs s'y posent. Elle établit des contacts avec d'autres enfants et exprime le besoin de les revoir quand l'heure approche de partir pour la garderie. Le sommeil, qui était auparavant un problème sérieux, semble s'être aussi beaucoup amélioré.

Il est essentiel que cette petite fille puisse demeurer dans le milieu d'accueil où elle se trouve et où elle semble s'être bien attachée, milieu d'accueil qui, de son côté, est prêt à

investir cet enfant à très long terme. Ces parents considèrent cette petite fille comme leur enfant. C'est à partir de cet attachement que le développement a repris chez cette enfant et devrait pouvoir se continuer progressivement. Il est par ailleurs évident qu'elle a besoin de services spécialisés. Il serait très important que ces services soient consistants et continus, ce qui veut dire que, autant que possible, le même intervenant devrait venir aider cette petite fille et ses parents, assurant ainsi une continuité essentielle dans ce cas. La garderie que fréquente Véra semble être très adéquate et là aussi, ce service devrait être maintenu jusqu'au début de la fréquentation de la maternelle en septembre.

2. Après avoir observé Anna, une petite fille de 15 mois, avec sa mère, avoir pris connaissance de l'histoire de la mère et en avoir discuté avec elle, nous en venons aux impressions cliniques et recommandations suivantes :

Anna, 15 mois, présente des délais dans plusieurs sphères, particulièrement au plan du langage expressif et possiblement certains retards au plan de la coordination. Elle est par ailleurs en contact avec tous les intervenants qui sont présents aujourd'hui. Elle a eu une interaction positive avec nous et il y a chez elle une amorce de jeux symboliques; elle embrasse une poupée tout de suite après qu'on l'ait fait devant elle avant de la lui donner, il y a donc chez elle une capacité d'imiter.

La chose la plus importante cependant que nous avons pu observer est le manque à peu près complet d'interaction avec sa mère. Elle ne la recherche à aucun moment durant toute cette observation, en aucun moment elle va vers elle pour lui montrer ce qu'elle a fait, et même quand on lui demande d'aller porter une poupée ou un objet à sa mère, elle ne le fait pas. C'est seulement plus tard dans la matinée que nous avons vu l'enfant aller manger la pomme que la mère était en train de manger, mais sans qu'on sente qu'il y avait là un besoin d'être proche d'elle.

On peut comprendre cette difficulté relationnelle majeure comme la conséquence des placements à répétition qu'a

subis cette petite fille depuis l'âge d'environ sept mois. Ayant vécu ses premiers sept mois avec sa mère, elle a connu depuis cette première séparation d'avec elle au moins quatre foyers d'accueil. Il n'est donc pas surprenant qu'elle ait développé des comportements de type évitant, même si elle ne présente pas de retards majeurs au plan du développement, sauf justement au plan relationnel.

Le dossier que nous avons pu consulter de la mère de cette enfant, ainsi que l'entrevue que nous avons faite avec elle, nous révèlent qu'elle a eu une enfance profondément carencée dans son pays d'origine. Elle a elle-même vécu avec une mère adoptive de la naissance jusqu'à l'âge de 10 ans, au sein d'une famille où elle était la dixième de 14 enfants. Son père l'a reprise avec lui à 10 ans pour qu'elle s'occupe des autres jeunes enfants qu'il avait avec lui. Elle est partie à l'âge de 13 ans pour venir vivre ici avec son père naturel. Il semble bien que les années, entre 13 et 18 ans, aient été aussi assez traumatiques; on a l'impression que l'on s'est servi d'elle, sans vraiment prendre conscience de ses besoins personnels, même au plan scolaire, puisqu'elle n'est jamais vraiment allée à l'école durant ces années-là. Sa relation avec le père d'Anna semble avoir été marquée de violences importantes et il est assez clair qu'Anna a été elle-même témoin de ces violences auxquelles elle réagissait par des cris et diverses somatisations. Il semble bien que le premier placement de l'enfant ait eu lieu suite à ces deux mois de violence dont la mère était l'objet.

Cette mère démontre, par ailleurs, un besoin profond de son enfant. Il y a des indications que «sa fille lui a sauvé la vie à plusieurs reprises», suggérant ainsi que cette enfant jouerait le rôle de compenser chez cette mère les carences affectives majeures remontant à son enfance. Il est possible que ce soit la préoccupation exagérée autour de son enfant qui l'ait conduite à mal interpréter les signaux du bébé durant les mois où elle vivait avec elle, l'amenant à l'hôpital à plusieurs reprises, alors que l'enfant n'était pas vraiment malade, ce qui a conduit au signalement de cette petite fille. Malgré toutes ces réserves qui pourraient facilement conduire à déclarer que cette mère n'a pas les compétences parentales

suffisantes pour s'occuper de sa petite fille, il est possible que cette jeune femme ait assez reçu de sa mère adoptive avec qui elle a vécu les dix premières années de sa vie pour avoir été ainsi imprégnée d'images positives qu'elle pourrait transmettre à son enfant. Des efforts devraient être faits pour tenter le retour de cette petite fille dans son milieu d'origine le plus rapidement possible pour voir jusqu'à quel point cette mère peut vraiment jouer son rôle maternel avec son enfant. Ceci devrait se faire le plus tôt possible car cette enfant, à travers les multiples déplacements dont elle a été l'objet, se dirige vers des troubles graves d'attachement. Les intervenants pourraient favoriser des visites beaucoup plus longues et plus fréquentes de l'enfant chez sa mère au cours des prochaines semaines et des prochains mois, visites supervisées où cette mère pourrait être encadrée dans la prise en charge de son enfant. C'est à la lumière de ces observations que l'on pourrait juger véritablement des capacités parentales de cette mère et éventuellement d'un retour complet de l'enfant avec sa mère. Cette expérience devrait être tentée dans un contexte où le père naturel resterait complètement absent du tableau.

Si cette expérience s'avérait négative, il faudrait assez rapidement (3-6 mois) penser à se diriger vers un projet de vie pour cette petite fille.

Le développement d'un enfant, au cours de ses deux premières années de vie, est étroitement lié non seulement à son potentiel génétique et neurologique, mais tout autant à la qualité de l'attachement qu'il peut développer aux figures significatives (parents) qui sont là pour répondre à ses besoins les plus fondamentaux dans la continuité des soins quotidiens. Ces deux enfants nous démontrent à des degrés divers les conséquences d'un attachement qui ne se met pas en place. Un milieu d'origine négligent et violent et une succession de milieux d'accueil sont des facteurs de développement pathogènes : Véra est déjà extrêmement touchée dans son développement dès l'âge de 14 mois, au point où l'on pense à un trouble envahissant du développement. C'est l'investissement affectif qu'elle finit par trouver dans un milieu familial de qualité, à l'âge de 4 ans, qui donne un peu d'espoir devant l'émergence de ses capacités relationnelles. La petite Anna, à l'âge de 15 mois, nous montre

qu'elle est en train de rechercher auprès de n'importe qui le contact qui pourrait répondre à ses besoins. Il faut tenter le rapprochement avec une mère qui n'a pas été là pour elle durant cette période cruciale de 7 à 15 mois, observer étroitement les interactions mère-enfant sur une période de quelques mois, et penser rapidement à un projet de vie en milieu adoptant si l'on n'observe pas la mise en place d'un attachement significatif entre mère et enfant.

Compétences parentales très limitées: intervention ou placement?

Nous avons aussi été confrontés à de très jeunes enfants qui sont encore dans leur milieu d'origine, mais où l'on se pose beaucoup de questions sur les compétences des parents avec qui l'on essaie de travailler, ou qui sont déjà en famille d'accueil de transition pendant que l'on travaille avec les parents biologiques dans l'espoir de les voir développer leurs compétences parentales. Le problème est le suivant: pendant combien de temps faut-il intervenir de cette façon? Combien de temps un enfant peut-il attendre?

Julia a été l'objet d'un signalement, trois jours après sa naissance. Les deux parents connaissaient avant la naissance de cette enfant, depuis trois ans, une vie d'itinérance, se promenant entre Montréal et une ville avoisinante. Il s'agit pour chacun d'eux de leur premier enfant. L'acceptation de cette grossesse a été difficile au début, la mère espérait un avortement spontané comme dans deux grossesses antérieures. Quant au père, il se disait inquiet des capacités de sa conjointe de s'occuper éventuellement d'un enfant.

Déjà connus du CLSC, le couple a continué de recevoir de l'aide durant la grossesse. La mère se nourrissait mal et souffrait d'anémie. Les parents ont collaboré de façon irrégulière et assez aléatoire à cette aide. On leur a finalement trouvé un logement dans une coopérative pour personnes atteintes de problèmes de santé mentale, même si les parents ne présentaient pas de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, sauf une consommation régulière de marijuana.

Dès le signalement, des mesures d'aide et de support à la famille ont été intensifiées. Depuis la naissance du bébé, le père travaille dans un dépanneur et la mère est seule à s'occuper de l'enfant. Elle se dit fatiguée et malhabile dans sa gestuelle auprès de l'enfant. Le père, qui semble avoir plus d'habiletés à manipuler l'enfant, est perçu comme brusque, intrusif, à la limite de l'agressivité, à l'occasion.

Lors des visites au domicile, l'éducatrice était mal reçue et on ne comprenait pas son intervention, « puisqu'on ne bat pas l'enfant », disaient les parents. À chaque visite l'enfant dormait, elle était toujours dans sa bassinet ou dans un fauteuil, recouverte par une couverture de façon à lui faire davantage d'obscurité. Le logement était relativement propre, mais l'hygiène des parents était souvent déficiente, de même que l'hygiène du bébé. Au cours de ces visites, la mère apparaissait plutôt éteinte, apathique, peu réactive, alors que le père était passablement réactif et agressif à l'égard des services dont il ne comprenait pas la nécessité pour lui. Lorsque Julia fut placée, elle était extrêmement apathique, peu éveillée, peu attentive à l'entourage et donnait l'impression, selon la mère d'accueil qui l'a accueillie, d'un bébé d'à peine 3-4 semaines, alors qu'elle était âgée de deux mois environ.

Suite à l'observation de l'enfant avec sa mère d'accueil et ensuite avec ses parents naturels, nos impressions cliniques sont celles-ci:

Cette petite fille de cinq mois présente un développement qui nous paraît tout à fait adéquat, à la fois au plan psychomoteur et au plan relationnel. Elle est éveillée, intéressée au monde extérieur et démontre beaucoup de plaisir dans la relation qu'on établit avec elle.

L'observation avec les parents naturels, par ailleurs, nous démontre une enfant qui réagit peu aux interventions parentales, on observe beaucoup plus de réserve dans le contact avec eux qu'avec nous. Elle ne sourit pas aux efforts des parents d'entrer en contact avec elle, efforts d'ailleurs qui nous paraissent envahissants et intrusifs tout au long de l'observation. Il semble bien que l'infirmière qui est demeurée avec eux pendant le boire de l'enfant (alors que nous nous étions retirés pour discuter de nos observations) a elle aussi observé ces comportements intrusifs et envahissants, et une enfant qui tentait constamment de se retirer.

Nous nous trouvons donc en face d'une problématique complexe : a) le travail d'aide a été fait avec les parents dès la grossesse et les premiers mois de l'enfant; b) le développement de l'enfant semble compromis dès les premiers mois, conduisant au placement de l'enfant qui reprend son développement rapidement, démontrant ainsi un potentiel adéquat; c) les parents démontrent de l'ambivalence

à accepter l'aide qu'on leur offre: d'une part, ils acceptent les interventions d'aide (présence aux visites supervisées, ateliers de stimulation au CLSC), mais ils ne se présentent qu'une seule fois aux 5 rencontres prévues avec l'intervenante; on observe un climat d'opposition, surtout de la part du père; d) l'évaluation psychologique de la mère révèle des capacités parentales très limitées, des difficultés à identifier et comprendre ses problèmes, d'où une pauvre capacité de changement. Les compétences parentales des deux parents semblent donc bien limitées, même après plusieurs mois d'aide.

Cette enfant n'a que 5 mois, mais elle nous a déjà démontré, aussi bien dans le sens négatif que positif, ses capacités de réagir rapidement à l'environnement, à des soins de qualité ou au contraire à des soins inadéquats. Doit-on entrer dans le processus fréquent du retour de l'enfant à ses parents chaque fois qu'ils démontrent certains progrès ou qu'ils expriment leur désir de changer, créant à chaque fois une situation traumatique pour l'enfant qui a déjà développé un commencement d'attachement aux figures parentales qui répondent quotidiennement à ses besoins et pour qui la séparation sera sans doute vécue comme une perte, avec réaction de deuil bien connue? Ou devons-nous, à la lumière du travail déjà fait avec cette famille, décider d'un placement à long terme?

Il est clair qu'une décision doit pouvoir se prendre rapidement. Cette étape du développement qui va de l'âge d'environ 7 mois jusque 24 mois est particulièrement critique pour la mise en place d'un attachement significatif (Marvin et Britner, 1999). Cette enfant se trouve dans une famille de transition où elle ne peut rester, et par ailleurs il ne nous semble pas prudent de tenter un retour de l'enfant dans sa famille biologique. Cette enfant devrait le plus tôt possible être placée dans une famille adoptante.

Conclusion

Les quelques illustrations cliniques ici présentées sont un échantillon typique de ce que nous avons vu depuis dix ans dans notre clinique. Ce sont des situations très complexes qui démontrent que l'attachement d'un enfant au cours des deux premières années de vie est un facteur essentiel à son développement moteur, intellectuel et affectif. L'absence d'attachement conduit à un retard des fonctions cognitives et relationnelles, mais la très grande plasticité du cerveau du jeune enfant permet une reprise du développement qui peut se faire assez rapidement, si l'on peut lui

assurer un environnement parental adéquat. Par ailleurs, toute rupture d'un attachement sécure qui s'est mis en place très tôt (notre premier cas, André) ou beaucoup plus tard en famille d'accueil après un vécu traumatique (Émilie) est très dommageable pour l'enfant.

Ce sont les intervenants qui sont aux prises avec ces cas complexes. Leur rôle est de soutenir les familles d'accueil dans la prise en charge de ces enfants difficiles, de tenter de comprendre la signification des réactions et des symptômes de ces enfants. Ils ont aussi à travailler avec les familles d'origine, à développer un lien de confiance avec elles pour les aider à développer leurs compétences parentales afin de pouvoir reprendre leur enfant. Ils sont ainsi fréquemment coincés entre le devoir de protéger l'enfant et celui d'aider les parents naturels à tout mettre en oeuvre pour retrouver leur enfant. Nous sommes devenus très conscients de ce dilemme dans lequel les intervenants se trouvent pris entre protection de l'enfant et soutien de la famille d'origine. Après des mois et parfois des années de ce travail difficile, ils deviennent capables de sortir de ce dilemme et de recommander au Tribunal une solution dans le meilleur intérêt de l'enfant. Mais ils ont souvent besoin d'un avis extérieur de professionnels qui ne sont pas impliqués dans le suivi de ces enfants et de ces familles, et qui peuvent poser un jugement plus neutre et distancié des affects intenses que vivent les intervenants.

Ce rôle est d'autant plus important que l'avis d'un expert pédiatre, pédopsychiatre ou psychologue est souvent plus entendu au niveau du Tribunal que l'avis d'un intervenant, même si c'est celui-ci qui, à travers les mois et souvent les années, en vient à vraiment connaître les ressources affectives des parents, leurs problèmes profonds, leurs difficultés à suivre les avis qui leur sont donnés et à se prendre suffisamment en main pour pouvoir reprendre leur enfant. Mais l'expert doit se fonder non seulement sur ses propres observations, mais aussi sur l'histoire de la famille et du travail fait avec elle par l'intervenant. Une étroite collaboration entre intervenants et experts est donc essentielle dans le meilleur intérêt de l'enfant.

Je pense que l'on peut voir le fonctionnement de la Clinique d'attachement comme un modèle de cette collaboration souvent nécessaire entre intervenants et experts.

ABSTRACT

The author recalls the goals and objectives that led to the creation of the Attachment Clinic, which serves mainly as a consultation service to Youth Protection workers when dealing with complex cases involving young children at risk of attachment disorders in an attempt to prevent serious and permanent damages to the child development and future. Several vignettes bring to attention diverse situations opening to potential dilemmas for caseworkers who have the obligation to protect the child from abuse and neglect but at the same time to support the family and promote parental capacities at such an extent that, in some cases, may be against or at the expense of the child's best interests. When discussing each case, the author states the recommendations made to the Court and he further indicates guidelines and conditions when to decide whether the child should return to his or her biological family or stay in care until his majority with his psychological parents.

Références

Bowlby J. (1944) Forty-four juvenile thieves : Their characters and home life. *Int J Psychoan* 1978; 25 : 19-52 et 107-127.

Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. I : *Attachment*. Vol. II : *Separation, anxiety and anger*. Vol. III : *Loss, sadness and depression*. London : Hogarth Press, 1969-1973-1980. **Traduit en français : Attachement et perte**. Vol. I : *L'attachement*. Vol. II : *Séparation, angoisse et colère*. Vol. III : *La perte, tristesse et séparation*. Traduit par J. Kalmanovitch, B. Panafie, D.E. Weil, Paris : PUF, 1978-1984.

Diorio G. Les enfants victimes de maltraitance. *PRISME* 1992; 3(1) : 32-39.

Gauthier Y, Fortin G, Jeliu G. Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité. *Devenir*, juillet 2004.

Marvin RS, Britner PA. Normative development : The ontogeny of attachment. In : **Cassidy J, Shaver PR.** (eds) *Handbook of Attachment : Theory, research, and clinical applications*. New York/London : The Guilford Press, 1999 : 44-67.

Le Carnet de voyage à travers ma vie

« J'aimerais pouvoir me dire plus tard que j'ai été capable de me créer un avenir! »

Sylvie Drapeau
Gilles Bégin
Marie-Claude Godin
Martine Bernard
Hélène Landry
Cécile Charbonneau
Yvan Laprise

Sylvie Drapeau est professeure titulaire au Département des fondements et pratiques en éducation de la Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval. Elle dirige l'équipe Jeunes et familles à risque, rattachée à cette université. Les auteurs suivants sont associés au Centre Jeunesse de Québec.

Adresse :
Sciences de l'éducation
Université Laval
Québec (Québec) G1K 7P4
Courriel :
sylvie.drapeau@fse.ulaval.ca

La réalité de l'abandon chez les adolescents pris en charge par les centres jeunesse est parfois difficile à percevoir et même à définir. Les jeunes que l'on considère à risque d'abandon vivent une situation souvent ambiguë par suite de leurs divers placements et déplacements. L'abandon du jeune dans le service de placement est parfois explicite; il arrive cependant que les intentions des jeunes ou des parents ne soient pas claires. Cette confusion brouille les pistes d'intervention et crée une instabilité autant affective que domiciliaire. C'est dans ce contexte, et sous l'impulsion des travaux du Forum Abandon (Association des centres jeunesse) et de la table clinique sur l'abandon (Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire sur les jeunes en difficulté CJK-IU), que le « Carnet de voyage à travers ma vie » (CV) a vu le jour. Cet outil d'intervention s'inscrit dans une démarche de clarification du projet de vie pour les adolescents et leurs familles.

Jusqu'à présent, cet outil clinique a fait l'objet de deux recherches évaluatives. Un premier projet de recherche-action s'est déroulé durant les années 1999-2001 (Marcotte, Drapeau, Beaudoin, en collaboration avec Bégin, Bernard, Godin et Rochefort, 2001). Cette expérience pilote, réalisée auprès de 9 jeunes, a notamment permis de préciser les modalités d'implantation du CV et de mettre en lumière les effets bénéfiques potentiels de cette intervention sur les jeunes participants. Parmi les recommandations des auteurs, nous retrouvons celle de poursuivre l'expérimentation du protocole d'intervention en association avec d'autres centres jeunesse pour accroître le bassin de la clientèle. C'est dans cette perspective

Ce projet a été subventionné par la Direction du développement des pratiques professionnelles du Centre jeunesse de Québec et par l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté dans le cadre du Concours de libération d'intervenants.

RÉSUMÉ

La réalité de l'abandon chez les adolescents pris en charge par les centres jeunesse est parfois difficile à percevoir et même à définir. Les adolescents considérés à risque d'abandon vivent une situation souvent ambiguë, par suite de leurs divers placements et déplacements, et le manque d'outils pour intervenir dans ces situations se fait cruellement sentir. C'est pour répondre à ce besoin et sous l'impulsion des travaux du Forum Abandon et de la table clinique sur l'abandon (CJ) de Québec - Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, CJC-IU) que le « Carnet de voyage à travers ma vie » a vu le jour. Les auteurs décrivent le contexte de développement de cet outil ainsi que la démarche proposée au jeune et à sa famille. Les histoires de deux jeunes servent à illustrer l'itinéraire proposé dans le Carnet de voyage, et en conclusion, les auteurs partagent certains constats découlant de l'expérimentation de cet outil clinique.

qu'une deuxième étude, de plus grande envergure, a été réalisée (Drapeau, Charbonneau, Bégin, Godin, Bernard, Landry et Laprise, 2004a). Outre le Centre jeunesse de Québec, les centres jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean, de Laval, de l'Outaouais, de Lanaudière et de Gaspésie-Les-Îles ont participé à cette étude. Le présent article décrit brièvement le contexte de développement du *Carnet de voyage* ainsi que la démarche qui est proposée au jeune et à sa famille. Les histoires de deux jeunes viennent ensuite illustrer l'itinéraire proposé dans le *Carnet de voyage*. Cet article se termine par des constats généraux découlant de la deuxième expérimentation de cet outil clinique.

Contexte de développement et description de l'intervention

L'abandon des adolescents pris en charge par les centres jeunesse est une réalité difficile à définir puisque ses frontières sont difficiles à cerner. Dans certaines circonstances, il peut y avoir rupture totale de liens entre les parents et les enfants (suite à un décès ou par choix) alors que dans d'autres, il s'agit davantage de séparations qui sont caractérisées par le maintien de liens plus ou moins importants et un retour improbable dans la famille, compte tenu de l'incapacité des parents à assumer leur rôle (Berger, 1992; Finkelstein, 1980; Drapeau et al., 2004b). En outre, dans les situations de ruptures partielles de liens, la question de l'abandon ou de l'impossibilité d'une

réunification familiale n'est souvent pas clarifiée, ce qui contribue à la difficulté à cerner le phénomène. Ces situations sont complexes, souvent ambiguës, et on ne sait pas toujours très bien où en est le jeune face à la compréhension de sa réalité de vie, et où en sont les parents quant à la place qu'ils veulent préserver dans la vie de leur enfant, malgré l'improbabilité de toute cohabitation éventuelle. Cette confusion brouille les pistes d'intervention et crée une instabilité autant affective que domiciliaire. En fait, l'abandon observé s'apparente plus à une discontinuité des liens qu'à une rupture définitive mais ce que ces jeunes vivent est bel et bien une forme d'abandon (Berger, 1992; Drapeau, et al., 2004b).

Que l'abandon des adolescents placés en ressources d'hébergement soit une réalité méconnue découle en partie de la difficulté d'accepter cette douloureuse réalité. Pour les parents, admettre l'abandon de leurs responsabilités parentales n'est pas facile. Pour l'adolescent, la possibilité d'être abandonné par ses parents suscite de vives émotions. Même les intervenants ont de la difficulté à identifier et à aborder ce sujet, de peur de blesser le jeune ou parce qu'ils se sentent impuissants face à cette problématique (Drapeau et al., 2004a; Finkelstein, 1980; Molin, 1990; McDermott, 1987). Chacune à leur façon, les parties impliquées entretiennent ce tabou. La plupart du temps, ces jeunes sont pris en charge pour un motif autre que l'abandon, tel par exemple une manifestation de troubles de comportement. Ce sont presque toujours ces problèmes qui font l'objet d'une intervention des centres jeunesse, et non la situation d'abandon. Malgré des indices évidents d'abandon, l'adolescent vit une collusion du silence qui l'enferme dans l'illusion que les choses vont se rétablir. L'incertitude dans laquelle les jeunes sont plongés devient un obstacle à la formation et à la conservation de nouveaux liens d'attachement.

Ces dernières années, le contexte de distribution des services dans les centres jeunesse du Québec a été caractérisé par une volonté accrue de soutien à la famille. Ainsi, on tente de diminuer le plus possible le recours au placement en renforçant les capacités des familles à résoudre leurs problèmes. Toutefois, dans certaines situations, une mesure de placement s'impose et, parfois même, l'implication des parents peut être à ce point insuffisante que l'objectif de réinsertion familiale peut devenir inapproprié. Dans certains cas, le fait de ne considérer que l'objectif final de réinsertion

familiale peut entraîner une forme d'acharnement thérapeutique, lorsque l'implication parentale est insuffisante (Belsky, 1984; Marcotte et al., 2001). En n'envisageant pas l'abandon comme une possibilité, l'intervenant ne reconnaît pas pleinement ce que le jeune vit et, indirectement, il encourage d'autres moyens d'expression de sa souffrance, tels des délits ou des fugues, ou des formes de tentative de suicide (Mishne, 1992; Samuels, 1996). Éviter la question peut contribuer à une distorsion et à un déni de la situation du jeune qui risque d'avoir du mal à faire le deuil de sa famille d'origine (Molin, 1990). Le cycle de placements et de tentatives de retour dans la famille qui en découlent fait vivre des abandons à répétition, ce qui aggrave le problème vécu initialement par le jeune, provoquant ainsi une instabilité dans son milieu de vie et un investissement affectif fragmenté au fil du temps. Bien que l'on tarde souvent à l'admettre, des adolescents, après un long parcours dans des ressources de placement, ne retourneront plus vivre dans leur famille et sont en quelque sorte abandonnés par leurs parents dans le système de placement. Cependant, il n'est pas facile pour un intervenant de travailler sur les questions et les doutes que le jeune entretient par rapport à son avenir. La raison la plus souvent invoquée est que l'intervenant cherche à éviter une éventuelle déception au jeune (Molin, 1990). Devant ce genre de situation, le manque d'outils pour la détection ou l'intervention et le manque de perspectives à offrir se font cruellement sentir. *Le Carnet de voyage* à travers ma vie est né de ce besoin.

Brève description du protocole d'intervention¹

Le but de l'intervention est d'aborder directement la problématique de l'abandon avec le jeune et ses parents afin de rendre l'adolescent disponible à l'élaboration et à l'actualisation de ses propres projets d'avenir. Cette démarche s'inscrit dans un processus de clarification de la situation avec le jeune et sa famille. Le Carnet de voyage est le moyen proposé au jeune pour l'aider à cheminer dans cette démarche. Le Carnet est conçu pour permettre au jeune de parler de sa réalité d'abandon tout en explorant avec lui divers aspects de sa vie et en lui offrant le soutien nécessaire pour qu'il se projette dans l'avenir.

Trois principes fondamentaux guident l'intervention : l'abandon doit être reconnu comme une réalité et les émotions qui s'y rattachent doivent être exprimées; la résilience est une faculté qui se cultive,

autrement dit, l'accent est mis sur l'augmentation des compétences du jeune; prendre du pouvoir sur sa vie, par le biais de l'action notamment, peut faire contrepoids au sentiment d'abandon.

La clientèle visée est constituée de jeunes, garçons et filles, âgés entre 14 et 17 ans pour qui la perspective de retour avec leurs parents est peu ou pas probable. Ces jeunes ont souvent une histoire de placements et de déplacements et sont actuellement placés pour au moins six mois.

Cette démarche mise sur une association étroite entre l'intervenant psychosocial et l'éducateur dont les rôles sont vus comme complémentaires. Il est recommandé, en ce sens, que l'intervenant psychosocial assure la démarche de clarification auprès des parents tout en demeurant étroitement associé à la démarche du Carnet de voyage auprès du jeune, qui est assumée par l'éducateur.

Les objectifs de l'intervention sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

Objectifs poursuivis en regard du jeune

- Mettre le jeune en contact avec la réalité de l'abandon
- Préserver ou renforcer les liens d'attachement du jeune
- Améliorer la perception que le jeune a de lui-même
- Favoriser le recours aux personnes aidantes du réseau social
- Mettre le jeune en action et l'amener à vivre des réussites

Objectif poursuivi en regard des parents

- Donner aux parents l'occasion de reconnaître la situation d'abandon et de définir le rôle qu'ils veulent jouer auprès de leur enfant

Objectifs poursuivis en regard de l'intervenant

- Mieux connaître le jeune et approfondir avec lui sa réalité d'abandon
- Raffiner la perception qu'a le clinicien des ressources et des risques présents dans l'environnement du jeune et chez le jeune lui-même
- Trouver et utiliser les appuis nécessaires à la réalisation des projets du jeune

ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE

Bien que le cœur de cette démarche consiste à proposer au jeune un cheminement avec le Carnet de voyage, il ne faut pas négliger les étapes à réaliser en aval et en amont de ce processus clinique. On retiendra quatre étapes majeures dans la réalisation d'une intervention auprès de jeunes en situation d'abandon ou à risque d'abandon. L'ensemble de ces étapes devrait se dérouler sur une période de quatre à six mois environ.

1. Identification des jeunes en situation d'abandon

La première étape consiste à identifier les jeunes vivant une situation d'abandon ou à risque d'abandon susceptibles de profiter du projet. L'intervenant remplit la *Grille de dépistage du risque d'abandon ou du délaissement de l'enfant* qui aide à préciser la situation d'abandon ou de risque d'abandon. L'intervenant procède ensuite à un entretien avec le jeune afin de mieux saisir la perception de ce dernier par rapport à sa situation d'abandon. S'il juge la démarche toujours pertinente, l'intervenant propose au jeune de l'accompagner dans un cheminement qui lui permettra de faire une mise au point sur sa vie et sa situation familiale.

2. Clarification des intentions des parents

La démarche de clarification de la situation d'abandon a été conçue pour permettre à la famille de sortir du cycle de placements et de réinsertions. Lors de l'élaboration des plans d'intervention dans les situations non explicites d'abandon, des engagements fréquemment irréalistes sont pris par les parents et ne sont, par conséquent, pas tenus. Cela occasionne une série de rendez-vous manqués entre le jeune et ses parents. L'intervenant psychosocial a comme rôle de rencontrer toutes les parties impliquées dans la situation (parents, grands-parents, jeune, famille d'accueil, etc.) afin d'en arriver, sur le plan des engagements, à une entente réaliste qui tienne compte des besoins de chacun. Les objectifs spécifiques de cette étape sont d'amener les parents à : 1) clarifier leurs intentions réelles à l'endroit de leur adolescent afin que celui-ci puisse se tourner vers l'avenir; 2) définir l'avenir de leur relation avec leur jeune; 3) partager leur décision avec leur adolescent en présence des intervenants.

Le *Cadre d'entrevue pour clarifier les intentions des parents face à leur adolescent* est l'outil qui a été développé pour structurer cette étape. Cet outil définit les objectifs visés par cette intervention, le contexte des entrevues à réaliser avec les parents ainsi que les

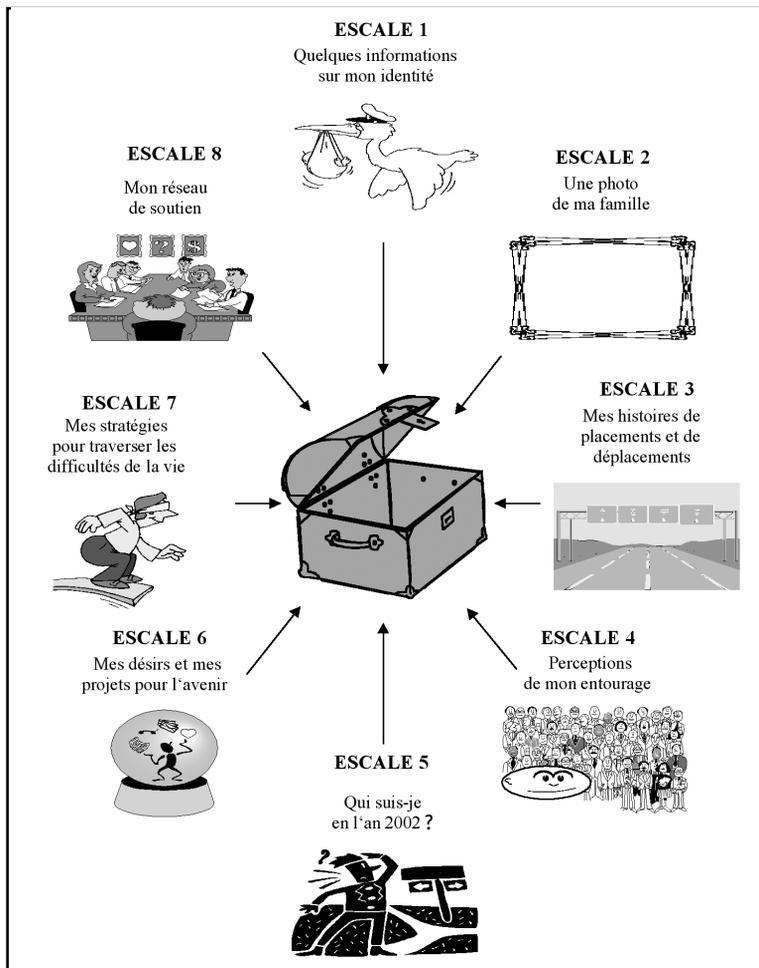
questions qui devront être documentées pour préciser le devenir de l'adolescent. Par ailleurs, il est possible que du travail clinique ait déjà été fait dans le cas et il est alors important d'en tenir compte dans les entrevues car le processus de clarification peut être alors raccourci d'autant.

Le ou les parent(s) sont rencontrés seuls dans un premier temps. Ensuite, il est suggéré de rencontrer simultanément le ou les parent(s) et l'adolescent afin que les décisions prises soient entendues par toutes les parties. Les rencontres de clarification visent à expliquer aux parents la démarche du Carnet de voyage entreprise avec leur enfant, à les responsabiliser face à son avenir, à les sensibiliser aux impacts des situations ambiguës et au vécu actuel de leur adolescent. Ces rencontres sont l'occasion de définir le degré d'engagement des parents et d'explorer les liens affectifs qu'ils maintiennent ou qu'ils désirent maintenir avec leur enfant. Tout en soutenant les parents, l'intervenant doit les amener à faire des choix réalistes, se déculpabiliser face à la situation et à faire face efficacement aux personnes de leur entourage qui peuvent exercer des pressions sur eux.

3. Réalisation des escales du Carnet de voyage

Le Carnet de voyage est le moyen que nous avons privilégié pour prendre contact avec le jeune, pour l'aider à développer de la résilience et pour lui permettre d'exercer du pouvoir sur sa vie. Il s'agit d'amener le jeune à raconter le voyage qu'il a fait jusqu'ici à travers sa vie et d'envisager avec lui comment il prévoit se mettre en action vers sa prochaine destination. Pour l'intervenant, le Carnet de voyage est un moyen d'explorer avec l'adolescent, compte tenu de sa réalité d'abandon, les manières de construire ses projets d'avenir et de faire l'inventaire des bagages accumulés au fil du temps. L'itinéraire proposé permet de faire huit escales dans la vie du jeune. La figure 1 illustre les différents thèmes qui sont abordés, soit l'identité du jeune, l'histoire de placement, les liens avec les parents, les qualités et les intérêts, les buts et les projets d'avenir, les stratégies d'action et le réseau de soutien. À chaque escale, des buts spécifiques sont poursuivis pour amener le jeune à se mettre en action afin d'être mieux équipé pour la poursuite de son voyage. Un ou des instruments sont insérés pour documenter chacun des thèmes et pour permettre au jeune de conserver les traces de son cheminement. Cet itinéraire est ponctué de bilans permettant au

Figure 1 Itinéraire du Carnet de voyage



jeune et à l'intervenant de réfléchir sur les besoins et les forces qui se dégagent et de proposer des cibles d'intervention.

4. Bilan et orientations

La dernière étape consiste à faire avec le jeune un bilan final de l'ensemble de la démarche et des recommandations découlant de l'intervention afin d'en retenir les éléments essentiels et les différentes modalités de réalisation des actions envisagées, ainsi que les appuis qui devront être recherchés pour continuer à favoriser la résilience du jeune. Si jugé nécessaire, le ou les parent(s) peuvent être conviés à cette rencontre où sont présents l'éducateur, l'intervenant psychosocial et le jeune.

Illustrations de la démarche du Carnet de voyage

L'itinéraire de Marc²

Caractéristiques personnelles et familiales

- ♦ Marc, 15 ans, a été placé pour motif de négligence (38E) à l'âge de 10 ans. Il réside dans la même famille d'accueil spécifique depuis ce temps (ami du père) et y est très bien intégré. Son frère aîné et son oncle habitent avec lui, tandis que sa sœur réside chez une tante.
- ♦ Les parents de Marc sont séparés et le père en a la garde légale. Sa mère, jugée immature, souffre de toxicomanie. Elle présente des limites intellectuelles et sociales. Son père souffre également de toxicomanie et présente, dans une moindre mesure que la mère, des problèmes d'immaturation et des limites sur le plan intellectuel et social.
- ♦ Marc a vu à quelques reprises son père au cours de la dernière année et il a vu une fois sa mère. Son père désire reprendre les contacts avec lui, mais aucune réintégration n'est prévue.
- ♦ Marc est un jeune très sportif et engagé dans ses activités. Il a cependant quelques difficultés à l'école; il manque de motivation et a des comportements dérangeants en classe.

Perception au regard de l'abandon

- ♦ Marc ne se considère pas comme une personne abandonnée «parce ce qu'il y a toujours du monde autour de moi». Il se sent choisi par sa famille d'accueil.
- ♦ Il sait qu'il ne retournera pas vivre chez son père ou sa mère. Il souhaite néanmoins maintenir des contacts avec tous les membres de sa famille.

Déroulement de l'intervention

- ♦ L'intervenante sociale croit que le Carnet de voyage est pertinent dans le cas de Marc dans la «perspective de l'aider à se réapproprier son histoire de vie pour mieux se définir et préciser ses projets de vie». Le jeune a l'impression qu'il lui «manque des bouts d'histoire».
- ♦ Le Carnet de voyage de Marc a été complété en neuf rencontres

échelonnées sur une période de quatre mois et demi. L'intervenante psychosociale a fait seule l'ensemble de la démarche.

- ♦ En début de Carnet, Marc inscrit une pensée qui laisse douter de sa motivation à entreprendre la démarche : «Un peu trop d'engagement, trop de rencontres... » De fait, Marc a oublié de se présenter à trois rencontres qui ont dû être reportées. Par contre, d'après l'intervenante, Marc participe très bien à chacune des escales.
- ♦ La clarification de son projet de vie a été réalisée avec la famille d'accueil spécifique qui a précisé ses engagements et son attachement au jeune. À la demande de Marc, une rencontre a aussi été planifiée avec le père, afin de le « recadrer car il ne respecte pas les ententes ». Le père ne s'est pas présenté à cette rencontre. Toutefois, le jeune lui a parlé en cours de démarche pour obtenir certaines informations visant à compléter son histoire.

Perception de Marc au regard de la démarche

« J'ai appris beaucoup d'affaires, ça fait beaucoup de souvenirs. (...) La place où j'étais né. Les événements qui se sont passés depuis ce temps là. Je ne les connaissais pas, j'étais content de l'apprendre. (...) Ce qui se passait avec mon père, ça m'a rappelé de mauvais souvenirs. Ça m'a dérangé... » Marc perçoit des impacts positifs de cette démarche, particulièrement sur les plans du renforcement de ses relations avec son tuteur, de l'importance des personnes de son réseau de soutien (en plus de son tuteur, deux entraîneurs sont très près de lui) et d'une meilleure connaissance de son histoire.

Perception de l'intervenante au regard de la démarche

« C'est un succès, le jeune était motivé et collaborant. Le jeune exprimait son désir de se réapproprier son bout de vie. Le contact avec moi était très bon. Ça permet de créer un couloir de communication avec le jeune sur toute son histoire. » L'intervenante a apprécié la régularité et l'intensité des escales, par contre, la démarche lui est apparue exigeante pour elle et pour le jeune.

L'itinéraire de Julie²

Caractéristiques personnelles et familiales

- ♦ Julie, 15 ans, est placée pour motif de troubles de comportement (38H). Elle a été placée pour la première fois à l'âge de 10 ans et elle réside dans un centre de réadaptation. Elle a vécu jusqu'à présent dans quatre unités différentes sans retour dans son milieu familial.
- ♦ Les parents de Julie sont séparés et le père en a la garde légale. Sa mère et son père présentent des signes importants d'immaturation. Ils ont aussi des problèmes de toxicomanie.
- ♦ Julie a reçu un téléphone de son père au cours de la dernière année et a vu ou parlé à sa mère à quelques reprises. Le placement jusqu'à sa majorité est planifié.
- ♦ Julie affiche des problèmes émotionnels diagnostiqués ainsi que des problèmes de conduite. Elle a des difficultés importantes à l'école.
- ♦ Julie est une jeune fille responsable, réfléchie et attachante; par contre, elle manque de confiance en elle et est peu autonome.

Perception au regard de l'abandon

- ♦ Julie ne se considère pas comme une personne abandonnée « car mon entourage est avec moi, c'est juste pas ma famille ». Elle a quelqu'un qu'elle considère comme sa mère.
- ♦ Elle sait qu'elle ne retournera pas vivre chez son père ou sa mère. «Pour mon bien à moi, j'ai pris la décision que c'était mieux. Mes parents ne sont pas adaptés à suivre mon évolution.»

Déroulement de l'intervention

- ♦ L'éducatrice croit que le Carnet de voyage est pertinent pour Julie « car elle est rendue là dans son cheminement ». Son plan d'intervention vise à établir des ponts avec l'extérieur du Centre jeunesse (foyer de groupe, scolarité à l'extérieur du centre jeunesse, recherche d'emploi). Le Carnet de voyage est envisagé pour l'aider dans ce cheminement.

- ♦ Le Carnet de voyage de Julie a été complété en huit rencontres échelonnées sur un mois. Ce qui n'est pas la norme. L'éducatrice a adopté ce rythme très rapide (deux rencontres par semaine) car elle devait partir en congé de maladie et elle préférerait compléter l'ensemble de la démarche avant son départ. Cependant, de son propre aveu, cette situation n'est pas idéale car elle laisse peu de temps pour intégrer le contenu des escales. L'éducatrice a fait la démarche avec la jeune et l'intervenante psychosociale s'est impliquée par le biais d'échanges d'information et d'une présence lors du bilan final.
- ♦ En début de Carnet, Julie inscrit une pensée : « J'aimerais pouvoir me dire plus tard que j'ai été capable de me créer un avenir! » Elle entreprend la démarche avec crainte car elle a peur de n'être pas « assez bonne » pour la faire. Julie a besoin d'être valorisée et soutenue concrètement. Elle s'implique avec beaucoup de sérieux dans la démarche.
- ♦ La clarification de projet de vie auprès des parents ou des personnes significatives n'a pas eu lieu, les parents refusant de s'impliquer.

Perception de Julie au regard de la démarche

« J'ai maintenant une meilleure vision de ma famille. J'ai fait des prises de conscience, je sais plus où je suis rendue et vers où je veux aller. (...) J'avais un temps pour parler juste de ça... de mon histoire, de ma vie quand j'étais petite. Je n'avais jamais fait ça avant.» Julie remarque les effets positifs de l'intervention particulièrement sur les plans de l'amélioration de son estime d'elle-même, de la clarification avec les personnes importantes pour elle, et de la mise en action. « Je recommencerais sans hésitation! »

Perception de l'intervenante au regard de la démarche

« C'est vraiment arrivé à point dans le cheminement de cette jeune. Je pense que sa confiance en elle a augmenté, elle ose plus. Elle a maintenant un cercle d'amis, elle est plus autonome, elle prend l'autobus, chose qu'elle ne faisait pas avant. (...) Le ménage qu'elle a terminé face à ses parents est aussi très bénéfique dans son désir d'aller de l'avant.»

Quel bilan faisons-nous à la suite de l'expérimentation du Carnet de voyage à travers ma vie ?

Les constats suivants découlent de la recherche évaluative que nous avons menée sur le *Carnet de voyage à travers ma vie* au cours des années 2002-2004. Cette deuxième recherche, impliquant six centres jeunesse, a permis à 40 jeunes (27 filles et 13 garçons) de débiter ce voyage et à 72 intervenants de les accompagner et de les guider dans leur périple. Ces jeunes et ces intervenants ont généreusement répondu à nos questions avant, pendant et après avoir expérimenté ce nouvel outil.

QUI SONT LES JEUNES QUI ONT PARTICIPÉ ?

Les participants sont des jeunes placés en moyenne depuis l'âge de huit ans, principalement en raison de négligence ou de troubles de comportement. Ils ont vécu en moyenne huit déplacements et vivent actuellement en famille d'accueil, en centre de réadaptation ou en foyer de groupe. Tous ont des contacts, plus ou moins réguliers, avec au moins un de leurs parents (sauf trois jeunes dont les deux parents sont décédés). Environ la moitié croit qu'ils ne retourneront pas vivre chez leurs parents, un peu plus du tiers croit le contraire, tandis que le reste ne le sait pas. Ce qui n'empêche pas la majorité (65%) des jeunes de croire qu'ils ne sont pas abandonnés, soit parce qu'ils ont des contacts avec leurs parents, soit parce qu'ils ont autour d'eux des personnes qui leur tiennent lieu de famille.

Onze jeunes n'ont pas complété la démarche; ils ont fait entre deux et cinq escales. Les motifs invoqués par les intervenants pour expliquer ces désistements ont trait à la baisse d'intérêt du jeune, à des difficultés à aborder la problématique de l'abandon ou encore à un changement d'intervenant qui a perturbé la démarche.

COMMENT LA DÉMARCHE S'EST-ELLE DÉROULÉE ? ³

Les huit escales proposées au jeune ont été complétées, en moyenne, en dix rencontres, échelonnées sur une période d'environ quatre mois. La plus courte démarche a été réalisée en un mois, tandis que la plus longue s'est étalée sur une période de dix mois, incluant quelques interruptions (hospitalisation du jeune, vacances d'été et de Noël).

Par ailleurs, les parents ou d'autres personnes significatives, nommément les familles d'accueil, se sont impliqués à des degrés divers dans 65% des dossiers. Dans ces situations, il y a eu un partage des intentions et des engagements entre ces personnes et le

jeune. Ce qui n'avait pas été fait avant d'entreprendre la démarche du Carnet dans la très grande majorité des cas.

On peut souligner également qu'il y a eu une co-intervention dans 60% des dossiers (17/29). Autrement dit, un éducateur et un intervenant psychosocial se sont impliqués auprès du jeune et de sa famille. Dans 37% des cas (10/29), l'intervenant psychosocial seul a réalisé la démarche. Les jeunes suivis étaient alors en famille d'accueil. Finalement, dans deux dossiers, un éducateur a complété seul la démarche.

COMMENT LES JEUNES ÉVALUENT-ILS LEUR EXPÉRIENCE ?

Les jeunes s'expriment généralement de manière très positive à propos du Carnet de voyage. Plusieurs jeunes ont spécifié qu'ils recommenceraient sans hésiter cette démarche qui leur a apporté beaucoup sur le plan de leur estime de soi, de la connaissance de leur histoire de vie et de la clarification des relations qu'ils entretiennent avec leur famille.

De manière générale, les jeunes ont apprécié le format du Carnet de voyage. À cet égard, les activités proposées, l'accent mis sur les aspects positifs de leur personnalité, le temps passé avec l'intervenant sont des éléments positifs qui sont fréquemment mentionnés. Les adolescents apportent relativement peu de suggestions pour améliorer le Carnet, si ce n'est de raccourcir certaines escales lorsque cela est possible.

Tous les jeunes interviewés, sauf trois, affirment avoir eu une bonne, voire même une excellente relation avec l'intervenant qui les a accompagnés dans le Carnet de voyage. Les propos des jeunes décrivent très majoritairement des relations empreintes de confiance, ce qui est certainement un élément essentiel à l'efficacité de la démarche.

Cela dit, l'aspect très personnel du Carnet, le côté bouleversant ou difficile de la démarche n'est pas passé sous silence par certains jeunes. « J'ai aimé ça mais j'ai trouvé ça bouleversant de retourner dans mon passé, il y avait des choses cachées. L'escale 3, les placements et déplacements... ouf... heureusement que je pouvais en parler. »

QU'EN PENSENT LES INTERVENANTS ?

Les commentaires des intervenants sont également positifs. Comme le disait une intervenante comptant plus de 20 ans d'expérience : « Un coup de cœur très professionnel, c'est un des plus beaux projets

que j'ai fait ! ». Il s'agit d'un outil accessible, relativement facile à utiliser, stimulant et très intéressant car il est basé sur des éléments concrets de la vie du jeune. Le temps accordé au jeune ainsi que l'ouverture à des questionnements nouveaux centrés sur ce que le jeune vit et ressent plutôt que sur ses problèmes de comportement ont été très appréciés. Il s'agit toutefois d'une démarche exigeante qui demande du temps et de l'énergie.

En outre, le manque d'implication de certains parents et la motivation chancelante de certains jeunes sont des aspects de l'intervention qui ont été moins appréciés par les intervenants. Certaines situations sont très lourdes et l'intervenant doit être en mesure d'y consacrer énormément d'énergie.

En ce qui concerne l'impact perçu, les intervenants insistent particulièrement sur l'augmentation de la confiance en soi des jeunes qui ont participé à la démarche. Les jeunes se connaissent mieux, voient plus clairement leurs qualités et se font davantage confiance, ce qui favorise leur autonomie. « Cela lui a permis de se découvrir des forces, des capacités. Elle est aussi moins vulnérable lorsqu'elle sort chez elle, elle se laisse moins atteindre par ce que disent ses parents. »

Les intervenants mentionnent aussi que les adolescents rencontrés semblent avoir une idée beaucoup plus claire de leur situation familiale et des liens qui les unissent aux membres de leur famille. Pour certains jeunes, cela signifie qu'ils reconnaissent maintenant le désengagement de leurs parents, autrement dit, leur abandon. Pour d'autres jeunes, ce sont leurs attentes vis-à-vis de leurs parents qui sont devenues plus réalistes. Pour d'autres jeunes encore, un rapprochement est survenu et une réintégration dans le milieu familial est envisagée.

Les intervenants remarquent, par ailleurs, combien cette démarche soulève des émotions chez le jeune et peut, dans certains cas, réveiller des blessures encore vives. Ceci a amené, chez quelques jeunes (n= 4), une augmentation temporaire des comportements extériorisés durant la démarche. Cela dit, pour les intervenants, il s'agit d'une sorte de passage obligé qui, bien que difficile, leur paraît essentiel à la progression du jeune.

En ce qui concerne la démarche réalisée auprès des parents ou des personnes significatives, la plupart des intervenants précisent que les personnes rejointes se sont montrées assez réceptives à la

démarche; la collaboration a été généralement bonne. L'objectif de clarifier les engagements et les rôles qui seront maintenus auprès des jeunes semble bien atteint. Par contre, sur le plan de la reconnaissance de la situation d'abandon, les propos des intervenants montrent que peu de parents nomment explicitement leur situation familiale en ces termes. À ce sujet, des intervenants ont souligné leur malaise face à l'utilisation du terme «abandon» avec les parents. Plusieurs ne l'ont d'ailleurs pas fait, de peur de créer un obstacle à l'implication parentale. Par contre, les intervenants s'entendent sur la nécessité de clarifier la situation et d'éviter les faux-fuyants.

Conclusion

En conclusion, la pertinence et l'utilité de la démarche du Carnet de voyage pour les adolescents placés abandonnés ou à risque d'abandon ne semblent faire aucun doute. En effet, tant les jeunes que les intervenants qui se sont impliqués dans cette intervention novatrice sont élogieux face à celle-ci. Cependant, le Carnet de voyage est certainement un outil exigeant, tant pour les jeunes et leur famille que pour les intervenants.

La qualité du lien avec l'intervenant, son expertise et la motivation du jeune sont apparus comme des ingrédients essentiels au succès de la démarche. Un succès n'est cependant pas toujours synonyme de grands bonds en avant. En effet, des prises de conscience et des mises en action, même petites, sont des premiers pas dans la bonne direction. Selon les intervenants, pour certains jeunes, le seul fait d'avoir complété l'ensemble de la démarche est déjà une victoire.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les gestionnaires et professionnels qui ont participé à ce projet de recherche. Plus particulièrement, nous tenons à souligner l'implication : des centres jeunesse participants (Outaouais, Lanaudière, Laval, Gaspésie/Les-Îles, Saguenay-Lac St-Jean, Québec-Institut universitaire); des chargés de projet dans chacun des sites; de tous les intervenants qui ont accompagné les jeunes et les parents dans le processus clinique et qui ont collaboré si généreusement à la recherche; de tous les jeunes et les parents qui ont participé à l'intervention et à la démarche de recherche; de Sandrine Deleury-Beaudoin, Marie LeBourdais, Rosalie Hénault et Mireille Aubry qui se sont jointes à l'équipe de chercheuses à un moment ou un autre durant le déroulement du projet.

ABSTRACT

The reality of neglect and abandonment in adolescents under youth protection services is difficult to appreciate and even more to define precisely. Those considered at risk live in situations often marked by ambiguity, following their multiple placements and displacements, and the lack of appropriate means to intervene in such cases. This is in such a context that the authors have developed the Carnet de voyage à travers ma vie, The approach is presented and its various steps exemplified through the intervention process in two cases. The authors finally discuss the results at this stage of experimentation of their innovative clinical tool.

Notes

1. Le protocole décrit est celui qui a été expérimenté (version février 2002 du *Carnet de voyage* et du *Guide d'accompagnement destiné aux intervenants*, CJIQ-IU).
2. Les prénoms des jeunes ont été modifiés.
3. Les résultats qui sont présentés dans les sections suivantes ne concernent que les 29 jeunes qui ont complété l'ensemble des échelles.
4. Nous avons l'information pour 26 des 29 jeunes qui ont complété la démarche. Dans six dossiers, les parents ont refusé de participer. Dans trois autres dossiers, les parents sont décédés et aucune autre personne significative n'a été impliquée dans le processus.
5. Cinq réinsertions étaient prévues et une autre envisagée bien que le père ait posé des conditions à cette dernière. À notre connaissance, une seule de ces réinsertions était toujours en cours, trois mois après la fin de la démarche. Trois n'avaient pas fonctionné et les deux autres ne s'étaient pas concrétisées.

Références

- Berger M.** *Les séparations à buts thérapeutiques*. Toulouse: Privat, 1992.
- Belsky J.** The determinant of parental competence. In: **Lewis M.** (ed) *Beyond the Dyad*. New York: Plenum Press, 1984.
- Drapeau S, Charbonneau C, Bégin G, Bernard M, Godin MC, Landry H, Laprise Y.** *Évaluation d'un processus clinique de clarification de la situation des adolescents placés intitulé Carnet de voyage à travers ma vie*. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 2004a.
- Drapeau S, Marcotte, R, Beaudoin S.** La problématique de l'abandon des adolescents placés en ressources d'hébergement. In **Pallacio-Quintin E, Bouchard JM, Terrisse B.** (eds) *Question d'éducation familiale*. Montréal: Éditions Logiques. 2004b : 285-300.
- Finkelstein NE.** Children in limbo. *Social Work* 1980; 25 : 100-105.
- Marcotte R, Drapeau S, Beaudoin S.** en collaboration avec **Bégin G, Bernard M, Godin MC, Rochefort M.** *Évaluation d'un processus clinique dédié à l'abandon d'adolescents en contexte d'hébergement*. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, 2001.
- McDermott VA.** Life planning services : Helping older placed children with their identity. *Child & Adol Soc Work J* 1987 ; 4 : 97-115.
- Mishne J.** The greaving child: Manifest and hidden losses. *Child & Adol Soc Work J* 1992; 6 : 471-490.
- Molin R.** Future anxiety: clinical issues of children in the latter phases of foster care. *Child & Adol Soc Work J* 1990; 7 (6) : 501-512.
- Samuels SC.** The treatment of foster children: Working through the loss to facilitate attachment. In : **Zelman AB.** (ed), *Early Intervention With High-risk Children : Freeing Prisoners of Circumstance*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., 1996 : 125-148.

«On m'abandonne, je m'abandonne...?»

L'expérience d'un centre de jour comme générateur de changement pour les jeunes de la rue

Par là, je me soulageai de la peur qu'on ne m'arrachât tout entier à l'univers où j'avais vécu.

Henri Michaux Alphabet, Exorcismes

**Sylvain Flamand
Diane Aubin**

Les auteurs sont associés à l'organisme *Dans la rue*, le premier étant coordonnateur des intervenants et la seconde psychologue consultante clinique dans cet organisme.

Adresse :

1664, rue Ontario Est
Montréal (Québec) H2L 1S7

Courriel :

sylvainfla@bellnet.ca
d_aubin@bellnet.ca

Depuis plus de quinze ans, *Dans la rue* travaille auprès de jeunes de la rue âgés de 12 à 25 ans environ. Il s'agit d'un groupe très varié dans ses caractéristiques générales (provenance sociale et géographique, identité culturelle, etc.) mais assez homogène par le fait que la plupart de ses membres sont particulièrement marginalisés, vivent en situation de grande précarité ou ont vécu des ruptures familiales importantes dans leur vie¹.

Dans la rue, pour les jeunes

À l'automne 1997, l'organisme mettait sur pied de nouveaux projets d'intervention en créant un centre de jour pour ces jeunes. Un lieu accueillant, offrant le repas et pouvant être investi en tant que milieu de vie, lieu de transition, port d'attache, oasis ou tremplin. De par les particularités de sa structure et du mode d'accès aux différents services, nous pensons pouvoir dire aujourd'hui que le centre de jour est une expérience réussie, en ce qu'il offre aux jeunes présentant de grandes difficultés la possibilité d'explorer des alternatives à la rue, à la déroute, à la fuite en avant, à des pratiques pouvant s'avérer destructrices à plus ou moins long terme, enfin, des alternatives à la désespérance² et à l'abandon.

Nous pensons en effet qu'il est possible de proposer à ces jeunes, au travers de leur expérience de la rue, des formes de soutien qui contribuent à faire une brèche dans la répétition de modèles de relation caractérisés par l'abandon, en brisant les cercles vicieux qui les immobilisent et les empêchent de s'émanciper³. Ce n'est pas tant de l'abandon réel dont ont pu être victimes ces jeunes dont nous

(170)

RÉSUMÉ

Proposer un accueil et des formes de soutien qui contribuent à faire une brèche dans la répétition de modèles de relation caractérisés par l'éprouvé d'abandon chez les jeunes de la rue, tel est l'objectif que s'est fixé l'équipe d'intervenants de l'organisme Dans la rue.

Après avoir circonscrit l'expérience d'abandon et ses aléas de même que les formes de victimisation qui ont souvent marqué la vie de ces jeunes, les auteurs présentent le projet pluridisciplinaire du centre de jour et leur démarche d'intervention qui vise essentiellement à offrir une alternative et des lieux à l'élaboration de la parole, à l'expression de l'autonomie et à la remobilisation de la pensée et des talents de ces jeunes.

parlerons ici, mais plutôt de «l'éprouvé» d'abandon qui semble continuer de marquer leur vie affective, au point qu'ils peuvent en venir à s'imposer l'expérience d'*abandon de soi*, sous des formes diverses, comme seule alternative possible. Nous tenterons aussi, brièvement, de dégager le sens de certaines pistes d'intervention que nous avons été à même d'emprunter à partir du projet pluridisciplinaire que représente le centre de jour.

Abandon, mise en tutelle et jeunes de la rue

Sauf exception, l'image que l'on se fait de parents qui abandonnent littéralement leur enfant pour disparaître de son univers ne colle pas tellement à la réalité de la majorité des jeunes avec lesquels nous travaillons. Le plus souvent, leur histoire rend plutôt compte d'une désagrégation du tissu relationnel familial ou du lien affectif entre le parent et l'enfant. En fait, l'enfant ou l'adolescent aurait eu à vivre une mise à l'écart ou aurait été contraint d'abandonner en partie ou complètement l'espace familial, pour son propre salut ou sa sécurité ou pour d'autres raisons que nous sommes parfois à même de découvrir lors de ses visites au centre de jour (Il va sans dire que les répercussions de cette mise à distance, initiée ou non par le jeune, ne peuvent être évaluées sans mettre en lumière l'histoire personnelle de chacun).

Il n'est donc pas possible de dire que ces jeunes *de la rue* sont systématiquement abandonnés par leurs parents⁴ et il est d'ailleurs relativement rare d'en rencontrer qui aient totalement rompu les liens avec leur milieu familial. Par ailleurs, l'histoire de plusieurs de ces jeunes abandonnés révèle qu'ils ont vécu et se sont développés

dans un cadre de tutelle, par suite du constat d'absence, d'inaptitude ou de non fiabilité du milieu d'origine. D'autres, provenant de familles apparemment plus fonctionnelles, semblent subir les conséquences de conflits familiaux non résolus ou n'ont pas vu pour autant leurs besoins de dépendance suffisamment comblés pour se sentir autonomes et confiants en eux-mêmes et dans la vie. Même parmi ceux dont l'histoire révèle un manque important de personnes significatives et constantes dans leur vie, plusieurs rêvent de renouer des liens ou tentent de maintenir coûte que coûte une relation, même très douloureuse, avec leurs parents. Il demeure que bon nombre d'entre eux semblent subir les contrecoups d'un désengagement plus ou moins marqué (physique, affectif ou les deux) des adultes qui seraient censés être en charge de leur développement dans notre société.

Il nous apparaît nécessaire de rappeler ici que les jeunes qui ont été «encadrés» pour leur propre sécurité (par les centres jeunesse par exemple) ont aussi besoin, comme n'importe quel autre jeune, de tester leurs limites, d'explorer leur sexualité, de prendre des risques et de transgresser certaines règles afin de consolider leur identité (par l'exploration de rôles, par la prise d'initiatives). La question est ici de savoir si les institutions (et bien sûr les familles) sont à même de soutenir l'émancipation de tous les jeunes. Il se pourrait que pour une certaine proportion de la jeunesse, la réponse soit ailleurs ou doive s'articuler sur des repères autres que ceux qui sont proposés habituellement. Certes, le phénomène des jeunes de la rue dans notre société suscite des questions, appelle des remises en question, nous amène à réfléchir à d'autres solutions, à imaginer d'autres pistes et à entrevoir la création de nouvelles solidarités, d'une nouvelle qualité de liens, pourrait-on dire, entre les différents acteurs ou les lieux investis par ces mêmes jeunes.

L'abandon d'un cadre de vie «sécuritaire»

Plusieurs des jeunes que nous rencontrons ont fait le constat de l'inadéquation des milieux qui les ont pris en charge (institution ou famille), en étant confrontés à l'impossibilité de voir comblés certains de leurs besoins affectifs par les adultes dont ils dépendent (intervenants ou parents). Même un cadre de vie à l'intérieur duquel la sécurité personnelle peut être garantie, mais néanmoins changeant quant aux repères d'organisation proposés (mobilité ou non disponibilité affective des intervenants ou des figures

d'attachement) ne peut répondre de façon satisfaisante aux besoins d'affection, de tendresse⁵ et d'exploration de certains jeunes. Les adultes de référence sont, pour la plupart, des professionnels de l'action sociale qui, malgré eux, peuvent finir par renvoyer au jeune une vision de sa vie comme étant «problématique». Il est aussi possible que l'application rigide ou non remise en cause d'une certaine éthique de l'intervention puisse produire des effets pervers affectant l'image que le jeune a de lui-même.

À la lumière de l'histoire de plusieurs jeunes qui utilisent nos services, nous pensons que certains d'entre eux se comportent comme s'ils tentaient de mettre à distance l'idée que l'institution ou la famille puisse jamais satisfaire leurs besoins, avant que d'être définitivement abandonnés par celles-ci (à leur dix-huitième anniversaire, lorsque sonnera leur majorité). En d'autres mots, en voulant accéder à l'espace *de la rue*, des jeunes pourraient tenter d'en finir avec un cadre de vie qui leur rappelle le rejet ou l'abandon dont ils sont ou ont été victimes (sentiment souvent profondément ancré et qui ravive l'«éprouvé» d'abandon). En ce sens, l'espace apparemment anonyme de la rue pourrait répondre au souhait de se soustraire à l'emprise des sentiments d'abandon, de rejet, de vide ou de désespoir qui les habitent souvent, et les inviterait à exprimer du même coup leur désir de rompre avec ce qui leur rappelle et les lie à l'absence et au manque, par exemple d'affection de la famille.

Une fois *dans la rue*, il n'est peut-être pas anodin qu'ils investissent des lieux urbains (Parazelli, 2002)⁶, eux aussi en abandon, désolés, désertés ou non encore habités (arrière-cours, «parkings», terrains ou bâtiments vacants, etc.), retrouvant là sans doute quelque chose de leur vécu, mais aussi quelque chose du non encore dit, non encore formulé : un *contenant* à remplir des premiers signes de leur indépendance, d'un nouveau rapport à soi et à l'autre. Ne fréquentent-ils pas aussi des lieux d'agora, de rassemblements sociaux (parcs, centres commerciaux, terminus), des lieux marqués par la rencontre avec les pairs?

Bien sûr, la rue n'est pas qu'un espace vide prêt à être *recréé*. Dans l'ultime tentative de s'émanciper des liens de dépendance susceptibles de raviver l'«éprouvé» d'abandon, le jeune n'arrive pas toujours à cerner les limites de son exploration, à mesurer l'ampleur de ses prises de risque, à échapper aux dangers et à se mettre à l'abri

des dérives de la rue. Aussi, l'emprise du sentiment de vide ou de désespoir le rattrape souvent et il est alors à risque de s'abandonner lui-même.

L'abandon de soi

Bien que la précarité, les ruptures et le manque de repères engendrent des difficultés en termes de prise de pouvoir par les jeunes sur leur vie, il serait hasardeux d'expliquer le désinvestissement de certains jeunes et les dérives toxicomaniaques dans lesquelles ils peuvent s'abandonner uniquement par une situation d'abandon vécue dans l'enfance ou au cours de l'adolescence. Cependant, il nous semble difficile de ne pas pressentir de liens entre les comportements développés par ces mêmes jeunes et les situations d'abandon vécues apparemment volontairement ou encore contre leur gré.

Il arrive bien sûr que le jeune initie la rupture avec son milieu familial, par nécessité, pourrait-on dire, c'est-à-dire, poussé par une logique qui s'appuie sur un certain bon sens. Il n'en reste pas moins que, quelles que soient les raisons qui ont motivé son départ, cela ne l'empêchera pas de vivre un sentiment d'abandon. Guillaume nous confiait un jour : « Penses-tu que j'avais une place chez moi... Mon père, c'est aussi mon grand-père, et ma mère, c'est ma soeur... Qu'est-ce que tu voulais que je fasse? ».

Par ailleurs, la vie dans la rue induit une instabilité importante des repères quotidiens qui force le jeune à faire appel à des stratégies de survie. Ses élans d'indépendance et d'affirmation de soi peuvent se retrouver alors assez rapidement freinés par la nécessité de satisfaire ses besoins de base. Sa capacité de se projeter dans le futur risque alors de s'amenuiser, ses sentiments de colère et d'injustice sont susceptibles de s'intensifier et de le mener à s'isoler. L'impossibilité d'imaginer ou d'actualiser une réussite, ajoutée aux expériences d'échec cumulées peuvent réduire dramatiquement la part de rêve et d'espérance dans son esprit et l'immobiliser graduellement. Sa perte de confiance dans le monde risque d'augmenter et de contribuer à cristalliser ses conflits émotionnels.

Vivre dans la rue exige de mettre de l'avant une stratégie d'adaptation essentiellement ancrée dans le très court terme, stratégie relativement efficace dans l'immédiat pour répondre aux impératifs de survie, mais qui peut s'avérer très coûteuse à la longue. Une stratégie qui contient aussi sa part d'apprentissages en terme de débrouillardise mais qui met en péril le pouvoir de se mettre en

action et de se projeter dans l'avenir afin de répondre aux défis de la vie.

Aussi, nous observons chez le jeune en situation précaire ou de rupture une mise à l'écart des projets qui lui paraissent chers, quand il n'y renonce pas complètement. Les échéances qu'il établit se font de plus en plus courtes, comme s'il fallait minimiser l'impact émotionnel en cas d'échec ou encore faire l'économie de l'engagement. Ses attentes paraissent tantôt élevées, tantôt irréalistes, sinon absentes. Son implication dans une action ou une relation est souvent de nature utilitaire ou fusionnelle⁷, ou caractérisée par la méfiance ou la peur.

Enfin, ses relations sont souvent à l'image de son parcours de vie, ponctuées de ruptures et chargées d'espérances (Lussier et al., 2002; Poirier et al., 1999) comme un trajet en montagnes russes. Ses habiletés sociales de base peuvent se détériorer gravement ou produire des effets indésirables qui sont autant de freins à la consolidation de sa personnalité : intolérance à la frustration, impulsivité excessive, sentiment de solitude, capacité diminuée de manier l'abstraction, sentiment d'inutilité et d'incompétence, difficulté à s'autoriser des initiatives, isolement, perte de distance dans l'évaluation de ses prises de risque, etc. La communication du vécu personnel peut aussi devenir très difficile.

À long terme, les impacts négatifs de l'instabilité qui caractérise la vie de rue (au niveau du logement, de l'alimentation, de l'hygiène et du sommeil; aux plans relationnel et de l'investissement des lieux d'identification; au niveau des ressources monétaires, etc.) risquent de marquer fortement le jeune en fragilisant sa santé mentale et physique et en renforçant une forme d'*abandon de soi*⁸. Ainsi, par certains aspects, «l'éprouvé» d'abandon colore le discours et signe certaines pratiques du jeune dans sa vie de rue : j'abandonne ma conscience au travers de la drogue, j'abandonne mon corps en me prostituant, je m'abandonne à l'ordalie dans des pratiques à haut risque et je mets en jeu mon droit à l'existence dans une épreuve contre la mort (Le Breton, 1997; Kammerer, 1992).

Toutefois, malgré les coûts inhérents à l'errance, il est des jeunes pour qui le détour par la rue semble avoir été nécessaire et a pu s'avérer significatif en terme de tremplin pour la reprise de leur développement, à la condition bien sûr d'avoir pu utiliser des «tuteurs» (Cyrulnik, 2001), faire une brèche dans leur expérience

subjective d'abandon de soi et reconstituer des repères. Nous sommes tout de même tentés de qualifier de très étroit le rapport entre l'intensité de «l'éprouvé» d'abandon chez le jeune et son glissement vers l'errance et, par ricochet, vers toutes les conséquences immobilisantes d'une vie précaire. Même s'il est très difficile de poser des axiomes de cause à effet entre l'expérience d'abandon et la stigmatisation de l'errance chez le jeune, nous remarquons chez plusieurs qui s'y inscrivent que les relations avec la famille ont été ou sont encore très difficiles, voire abusives⁹.

En réponse à l'abandon: d'autres formes d'attachement

Il semble que la sécurité seule ne suffise pas à soigner l'«éprouvé» d'abandon, lequel peut donner cours à une recherche effrénée de liens substitutifs capables de remplir les fonctions habituellement dévolues à la famille dans notre société. Lorsque le modèle parental ou le soutien affectif fait défaut, certains jeunes expérimentent, parallèlement à leur recherche d'identité et d'indépendance, d'autres possibilités d'attachement. Ainsi, au comportement d'abandon se conjugue souvent une recherche désespérée d'identification et de reconnaissance par les pairs.

À ce titre, le transfert de la fonction sociale des parents au groupe d'amis est assez fréquent chez les jeunes *de la rue*. Nous les entendons souvent dire que leurs amis constituent leur «seule famille» et les liens d'amitié peuvent être très intenses (les animaux peuvent aussi remplir des fonctions similaires¹⁰). Pour certains, la prostitution semble autoriser, sous toute mesure, une satisfaction momentanée de plusieurs besoins (de survie matérielle, besoins affectifs ou de reconnaissance), tout en permettant l'exercice d'un pouvoir (sur l'adulte) et même dans certains cas, l'accès à un statut et des privilèges (Moïse, 2002; Parazelli, 2002)¹¹. Les intervenants des différents organismes sont aussi très souvent investis fortement par le jeune abandonné, lequel peut se mettre à raconter des épisodes traumatiques de sa vie en profondeur et avec force détails au cours de la toute première rencontre. Il n'est pas rare en effet que les jeunes qui utilisent nos services se livrent sans retenue, comme s'ils ne pouvaient exister, vis-à-vis de l'autre, en dehors de l'exposition de leur problème. Sans vouloir ici généraliser, un bon nombre de jeunes se définissent par le biais de leur problème afin d'être assurés d'obtenir l'attention d'un interlocuteur.

Le défi est de taille pour les différents acteurs amenés à agir ou à réagir pour assurer le bon développement du jeune habitant par l'abandon. En effet, comment, sans se substituer à la famille d'origine, lui proposer un soutien approprié à ses besoins, qui soit ajusté aux phases spécifiques de son développement et tienne compte de son évolution personnelle? Comment l'accompagner tout en l'aidant à reconstruire son espace intime? Comment s'engager auprès de lui tout en autorisant un transfert des acquis dans la relation d'aide à d'autres possibilités relationnelles?

Les enjeux de la précarité rendent le travail d'intervention parfois très difficile et isolent bien souvent cette population en restreignant leur accès aux services appropriés¹² (pensons aux jeunes âgés de 18 à 25 ans par exemple). De plus, il nous est souvent donné de constater la difficulté, pour plusieurs de ces jeunes, d'abandonner les bénéfices secondaires acquis dans la relation d'aide et par le recours à des organismes s'adressant aux personnes en difficulté. Ces questions nous apparaissent importantes et il importe que nous continuions d'y réfléchir, parallèlement à celle qui concerne les façons de relancer la motivation de ces jeunes.

Abandonner l'immobilité pour renouer avec le mouvement

Comment réinventer des espaces transitionnels, générateurs de projets à risques moins élevés que ceux inhérents à la vie dans la rue et pouvant être propices à l'activation de leur résilience mais surtout, susceptibles de les intéresser? (Flamand et Aubin, 2002) Le pari que nous tenons encore aujourd'hui a pris la forme d'un centre de jour¹³ dont le principe directeur est de proposer une remise en mouvement des jeunes présentant des difficultés, quels que soient leur niveau d'autonomie et leurs problèmes vécus dans la rue, des jeunes appartenant à un groupe qui échappe de plus en plus aux définitions de par son hétérogénéité croissante¹⁴.

Par la création d'un centre de jour, nous avons donc voulu leur offrir un lieu de vie propice à la socialisation et pouvant répondre à leurs besoins de base : communiquer, se nourrir, se laver, etc. Il était aussi essentiel que cet espace puisse être reconnu par les jeunes eux-mêmes comme un carrefour créateur et représenter une bâtisse à investir et à construire¹⁵. Diverses activités socio-éducatives et des projets adaptés¹⁶ ont été graduellement mis en place en considérant les différents degrés de maturité, d'autonomie et de difficultés de

chacun. Par ailleurs, il nous paraissait important de continuer à accueillir inconditionnellement les jeunes les plus abîmés dans le même lieu investi par des pairs qui réussissaient peu à peu à actualiser leur potentiel en s'intégrant à des projets ou en entamant des démarches pouvant prendre diverses formes : inscription à l'école, participation aux activités sportives ou culturelles, engagement dans des programmes de réinsertion socioprofessionnelle, investissement de la salle d'art, psychothérapie, etc.

Certes, la rencontre au quotidien de jeunes encore très abîmés peut créer des effets d'entraînement *vers le bas* chez des jeunes en processus mais encore très fragiles. Tout en présentant des enjeux importants et des limites, un tel choix comporte par ailleurs des qualités incontestables et l'effet d'entraînement vers le haut que peut générer le contact de jeunes amenés à se mettre en mouvement est tout aussi observable.

Être en relation ou exister au-delà de son problème

L'expérience d'abandon ou «l'éprouvé» d'abandon peut produire des dégâts énormes dans la vision que le jeune a de lui-même. Tout en ne minimisant pas l'ampleur de ses difficultés, nous adoptons une approche qui tente de lui transmettre qu'il existe au-delà de son problème : «tu n'es pas que le comportement que tu affiches et si je réproue ton comportement à un moment donné, en aucun cas je pense qu'il te définit et tu restes important»¹⁷.

La responsabilité des équipes d'intervention ne consiste donc pas à opérer un changement du jeune mais se situe plutôt dans la mise en place de conditions génératrices de possibilités de changement. Suivant le principe que les individus peuvent reprendre en main leur destin et qu'ils ont la compétence pour se réaliser, et ce, quelle que soit leur condition¹⁸, nous nous posons comme accompagnateur du jeune plutôt que comme responsable de son mouvement.

Nous savons tous que la confiance doit se construire et que les situations d'abandon produisent des plaies qui peuvent être très longues à se refermer et à guérir. En ce sens, nous pensons qu'il importe que l'intervenant qui offre son soutien au jeune en grande difficulté soit extrêmement clair au regard de sa position d'aidant et d'accompagnateur afin de ne pas nuire aux mouvements de reconstruction relationnelle que doit opérer le jeune. Le jeune victime d'abandon est avide de liens significatifs et l'intervenant se

doit de dénouer les enjeux liés à ses propres espérances et se garder de devenir un gourou potentiel¹⁹.

Nous continuons de croire que le jeune doit être en mesure de se réaliser en dehors de nous afin de ne pas devenir dépendant, voire prisonnier de la relation d'aide. Un bon moyen, peut-être, de ne pas se fourvoyer est de s'inscrire dans une pédagogie du *faire avec*: la relation reste entière mais tacitement circonscrite au cadre du projet ou de l'action engagée avec le jeune. Les services sont offerts sur une base volontaire et la collaboration du jeune est régulièrement interpellée. On propose donc du lien, de l'action, un espace de parole, une référence, un outil, mais le jeune est incité à garder le volant. Tout en demeurant alertes, nous tentons de rester souples et de nous ajuster aux différents contextes dans lesquels il est plongé afin d'optimiser la possibilité qu'il utilise les moyens mis à sa disposition, à tel moment donné. Toute la délicatesse de l'intervention tient peut-être dans l'instauration de conditions pour qu'il puisse y avoir²⁰ une relation – dans le sens d'instaurer un contact, apprivoiser, construire du lien (Aubin, 2002) –, sans toutefois que la possibilité d'être du sujet ne soit jamais réduite aux limites de la relation d'aide proposée.

Il importe de se rappeler que les enjeux relationnels sont probablement au cœur des conditions de réussite d'une remise en mouvement du jeune adulte «abandonné». Le travail dans notre centre de jour est donc scandé par l'implication des intervenants à divers niveaux, par un questionnement continu de nos pratiques et une évaluation continue du contexte de vie du jeune de la rue (lequel par définition est soumis au changement) et par la mise en place de nombreux projets qui peuvent les stimuler et contribuer à reconstruire la confiance en leurs capacités d'entrer en relation : avec eux-mêmes, avec leurs pairs, avec d'autres adultes et d'autres univers.

Conclusion

Lorsque le désir du jeune d'aller voir ailleurs l'amène vers la rue, il est souvent perçu par les institutions qui en ont la charge (ou sa famille) comme se mettant en danger, ce qui n'est évidemment pas faux, à certains moments. Bien que la rue présente des dangers que les jeunes ne sont pas toujours à même de mesurer ou de prévenir, retenons que leur fugue ou leur exploration ne signifie pas

nécessairement qu'ils veuillent rompre définitivement les liens avec leur milieu, ni avec leur sécurité. Tout en donnant souvent l'impression qu'ils rejettent le cadre institutionnel ou leur famille, ce qu'ils nous racontent nous autorise à penser qu'ils expriment souvent, par cette mise à distance, des besoins qu'ils ne sont pas toujours habiles à articuler ou à nommer. Nous avons la responsabilité de leur tendre la main, de leur permettre de prendre la parole en toute liberté et de les aider à recouvrer du pouvoir sur leur corps et sur leur histoire afin qu'ils en viennent à prendre des risques plus calculés (Hachet, 2001) sans mettre en péril leur sécurité et leur vie.

Nous pensons que c'est en redécouvrant le plaisir d'être avec, de participer, de s'engager, de s'activer, de penser, d'explorer, d'apprendre et de créer que des jeunes abandonnés pourront renoncer à la tentation de s'abandonner eux-mêmes à la solitude, à l'ordalie, à la désespérance, à leurs élans destructeurs, à leur problème, à la mort. Lorsqu'on lui tend la main et l'interroge, le jeune porté à s'abandonner arrive à exprimer ses désirs et à reconnaître que son monde intérieur est habité par des souvenirs ou des phrases qui résonnent encore au-dedans de lui et dont il ne sait trop en fait que faire. Il nous appartient de le soutenir dans sa recherche de sens, dans sa construction de repères.

Au cours des dernières années, des jeunes nous ont laissé des traces de leur passage : mots, lettres, poèmes, dessins, peintures, objets façonnés de leurs mains, témoignages de gratitude. Certains nous rappellent ou passent nous voir, le temps de nous saluer et de donner des nouvelles. Pour plusieurs jeunes, le centre de jour s'est avéré propice à la création de nouveaux liens, en permettant l'instauration graduelle d'une nouvelle qualité de relation à l'autre, en proposant la remise en mouvement et la mise en action, en offrant des lieux pour l'élaboration de la parole et l'exploration de leur pensée et de leurs talents. Autorisant la remise en question de choix et de pratiques qui pouvaient s'avérer destructeurs pour eux, le centre de jour a contribué à l'éveil de leur vie intellectuelle, à l'élaboration de leur vie psychique, à la stimulation de leur potentiel artistique, intellectuel ou autre et à l'esquisse de projets de vie.

Bien sûr, il nous reste beaucoup à comprendre car parmi ces jeunes abîmés, nombreux sont ceux qui demeurent isolés et souffrants malgré nos tentatives pour leur tendre la main. Ils sont toujours

exposés à des risques, menacés d'abandon de soi et d'enfermement dans la «dangereuse» errance (Montminy, 2003; Perrot et al., 1994) : par le temps qui passe (qu'advientra-t-il d'eux après 25 ans?), par le manque de ressources, par le manque de compréhension ou de collaboration entre les différentes instances du réseau, et quoi encore. C'est pourquoi il nous apparaît plus qu'essentiel de faire une brèche dans nos structures respectives, urgent de se donner le temps et les moyens de comprendre cette «dérive» psychologique (Verreault, 2003) que constitue, selon nous, le phénomène d'abandon de soi et qui menace le devenir des jeunes qui vivent de grandes difficultés. Le centre de jour demeurera une expérience réussie dans la mesure où nous continuerons et réussirons surtout à interpeller le réseau.

Pour conclure, nous dirions que ce n'est probablement pas sans rapport avec ces constats d'abandon que les équipes d'intervention continuent d'être fidèles à un principe de base cher au fondateur de l'organisme, à savoir qu'il faut être en mesure d'offrir un accueil de type convivial aux jeunes qui se présentent à notre porte (au sens d'un rapport positif entre personnes au sein de la société) :

Je veux que le jeune arrive chez nous, comme s'il arrivait dans sa famille, après un long voyage et que le monde puisse le recevoir, lui offrir à boire et à manger, un lieu de repos et pour faire sa toilette et qu'enfin on écoute ce qu'il veut nous dire. (Père Emmett Johns, Pops)

Notes

1. « [Chez les jeunes de la rue], 70 % ont déjà fait une fugue et 60 % ont déjà été expulsés de leur foyer » (Direction de la santé publique, 2002).
2. À cet égard, voir la distinction établie entre dépression et désespérance dans le rapport du Ministère de l'emploi et de la solidarité du gouvernement français (2000).
3. Rappelons que la vie de rue n'est pas nécessairement une expérience négative : « La trajectoire de certains jeunes montre que la rue peut constituer un répit momentané par rapport aux expériences négatives vécues dans d'autres espaces : famille, école, centre d'accueil, travail... Ainsi la rue devient l'espace qu'ils veulent investir pour y connaître des expériences plus heureuses. » (Parazelli, 2002, p. 118)
4. Selon une étude menée par le GRIJA, 70 % des jeunes concernés par l'étude maintenaient un lien minimal avec leurs parents, malgré le mode conflictuel et violent de celui-ci. Le réseau relationnel des jeunes adultes itinérants apparaît précaire et réduit.
5. « Consciente de la protection matérielle que lui procure le centre d'accueil, elle sait toutefois qu'elle ne peut y trouver une réponse à ses désirs affectifs. » (Parazelli, 2002, p. 187)

6. Parfois, c'est sur la personne même que l'investissement et l'indépendance se réalisent (Aubin, 2000).
7. Peut-être la fusion permet-elle de s'oublier, se fondre, s'abandonner à l'action, à l'autre, sans être mis en jeu soi-même, sans avoir à en décider et surtout à en être responsable.
8. À ne pas confondre avec le non agir en tant que prise de pouvoir de l'adolescent et force du dominé, que nous décrit Marguerite-Michelle Côté (1991), mais à prendre dans le sens décrit par Le Breton (1997) : « Le jeune découvre un sens et une valeur à son existence à travers la résolution d'une crise personnelle et non plus en se reconnaissant d'emblée dans le système de sens de sa société, mais en sollicitant la mort, au risque inconscient et symbolique de sa vie. Quand les autres modes de symbolisation ont échoué, échapper à la mort, réussir l'épreuve, administrent la preuve ultime qu'une garantie règne sur son existence. La mise à l'épreuve de soi, sur un mode individuel, est l'une des formes de cristallisation moderne de l'identité quand tout le reste se dérobe. »
9. À ce titre, consulter l'étude comparative entre deux groupes de jeunes pris en charge par les Centres jeunesse du Québec, dans Robert M, Desrochers M. (éds) *Freiner la marginalisation : Un effort collectif*. Direction de la Santé publique, RRSSS, 2002, no 2.
10. Dans son travail de maîtrise (2000), Louise Rinfret fait mention de l'assistance animale dans la thérapie par l'art dramatique et de ses effets positifs dans la hausse de comportements prosociaux ainsi que comme source d'apprentissage du « prendre soin ».
11. Des témoignages illustrent cela : « J'avais le goût qu'on s'occupe de moi... Ma famille ne me voulait pas... [ma mère] ne m'a jamais serré dans ses bras... C'est peut-être cela que je recherchais aussi en allant voir les vieux bonshommes. Eux, ils me serraient dans leurs bras. » (Parazelli, 2002, p. 206) « J'ai des clients qui sont très bien placés, si je te dis tout ce que je peux leur faire faire... Je me vois plus que lui [le client] et je me console en me disant que finalement, j'ai autant de pouvoir que lui. » (Moïse, 2002, p. 75)
12. Étant donnée leur méfiance intense, les personnes qui ont été victimes sont portées à rester en marge des services et à reproduire une qualité de relation caractérisée par le rejet, l'abandon, l'abus (Vincent, Veilleux et David, 2003).
13. Le groupe de travail qui a produit *Un Québec fou de ses enfants* en 1991 considérait prioritaire la création de centres de jour dans l'élaboration de tout programme de prévention des problèmes de santé physique et psychosociale des enfants et des jeunes.
14. « Donner une définition universelle à cette population est difficile... Face à cette diversité les chercheurs et les intervenants se donnent des définitions opérationnelles. De plus, cette population cumule souvent des problématiques qui se rajoutent les unes aux autres et compliquent sensiblement le travail et les compétences nécessaires pour lui venir en aide » (Rapport de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre et de la Santé publique, point 3.2.2, 2002).
15. Le projet de *Dans la rue* n'est pas entièrement un projet d'éducation populaire, coopératif ou communautaire comme pouvait l'être le projet de centre communautaire punk «l'X» de Montréal où les jeunes pouvaient pleinement être les acteurs de l'ensemble du projet. Le centre de jour «Chez Pops» est un projet d'intervention qui s'adresse à des jeunes très différents dans les problématiques qu'ils vivent et dans leur position par rapport à celles-ci. Nous avons choisi d'être (l'équipe d'intervention) en contrôle du cadre général du projet afin de garantir un environnement acceptant et structurant pour tous, et de ne pas nous servir de la structure comme d'un outil d'éducation en tant que tel. Par exemple, nous possédons de nombreux espaces et projets, tel que l'école où les jeunes opèrent

des apprentissages et initient des projets. Mais nous ne leur offrons pas de place en représentation sur notre conseil d'administration.

16. Consultez le site de l'organisme, www.danslarue.org afin d'avoir un bon aperçu de la variété des services offerts.
17. Il importe cependant de rester exigeant avec le jeune afin de lui signifier notre intérêt pour sa personne et de ne pas reproduire une qualité de relation pouvant rappeler le vécu avec un parent trop permissif par désengagement.
18. « J'ai cependant réalisé très tôt, d'une part, l'importance de respecter l'autonomie de chacun et, d'autre part, la capacité qu'ils ont tous, en tant qu'êtres responsables, de se doter d'un contexte de vie adéquat. Il est malheureusement trop fréquent qu'un urgentologue veuille imposer une solution évidente à la personne en détresse, plutôt que de donner priorité à l'autonomie de celle-ci ainsi qu'à ses choix responsables. » (Lamarre, 1998, p. 173) « Les employés d'un centre de jour ont la tâche de faciliter l'action, ils ne sont pas rééducateurs et n'imposent pas leurs solutions. » (Côté, 1991, p. 173)
19. En ce qui a trait au phénomène de dépendance à un «berger», lire l'ouvrage de Jean-Yves Roy (1998).
20. Le film Être et avoir de Nicolas Phillipbert (2002) illustre bien l'importance d'une implication dans la relation pédagogique et d'aide, parallèlement à la nécessité de ne pas se substituer au milieu «naturel» de la personne.

ABSTRACT

After tracing back the various forms of victimization and abandonment that often plagued the life of youth received at Dans la rue, the authors consider the goals and objectives that led to the creation of the day center. When assessing the multi-disciplinary status of the project, they discuss their intervention model where youths are offered alternatives and various settings to practice self expression, reactivate thought process and make autonomous choices in developing their talents and new models of relationships.

Références

- Aubin D, Flamand S.** *Prendre le large, une expérience novatrice d'intervention auprès des jeunes toxico-manes.* Forum mondial drogues et dépendance: Enjeux pour la société, 2002.
- Aubin D.** Rejoindre les jeunes de la rue. *PRISME* 2002, Dossier Corps - Culture - Identité, No 37 : 144-150.
- Aubin D.** Le corps, lieu de repères pour les jeunes de la rue ou la quête d'un territoire d'appartenance. *Santé mentale au Québec* 2000; XXV(2) : 90-108.
- Côté MM.** *Les jeunes de la rue.* Montréal : Liber, 1991.
- Cyrułnik B.** *Les vilains petits canards.* Paris : Odile Jacob, 2001.
- Direction de la santé publique** *Les jeunes de la rue : En marge des services, au centre de nos préoccupations. Prévention en pratique médicale,* Montréal, septembre 2002.
- Hachet P.** *Ces ados qui jouent les kamikazes.* Paris : Éditions Fleurus, 2001.
- Kammerer P.** Comment cesser d'être «celui qui pourrait mourir»? Dialogue. *Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 2^e trimestre, 1992.
- Lamarre S.** *Aider sans nuire : De la victimisation à la coopération.* Montréal : Éditions Lescop, 1998.
- Le Breton D.** Jeux symboliques avec la mort. *Religiologiques. Rituels sauvages* 1997; 16 : 55-65.
- Lussier V, Poirier M, Letendre R, et al.** La quête au cœur de l'absence : Les réseaux relationnels de jeunes adultes itinérants. *Revue québécoise de psychologie* 2002; 23(3).
- Ministère de l'emploi et de la solidarité.** *Rapport du groupe de travail sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.* Chapitre 1 : Concepts de santé mentale, souffrance psychique, situations de crise et troubles psychiques. Haut comité de la santé publique, février 2000. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_000200_1.htm
- Ministère de la santé et des services sociaux.** *Un Québec fou de ses enfants.* Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Gouvernement du Québec, 1991.
- Moïse J.** *Adolescence, initiation et prostitution.* Montréal : Éditions du Mistral, 2002.
- Montminy MJ.** L'enfermement dans l'errance. Trois-Rivières. *Le Nouvelliste*, 21 mars 2003.
- Parazelli M.** *La rue attractive : Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue.* Presses de l'Université du Québec, 2002.
- Perrot M, Birraux A, Goldberg F, Gutton P.** Le chevalier errant comme figure valorisante de l'errance. *Adolescence* 1994; 23 : 19-35.
- Poirier M, Lussier V, Letendre R, Michaud P, et al.** *Relations et représentations interpersonnelles de jeunes adultes itinérants. Au-delà de la contrainte de la rupture, la contrainte des liens.* Montréal : GRIJA, 1999.
- Rinfret L.** *L'imaginaire et la réalité des jeunes de la rue à travers la thérapie par l'art dramatique.* Mémoire de maîtrise. Université Concordia, 2000.
- Roy É, Nonn É, Haley N, Morissette C, Frappier JY.** *L'initiation et les pratiques d'injection chez les jeunes UDI de Montréal.* Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre et de la Santé publique, 2002.
- Roy JY.** *Le syndrome du berger : Essai sur les dogmatismes contemporains.* Bibliothèque nationale du Québec : Les Éditions du Boréal, 1998.
- Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime.** *Les jeunes de la rue... une vie marquée par la violence, les mauvais traitements et les placements. Freiner la marginalisation : Un effort collectif (2),* Association des Centres Jeunesse du Québec, juin 2002.
- Verreault R.** *De la dérive des rives.* Société psychanalytique de Montréal. Table ronde Julien-Bigras L'Exil, octobre 2003.
- Vincent M, Veilleux PC, David H.** Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés. *Santé mentale au Québec* 2003; XXVIII(1) : 212-231.

Un enfant choisit ses parents adoptifs

L'histoire de Samuel, cet enfant qui a choisi ses parents adoptifs après avoir connu une petite enfance et des premières années terribles dans sa famille d'origine, représente une expérience d'intervention sociale réussie. Avant d'en dévoiler la fin heureuse, j'indiquerai brièvement les antécédents familiaux qui permettent de mieux comprendre certains gestes qui ont pu être posés et je rapporterai ensuite l'itinéraire des huit premières années de vie de cet enfant dont j'ai été témoin, depuis l'âge de trois ans à huit ans et demi. Samuel est le cadet d'une famille de trois enfants, dont les parents ont vécu ensemble durant cinq ans. Lorsque Samuel est né, ses deux sœurs faisaient déjà l'objet de mesures judiciaires et bénéficiaient d'un suivi à la Protection de la jeunesse après avoir reçu les services du CLSC.

Nicole Audet

L'histoire sociale du père de Samuel est très pénible. Au cours de ses premières années passées auprès de ses parents biologiques, il a été victime de négligence et d'abus physique jusqu'à ce qu'il soit placé en famille d'accueil à l'âge de trois ans. Il fut alors abandonné et placé jusqu'à sa majorité. Il a connu différents milieux d'accueil où il a subi de la violence, du rejet et de l'abandon. Devenu adulte, il a un dossier judiciaire qui indique des voies de fait sur sa conjointe et sur des tierces personnes, des bris de probation et des accusations de possession de stupéfiants. C'est un individu suspicieux, méfiant, qui défie toute autorité. Vindictif, hostile et très agressif, il présente des traits antisociaux et par suite, un haut niveau de mésadaptation sociale. Sa rage importante combinée à sa sensibilité à la moindre critique et sa suspicion ont donné lieu à des crises et des explosions imprévisibles et irrationnelles chez cet homme révolté qui refuse les valeurs et les standards de la société.

Intervenante sociale à l'application des mesures au Centre jeunesse de Québec, l'auteure est vice-présidente du Conseil multidisciplinaire de cette institution.

Adresse : 540, boul. Charest Est Québec (Québec) G1K 8L1

Courriel : NicoleAudet@ssss.gouv.qc.ca

(185)

Quant à la mère de Samuel, elle vient d'un milieu défavorisé; son père, alcoolique, est décédé alors qu'elle avait douze ans. Sur le plan scolaire, elle a eu des difficultés d'apprentissage mais pas de problèmes de comportement. Son intelligence se situe au niveau «limite», ce qui entrave son jugement et sa compréhension. Elle a quitté le milieu familial à 18 ans. L'union avec le père de Samuel s'est amorcée d'une façon assez rapide, puisqu'un mois après avoir fait sa connaissance, elle était enceinte et a eu les trois enfants au cours des cinq années de vie commune qui ont suivi.

Le couple vivait dans une mésentente continue. La mère n'avait aucune influence sur son conjoint, que ce soit au niveau des méthodes éducatives ou sur la façon d'utiliser les ressources financières de la famille. Centrée sur sa vie personnelle, elle ne réussissait pas à concilier ses besoins avec ceux de ses enfants. Elle passait ses journées à écouter la télévision et exécutait très lentement quelques tâches ménagères. Les enfants étaient négligés et peu stimulés. La mère ne parvenait pas non plus à s'opposer au père mais lui cédait plutôt toute la place et fuyait les multiples demandes qui entraient en conflit avec l'organisation de sa propre vie. Elle restait impassible devant les accès de colère du père qui frappait les enfants, et elle prit graduellement distance, ne reconnaissant pas le besoin d'une présence maternelle auprès des enfants. Ainsi, Samuel pouvait passer de longues heures seul dans son lit, sans que la mère réponde à ses besoins et à ses appels. Un rapport médical, rédigé alors que Samuel était âgé de sept mois, identifie déjà une hygiène déficiente (l'enfant est sale et a plusieurs érythèmes). Son poids et sa taille sont en bas des percentiles normaux, il ne gazouille pas et ne sourit pas. Le médecin est impressionné par l'absence de contact visuel chez l'enfant et par son absence de réactions à l'examen médical qui devait pourtant être douloureux pour lui. Jamais l'enfant n'a fait appel à sa mère.

La mère n'a pu investir aucun de ses trois enfants et les a abandonnés, quelques mois après cette visite, alors que Samuel était âgé de un an. Pendant les deux années suivantes, les trois enfants furent maintenus auprès de leur père qui en assumait seul la garde.

Au printemps 1996, alors que Samuel était âgé de trois ans, différents signalements, la plupart anonymes, mirent en lumière le mode de vie et le comportement du père qui consommait de la drogue et se piquait devant ses enfants (qui ont longtemps refusé tout

examen médical, très marqués par cette image de leur père qui se mettait un garrot, se piquait et du sang coulait de ses veines). Les enfants manquaient de nourriture, leur habillement et leur hygiène étaient négligés ainsi que la propreté de leur milieu de vie. Les signalants refusent toutefois de se compromettre et expriment clairement avoir vécu des menaces de la part du père. Les enquêtes faites auprès des voisins, propriétaires ou personnes significatives auprès de la famille s'avèrent vaines. Les professionnels impliqués auprès des enfants minimisent les difficultés, préférant ne pas confronter le père qui explose à la moindre contrariété. Le père bat les enfants, il crie et sacre, les frappant à coups de poing, coups de pied et claques au visage. Monsieur vend de la drogue et fréquente des gens marginaux souvent associés à des milieux criminalisés. Ces personnes circulent dans la maison et les enfants se retrouvent souvent au milieu de fêtes orgiaques où tous les excès sont permis. Parfois, ces fêtes dégénéraient en querelles qui nécessitaient une intervention policière. À ces occasions, les enfants étaient malgré tout laissés au père qui, aux yeux des policiers, n'avait peur de personne et semblait invincible.

A cette même époque, ayant reçu l'information que les enfants étaient absents de la maternelle et de la garderie depuis plusieurs jours, malgré l'ordonnance de fréquentation émise par le tribunal, je me présentai au domicile par une journée radieuse vers les 13h00. Tous les rideaux étaient fermés. Je frappe et Monsieur ouvre la porte mais la referme dès qu'il me voit. Spontanément, j'ai alors eu le réflexe de mettre mon pied pour empêcher la porte de se refermer. Les enfants étaient dans un état lamentable : sales, en pyjama, ils n'avaient pas mangé. Le père était malade, suite à des excès de la veille. Nous l'obligeons alors à reconduire les enfants à l'école, ce qu'il fait.

Durant les semaines suivantes, des gens du milieu (prostituées, vendeurs de drogues, etc.) dirent eux-mêmes que la situation était inacceptable pour des enfants et confirmèrent la négligence, les abus physiques et sexuels, tout en refusant de témoigner. Quelque temps après, je reçus un appel de l'école réclamant notre intervention. L'aînée se réfugiait dans les toilettes dès qu'elle le pouvait et commettait des gestes sexualisés sur d'autres enfants; la fillette avait aussi un «œil au beurre noir». Les trois enfants tremblaient de peur et leurs yeux étaient cernés de fatigue. Devant l'offre que je leur

fis de les amener au bureau, puis de les placer en famille d'accueil, les enfants furent pris de panique et dirent que leur père allait les tuer, de même que moi. J'ai dû passer de longues heures avec eux pour les sécuriser avant de les laisser dans leur milieu d'accueil. Le père s'est présenté ensuite au bureau, en se montrant très agressif et en proférant des menaces. Nous avons dû demander l'assistance policière au cours de cette journée, et par la suite, lors de chaque audition au Tribunal. Le juge de garde n'a pas facilement accordé le placement en famille d'accueil des trois enfants, mettant en doute la nécessité d'une mesure d'urgence.

Au cours des années suivantes, le suivi social des trois enfants a permis de recueillir d'autres indications concernant la négligence, les abus physiques et sexuels vécus par eux. Entre autres, l'aînée, alors âgée de quatre et cinq ans, assumait les soins de base de son frère (changer ses couches, préparer et lui donner ses biberons), elle le gardait parfois toute la nuit et le corrigeait comme le faisait leur père. Elle a verbalisé que Samuel avait été victime d'abus physiques et sexuels (fellation, coups et menaces au couteau). Les deux filles dirent aussi avoir été victimes d'attouchements sexuels de la part de leur père et de leur tante paternelle qui faisait de la prostitution à la maison. Samuel a été témoin, parfois visuel mais toujours auditif, des nombreux abus sexuels vécus par sa sœur aînée qui pleurait et hurlait son désespoir. Les enfants étaient gardés fréquemment jusqu'à des heures tardives par des personnes inadéquates qui ne savaient pas à quel moment le père projetait de les reprendre, ou encore celui-ci laissait les enfants seuls, enfermés dans la maison pendant des nuits entières.

Suivant la mesure d'urgence prise en juin 1996, les trois enfants furent placés séparément en famille d'accueil de dépannage, tout en favorisant des contacts réguliers entre eux. Il fallut une dizaine de jours d'audition à la Chambre de la jeunesse pour entendre cette cause et nous avons obtenu, onze mois plus tard, soit en mai 1997, une ordonnance qui prévoyait cinq ans de placement en famille d'accueil pour les trois enfants.

L'évaluation de Samuel mit alors en évidence une immaturité dans le développement de son identité et une insécurité de base importante. On notait un monde intérieur douloureux que l'enfant cherchait à fuir et un mouvement d'identification vers un mode relationnel marqué par la domination et l'humiliation. Samuel présentait une grande

carence affective. Il ne regardait pas les gens, s'accrochait au corps de sa mère d'accueil et était incapable de tolérer la moindre interruption de cette relation proximale. L'insécurité était dominante chez l'enfant et l'ampleur de son malaise pouvait être qualifiée de traumatique. Ceci indiquait une insuffisance dans l'intériorisation de modèles relationnels sécurisants comme appui à la construction de l'identité. Samuel se montrait résigné devant le manque. Ayant l'habitude de se débrouiller seul, il n'avait pas tendance à solliciter de l'aide ou du réconfort dans des situations difficiles ou douloureuses. Avec les pairs, il pouvait être dominant, agressif et tenter d'humilier les plus faibles. Il avait besoin d'une rééducation complète dans tous les aspects de sa vie.

Pendant les quatre premiers mois de leur placement, de juin à septembre 1996, les deux parents visitèrent séparément et sous supervision leurs enfants à la Maison de la famille. Les enfants se montraient agités et agressifs lors des transports. L'aînée a même tenté de projeter sa sœur hors de l'auto qui était alors en mouvement. Les rencontres entre parents et enfants ont toujours été très difficiles et tumultueuses.

En septembre 1996, la mère a déménagé dans une autre région et pris un nouveau conjoint. Elle a donné naissance à deux enfants qui seront plus tard signalés et suivis à la DPJ. Cette mère ne s'est jamais mobilisée pour régler ses difficultés personnelles. Elle n'a plus cherché à avoir de contact direct avec les enfants et a seulement demandé des photos, une fois l'an. De son côté, le père est déménagé dans la région de Montréal et a reproduit le même scénario avec une nouvelle conjointe qui a été victime de violence conjugale. Ils ont eu ensemble un enfant qui fut signalé et suivi par la LPJ. Monsieur s'est informé des enfants et a demandé des photos à quelques reprises durant les deux premières années de leur placement, mais depuis 1998, nous sommes sans nouvelles de lui.

En octobre 1996, Samuel fut transféré avec sa sœur dans une famille d'accueil régulière, alors que l'aînée était placée dans une famille d'accueil de réadaptation à cause d'importants problèmes de comportement. Son agressivité était d'une telle ampleur que les deux plus jeunes se désorganisaient en sa présence. Nous avons dû espacer les rencontres entre les enfants, qui ont fini par cesser totalement.

Deux ans plus tard, en avril 1998, Samuel présentait un certain

attachement envers sa famille d'accueil, mais il jouait peu, n'initiait pas de jeux, était passif et évoluait peu au niveau des apprentissages. Il avait aussi mis beaucoup de temps à acquérir des habitudes alimentaires et hygiéniques appropriées. Il traînait partout un sac à dos (raton laveur) qu'il avait reçu en cadeau, peu de temps après son placement. Lorsqu'il se faisait garder, il réagissait énormément à l'absence de sa mère d'accueil en refusant de se coucher, en sautant sur le lit et en se frappant jusqu'au point de se faire des lésions cutanées.

Globalement, l'évaluation lui accordait un âge mental de 4 ans 2 mois pour un âge chronologique de 5 ans 1 mois, ce qui correspondait à un quotient de développement au niveau de la lenteur. Le développement du langage était plus ardu et les connaissances pratiques le situaient alors à trois ans dix mois.

C'est à ce moment que dans le cadre de son travail, le père d'accueil fut transféré sur la Côte Nord. Spontanément, les deux enfants exprimèrent le désir de déménager avec eux. Ils appelaient les parents «papa» et «maman» et il semblait y avoir un attachement significatif de part et d'autre. Les parents étaient même ouverts à une adoption éventuelle.

Un an plus tard, au printemps 1999, un signalement faisait état que Samuel était victime de rejet et d'abus physique de la part des parents d'accueil. Sa sœur, Marie, répondait bien aux attentes de la famille, mais la passivité et le retard de Samuel exacerbaient particulièrement la mère d'accueil qui admit l'avoir frappé et demanda le déplacement de l'enfant. Marie décida de suivre son frère et les deux enfants furent déplacés dans une famille de type banque mixte au mois d'avril de cette année-là.

Les enfants s'adaptèrent bien à ce nouveau foyer tout en gardant la même école et les mêmes amis. Les parents exprimèrent le désir que les enfants fassent partie de la famille et ils entretenirent un projet d'adoption avec eux. Entre-temps, ils réalisèrent un autre projet d'adoption internationale qui était déjà en cours et adoptèrent deux enfants haïtiens.

Cinq mois plus tard, en septembre, Samuel se mit à manifester des comportements questionnants : masturbation et gestes à caractère sexuel sur les autres enfants de la famille, et malgré des interventions, il recommençait. Il était aussi devenu très difficile, s'était mis à sacrer, à être violent avec les autres enfants, à tirer des cailloux sur les

autos. Les parents demandèrent son départ mais cette fois, Marie refusa de suivre son frère, admettant être elle aussi victime d'attouchements de la part de ce dernier, mais qu'elle ne le disait pas pour le protéger.

Samuel est donc revenu de Sept-Îles à Québec, seul en avion, au début d'octobre 1999. Durant toutes ces années, j'étais et je suis restée la personne autorisée pour les situations concernant les trois enfants. J'ai coordonné les plans d'intervention et communiqué régulièrement avec les professionnels de la région qui intervenaient auprès d'eux. J'ai aussi entretenu une relation directe avec les enfants par l'entremise du courrier et en leur parlant au téléphone dans leurs différents milieux de vie (famille d'accueil, école, bureau de l'intervenante...). Étant la personne qui les avait retirés de leur situation familiale très alarmante, je suis restée une personne de référence pour Samuel. Jamais personne n'avait eu gain de cause sur leur père et même s'ils étaient placés en famille d'accueil, les enfants continuèrent de le craindre pendant plusieurs années.

À son arrivée à l'aéroport, Samuel s'est lancé dans mes bras et m'a vite montré que raton était sur son dos et qu'il le suivait partout. J'ai pris le temps de l'accueillir et le sécuriser en passant toute la journée avec lui après lui avoir bien expliqué qu'il habiterait pour un certain temps (qui pouvait être long) chez des religieuses qui allaient prendre soin de lui temporairement afin de nous permettre de lui trouver une famille.

Samuel a exprimé à ce moment qu'il s'ennuyait beaucoup de sa sœur qui, elle, avait une vraie famille. À l'école, il apparaît perdu et lunatique. Bien que les évaluations démontrent un bon potentiel, il a de grandes difficultés d'apprentissage, et même en sous-groupe, il ne suit pas. Par contre, au plan des relations, il entre facilement en contact avec les adultes et les pairs, mais il se montre très influençable. Il est peu disponible pour apprendre et souvent, il fuit le groupe et s'assoit dans le corridor, l'air triste.

La psychologue scolaire a souvent sonné l'alarme, se disant inquiète de l'état dépressif de l'enfant, de sa grande détresse intérieure et de son état de carence affective. Samuel semble suspendu en attente d'une relation soutenante et durable pour s'y accrocher et se développer. Il dit à toute personne qui veut bien l'entendre qu'il est là parce qu'il attend que son intervenante sociale lui trouve un papa et une maman.

Chez les religieuses, Samuel adopte un bon comportement : il répond bien à l'encadrement, est gentil, attachant, se conforme aux exigences et aucun geste sexualisé ne se produit. À l'école, il présente des problèmes d'apprentissage dans toutes les matières mais se montre sensible, affectueux et gratifiant envers son professeur.

L'automne passe, et Samuel attend toujours. Entre-temps, des gens démontrent de l'intérêt pour cet enfant mais les évaluations s'avèrent négatives. La période des Fêtes est particulièrement douloureuse pour lui, malgré plusieurs activités qu'il a pu faire avec des bénévoles.

En janvier 2000, Samuel apparaît plus apeuré et perdu que jamais. Il commence à toucher à son pénis en classe, puis cesse dès qu'on intervient. Il est affectueux et reconnaissant pour la moindre petite chose qu'on lui offre. Il devient de plus en plus urgent qu'il ait une famille. Je dois le rencontrer très régulièrement, car Samuel présente plus d'éléments dépressifs. Son désespoir augmente même s'il s'accroche encore. Il est dans un grand vide bien qu'il ait encore la capacité à s'investir. Son identité est très fragile. Samuel exprime à tous ceux qu'il rencontre son besoin d'avoir une famille. Il est maintenant connu de l'ensemble du personnel de l'école.

En février 2000, une dame qui est professeur à l'école et qui parle régulièrement à Samuel a un accident et par suite, une jambe dans le plâtre. Samuel se met à prendre soin d'elle, lui ouvrant les portes, tenant ses bagages et s'informant de sa santé. C'est alors que Madame m'a téléphoné pour s'informer plus sérieusement de la situation de cet enfant et qu'elle en a discuté avec son mari. J'ai ensuite rencontré ce couple de parents qui ont trois filles et le processus d'évaluation a commencé.

Un mois plus tard, l'évaluation de la famille était bien amorcée et très positive, mais pas encore terminée. Nous étions le lundi avant la semaine de relâche et les parents trouvaient dommage de ne pas profiter de cette période de vacances pour mieux connaître Samuel. Le lendemain, nous avons donc amené Samuel à la résidence de la famille. Il connaissait déjà Madame mais n'avait jamais rencontré Monsieur. Assis au salon, nous pouvions voir les personnes qui entraient dans la maison. Dès que Samuel aperçut Monsieur, qui est un homme assez imposant, il partit dans une course effrénée, si bien que j'ai cru qu'il prenait la fuite, mais il s'élança plutôt dans les bras de Monsieur, l'étreignit fortement et l'appela affectueusement «papa». Monsieur, très ému, en est resté bouche bée. Lors d'une

audition au tribunal, Monsieur a raconté avec beaucoup d'émotion ce premier contact avec Samuel qui l'a conquis dès le départ.

Trois jours plus tard, Samuel partit avec eux pour dix jours de vacances avec la promesse que s'il s'ennuyait ou s'il y avait un problème, il pourrait retourner chez les religieuses. La famille a un joli chalet à la campagne, près d'une rivière, chalet très bien équipé mais sans électricité. Samuel a participé à toutes les activités avec la famille et a apprécié la vie dans la nature. Il a démontré beaucoup d'habileté à apprendre des sports qu'il ne connaissait pas et a participé avec le père à la construction d'une cabane dans le bois pour lui. Il n'a jamais voulu retourner chez les religieuses, et n'a même pas voulu accompagner ses parents au moment d'aller chercher ses effets personnels.

En début d'intégration, Samuel était exagérément séducteur, mais il s'est bien adapté par la suite. Il a pris sa place et développé un réel attachement envers ses nouveaux parents et ses trois sœurs. Les photos de famille ont été reprises avec Samuel au centre. Durant les mois qui ont suivi, il a fait des progrès prodigieux sur le plan scolaire et a réussi son année. Malgré son lourd passé, il a un bon potentiel et une force de vie et d'adaptation très grande. Il a récupéré progressivement son retard de développement.

Samuel a exprimé le besoin de changer de nom et de faire vraiment partie de la famille. Quelques auditions au tribunal ont eu lieu et un an et demi plus tard, en septembre 2001, nous avons obtenu un jugement d'admissibilité à l'adoption.

En conclusion, voici en quelques mots ce qu'est devenu Samuel. J'ai téléphoné à sa mère qui m'a donné avec grand plaisir de ses nouvelles. Je dois mentionner que Samuel n'a pas choisi n'importe quel parent : Monsieur et Madame sont des gens brillants, qui ont un grand cœur, pour qui la vie familiale est primordiale et qui sont engagés socialement. Ils ont trois filles fantastiques. Toute la famille était enthousiaste à l'idée d'accueillir Samuel et ils lui ont manifesté un amour et un engagement total.

Durant les six premiers mois, Samuel faisait tout pour charmer. Il se prêtait aux caprices de chacun pour se faire accepter. Puis, le naturel est revenu, la plus jeune des filles le cherchait et le provoquait souvent, elle a fini par le trouver et Samuel s'est affirmé. Son adoption concrète a marqué un point important et il a vraiment fait

son nid par la suite. Aujourd'hui, Madame dit ne ressentir aucune différence dans l'amour qu'elle porte à Samuel et à ses propres enfants. Elle aime Samuel comme si elle l'avait porté et a l'impression qu'il a toujours été avec eux.

Samuel aura 11 ans dans un mois. À l'école, il fonctionne bien, ses notes sont dans la moyenne, il ne se montre pas violent et ne vit pas de retrait. Il a encore besoin d'encadrement, car s'il est laissé à lui-même, il quitte facilement la tâche pour faire le guignol. Il ne déteste pas l'école, bien que ce ne soit pas sa passion. À la garderie, ça va très bien : il ne vit pas de conflit avec ses amis, et participe bien, c'est leur «grand» et il est adoré. Lorsqu'il se trouve dans un contexte ludique, il fonctionne au-delà des espérances. Il fait du kung-fu. Très apprécié, il excelle même, et son professeur dit combien il est plaisant de travailler avec Samuel, parce qu'il a un bel intérieur. Il fait aussi du théâtre depuis deux ans. Dans ce milieu, il «performe» et est vu comme ayant beaucoup de maturité. Tout le monde l'aime. Il est une vraie petite vedette.

Lors des soupers de famille, Madame est impressionnée par son incroyable capacité à faire la synthèse des événements qui se sont produits dans la semaine. Il est brillant, affectueux, très doux, beau comme un cœur, dit-elle, encore plus beau que du temps où je l'ai connu. C'est un enfant très heureux, enjoué et complètement transformé.

En regard de l'évolution de Samuel

Malgré l'évolution extraordinaire de cet enfant, telle qu'elle est rapportée ici, Samuel porte quelques séquelles de son passé. Ainsi, après un événement difficile, il a réagi à quelques reprises par des gestes sexualisés inappropriés, comme de laisser tomber son pantalon par terre ou mettre les mains sur la poitrine d'une fille. Il cherche encore à séduire et dans certaines circonstances, il a de la difficulté à s'affirmer. Bien qu'il soit très affectueux, il conserve une certaine crainte et une distance face au père. Il n'aime pas se faire réprimander. Il présente certains traits de carence affective, à savoir, il est très sociable avec tout le monde sans distinction et accumule beaucoup d'objets. Il a besoin d'avoir des choses à lui tout seul et adore faire des collections.

Au plan cognitif, ses connaissances générales demeurent limitées. La mémoire est à court terme, il est parfois confus dans le temps et parle de son passé en fabulant positivement ou négativement

selon les circonstances. L'école n'est pas son fief; il n'aime pas les efforts intellectuels trop longs et s'impatiente facilement. Il manque de maturité, ce qui se traduit par le fait qu'il développe des liens d'amitié avec des enfants d'un ou deux ans plus jeunes que lui. Par contre, il a une bonne capacité de synthèse et dans un contexte ludique, il fonctionne au-delà des espérances.

Pour ceux qui s'interrogent sur les facteurs de succès, remarquable dans ce cas, nous croyons que ces facteurs sont de trois ordres. Nous sommes en présence d'un enfant vraiment résilient qui, malgré certains éléments dépressifs qui le menaçaient, s'est toujours accroché et a gardé espoir. Son immense désir d'avoir une famille l'a maintenu en état de survie et lui a permis de conserver une capacité à investir affectivement.

En deuxième lieu, les parents adoptifs de Samuel possèdent des caractéristiques vraiment inusitées. Faisant vie commune depuis plus de 25 ans, ce couple a vécu des expériences dans sa jeunesse qui lui a permis de développer une ouverture d'esprit, un engagement social et une complicité hors du commun. Leur acceptation inconditionnelle de cet enfant a permis à Samuel d'être sécurisé et d'évoluer à son rythme. Monsieur et Madame étaient très réalistes quant aux difficultés d'apprentissage ou de comportement qui pouvaient survenir et ils n'ont pas établi d'attentes ou d'objectifs à atteindre. « L'aimer, lui offrir une famille et lui permettre d'aller aussi loin qu'il le pourra ».

Enfin, la stabilité et l'implication de l'intervenante sociale, qui a été la même durant toutes ces années et qui était une personne référente et significative pour cet enfant, nous apparaissent comme un facteur qui a très certainement été déterminant dans ce cas.



Abandon et Résilience

**Abandon et
Résilience**

Abandon et tuteurs de résilience

Boris Cyrulnik

Psychiatre et éthologue,
Boris Cyrulnik est
professeur d'éthologie
humaine à l'Université
du Var. Auteur interna-
tionalement connu,
il vient de publier
Les Chants sombres,
qui paraît chez
Odile Jacob.

Adresse :

317, corniche Michel Pacha
83500 La Seyne sur Mer
FRANCE

Courriel :

boris.cyrulnik@wanadoo.fr

L'avantage des idées simples, c'est qu'on peut les compliquer.

Une idée claire consiste à dire qu'on peut trouver dans le réel une situation facile à comprendre, telle que l'abandon, qu'on peut observer les troubles provoqués par cette privation, puis la manière de reprendre son développement quand on a placé l'enfant dans un milieu de substitution.

Voilà. Facile. Je vais essayer de démontrer le contraire. D'abord le fait que la carence en soins maternels provoque des effets graves est une idée évidente aujourd'hui qui paraissait absurde hier. John Bowlby a payé cher la défense de cette idée, il a longtemps été mis à l'écart de son milieu psychanalytique (Miljkovitch, 2001). Depuis que cette idée est devenue évidente, il faut militer à nouveau pour soutenir que ces enfants altérés peuvent reprendre un type de développement.

Diachronie et synchronie des tuteurs de développement

Je propose de penser que cette difficulté s'explique par une tendance abusive aux causalités linéaires. Si l'on observe un nourrisson dont la mère vient de s'enfuir et que l'on a placé dans une famille d'accueil, on constate quelques troubles momentanés qui nous mènent à conclure que l'abandon n'altère pas le développement. Si à l'inverse on observe un nourrisson abandonné dans un mouiroir, en isolement sensoriel, en privation d'humanité, on voit que les troubles comportementaux et morphologiques sont si importants qu'il est difficile d'envisager une reprise évolutive, tant le déterminisme biologique semble important.

La résilience, processus qui permet de reprendre un type de développement après une sidération traumatique et dans des circonstances adverses, nous entraîne à une autre manière de raisonner, à la fois synchronique et diachronique.

Dans la synchronie, le petit enfant se trouve placé au centre d'une constellation de déterminants. Ce groupe d'étoiles qui entourent

RÉSUMÉ

Les théories de la résilience invitent à penser en termes de constellations de déterminants. Ainsi, tout sujet est entouré par un groupe d'étoiles structurées et l'enfant en cours de développement reçoit la marque de ces étoiles qui imprègnent en lui une manière de voir le monde et de s'y conduire. Ce schéma de raisonnement décrit les tuteurs de développement qui changent selon les âges de la vie. Lorsqu'un abandon survient, l'ensemble du système change de fonctionnement et la nouvelle constellation d'étoiles reconnaissables qui s'organise autour du traumatisme laissé dans la mémoire caractérise alors les tuteurs de résilience. L'auteur expose comment les défenses régressives et constructives interviennent dans la reprise du développement chez ces sujets.

l'enfant présente un aspect reconnaissable qui caractérise sa famille : une étoile majeure, probablement la mère, entourée d'autres étoiles importantes qui brillent différemment selon les personnalités et la culture. Le père, un frère, une sœur, une tante, un ami, une école ou un prêtre offrent à l'enfant des repères vers lesquels il s'oriente et qui constituent ses tuteurs de développement.

Dans la diachronie, cette constellation évolue. À l'adolescence, la constellation de déterminants change de forme : l'étoile majeure maternelle ne brille plus de la même manière. Il faut s'en éloigner, sous peine d'angoisses incestueuses. Le père, à cette période de l'existence du jeune, brille différemment selon sa propre personnalité et l'entente du couple. La culture parfois rend le père éblouissant mais peut aussi le mettre à l'ombre. Des étoiles secondaires comme les copains, l'université, quelques rencontres extra familiales se mettent à briller à ce moment là, et deviennent de nouveaux tuteurs de développement. Quand la famille a pu servir de base de sécurité, le jeune a le courage et éprouve le plaisir de l'aventure post-familiale que sa société lui propose. Le relais est en place, le tournant de l'adolescence est souvent bien négocié.

Quand on devient âgé, les tuteurs de développement changent encore une fois. Les acquisitions biologiques sont très ralenties, mais les compagnons, âgés ou non, jouent un rôle synchrone important pour l'étayage de l'âgé. Et la représentation de soi, l'identité narrative prend le relais dans la diachronie, dans l'évolution des faits linguistiques, dans le temps. La constellation de déterminants fonctionne encore, elle étaye affectivement l'âgé et brille dans

sa mémoire (Lejeune, 2004). Nous venons de décrire l'évolution naturelle des tuteurs de développement.

Sensorialité et sentiments des tuteurs de résilience

Quand un fracas survient en un point quelconque du système, c'est l'ensemble du système qui change de fonctionnement. Si la mère meurt, si le père maltraite tout le monde, si une maladie isole l'enfant, si une guerre ou un effondrement culturel détruit l'entourage, l'enfant pour se défendre s'il possède encore un peu de vitalité, cherche à utiliser les ressources internes acquises avant le fracas, afin de trouver dans son milieu effondré les étoiles qui brillent encore. C'est dans leur direction qu'il va tenter de reprendre un développement encore possible. Ces étoiles se chargent d'une signification qu'elles n'auraient pas prise s'il n'y avait pas eu le traumatisme.

Mais la nouvelle constellation s'organise autour d'une étoile noire, celle que le traumatisme laisse dans la mémoire. Ce nouveau groupe d'étoiles reconnaissables caractérise alors les tuteurs de résilience.

Ce mode de raisonnement permet de comprendre qu'un abandon, lors des premières années, est une privation sensorielle qui met en jeu le pronostic vital de l'enfant. Quand la privation est importante, comme dans les isolements totaux ou les carences affectives insidieuses, les développements de l'enfant s'arrêtent car, sans altérité humaine et sans présence sensorielle, les apprentissages cognitifs sont impossibles puisqu'il n'y a rien à apprendre dans le monde extérieur. Alors, tous les comportements deviennent auto-centrés, pseudo-autistiques, faits de balancements, de tournolements, d'auto-contacts et auto-agressions.

À partir du moment où l'enfant a acquis la parole, le fait de l'abandon prend une dimension d'une autre nature. Non seulement l'enfant ne perçoit plus la sensorialité affectueuse qui le sécurisait, mais en plus, il éprouve un sentiment provoqué par une représentation verbale, « Je suis un enfant abandonné ». Sous le regard social, son statut d'enfant délaissé par sa famille dépend désormais des stéréotypes culturels : « Un enfant sans famille est un bâtard qu'il est inutile d'envoyer à l'école ». Dans une telle constellation de récits, le jeune se sent diminué et rejeté.

Quand arrive le grand âge, l'ancien enfant abandonné peut penser : « Je suis mal parti et pourtant j'ai appris un métier, j'ai fait une famille, j'ai partagé du bonheur ». Et cette représentation de soi dans son passé peut provoquer un sentiment de fierté.

Défenses régressives et défenses constructives

L'identité narrative peut aussi faire revenir la détresse de l'abandon quand les mécanismes de défense ont été régressifs : démission apaisante, hébétude antalgique, hypochondrie qui extorque un peu d'attention, projection qui préserve l'estime de soi. Ces défenses ont protégé le blessé et lui ont permis de moins souffrir, mais elles ont empêché la reprise d'un développement résilient. L'étoile noire du trauma s'est escarifiée dans la mémoire et, quand le sujet devient âgé, quand ses apprentissages cognitifs se ralentissent et quand son monde intime l'oriente vers son passé, des réminiscences douloureuses peuvent resurgir.

À l'inverse, quand les mécanismes de défense ont été constructifs, quand le blessé s'est débattu en rêvant pour espérer et non pour se blottir, en devenant altruiste pour s'engager affectivement et socialement, en sublimant pour s'exprimer sans indécence, il a pu reprendre un type de développement (Vaillant, 1993).

Mais il faut aussi que sa société et sa culture aient disposé autour de lui quelques lieux de résilience : relations affectives qui permettent aux blessés de l'âme d'apprendre à aimer plus facilement, et d'évoluer de l'attachement insécure provoqué par l'abandon vers l'attachement sécure. Ce lien léger (ce qui ne veut pas dire superficiel) peut s'acquérir dans une famille d'accueil, ou en dehors de cette famille avec des amitiés significatives, et surtout au cours de la période sensible des premiers amours (Cyrułnik et coll., 2004). Ces tuteurs de résilience permettent d'acquérir plus tard mais plus lentement, ce que la famille abandonnante n'avait pas eu la force de fournir.

Cette illustration permet de défendre l'idée que l'abandon est un bouleversement sensoriel et sentimental. Sensoriel, parce que la perception du monde extérieur a perdu sa familiarité, ce qui chamboule le monde intérieur qui perd sa sécurité. Quand le sujet est confus, quand les catégories ne sont plus claires, « là, je suis en sécurité, là, je dois m'inquiéter », les développements deviennent difficiles.

Dès que l'enfant accède à la parole, le bouleversement devient sentimental parce que les émotions désormais sont provoquées par des représentations verbales. Le sentiment qui remplit le monde mental de l'abandonné dépend de la manière dont son entourage en parle. Dire : « C'est bien fait pour toi, tu es insupportable » provoque un sentiment différent de : « Mon pauvre petit, tu es perdu, tu ne t'en

sortiras jamais ». Mais lorsque la culture combat ces conceptions fixistes et s'entraîne aux raisonnements dynamiques, elle dispose autour du carencé des lieux de résilience. Souvent, un développement reprend, polarisé par l'étoile noire du trauma. Mais le processus résilient permet la métamorphose par la sublimation, la rêverie, l'altruisme et toutes les formes de créativité comme le bricolage, le dessin, l'écriture, le théâtre ou l'engagement social.

Les traces et les souvenirs

L'abandon est imprégné dans la mémoire biologique, comme une trace qui ne donne pas de souvenirs. Cette forme de mémoire crée une sensibilité préférentielle (Crittenden, 1999) : « Je ne sais pas pourquoi je suis tellement touché par les enfants sans famille ». Elle crée aussi une habileté relationnelle : « J'ai du mal à prendre conscience que j'ai peur de l'engagement affectif, c'est pourquoi je préfère aimer de loin et mettre à l'épreuve ceux que j'aime ». On peut entendre aussi : « Je ne me sens bien que lorsque je suis collé à celui (celle) que j'aime et je l'agresse quand il (elle) ne peut pas être auprès de moi ».

Ces styles affectifs sont appris non consciemment à cause du bouleversement cognitif du milieu sensoriel appauvri et bouleversé par l'abandon. Ces acquisitions développementales constituent des tendances et non pas des fatalités. Ce qui est imprégné dans la mémoire explique la répétition que l'on constate aisément en clinique. Mais cette «...violence absurde de la répétition dans les névroses traumatiques » (Guillaumin, 1987) est une anti-résilience. L'accès possible aux représentations d'images, de mots et de récits culturels permet le «dégagement...», « la tendance restitutive du moi » (Bibring, 1943), l'élaboration d'après coup, le remaniement émotionnel qui offrent un degré de liberté psychologique.

L'empreinte du réel explique la « force répétitive de ça », mais l'accès aux représentations permet un travail de remaniement affectif, à condition que l'entourage familial et culturel invite le blessé à faire ce travail (Cyrulnik, 2004).

Conclusion

Cette réflexion permet de soutenir l'idée que l'abandon est un fait dont les effets peuvent être différents :

- ❖ La signification biologique de ce fait dépend du stade de développement.

- ❖ La signification psychologique dépend de l'histoire du sujet et des récits de son contexte.
- ❖ Les acquisitions antérieures ont imprégné dans la mémoire biologique un style d'attachement qui peut faciliter ou entraver la résilience.
- ❖ Les réactions affectives de l'entourage interprètent ce fait et peuvent réduire le sujet blessé à son escarre mnésique ou, au contraire, souffler sur les braises affectives de résilience.
- ❖ Et les lieux de résilience proposés par la culture permettent ce travail systémique ou le rendent difficile.

Les devenir de l'enfant abandonné oscillent entre le risque de mort physique, la honte d'être rejeté, le sentiment de mésestime ou, au contraire, la fierté d'avoir surmonté cette immense déchirure. C'est une convergence d'influences intimes et extérieures qui pourra orienter vers le désastre ou vers un processus résilient.

ABSTRACT

Resiliency makes us think that the subject is the center of a constellation of 'determinants'. Natural tutors of development are different from tutors of resiliency taking place after trauma. The experience of deprivation or abandonment leaves a track in the brain which explains the repetitive strength of the 'id'. But the access to images and words representations may allow the restructuration of feelings associated with the trauma. Regressive defences explain sorrowful reminiscences which unlike creative defence mechanisms will not permit the perlaboration of experience and the pursuit of developmental tasks.

Références

Bibring E. The conception of the repetition compulsion. *Psychoanalytic Quarterly* 1943; XII : 486-519.
Crittenden P. L'évolution, l'expérience et les relations d'attachement. In : **Habimana E, Éthier LC, Petot D, Tousignant M.** (eds) *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1999.
Cyrlunik B. Le réel et sa représentation. Les requis de la résilience. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. Paris : Bayard, 2004: 205-218.
Cyrlunik B., Delage M, Bourcet S, Blin MN, Dupays A. *Évolution des styles affectifs au cours des premiers amours*. Toulon, à paraître.

Guillaumin J. *Entre blessure et cicatrice. Le destin du négatif dans la psychanalyse*. Paris : Champ Vallon, 1987, p. 191.
Lejeune A. (ss la dir.) *Résilience et vieillissement*. Marseille : Solal, 2004, 228 pages.
Miljkovitch R. *L'attachement au cours de la vie*. Paris: PUF, Coll. Le Fil Rouge, 2001.
Vaillant GE. *The wisdom of the ego*. Cambridge, USA : Harvard University Press, 1993.

La résilience au risque du succès

Michel Manciaux

Professeur émérite de
 pédiatrie sociale et
 de santé publique à la
 Faculté de Médecine de
 l'Université Henri Poincaré
 de Nancy, l'auteur a publié
 de nombreux ouvrages
 dont le plus récent
*Les personnes handicapées
 mentales Éthique et droit*
 en collaboration avec
 G. Terrenoire vient de
 paraître chez Fleurus
 à Paris.

Adresse :
 9, av. de la Forêt de Haye
 B. P. 184
 54505 Vandoeuvre Les
 Nancy - FRANCE

Courriel :
 manciaux.lay@free.fr

Tard venue dans les pays latins par comparaison avec le monde anglo-saxon, la résilience y reçoit – particulièrement en France – un accueil remarquable mais non dénué de risques, le principal étant peut-être la banalisation de ce concept nouveau dont les bases scientifiques sont encore fragiles. Au regard du développement lent et progressif qu'elle a connu là-bas, pourquoi chez nous ce rapide engouement, largement partagé par les professionnels, le grand public, les médias? Comment expliquer cette soudaine appropriation? Ne s'agit-il pas d'un effet de mode, mode qui sera aussi vite oubliée, dépassée, qu'elle s'est imposée? N'y a-t-il pas également des risques de rejet de la part du monde scientifique ou de certaines catégories professionnelles que ce succès dérange?

De fait, des voix s'élèvent contre ce concept, volontiers qualifié par certains d'idéologie. Et le verdict de H.B. Kaplan (1999), aux États-Unis : « La résilience ne peut plus être considérée comme un moyen efficace d'aborder l'étude du stress et du coping. Ce concept doit être retiré de la scène avec les honneurs qui lui sont dus », est gentiment énoncé, mais sans appel. Ce rejet doit nous inciter à réfléchir; pour reprendre un vers de Racine, la résilience ne mérite, à mon avis, « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité » (Britannicus, acte II).

Je me propose ici d'analyser le succès de la résilience, d'en rechercher le pourquoi et le comment, puis les risques potentiels et enfin de présenter les bénéfiques que l'on peut en attendre si la rigueur et l'éthique sont au rendez-vous de cette incontestable réalité de vie.

La résilience réalité de vie

Définie comme la capacité d'une personne, d'un groupe :

*de se développer bien, de continuer à se projeter dans
 l'avenir, en présence : d'événements déstabilisants, de
 traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles,*

la résilience a tout d'abord été décrite et illustrée par des gens de

RÉSUMÉ

Considérant l'accueil fait en France au cours des dix dernières années au concept de résilience et les publications récentes sur le sujet, l'auteur discute des raisons de ce succès tant auprès du grand public que dans les milieux professionnels. Il avertit par suite des risques tant au plan professionnel que socio-politique d'un si rapide engouement, dont celui de la banalisation et de l'endormissement dans la facilité, ou à l'autre extrême, du rejet de ce concept récusé par certains auteurs. L'auteur fait enfin voir les bénéfices de cette notion porteuse d'espoir qui appelle à poser un autre regard sur la personne en besoin d'aide trop souvent réduite à ses seules difficultés.

lettres avant d'attirer l'attention des professionnels et des chercheurs en sciences humaines. À preuve, cette citation de Paul Claudel, le grand écrivain qui était aussi diplomate. Voilà ce qu'il écrivait en 1933 dans son livre, *Amérique*, publié au retour des États-Unis où il fut ambassadeur de France à Washington :

« Il y a dans le tempérament américain une qualité que l'on traduit là-bas par le mot *resiliency*, pour lequel je ne trouve pas en français de correspondant exact, car il unit les idées d'élasticité, de ressort, de ressource et de bonne humeur. Une jeune fille perd sa fortune, elle se mettra sans grogner à laver la vaisselle et à fabriquer des chapeaux. Un étudiant ne se croira pas déshonoré de travailler quelques heures par jour dans un garage ou dans un café. J'ai vu l'Amérique à la fin de la présidence Hoover, à l'une des heures les plus tragiques de son histoire, quand toutes les banques avaient fermé et que la vie économique était suspendue. L'angoisse étreignait les cœurs, mais la gaieté et la confiance éclairaient tous les visages. »

Autre précurseur, Primo Levi (2002) qui a publié, peu après son retour des camps de la mort nazis, un ouvrage, *Si c'est un homme*, où l'on peut lire : « La faculté qu'a l'homme de se creuser un trou, de sécréter une coquille, de dresser autour de soi une fragile barrière de défense, même dans des circonstances apparemment désespérées, est un phénomène stupéfiant qui demanderait à être étudié de près. Il s'agit là d'un précieux travail d'adaptation, en partie passif et inconscient, en partie actif. » Même si cette citation semble évoquer plus la résistance que la résilience à proprement parler, la lecture du livre et le parcours de l'auteur corrigent cette impression.

Voilà donc, bien longtemps avant que les spécialistes des sciences humaines ne s'y intéressent, des observations d'une précision remarquable sur la résilience. Le même retard s'est d'ailleurs produit à propos de la maltraitance envers les enfants, parfaitement décrite dès la fin du XIX^e siècle par des romanciers, Jules Renard, Jules Valès, mais aussi Victor Hugo, Hector Malot, Emile Zola en France, Charles Dickens en Angleterre, Hans Christian Andersen au Danemark, Mark Twain aux États-Unis... et bien d'autres. Beaucoup de ces récits d'enfants maltraités, finement observés, relatent également de véritables parcours de résilience. Remarquons que les héros de ces ouvrages sont souvent des enfants abandonnés et maltraités par les adultes qui les recueillent et les exploitent : on peut dire que l'abandon a véritablement été reconnu, dès cette époque, comme un traumatisme grave potentiellement source de résilience.

D'ailleurs, nous connaissons tous, à titre personnel et/ou professionnel, des enfants, des personnes qui, confrontés soit à des situations catastrophiques, soit à des « malheurs ordinaires », réussissent à surmonter ces épreuves et à se bâtir une existence valant d'être vécue. C'est la dynamique même de la résilience : résister et se construire (Fondation pour l'Enfance, 2001).

Succès de la résilience

La rapidité de pénétration sociale auprès des professionnels concernés et du public est une notion familière aux spécialistes du commerce, de la publicité, mais aussi aux sociologues qui l'étudient à partir d'un produit nouveau, d'une innovation technologique, voire d'une découverte scientifique. Or cette pénétration s'est faite à des vitesses différentes aux États-Unis et en France : lente maturation d'un côté, succès rapide de l'autre.

C'est au début des années quatre-vingts qu'une série de publications attirent l'attention, en Amérique du Nord, sur un concept nouveau : l'adaptation positive en réponse à l'adversité. En fait l'histoire de la résilience a commencé plus tôt, en particulier grâce aux travaux de E.J. Anthony et coll. (1982) sur l'enfant vulnérable. De même, si les conclusions des études d'E. Werner et R. Smith (1989) n'ont paru que cette année-là, on sait que ces auteures avaient suivi jusqu'à l'âge adulte une cohorte de 700 enfants nés trente ans plus tôt dans une île de l'archipel Hawaï.

Dans une perspective chronologique et avec une approche écosystémique, M.A. Waller a passé en revue, en 2001, la littérature

anglo-saxonne sur la résilience, telle qu'elle a évolué au travers des sciences sociales dans les deux décennies antérieures. Ce travail remarquable, assorti d'une large bibliographie, illustre bien comment, à partir des notions de *risque*, de *vulnérabilité*, de *traumatismes* et sur la base du suivi longitudinal d'enfants diversement affectés dans leur développement, des observations cliniques rigoureuses ont progressivement donné corps au concept de résilience. M.A. Waller insiste en particulier sur l'élargissement rapide des idées, initialement centrées sur les capacités propres du sujet mais prenant compte ensuite de son entourage proche et plus lointain dans une perspective systémique. Elle suggère que la résilience est un processus multidéterminé et sans cesse évolutif mettant en jeu des forces interactives au sein d'un contexte écosystémique: ce que M. Tousignant et E. Ehrensaft (2001) ont appelé l'*écologie humaine et sociale* de la résilience.

Mais ce panorama serait incomplet s'il ne signalait pas les doutes, les critiques émises à propos de cette construction, en particulier du fait que les bases scientifiques en sont encore insuffisantes. Réalité de vie plutôt que concept bien défini, processus plus qu'état figé, la résilience échappe en effet partiellement à la démarche scientifique classique. Récemment M. Rutter aurait dit: « Si la résilience est une réalité humaine indéniable, elle est en grande partie insaisissable par la science » (communication orale, 2004).

Il en a été différemment en France. Le « lancement » de la résilience a tardé, mais un effet de rattrapage s'en est suivi, à vrai dire trop rapide pour une bonne appropriation, par beaucoup, des subtilités de cette notion. Voici comment je l'ai personnellement vécu. En 1995 sont parus simultanément deux ouvrages importants. Dans *Social Paediatrics*, livre anglo-suédois auquel j'avais contribué, figurait un chapitre signé par le pédopsychiatre britannique I.M. Goodyer (1995) et intitulé *Risk and resilience processes in childhood and adolescence*: 25 pages, 65 références et, dans l'index général, 17 citations renvoyant à d'autres chapitres. Dans *le Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, classique ouvrage de S. Lebovici, M. Soulé et R. Diatkine (1999) riche de plusieurs milliers de pages, je n'ai trouvé aucune mention de ce terme ni dans le texte ni à l'index. Étonné de cette discordance, je m'en suis ouvert à Serge Lebovici qui m'a répondu: « La résilience est un concept forgé aux États-Unis. En France, nous préférons parler de ressources » (communication

personnelle). De fait un long chapitre de M. Petit et coll (1999) était consacré aux ressources propres des jeunes traumatisés.

Cette différence m'a conduit à m'intéresser à la résilience et un Cahier du Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE) signé par Stefan Vanistendael (1996), *la résilience ou le réalisme de l'espérance* m'a encouragé à écrire, dans *Maltraitance psychologique* (M. Gabel et al., 1996), paru la même année, un chapitre intitulé : 'La résilience : mythe ou réalité?', salué par L. Kreisler (1996) dans l'article 'La résilience mise en spirale' paru la même année. Mais c'est le colloque organisé par Boris Cyrulnik, *Ces enfants qui tiennent le coup* (1998) qui, rassemblant toute une série de contributions émanant d'auteurs français, belges, canadiens, suisses... a véritablement lancé la résilience dans le monde francophone. Et le grand public a été conquis par les trois ouvrages de Cyrulnik, publiés entre 1999 et 2003 : *Un merveilleux malheur*, *Les vilains petits canards*, *Le murmure des fantômes*. Les médias de masse ont fait le reste, alors que des articles et des livres de plus en plus nombreux – dont beaucoup écrits par des personnes traumatisées par la vie et réussissant à se reconstruire – ont vulgarisé, popularisé la résilience. Enfin sont parus en 2001, *La résilience : résister et se construire*, ouvrage collectif (30 auteurs de 14 pays), professionnel, le premier du genre en langue française et que j'ai eu la responsabilité de diriger, puis plus récemment les livres de M. Anaut (2003), de J. Lighezzolo et C. De Tychey (2004).

On le voit : d'un côté de l'Atlantique, 30 ans d'une recherche inaugurale, fondatrice, 25 ans de publications variées, dont la revue par M.A. Waller fait une excellente synthèse, le tout dans une démarche volontiers critique de ce concept en construction. De l'autre, une appropriation rapide, en moins de dix ans, un engouement largement relayé, banalisé et parfois mal orienté par les médias, alors que les articles et ouvrages sérieux sont encore trop peu connus des communautés professionnelles et scientifiques. Sans en déduire qu'il y a là une vérité d'un côté de l'Océan, et une méconnaissance de l'autre, il n'est pas interdit de penser qu'une pénétration trop rapide se fait au risque d'une certaine superficialité.

Mais pourquoi un tel succès?

J'y vois plusieurs raisons. La première est que nous vivons dans un monde difficile, dur et très médiatisé, où catastrophes en tous

genres, naturelles ou de mains d'hommes, sont notre quotidien, qu'elles soient proches ou lointaines. Ce monde a besoin de messages d'espoir. Dans le passé, les contes – bien commun de toutes les cultures – et plus récemment des nouvelles, des romans, véritable littérature populaire de résilience, les lui ont fournis. Aujourd'hui nous les trouvons dans des fictions qui connaissent – tels *Harry Potter* ou *Le Seigneur des Anneaux* – des succès planétaires. « Est-ce parce que nous nous sentons tous potentiellement victimes? Ou parce que la réussite du miséreux a toujours un côté magique, pour ne pas dire religieux? En tout cas la résilience est un des ressorts romanesques les plus efficaces jamais inventés », écrit B. Kiefer (2001), qui conclut : « Ce qui plaît chez Harry comme chez tout résilient? Ils sont le signe, la preuve, que l'humanité entière, si mal partie dans l'existence, pourra peut-être s'en sortir, ne pas sombrer dans le destin tragique qui s'annonce ».

Deuxième raison : la notion même de résilience recoupe l'expérience de nombreux professionnels qui voient ainsi confirmées leurs intuitions, reconnue leur expertise, redéfinie leur mission, et sont heureux de découvrir un mot et un concept qui donnent sens à leur vécu. D'où leur intérêt pour la résilience qu'ils s'approprient volontiers, malheureusement sans toujours en approfondir suffisamment les processus en cause, les limites et aussi les risques.

Les métiers des soignants, des travailleurs sociaux, des gens de justice sont de plus en plus difficiles et exposés dans nos sociétés où les repères traditionnels et le contrôle social ne jouent plus le rôle qui était le leur, il y a encore deux générations. L'usure professionnelle guette, de même que les risques – réels – de judiciarisation. Par réaction sans doute on voit, depuis quelques années, se développer un courant ou au moins une recherche d'éléments positifs; la réflexion éthique n'y est probablement pas étrangère. L'accent mis en médecine sur la prévention, l'évolution de la psychologie qui, née et nourrie surtout des comportements anormaux, commence à s'intéresser au bonheur – un numéro récent d'*American Psychologist* (2000) est consacré à la psychologie positive – témoignent de ce courant. Réflexions et publications sur les bonnes pratiques, sur la bienveillance, sur l'*empowerment* ont, pour ainsi dire, ouvert la voie au succès de la résilience.

Dernière raison, qui recoupe d'ailleurs la première: entraînés par ce courant porteur, de nombreuses victimes de traumatismes souvent

graves et qui s'en sont sorties n'hésitent plus à écrire leur histoire; cette « littérature profane » de résilience, souvent de grande qualité, connaît un réel succès et donne corps à ce concept dans le grand public.

Au total on peut dire que l'émergence de la résilience ne doit rien au hasard. Nos progrès dans la compréhension de la dynamique du développement de l'enfant, les travaux de quelques pionniers : T.B. Brazelton, B. Cramer, S. Lebovici (1983), D. Stern et d'autres sur les compétences précoces – précocissimes, disait Lebovici - du bébé, ceux de E.J. Anthony sur la vulnérabilité ont préparé le terrain. Et il est permis de penser – n'en déplaise à H.B. Kaplan et à quelques autres – que la résilience a de beaux jours devant elle. J'en veux pour preuves, avec S. Ionescu (2004), les réalités suivantes :

- ♦ Les banques de données sur la résilience s'enrichissent de plus en plus, les sites sur le Net se multiplient et sont de plus en plus consultés.
- ♦ Notre conception évolue: étudiée initialement chez l'enfant, on sait maintenant que la résilience est de tous les âges; centrée d'abord sur les ressources du sujet, elle prend désormais en compte toute une série d'éléments et de systèmes autour de lui; elle concerne aussi des groupes, la famille par exemple.
- ♦ Le concept de résilience commence à être appliqué à une série de situations déstabilisantes.
- ♦ L'évaluation progresse : des critères se dégagent, des instruments sont proposés.
- ♦ Des programmes se mettent en place pour des interventions plus en amont dans les situations à risques.
- ♦ Des recherches variées se développent, de même que des coopérations interdisciplinaires.

Les risques du succès

Un tel engouement et ce rapide succès tant auprès des professionnels que du public ne sont pourtant pas dénués de risques. J'ai déjà signalé celui de la banalisation : elle voit la résilience partout et en parle sans aucun sens critique. En France un parfum en vogue s'appelle *Résilience!* Cette facilité se nourrit aussi d'erreurs de jugement, parlant de résilience là où il n'y a que résistance sans vrai projet de vie, ou refoulement, déni du traumatisme; ou qualifiant très vite une personne comme résiliente alors que cette qualité se construit et se juge dans la durée.

D'autres risques peuvent être distingués, en fonction de leur nature, en professionnels et socio-politiques (Tomkiewicz, in Manciaux, 2001). Les premiers peuvent être:

- ♦ Une mauvaise estimation des facteurs intrinsèques et environnementaux : méconnaissance du rôle capital de l'environnement, des tuteurs de développement, de résilience, du soutien social; sous-estimation des ressources personnelles du sujet : en un mot, excès de professionnalisme, défaut d'humanisme. Jacques Lecomte (2004) dit joliment à ce propos que, tout en restant dans son rôle, le professionnel peut partager avec son patient ce qui tient à leur commune humanité.
- ♦ Un endormissement dans la facilité (A. Miller, 2002) : puisque certains peuvent s'en tirer par eux-mêmes, ils n'ont guère besoin de nous et ceux qui n'y parviennent pas sont des paresseux, des incapables; quoi que l'on fasse, ils ne s'en sortiront pas.

C'est, à peine caricaturé, ce qui ressort d'une mauvaise compréhension, d'un mauvais usage de la résilience.

Les risques de nature socio-politique sont du même ordre : en cette période de désengagement des pouvoirs publics et de la solidarité sociale, « il est facile de compter sur la résilience pour justifier la réduction, voire la suppression de toute politique sociale » (Tomkiewicz, in Manciaux, 2001). Le juste milieu entre une politique assistancielle et un libéralisme désengagé reste à trouver.

Un risque majeur est celui du rejet de la notion même de résilience par des professionnels qui ne s'y retrouvent pas, ou qui s'y opposent pour des raisons variées. À ce propos, une catégorie particulière mérite quelques commentaires : c'est celle des psychanalystes. Sauf notables exceptions, ils ont tardé à s'intéresser à la maltraitance et à s'investir dans sa prise en charge. Et certains d'entre eux récusent aujourd'hui la résilience pour des motifs variés. Habits neufs pour de l'ancien, elle n'aurait rien d'original. Elle emprunterait des voies ressortissant à la psychanalyse : déni, refoulement, inconscient, contre-transfert, clivage. Elle rendrait compte d'un comportement extérieur qui peut recouvrir aussi bien un véritable dépassement spontané du traumatisme qu'un clivage particulièrement profond, mais sans manifestation pathologique. N'ayant visiblement pas approfondi la notion de résilience et s'en tenant au simplisme véhiculé par certains médias, ils vont même, tel S. Tisseron (2003), jusqu'à assimiler la résilience à une lutte pour la vie, écrasant les

autres sur son passage et à « un clivage soutenu par un lien social capable d'ensommeiller, pour un temps indéterminé, le monstre tapi au creux des personnalités meurtries ». Monstre tapi: les personnes meurtries par la vie et toutes celles qui tentent de s'en sortir apprécieront!

S. Deleplanque (2003), psychologue, réagit vigoureusement à ces propos : « L'introduction de la résilience dans le domaine de la santé mentale et de ses professionnels (éducateurs, psychologues, assistants sociaux, psychiatres...), mais aussi dans celui de la justice, voire de la police, fut une véritable bouffée d'oxygène, une sorte de révolution dans l'appréhension de l'évolution du blessé (psychiquement et physiquement). En effet, elle permit, sur la base d'observations et d'études scientifiques (longitudinales notamment), de faire germer l'idée qu'un enfant cassé n'est pas, de fait, voué à un destin de casseur ni ne porte en lui le germe de la perversion dont il a été victime ».

En effet, il n'y a de fatalité ni dans la pérennité des symptômes consécutifs à un traumatisme, même sévère, ni dans la répétition transgénérationnelle des sévices subis. Sur le premier point, il faut citer la revue générale de M. Dufour et coll. (2000) qui ont examiné les facteurs de résilience chez des adultes victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Il en ressort que la révélation, la recherche de soutien de proximité, le fait de donner sens à ce qui s'est passé constituent des facteurs de protection. Plus largement, le soutien social joue également un rôle positif. Par contre, le déni, l'évitement, le refoulement sont nuisibles à terme, même s'ils semblent une stratégie de résistance dans l'immédiat. Mais ces auteures mentionnent les biais méthodologiques qui disqualifient la plupart des études : celles qui fournissent des résultats valides se comptent, disent-elles, sur les doigts d'une main! Cependant, selon différentes enquêtes, « 20 % à 44 % des victimes d'abus sexuels ne présentent pas d'effets délétères ». Savoir pourquoi, mieux connaître les processus en cause dans ces réactions résilientes pourrait permettre d'affiner nos pratiques en pareils cas: il y a là un difficile, mais incontournable chantier de recherche.

Le dogme de la répétition transgénérationnelle des mauvais traitements, des placements, se base sur des études rétrospectives qui comportent un biais de visibilité majeur: les enfants maltraités qui deviennent des parents traitant bien leurs enfants échappent à la statistique.

D'une enquête remarquable sur 128 anciens enfants maltraités revus à l'âge adulte, J. Lecomte (2004) déduit que la répétition est l'exception et non la règle. Par un patient travail de contre-modelage, ces jeunes devenus parents veulent absolument éviter à leurs propres enfants ce dont eux-mêmes ont souffert. On peut, dit Lecomte, « *guérir de son enfance* ».

Quant aux scientifiques purs et durs qui récusent la résilience parce qu'elle ne remplit pas toutes les exigences d'un concept irréfutable, ils pourraient méditer cette phrase de W. Edelstein, physicien à l'Institut Max Planck, qui plaide pour « la recherche d'une science qui intègre la sagesse et d'une sagesse qui intègre la science » (communication à S. Vanistendael)

Que nous est-il permis d'espérer?

Si la résilience est prise pour ce qu'elle est, non pas comme une nouvelle technique d'intervention, mais bien comme un autre regard sur celles et ceux dont nous avons à prendre soin, ne les réduisant pas à leurs problèmes, mais sachant voir aussi leurs potentialités, leurs ressources; ne les limitant pas à leur difficile présent, mais situant bien ce présent comme la suite d'un passé douloureux et préparant avec eux un avenir meilleur;

si des actions pertinentes sont mises en place, menées à bien, évaluées, reconnues comme de bonnes pratiques;

si des formations sérieuses sont organisées et une information de qualité largement diffusée, beaucoup d'espoirs sont permis. On peut alors attendre :

- ◆ des enfants reconnus comme êtres de désir, de plaisir, de devenir et mieux armés pour affronter les aléas de l'existence;
- ◆ des jeunes, des adultes et même des personnes âgées engagés dans des parcours de résilience;
- ◆ des familles et des communautés mutuellement « soutenantes »;
- ◆ des professionnels plus empathiques, plus ouverts à l'écoute, à l'échange, au travail avec les familles, les communautés, les associations, les bénévoles;
- ◆ des chercheurs plus nombreux et plus motivés;
- ◆ des allers et retours permanents entre ces chercheurs et les acteurs de terrain;
- ◆ des décideurs mieux informés et plus proches de leurs administrés;
- ◆ des politiques plus partenariales;
- ◆ une société plus solidaire.

Utopie? Mais ce sont les utopistes qui changent le monde. C'est tout au moins une espérance réaliste, aussi éloignée d'un cynisme désabusé que d'attentes illusoire. Mais cela ne sera possible que si l'éthique est au rendez-vous de la réflexion et de l'action (Manciaux, 2003).

Quelle éthique? Nul ne l'a peut-être mieux définie, dans ce contexte, que Paul Ricoeur (1999) qui nous dit: «Là où il y a du pouvoir, il y a de la fragilité. Là où il y a de la fragilité, il y a de la responsabilité. Et là où il y a de la responsabilité, c'est le fragile, le périssable qui nous requiert, parce que le fragile est, en quelque sorte, confié à notre garde, il est remis à notre soin ».

Et du même, cette magnifique définition de la démarche éthique dans nos engagements professionnels: «La visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes». Peut-il y avoir plus beau programme?

ABSTRACT

Considering the fast growing interest toward the concept of resiliency in France, as reflected in the general public and the numerous writings published on the subject over the last ten years, the author analyses the reasons for this success but also the risks of banalization and consequently of misjudging or misusing this notion, or on the other extreme, to deny or reject it on 'scientific' grounds. He finally discusses potential benefits of resiliency which should bring hope to clinicians and shed new light on the appraisal of persons in need, thus contributing to the empowerment of vulnerable population and a renewed vision of clinical practice.

Références

- American Psychologist** *Positive Psychology*. 2000, 55.
- Anaut M.** *La résilience, surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan, 2003.
- Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C.** *L'enfant vulnérable*. Paris : PUF, 1982.
- Brazelton TB.** *La naissance d'une famille*. Paris : Seuil, 2003.
- Claudel P.** *Amérique. Œuvre en prose*. Paris : Gallimard, La Pléiade, 1933.
- Cyrułnik B.** *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives, 1998
- Cyrułnik B.** *Un merveilleux malheur* (1999), *Les vilains petits canards* (2001), *Le murmure des fantômes* (2003) Paris : Odile Jacob.
- Deleplanque S.** Réponse à Serge Tisseron. Paris, *Le Monde diplomatique*, Septembre 2003.
- Dufour M, Nadeau L, Bertrand K.** Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuels. *Child abuse neglect* 2000; 24 : 781-797.
- Edelstein W.** Institut Max Planck. Communication à S. Vanistendael.
- Ehrensaft E, Tousignant M.** L'écologie humaine et sociale de la résilience. In : **Michel Manciaux : La résilience, résister et se construire, Genève, Médecine et Hygiène, 2001, p. 125-136.**
- Fondation pour l'Enfance.** *La résilience : résister et se construire*. Toulouse : Erès, 2001.
- Fondation pour l'Enfance.** *Définition de la résilience*. Paris, 2001.
- Goodyer IM.** Risk and Resilience process in childhood and adolescence. In : **Bengt Lindström, Nixk Spencer** (eds) *Social Paediatrics*. Oxford University Press, London, 1995, p. 433-455.
- Ionescu S.** In : **Lecompte, J.** *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob, 2004, p. 11-16.
- Kaplan HB.** Towards an understanding of resilience. In : **Glantz MD, Johnson LD.** (eds) *Resilience and development*. New York : Kluwer Academic/ Plenum Publ., 1999.
- Kiefer B.** Résilience. *Médecine et Hygiène* 2001, p. 2352.
- Kreisler L.** La résilience mise en spirale. *Spirale*, 1996; 1 : 162-165.
- Lebovici S, Soulé M, Diatkine R.** (éds) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Quadrige, 1999.
- Lebovici S.** *Communication personnelle*.
- Lebovici S.** *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris : Centurion, 1983.
- Lecomte J.** *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob, 2004.
- Levi P.** *Si c'est un homme*. Paris : R. Laffont, 2002.
- Lighezzolo J., De Tychey C.** *La résilience, Se (re)construire après le traumatisme*. Clamecy, Psycho-pocket, In press, 2004.
- Manciaux M.** La résilience : mythe ou réalité? In : **Gabel M, Lebovici S, et al.** (eds) *Maltraitance psychologique*. Paris : Fleurus, 1996, p. 99-119.
- Manciaux M.** (ed.) *La résilience, résister et se construire*. Genève : Médecine et Hygiène, 2001.
- Miller A.** *Les risques de la résilience*. Communication orale. 2002
- Manciaux M.** *Pour une éthique sociale au quotidien*. *Santé Publique* 2003; 15: 161-166.
- Petit M, Lalou-Moatti M, Clervoy P.** Santé mentale. Risque. Vulnérabilité. Ressources. In : **Lebovici S, Diatkine R, Soulé M.** (éds) *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Quadrige, Tome 4, 1999; p. 3041-3046.
- Ricoeur P.** *L'unique et le singulier*. Liège : Alice éditions, 1999.
- Rutter M.** *Communication orale*, 2004.
- Tisseron S.** Résilience ou la lutte pour la vie. Paris, *Le Monde diplomatique*, Août 2003.
- Tomkiewicz S.** Quand la résilience se substitue à la fatalité. In : **Manciaux M.** (ed.) *La résilience, résister et se construire*. Genève : Médecine et Hygiène, 2001, p. 229-237.
- Vanistendael S.** *La résilience : le réalisme de l'espérance*. Genève : BICE, 1996.
- Waller MA.** Resilience in ecosystemic context : Evolution of the concept. *Amer J Orthopsychiat* 2001; 71 : 290-297.
- Werner E, Smith R.** *Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of resilient Children and Youth*. New York : Adams Bannister Cox, 1989.

Appartenance culturelle et résilience: un processus dynamique

Sylvaine De Plaen

L'auteure est psychiatre
 attachée aux cliniques
 externes et à la
 consultation auprès du
 Service de Gynéco-
 Obstétrique de l'Hôpital
 Sainte-Justine, et elle est
 chargée d'enseignement
 au Département de
 psychiatrie de l'Université
 de Montréal.

Adresse : 3100, Ellendale
 Montréal (Québec) H3S 1W3

Courriel :
 sdeplaen@sympatico.ca

Le concept de résilience semble de plus en plus à la mode dans le monde académique contemporain. Ce nouvel engouement a le bénéfice non négligeable de remobiliser la pensée des intervenants et des chercheurs dans le champ de la santé, en particulier de la santé mentale. Dans la réflexion qui suit, je considérerai une dimension souvent oubliée de ce champ d'intérêt mais pourtant très riche, à savoir les arrimages possibles entre résilience et culture. Je reviendrai ainsi sur divers concepts élaborés par la psychiatrie transculturelle qui entrent en résonance avec les travaux réalisés autour du phénomène de la résilience.

La reconnaissance des dimensions culturelles souligne, selon nous, la nécessité de prendre en compte les représentations chez l'individu, de même que l'importance des réseaux sociaux dans lesquels il évolue, ainsi que les déterminants collectifs qui interviennent dans la construction et l'expérience de l'humain, au-delà de l'histoire singulière de chacun. Priver l'enfant vulnérable de ses référents culturels, qui le rattachent à ses racines et à son histoire familiale, c'est le plonger dans une double situation d'exilé» et d'« abandonné » car il se trouve alors privé des repères internes qui l'ont aidé à se construire et sur lesquels il s'appuiera pour intégrer de façon féconde les repères de la société majoritaire.

L'enfant exposé

Pour introduire ma réflexion, je voudrais évoquer une métaphore utilisée par les cliniciens de l'ethnopsychiatrie pour rendre compte de la situation particulière vécue par les enfants de migrants : il s'agit de la métaphore de l'*enfant exposé* (Moro, 1998). Cette métaphore est utile puisqu'elle introduit d'emblée les deux facettes qui composent le phénomène de la résilience, soit celle du risque ou de la vulnérabilité, et celle de la capacité à surmonter ce risque.

L'enfant exposé, c'est l'enfant de la mythologie, Œdipe, Moïse, et bien d'autres personnages des récits anciens qui furent exposés tout

RÉSUMÉ

Considérant les conditions de vulnérabilité particulières auxquelles sont exposés les enfants migrants à différentes périodes critiques de leur développement, soit lors de l'entrée dans la vie, de l'entrée à l'école et au troisième temps critique de la reconstruction identitaire au cours de l'adolescence, l'auteure analyse les risques associés à l'acculturation, ce passage entre deux mondes et la nécessaire négociation entre des référents socioculturels multiples pour que s'élabore un métissage réussi. Comprise comme un processus dynamique, la résilience met en cause les caractéristiques individuelles mais aussi la famille ou le groupe dont l'auteure, en s'appuyant sur des travaux récents et sur des vignettes cliniques, démontre le rôle de protection dans le cas d'enfants provenant de minorités culturelles. Elle souligne enfin le rôle des représentations et de l'appartenance culturelle dans la résolution d'enjeux rencontrés en clinique transculturelle.

jeunes à des risques mortels. Œdipe est ainsi pendu par les pieds, peu après sa naissance, par celui qui avait été chargé de mettre fin à ses jours sur ordre de son père, Laïos, inquiet de la prédiction de l'oracle de Delphes. Moïse, quant à lui, se retrouve tout nouveau-né lancé sur les eaux vives du Nil avec pour esquif un simple panier d'osier. Ce risque extrême aurait dû, en toute logique, avoir raison d'eux, mais par un concours de circonstances extraordinaires, ces enfants ont miraculeusement survécu : non seulement ils ont échappé au destin mortifère qui semblait le leur, mais ils ont hérité de destinées exceptionnelles, qui les ont distingués de leurs semblables.

Périodes de vulnérabilité chez l'enfant migrant

Dans ses nombreux travaux sur la psychopathologie infantile en lien avec la migration, Marie Rose Moro, qui dirige l'équipe de consultation transculturelle à l'Hôpital Avicenne de Bobigny, utilise cette image de l'enfant exposé pour décrire les conditions de vulnérabilité particulières auxquelles sont soumis les enfants de migrants (Moro, 1994, 1998, 2002). Ici, le risque vital est le risque transculturel, à savoir celui du passage entre deux mondes et la négociation nécessaire entre des référents socioculturels multiples. La traversée positive de cette épreuve permet que s'élaborent les conditions d'un métissage réussi qui, lui-même, est le berceau d'une créativité potentiellement exceptionnelle.

Pour Moro, trois périodes du développement semblent être davantage à risque pour les enfants issus de la migration, soit celle de 0 à 3 ans, celle correspondant au début de la fréquentation scolaire et finalement, la transition de l'adolescence. La première période évoquée, de 0 à 3 ans, correspond au temps de la mise en place des interactions précoces mère-enfant suivant la venue au monde du bébé.

L'entrée dans la vie

Cette période fait suite à une grossesse qui peut avoir été vécue sur le mode de l'exil, de l'étrangeté ou encore de l'isolement, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier bébé à naître en terre étrangère. Moro a bien montré comment la grossesse peut réactiver chez la future mère les pertes diverses vécues autour de la migration. Lors de cette période, où la mère ne bénéficie plus des modalités de portage à la fois pratiques et symboliques en vigueur dans son milieu culturel d'origine, il peut être difficile pour elle d'imaginer ou de se représenter son bébé. À sa naissance, celui-ci est doublement étranger pour sa mère, qui accouche loin de sa propre mère, de son réseau de soutien et de ses repères culturels. Le bébé risque ainsi de ne rencontrer qu'une mère absente, dépassée ou fragilisée par les pertes vécues. Lorsque des heurts se produisent dans cette rencontre et que le nécessaire apprivoisement mutuel mère-enfant ne se produit pas, on pourra retrouver en clinique des pathologies sévères du lien d'attachement, de même que des retards et des troubles du développement évoquant parfois des pathologies neuro-développementales ou médicales sévères.

C'est le cas de Rashid, petit garçon pakistanais qui nous est référé à l'âge de deux ans par le CLSC de son quartier. Rashid ne parle pas, semble indifférent au monde qui l'entoure et aux adultes qu'il croise, il ne demande ni n'exprime rien. Il tend les bras aux étrangers rencontrés mais il évite leur regard. Les parents et les intervenants sont déçus par cet enfant à la fois silencieux et inaccessible. Lorsque nous rencontrons cette famille pour la première fois, Rashid est accompagné de sa petite sœur et de ses deux parents; l'intervenante du CLSC qui nous a référé le cas est aussi présente, tout comme l'interprète ourdou-français. Le rôle de cette dernière est important; en effet, même si le père et la mère se débrouillent en anglais, chacun pourra ainsi s'exprimer dans la langue de son choix, tout en entendant celle de l'autre et en assistant au passage entre

les deux, ou même ici les trois univers linguistiques. En plus d'être traductrice, l'interprète est aussi médiatrice, faisant ainsi le pont et permettant les passages entre le monde des patients et le nôtre. Souvent, en cours de route, elle devient une co-thérapeute précieuse et une source d'identification et de référence pour les parents peu au courant des ressources de leur propre communauté. Le cadre installé vise à reconnaître et légitimer les dimensions culturelles de l'interaction clinique ainsi qu'à faciliter les articulations entre les divers lieux de soin, ici, le CLSC, le psychiatre traitant, et la psychologue également impliquée dans l'évaluation.

En nous intéressant à l'histoire familiale, nous apprenons que la mère de Rashid est tombée enceinte peu après une migration difficile; elle a pleuré tout au long de sa grossesse, et encore après que le bébé soit né. Elle a toujours été mal à l'aise avec l'idée de porter un garçon, elle qui a eu des expériences difficiles comme fille dans sa propre famille. Très proche de sa première fille, dont elle a accouché au pays, et entourée de la belle-famille, la mère n'est pas arrivée à se sentir portée et à porter cet enfant. Enceinte et exilée, elle s'est sentie seule au monde malgré la présence d'un mari attentif mais dépassé, vivant le monde extérieur sur un mode hostile et menaçant.

L'évaluation et la prise en charge mettent en évidence un enfant sous-stimulé et carencé, avec des fragilités constitutionnelles telles qu'il n'a pu se construire à l'ombre de ce regard absent. Grâce à l'alliance construite avec les parents et à la pertinence du cadre installé, des évaluations spécialisées complémentaires ont pu être réalisées et un programme de stimulation a été mis en place. L'évolution de l'enfant a permis d'éliminer la présence d'un trouble envahissant du développement, anticipé au départ par les intervenants, et d'identifier un retard de développement et des déficits langagiers significatifs. Le lien d'attachement mère-enfant a évolué de façon spectaculaire, grâce notamment à la sensibilité des intervenantes psychoéducatrices qui ont à la fois reconnu, outillé et renforcé cette maman. Une image qui est demeurée forte dans l'esprit de la psychoéducatrice qui a particulièrement travaillé la relation mère-enfant est celle de Rashid, en fin de traitement, se promenant fièrement au bras de sa mère dans les corridors de l'hôpital, vêtu d'un élégant costume traditionnel pakistanais. Une image vaut mille mots, dit-on... Rashid avait bien repris sa place dans sa famille.

L'entrée à l'école

La deuxième période de vulnérabilité évoquée par Moro est celle du début des apprentissages scolaires. À son entrée à l'école, l'enfant quitte le monde rassurant de la famille et doit apprendre à fonctionner dans une langue autre que sa langue maternelle. Il devra également gérer son passage vers le monde du dehors, soit passer du monde de la famille au monde de l'école. Plusieurs enfants développent alors des mécanismes défensifs de type clivage, souvent aux dépens de leur bon développement ultérieur. Peuvent aussi se mettre en place des pathologies spécifiques à cette problématique de clivage, par exemple le mutisme sélectif, où l'enfant s'empêche de parler à l'extérieur de son milieu familial malgré une maîtrise très acceptable de la langue. Il se ferme ainsi face au monde du dehors pour préserver son monde culturel interne perçu comme menacé.

Un autre problème rencontré dès les tout débuts de la fréquentation scolaire est celui des troubles ou difficultés d'apprentissage. Selon le psychologue français Bernard Gibello (1988), de telles difficultés sont associées à une défaillance des contenants de pensée, en particulier les contenants culturels. Pour ce psychologue, le fonctionnement cognitif requiert pour bien se développer ce qu'il appelle des « contenants de pensée cognitifs » relatifs à l'espace, au temps, au nombre et à la logique, et qui sont sans correspondance directe avec le niveau intellectuel. L'auteur identifie ainsi la dysharmonie cognitive pathologique, trouble de l'intelligence qui concerne des enfants avec une intelligence normale mais avec une perturbation des contenants de pensée. Selon Gibello, les contenants de pensée culturels, inconscients et transmis traditionnellement, modèlent l'idéal du Moi : ils se manifestent notamment dans les contes et les mythes. Comme le souligne cet auteur, la tradition amène les membres d'une culture à donner un double sens à leurs perceptions : un sens banal et un sens symbolique, perçu seulement par les membres de la communauté culturelle. Dans certaines situations migratoires, une transmission déficiente ou trop fragile des repères culturels se trouve associée à des difficultés scolaires diverses, dont une intégration difficile de la langue d'accueil ainsi que des valeurs et des connaissances associées au système scolaire.

Moko est un jeune Camerounais de 5 ans que nous avons reçu en consultation, il y a un peu plus de deux ans. Il se présente à la

consultation avec ses deux parents, qui parlent tous deux un excellent français. Ce sont les intervenants scolaires qui l'envoient, inquiets de son retrait et de son refus de parler à l'école. Moko a aussi une jeune sœur, qui se développe bien.

Les difficultés ont commencé quand l'enfant a débuté l'école, un an plus tôt; jusque là, il était gardé à la maison par une mère attentive et dévouée et était un jeune garçon sans problème. À la fois vif et posé, Moko parle très bien sa langue maternelle, le douala, ainsi que le français appris avec les parents à la maison. Alors qu'il ne dit mot à l'école et s'intègre mal aux jeux des autres enfants, il est un petit garçon pétillant, volubile et plein de vie, dès qu'il rentre chez lui. Quelques rencontres avec Moko et sa famille vont permettre de revenir sur l'histoire du pays d'origine des parents, sur leur trajet migratoire ainsi que sur les difficultés vécues autour de l'installation dans un nouveau pays où les façons de faire grandir les enfants sont différentes. Cette mise en récit du parcours de la famille permet de mettre en mots des expériences et des vécus affectifs jusque là peu intégrés; Moko pourra ainsi se libérer de son sentiment de vigilance et d'inquiétude face à ses proches et face au monde extérieur. Ceci aura pour effet de libérer sa propre parole et d'investir le monde scolaire avec moins d'ambivalence.

David a 7 ans lorsque nous le rencontrons; il est en train de refaire sa première année primaire, qu'il a déjà échouée une première fois. Il semble intelligent mais pourtant est incapable de s'ouvrir aux apprentissages. Élève silencieux et retiré, il dérange peu; c'est la travailleuse sociale de l'école qui nous l'envoie.

David est né au Québec dans une famille d'origine vietnamienne; sa mère est atteinte de schizophrénie chronique et l'élève seule, avec l'aide des grands-parents maternels. David impressionne par son attitude fortement retenue en entrevue, son faciès peu expressif, et sa difficulté à verbaliser. Sa mère a très peur qu'il ne soit atteint de la même maladie qu'elle; heureusement, dit-elle, il est né «coiffé»...

La première partie de la prise en charge consistera en des entrevues familiales auxquelles participeront David, la mère, la grand-mère ainsi que l'interprète vietnamienne et moi-même. Nous reviendrons sur l'histoire de David, et sur l'histoire douloureuse de la famille, arrivée au Québec comme réfugiée, ainsi que sur les événements qui ont marqué l'entrée dans la maladie pour la mère. En cours de suivi,

nous insisterons sur la question des protections, en particulier les protections culturelles pour cet enfant exposé si précocement aux angoisses mortifères de sa mère. Ce faisant, nous reconnaissons et réactivons les représentations culturelles de protection déjà à l'œuvre pour médiatiser la relation entre David et sa mère, dès la naissance. En effet, ce dernier nous avait été rapporté comme étant « né coiffé », c'est-à-dire avec un morceau de membrane amniotique sur la tête; dans plusieurs cultures, ce signe évoque à la fois l'idée d'élection et celle de protection. Dans la première série de dessins de David, c'est un autre symbole, celui du parapluie, qui viendra évoquer et reprendre cette idée de protection, dont l'enjeu est vital pour l'enfant.

Une fois l'enfant dégagé de la gangue morbide figeant sa pensée et ses affects, nous mettrons en place un suivi en orthopédagogie qui lui permettra de compléter son primaire avec plus de plaisir et de facilité, tout en se positionnant avec plus d'assurance face à la maladie de sa mère.

La reconstruction identitaire de l'adolescence: troisième temps critique

La troisième période identifiée par Moro comme une période de vulnérabilité est celle de l'adolescence, étape développementale où se rejouent les enjeux complexes autour de la filiation et de l'affiliation, c'est-à-dire du sentiment de continuité en lien avec les racines culturelles et du sentiment de connexion avec le groupe de pairs et les proches. Chez les adolescents migrants, ces questions se jouent parallèlement aux enjeux développementaux habituels d'autonomisation et de séparation. Divers auteurs nord-américains ou britanniques ont souligné l'impact du contexte social de discrimination, d'injustice ou encore des préjugés dont sont tributaires diverses communautés culturelles dans la négociation de ce passage identitaire pour les adolescents issus de minorités ethniques. En effet, si le groupe culturel d'origine est dévalorisé et défavorisé socialement, les jeunes tendent à adopter des attitudes de rejet et de mise à distance de leurs parents et de leur héritage culturel qui les fragilisent davantage.

C'est le cas de Majid, 12 ans, qui reproche à ses parents leur manque de réussite sociale. Originaires du Pakistan, Majid et sa famille sont musulmans et de langue maternelle ourdou. Ils ont vécu une arrivée difficile au Québec et ont été victimes d'humiliations et de racisme

dans leurs contacts avec les institutions de la société hôte, qu' il s' agisse de l' école, des agents d' immigration ou encore ceux du bien-être social.

Majid a déjà eu de fortes attaques de panique qui ont interféré avec sa fréquentation scolaire. À cause des conduites et des propos racistes dont il faisait l' objet dans sa première école, un passage du milieu scolaire francophone au milieu anglophone, plus familier, a déjà été effectué par des intervenants précédents. Son fonctionnement scolaire s' est amélioré mais par la suite, Majid est devenu particulièrement opposant et provoquant envers ses parents et sa sœur aînée. Le père, en raison de sérieux problèmes de santé, n' a jamais pu travailler et la famille vit dans des conditions précaires. La mère se trouve frustrée et épuisée par toutes ses charges familiales ainsi que par la passivité de son conjoint. Des conflits intenses et fréquents marquent les interactions familiales.

La prise en charge débute avec des entrevues familiales auxquelles participent Majid, sa sœur aînée, ses deux plus jeunes frère et sœur ainsi que les deux parents et l' interprète; la travailleuse sociale et moi-même sommes également présentes. Les rencontres mettent notamment en évidence des troubles chez le père, qui souffre de somatisations sévères et d' anxiété chronique. Nous apprenons alors qu' une série de transgressions familiales, au pays et ici, fragilisent l' alliance du couple et ses liens avec la famille étendue. Nous décidons de poursuivre avec des entrevues de couple, où les deux parents se mettent à se «refréquenter», comme le dit la travailleuse sociale, en élaborant sur leurs histoires familiales respectives ainsi que sur diverses hypothèses culturelles perçues comme étant à l' origine des difficultés actuelles de la famille. Le discours partagé permet une redynamisation des liens de couple et de la vie de la famille. Nous accepterons également de soutenir le couple dans ses démarches administratives pour obtenir un logement où ils se sentent plus en sécurité (« autour de l' hôpital », disent-ils...). Par ce lien davantage médiatisé avec la communauté francophone, la famille peut commencer à s' installer avec moins d' ambivalence et d' inquiétudes dans la société québécoise. Relégitimés dans leur position parentale et dans leur identité culturelle, le couple prend mieux sa place dans la famille et les enfants souffrent moins des décalages nombreux dont ils sont l' objet.

La résilience en tant que processus

En travaillant sur les trajectoires migratoires, les liens de filiation ainsi que les représentations culturelles, les intervenants dans le champ de la psychiatrie transculturelle tentent de dépasser les notions de vulnérabilité et de risque en considérant la culture comme un facteur de résilience privilégié pour les jeunes issus de minorités culturelles. Cet intérêt pour la problématique de la résilience s'est développé à la suite de travaux sur les facteurs de risque, notamment en ce qui a trait au développement de jeunes enfants soumis à des conditions adverses. Les premières recherches se sont surtout attachées à mettre en évidence ce qui, chez l'enfant, pouvait lui permettre de résister à des chocs traumatiques sans altération notable de sa trajectoire développementale. Des qualités personnelles particulières ont ainsi été observées chez les enfants qualifiés de « résilients », de même que des modes relationnels privilégiés définis comme « sécurés » (Cyrulnik, 1998, 2000; Lemay, 1998).

Dans ses travaux, Cyrulnik parle de « tuteurs de résilience » pour décrire ces expériences précoces qui contribuent à l'internalisation d'une base de sécurité et d'un sentiment de soi confiant. D'autres types de tuteurs de résilience sont également évoqués, tels le remaniement de l'expérience traumatique qui en transforme le sens et le vécu affectif, ainsi que la capacité de créativité.

Ce que Cyrulnik appelle ainsi « tuteurs de résilience » s'apparente à ce que d'autres auteurs nomment facteurs de protection, ou facteurs protecteurs, lesquels s'opposent au risque, ou servent de médiateurs pour tempérer ou amoindrir les conséquences du risque. Pour que les caractéristiques individuelles puissent jouer et devenir des facteurs de résilience, il faut un contexte favorable, un environnement qui puisse être accueillant et soutenant pour l'enfant. Dans le cas d'enfants immigrés, en particulier les adolescents, Moro a évoqué l'importance des *adultes initiateurs*, qui jouent un rôle de médiateurs culturels en permettant au jeune de rencontrer la société d'accueil de façon non traumatique, c'est-à-dire en lui donnant l'occasion d'appivoiser son nouvel environnement à doses mesurées, sans avoir pour autant à renier ce dont il se trouve lui-même porteur. Une personne extérieure à la famille, soit un ami, un intervenant scolaire ou encore un intervenant social, peut ainsi jouer un rôle déterminant et aider l'enfant à traverser des expériences

autrement sources de confusion et d'angoisse.

Dans les cas cliniques évoqués ci-haut, ce sont les intervenants qui jouent ce rôle de pont et de filtre pour les patients et leurs familles, en leur permettant à l'intérieur du cadre d'intervention installé de rejouer sur une autre scène la rencontre avec la société d'accueil. Le souci de reconnaître les singularités de la trajectoire culturelle des patients et d'offrir un cadre qui soutient et encourage le recours aux ressources culturelles contribue au remaniement de l'expérience de la rencontre avec l'autre, le différent de soi. Autour de l'altérité de l'enfant malade, c'est le sentiment d'altérité intime de ces familles migrantes qui peut être retravaillé. Un tel travail aide à dépasser les sentiments d'impuissance et de vulnérabilité qui figent l'enfant et sa famille, en réanimant les transmissions et les discours signifiants qui organisent le vécu de chacun.

Résilience et liens familiaux et groupaux

Dans ses travaux sur la résilience, Odette Bourguignon souligne l'importance des liens familiaux ou groupaux ainsi que des cadres et des contenus culturels comme facteurs de protection. Bourguignon rapporte notamment les résultats d'une recherche de Sack et Kinzie, réalisée en 1986, portant sur un groupe de jeunes Cambodgiens réfugiés aux Etats-Unis. S'intéressant à l'évolution de ces jeunes exposés avec leurs familles à l'expérience traumatique de la guerre civile et des camps de rééducation au Cambodge, les auteurs ont réalisé que les jeunes qui évoluaient le mieux étaient ceux qui présentaient les caractéristiques suivantes : ils étaient issus de familles tributaires d'un fort sentiment d'identité culturelle et avec un respect important pour les ancêtres, ils privilégiaient des relations interpersonnelles «lisses» (c'est-à-dire non conflictuelles), ils tendaient à accepter les choses comme elles étaient (acceptation de ce qui ne peut être changé) et étaient adeptes du bouddhisme (spiritualité favorisant une attitude de détachement face aux désirs ou aux aspirations individuelles). Pour ces jeunes cambodgiens, l'acceptation passive des événements, soutenue par des représentations culturelles cohérentes et solides qui validaient et renforçaient cette attitude, leur permettait de s'adapter plus facilement à la société d'accueil et de préserver des façons culturelles de penser et de voir le monde.

Cette capacité à se garder en continuité avec un héritage spirituel semblait ainsi protéger la santé mentale de ces jeunes réfugiés,

contrairement à leurs compatriotes qui avaient opté pour une distanciation plus radicale face à la culture d'origine en adoptant des stratégies correspondant davantage aux valeurs et façons de faire occidentales (par exemple, parler de ses problèmes et de son vécu).

Ce sont surtout des auteurs américains, comme Ana Cardano (1998), qui se sont intéressés au phénomène de la résilience concernant les groupes, qu'il s'agisse de familles, d'organisations ou de communautés. Les recherches sur la résilience des familles, arrimées plus particulièrement aux courants systémique et écosystémique, soulignent les risques liés à l'acculturation, en particulier les conflits, la confusion identitaire et les manifestations de détresse émotionnelle qui peuvent y être associés. Une situation particulièrement à risque semble être celle où tous les membres d'une même famille n'intègrent pas au même rythme les valeurs de la société dominante; c'est le cas de plusieurs familles comptant des adolescents, lesquels partagent souvent des valeurs très proches de celles d'autres adolescents rencontrés à l'école ou dans la rue.

La position idéale sur le plan de la résilience semble être celle du biculturalisme, c'est-à-dire la capacité à négocier avec les deux cultures de référence en intégrant les valeurs de ces deux mondes tout en conservant un solide sentiment d'appartenance à la culture d'origine. Les auteurs rappellent l'importance de considérer les familles dans le contexte de leur environnement socioculturel actuel et de ne pas les réduire à une image stéréotypée ou idéalisée de leur culture, qui nierait alors la créativité tout comme le dynamisme et l'impact des variables socio-économiques sur l'évolution des individus.

Les études portant sur la résilience familiale ont mis de l'avant l'importance de recourir à la famille étendue comme source de résilience particulière pour les familles appartenant aux minorités culturelles. En effet, les membres de la famille étendue et parfois de la communauté peuvent jouer des rôles très significatifs pour les individus et leurs familles. Ainsi, ils offrent des modèles complémentaires d'identification pour les jeunes; ils peuvent compenser en cas de défaillance des parents d'origine ou aider en situation de contraintes matérielles, ils peuvent également intervenir et servir au besoin de médiateurs en situation de conflit ou de crise... En clinique, nous tentons d'impliquer à des degrés divers des

membres de la famille étendue ou du réseau afin de soutenir ces étayages particulièrement productifs.

Les auteurs qui s'intéressent à la résilience familiale soulignent aussi que, bien que nos sociétés occidentalisées privilégient des modes éducatifs dits démocratiques, des modes plus autoritaires pourraient avoir de meilleurs résultats pour certaines familles migrantes quand ils sont associés à une vision plus collectiviste, où le bien-être de l'ensemble du groupe familial est important pour chacun des membres. Dans les situations de discrimination et de marginalisation, la structure hiérarchique de la famille semble même servir de facteur de protection pour garantir un certain sentiment d'identité et d'estime de soi. Les jeunes les plus à risque à ce niveau seraient ceux issus de minorités culturelles, vivant dans un environnement majoritaire où la structure d'autorité parentale est permissive.

Cette dernière situation est d'autant plus fréquente dans le cas des familles dont les parents ont fait l'objet de critiques sévères concernant leurs modes éducatifs de la part des intervenants sociaux ou médicaux; ils peuvent alors en venir à démissionner complètement d'un rôle parental dont ils ne comprennent plus la teneur, ou encore rigidifier leurs positions et renforcer le clivage avec la société hôte. Dans un tel contexte, relégitimer les parents et soutenir leur autorité apparaît comme le meilleur garant contre des dérives qui peuvent survenir, soit du côté parental, avec la démission ou la rigidification des attitudes, ou encore du côté des enfants, avec les désorganisations sévères du comportement.

Plusieurs études faites aux États-Unis dans les communautés afro-américaine, hispanique, asiatique ou encore autochtone, ont démontré l'importance du sentiment d'appartenance culturelle pour les jeunes issus de groupes minoritaires, sentiment qui va de pair avec la fierté par rapport à son identité culturelle et son héritage ainsi qu'avec le maintien de valeurs, de rituels ou encore de pratiques spirituelles de la culture d'origine. De telles caractéristiques sont associées à un devenir meilleur pour ces jeunes soumis à des situations de risque multiples. Plus le groupe d'origine fait l'objet de discrimination ou de préjugés, plus cette identification positive aux racines culturelles semble être un facteur de protection du développement ainsi que du parcours scolaire et social du jeune.

Lorsque je rencontre John pour la première fois, il vient accompagné de sa mère, son père, sa petite sœur ainsi que sa tante maternelle.

John a 5 ans et est Attikamekw; il habite avec sa famille dans une réserve amérindienne à l'extérieur de la ville. Toute la famille a fait un trajet de plus de six heures en auto afin d'accompagner John à son évaluation psychiatrique à Montréal. Plus tard, c'est la grand-mère maternelle qui accompagnera les parents pour tenter de comprendre avec eux les informations et suggestions transmises par l'ergothérapeute impliquée dans le processus d'évaluation.

John a des retards de développement importants et remplit apparemment tous les critères de diagnostic d'autisme. Étant donné le contexte particulier de cette évaluation, nous décidons d'offrir des blocs de rencontres à raison d'une par jour étalées sur quelques jours, en faisant un compte rendu à la famille de nos observations à la fin de chaque bloc. Nous avons aussi choisi d'inviter la famille à toutes les étapes de l'évaluation, soit les rencontres en psychiatrie, psychoéducation et ergothérapie.

Comme psychiatre en charge du cas, j'accompagnais les parents à ces entrevues afin d'articuler les diverses étapes du processus, médiatiser les observations faites, et préciser certains éléments du développement lorsque nécessaire. Lorsqu'un décès tragique survient en cours d'évaluation dans la communauté d'origine, je peux reprendre cette situation avec les parents, qui s'en ouvrent à moi en cours de rencontre. Je pourrai ainsi contenir une partie des angoisses soulevées par ces événements, qui réactivent les pertes et deuils multiples déjà vécus par la communauté et la famille de John. Je soutiendrai et validerai aussi le recours aux stratégies de réparation déjà choisies par la communauté, stratégies profondément ancrées dans l'héritage culturel du groupe. Les cérémonies et rituels alors réalisés sur place auront un impact positif important pour John et sa famille.

Comme cet enfant fait l'objet d'un investissement privilégié de la part des membres de sa famille, il nous est apparu que les recommandations pour le suivi et l'orientation vers des ressources spécialisées devaient absolument tenir compte de cette insertion exceptionnelle dans le milieu familial et la communauté d'origine.

Conclusion

Les arrimages entre culture et résilience apparaissent donc évidents et riches. En pratique transculturelle, le travail clinique avec les processus de résilience implique une prise en compte des appartenances culturelles des patients, qui peuvent être multiples et

métissées, de même que des enjeux, des conflits et des dynamiques qui ont pu se tisser autour de la trajectoire migratoire, puis de l'intégration dans la société d'accueil. Il s'agit donc de reconnaître les vulnérabilités particulières de ces clientèles mais également les forces et les ressources qui les animent et qui proviennent de façon significative de leur héritage culturel familial.

Considérer les dimensions culturelles en clinique permet aux enfants vulnérables et à leurs familles de se réappropriier les ressources précieuses qui les ont amenés à se construire et à construire leur rapport au monde d'une façon non traumatique et cohérente.

ABSTRACT

The author considers critical turning points in children of migrant families and their subsequent risks on the child's development, the first being at birth, the second when entering primary school and a third critical time corresponding with the adolescent's identificatory reconstruction of self. While reviewing literature and exposing clinical vignettes, she further discusses the concept of resilience viewed as a dynamic process where family or group as well as individual characteristics may intervene as protective factor in children from cultural minorities.

Références

- Bourguignon O.** Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter des traumatismes chez l'enfant. *Devenir* 2000; 12(2) : 77-92.
- Cardano A.** Risk and resiliency factors among culturally diverse families : Implications for family psychopathology. In : **L'Abate L.** (ed) *Family psychopathology : the national roots of dysfunctional behavior*. 1998 : 94-124.
- Cyrulnik B.** (sous la dir) *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris : Ed. Hommes et Perspectives, 1998 : 7-11.
- Cyrulnik B.** *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob, 1999.
- Cyrulnik B.** *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 2001.
- Cyrulnik B.** *Le murmure des fantômes*. Paris : Odile Jacob, 2003.
- Gibello B.** Contenants de pensée, contenants culturels. La dimension créative de l'échec scolaire. In : **Yahyaoui D.** (Ed) *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de deuxième génération*. Grenoble : La Pensée sauvage, 1988.
- Lemay M.** Résister : rôle des déterminants affectifs et familiaux. In : **Cyrulnik B.** (sous la dir) *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris : Ed. Hommes et Perspectives, 1998 : 27-43.
- Manciaux M.** La résilience : mythe ou réalité? In : **Cyrulnik B.** (sous la dir) *Ces enfants qui tiennent le coup*. Paris : Ed. Hommes et Perspectives, 1998 : 109-120.
- Moro MR** *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF, Collection le fil rouge, 1994.
- Moro MR.** *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod, 1998.
- Moro MR.** *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris : Hachette Litt., Éd. La Découverte, 2002.
- Mouchenik Y.** *L'enfant vulnérable. Psychothérapie transculturelle en pays kanak (Nouvelle-Calédonie)* Paris : La Pensée Sauvage, 2004.
- Sack WH, Angell RH, Kinzie JD, Ben Roth.** The Psychiatric effects of massive trauma on Cambodian Children. II. The family, the home and the school. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1986; 25 (3) : 377-383.

Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic

**Michelle St-Antoine
Suzanne Rainville**

Les auteures sont
psychologues au Centre
Jeunesse de Montréal –
Institut universitaire.

Adresse :
1001, bd Maisonneuve est
Montréal (Québec) H2L 4R5

Courriels :
michelest-antoine@mtl.
centresjeunesse.qc.ca
suzanne.rainville@mtl.centres
jeunesse.qc.ca

En élaborant ce programme de traitement pour les enfants présentant des troubles sévères d'attachement, nous nous sommes inspirés principalement des travaux de Paul Steinhauer en Ontario et de Charles Zeanah aux États-Unis. La notion de trouble d'attachement (issue du courant psychiatrique) paraissait circonscrire davantage le profil de la clientèle que nous recevions, soit des enfants qui avaient perdu leur capacité d'attachement et qui présentaient de graves difficultés d'adaptation sociale. Le cadre clinique du programme, soit le type de ressources, la composition de l'équipe d'intervention et le processus de sélection des enfants admis sont décrits succinctement en annexe.

La notion de trouble d'attachement

La première mention du trouble réactionnel de l'attachement (TRA) dans la littérature psychiatrique date de la parution du DSM-III en 1980. Ce diagnostic reposait alors sur l'existence d'un retard de croissance et d'un manque de réponses sociales, devant être manifeste avant l'âge de 8 mois. Lors de la révision du DSM en 1987, l'âge d'apparition des symptômes a été repoussé à 5 ans et deux sous-types (inhibé et désinhibé) ont été différenciés. Selon le DSM-IV (1994), le trouble d'attachement est associé à des soins gravement déficients et pathogènes dans l'enfance. Un contact social inapproprié dans la plupart des contextes constitue le principal symptôme du TRA, à moins que ce comportement témoigne de la présence d'un trouble envahissant du développement ou d'une déficience intellectuelle. De leur côté, Steinhauer (1999), Lieberman et Zeanah (1995) et Boris et Zeanah (2000) développeront des grilles plus élaborées qui permettront de préciser le diagnostic de trouble d'attachement et d'établir des assises pour le traitement.

(230)

RÉSUMÉ

S'appuyant sur les recherches récentes dans le domaine de l'attachement, en particulier les typologies élaborées en regard de troubles sévères d'attachement, les auteures discutent du profil clinique des enfants reçus au cours des cinq dernières années dans un programme mis en place par le Centre jeunesse de Montréal. Après avoir décrit les deux types de troubles d'attachement reconnus dans la littérature, soit les inhibés avec retrait du lien et les désinhibés avec sociabilité indistincte, elles introduisent, exemples à l'appui, une troisième catégorie, dite désinhibé perversi, qu'elles différencient au niveau de l'étiologie, en particulier du type d'investissement parental qu'ont connu ces très jeunes enfants. Elles proposent un cadre de traitement et rapportent certains résultats de la prise en charge et du pronostic appréhendé dans ces cas.

Une dette envers John Bowlby

Nous ne voudrions passer sous silence l'influence prépondérante des travaux de John Bowlby (et des nombreux chercheurs dont il a inspiré ultérieurement les recherches) sur la compréhension des problèmes d'attachement des enfants que nous soignons. En effet, dès les années 40, Bowlby attira l'attention des cliniciens sur les effets dévastateurs des carences maternelles précoces et des ruptures à répétition sur le développement des enfants, et tout particulièrement sur leur adaptation sociale.

Les types d'attachement mis plus tard en évidence par Ainsworth (1979), soit l'attachement sécurisé, les attachements insécurisés ambivalent-résistant et évitant, forts utiles pour la recherche, sont difficiles à appliquer en clinique. D'une part, le décodage spécialisé de la *Situation Étrange* est inaccessible à l'intervenant et, d'autre part, le fait de déterminer qu'un enfant présente un attachement insécurisé ne permet pas de se prononcer sur le risque futur d'inadaptation sociale. En effet, pour Bowlby, les attachements insécurisés représentent des formes d'adaptation de l'enfant à son milieu.

Les recherches récentes sur l'attachement de type désorganisé-désorienté, mis en évidence dans les années 90 par Mary Main, apparaissent davantage pertinentes pour la clinique. Certains auteurs affirment en effet que l'attachement désorganisé serait un facteur de risque majeur de développer une psychopathologie,

certains posant même qu'il pourrait annoncer une psychopathologie chez l'enfant (Fonagy, 2001). Les comportements de l'enfant présentant un attachement de type D, soit les réactions de colère, la faible tolérance à la frustration, l'irritabilité, l'incompétence sociale, l'expression fréquente de détresse et l'inattention, trahissent des difficultés importantes de régulation des émotions observées également chez les enfants présentant des troubles d'attachement.

Profil clinique des enfants en troubles sévères d'attachement

C'est ainsi que l'étude des dossiers des 23 enfants traités au cours des cinq dernières années dans notre programme et les nombreuses discussions cliniques à leur sujet nous ont amenés à tracer un profil clinique général, et même à différencier non pas deux mais trois types de troubles d'attachement sur la base du mode relationnel – et en particulier du type d'investissement parental - relevé dans ces cas.

Facteurs étiologiques

De nombreuses ruptures de liens comprenant des déplacements à répétition (placements privés ou en familles d'accueil) ou encore des allers et retours suivant des réinsertions familiales avortées jalonnent le parcours de vie de ces enfants, y compris des plus jeunes. La négligence physique et affective et souvent les abus (physique ou sexuel) ont marqué le vécu familial durant les toutes premières années de vie, et presque tous ces enfants ont été signalés en bas âge.

Plan relationnel

Refus de toute dépendance : Hughes (1999), dans un article sur l'adoption d'enfants présentant des problèmes d'attachement, souligne avec justesse que du fait de leurs besoins essentiels non remplis, ces enfants canalisent toute leur énergie et font en sorte de les combler eux-mêmes. Ils découvrent ainsi les chemins de l'autosuffisance.

Tout comme Steinhauer (1999), nous observons que ces enfants refusent de dépendre du monde adulte, soit en se détournant de la relation et en cherchant à être autosuffisant, soit en établissant des relations superficielles. Plusieurs comportements trahissent ce refus de s'abandonner à la relation, tel que se bercer, se frapper la tête avant de s'endormir. S'il est blessé, effrayé ou en détresse, l'enfant ne cherche pas le réconfort, ayant intériorisé l'image d'un adulte non disponible ou qui lui a fait déjà cruellement défaut. De même,

l'enfant reste vigilant en toutes circonstances face à un éventuel danger, témoignant ainsi de son habitude à assurer lui-même sa protection. Certains enfants enregistrent les trajets en auto et c'est souvent lors d'un changement de parcours qui entraîne des protestations et de la panique chez l'enfant que nous le constatons.

Absence de réactions à la séparation : Une manifestation frappante du trouble d'attachement est, comme le souligne Steinhauer (1999), l'absence de réactions de l'enfant à la séparation, un peu comme si les adultes étaient interchangeable. L'enfant passe souvent sous silence la rupture de lien, en ne réclamant pas les personnes qui en prenaient soin. Cette adaptation superficielle masque des deuils non résolus que le travail d'accompagnement mettra à jour et qui réitérera pour l'équipe l'importance de tenir compte du « parent dans l'enfant », même si celui-ci n'est plus présent dans la réalité.

Attaque du lien : Les bons moments passés avec l'intervenant au cours d'activités agréables ou spéciales, les premiers moments de vécu partagés provoquent inévitablement chez l'enfant des mouvements de rupture du lien. Crises, désorganisations, attaques agressives contre l'adulte ou d'autres enfants, destruction du matériel, l'enfant s'attaque à la relation avec une force nourrie par la panique qu'a suscitée en lui ce mouvement d'abandon à la relation. Ces attaques, qui témoignent des premiers fléchissements de l'enfant au plan relationnel, percutent d'autant plus qu'elles surviennent au moment précis où l'enfant laisse entrevoir un désir de rapprochement et suscite des attentes affectives chez l'adulte.

Indifférence à la punition : L'enfant cache sa vulnérabilité et les intervenants gardent souvent l'impression qu'il est indifférent à toute forme de punition. En fait, ces enfants refusent de se montrer touchés, parce qu'ils ressentent tout signe de vulnérabilité comme un danger d'abus.

De même, certains enfants ne manifestent aucun signe d'émotion face à des cadeaux ou des sorties, de peur que l'adulte, témoin de ce qui leur procure du plaisir, ne les en prive ultérieurement. De même et tel que le souligne Steinhauer (1999), les limites et les règles semblent vécues par ces enfants comme des attaques, des tentatives délibérées de les contrôler, plutôt que comme des exigences de la réalité.

Entraves à la socialisation

Selon Steinhauer (1999), plusieurs difficultés présentées par l'enfant

en trouble d'attachement viendront entraver sa socialisation. Centré qu'il est sur la satisfaction immédiate de ses besoins, sa manipulation (où l'autre est utilisé comme un objet pour arriver à ses fins), son besoin excessif de contrôle, son manque d'empathie lui rendent difficile la coopération avec l'autre.

Les recherches récentes démontrent que la difficulté de ces enfants à réguler leurs émotions constitue fort probablement la plus grande entrave à leur socialisation. Selon Fonagy (2001), la capacité de régulation des émotions dépend de la compréhension des expériences internes qui se construit dans la relation dyadique précoce avec la figure maternelle. Cette capacité de régulation fait clairement défaut aux enfants que nous recevons qui se désorganisent régulièrement, sans être en mesure d'identifier ce qui se passe en eux. Les forces désorganisatrices de l'émotion amènent l'enfant à adopter des stratégies rigides dans ses relations interpersonnelles, d'où le fait de crises, de désorganisations sévères ou d'attaques agressives contre les autres enfants ou contre soi.

Structure de la personnalité: diffusion de l'identité

L'expérience des dernières années et l'examen des gestes posés au quotidien par ces enfants mettent en lumière ce qui apparaît comme une indifférenciation partielle de leurs frontières. Ainsi une multitude de situations montrent leur difficulté à circonscrire leur espace personnel et à ne pas envahir celui des autres: ils peuvent foncer dans l'adulte, comme s'ils lui rentraient dans la peau, envahir l'espace des autres enfants en prenant leurs objets, en les touchant ou en piquant la nourriture dans leur assiette.

Des mécanismes de clivage (séparant les bonnes et les mauvaises images de soi et de l'objet) entravent le développement d'un sentiment de soi unifié. La diffusion de l'identité qui en résulte rend ce type d'enfant très dépendant de la présence de l'adulte et du cadre externe pour ressentir une certaine continuité d'être, pour bien se conduire et faire des choix. Un peu comme ce petit garçon qui s'identifie dans un dessin à «un train fou» qui s'est détaché, avec par suite le besoin de «rails» pour pouvoir se diriger. La fragilité des frontières qui fait en sorte que l'enfant se sent peu protégé contre le monde extérieur et où la présence de l'autre est vécue comme intrusive rend extrêmement difficile pour lui la vie en grand groupe.

Développement intellectuel

Des difficultés d'apprentissage et des retards de développement

sont observés chez plusieurs des enfants à leur arrivée dans nos ressources. Des diagnostics de déficit d'attention ou d'hyperactivité sont posés pour plusieurs d'entre eux.

Une typologie des troubles réactionnels sévères d'attachement (TRA)

Nos observations nous permettent de différencier les enfants traités dans notre programme selon qu'ils appartiennent aux TRA inhibé ou désinhibé du DSM-IV ou aux catégories correspondantes de la typologie de Boris et Zeanah (2000), soit les pathologies d'absence d'attachement avec retrait émotif ou sociabilité indistincte. Pour sa part, Paul Steinhauer (1999) n'a pas introduit de typologie et sa grille correspond davantage au type d'enfants présentant une sociabilité indistincte. Nous proposons quant à nous une troisième catégorie, celle des désinhibés pervers, qui se différencie des deux autres au niveau de l'étiologie, de la complexité de la prise en charge et du pronostic très réservé dans ces cas.

Type 1: Trouble d'attachement avec retrait : « les inhibés »

Les enfants du profil inhibé se caractérisent par leur retrait de la relation, et les intervenants les décrivent souvent comme étant « dans leur bulle ». Solitaires, à l'allure triste et plutôt amorphes, ces enfants donnent l'impression d'avoir renoncé à la relation et de ce fait, ils veulent tout faire par eux-mêmes et les intervenants doivent se contenter d'être près d'eux pour prévenir les accidents. Ce tableau clinique apparaît très tôt et la vulnérabilité psychique de ces enfants est souvent masquée par une allure « parentifiée » qu'ils adoptent en présence de leur parent.

La position de retrait de l'enfant cache pourtant une forte hostilité, souvent retournée contre soi. On note de l'automutilation et certains enfants refusent de se nourrir comme s'ils fermaient à l'autre toutes les ouvertures de leur corps. Bien qu'ils se montrent moins agressifs que les enfants désinhibés, ces enfants peuvent attaquer les pairs ou détruire des objets dans des moments de stress important. Ils se situent tous à un niveau élevé sur le continuum de la méfiance, allant pour certains jusqu'à des sentiments de persécution.

L'histoire sociale de ces enfants montre qu'ils ont connu une alternance de périodes d'investissement (par un parent ou une figure substitut) parfois décrites comme fusionnelles, suivies de périodes de délaissement affectif. Le fait de cet investissement pourrait expliquer leur plus grande différenciation au plan psychique que les

deux autres types, mais comme dans la majorité des TRA, les enfants «retirés» démontrent des retards (ou même un arrêt de croissance dans la petite enfance) dans une ou plusieurs sphères de leur développement.

Vignette clinique : Gabriel

À son arrivée, Gabriel, 8 ans, prend une forte dose de Risperdal. Il est aux aguets et son anxiété est très élevée et on le décrit comme étant souvent «dans la lune». Il se tient à l'écart et s'isole au point où les intervenants ont tendance à «l'oublier». Il peut facilement se sentir persécuté par les pairs et ses peurs multiples le conduisent parfois à menacer les autres, avec des ciseaux par exemple. D'allure chétive, il n'est pas situé dans le temps et présente un problème de motricité évident dans sa démarche. Bien qu'il s'applique en classe, il ne sait ni lire, ni écrire, comme s'il n'apprenait pas. Son intérêt principal est l'ordinateur, une activité solitaire. Enfin, Gabriel met en place toutes sortes de mécanismes obsessionnels pour contrôler son environnement. Ainsi, aucun objet ne doit être déplacé dans sa chambre.

Dès sa naissance, la mère a éprouvé de l'ambivalence envers son enfant : elle n'arrivait pas à lui trouver un prénom et était incapable de contact physique ou visuel, tout en démontrant des mouvements fusionnels par souci d'en prendre soin. Depuis le placement de Gabriel, la mère parle de son désir de le reprendre et l'utilise souvent comme confident. Auparavant, elle le menaçait régulièrement de le placer. Cette relation fortement ambivalente occasionne des désorganisations importantes chez l'enfant lors des visites. Durant plusieurs mois, Gabriel se montre inquiet et adopte souvent une position de parent envers sa mère lorsqu'il la sent en détresse.

Type 2: Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte : « les désinhibés »

Ces enfants correspondent au profil désinhibé du TRA tel que décrit dans le DSM-IV. Charmants et séducteurs, ils se lient facilement aux étrangers et peuvent rechercher un rapprochement physique, dès le premier contact. Selon Hughes (1999), ces enfants ont compris que la familiarité amène la plupart des adultes à se montrer aimables en

retour avec eux. Toutefois si ces tactiques échouent, ils peuvent faire une crise pour obtenir ce qu'ils veulent. Les adultes paraissent interchangeables, et l'exclusivité seule est recherchée. Ces enfants peuvent même adopter une position très infantile, cherchant à se faire prendre en charge. Ils peuvent encore se montrer intrusifs et accaparants au point de susciter chez l'autre un besoin de mise à distance.

Ces enfants ont besoin de l'adulte pour fonctionner, et celui-ci semble jouer un rôle de contenant, de «pare-excitation». Ce type d'enfants donnent davantage accès à leurs angoisses que le type inhibé mais ils sont confus et incapables d'identifier ce qui se passe en eux.

L'enfant désinhibé se caractérise par son comportement agressif. La socialisation est particulièrement problématique : les relations avec les pairs, fortement teintées de rivalité, sont conflictuelles, et plusieurs de ces enfants ont proféré des menaces de mort ou agressé sérieusement d'autres enfants.

L'histoire de ces enfants se distingue du groupe précédent en ceci qu'ils n'ont pas été réellement investis par leurs parents en tant que personne distincte. Souvent objets de projections négatives, ils sont perçus comme dérangeants, inadéquats, voire dangereux. Les tentatives de différenciation de l'enfant semblent avoir été vécues comme des attaques par le parent. Des désirs de mort chez le parent envers l'enfant sont notés dans plusieurs dossiers. Ces enfants semblent avoir intériorisé une image très négative d'eux-mêmes, suscitant une peur continuelle d'être pris en défaut.

Vignette clinique : Mike

Mike a été signalé à la protection de la jeunesse à l'âge de un an. La mère est décrite comme étant infantile et très changeante : tantôt elle cajole l'enfant, tantôt elle s'en désintéresse complètement. À maintes reprises, Mike est envoyé chez des amis sans qu'elle ne lui donne de nouvelles. Mike est finalement confié à son père qui demande rapidement son déplacement. Il épuise ensuite une famille d'accueil par sa désorganisation.

À son arrivée dans nos services, Mike est âgé de quatre ans. Charmeur, il joue au bébé et se montre très dépendant. Il va à n'importe qui et devient très envahissant tout en demeurant hypervigilant. Mike présente des retards de

développement importants au plan du langage et de la motricité. Opposant face aux apprentissages, obsessionnel par rapport à la propreté, il cherche à contrôler la relation. Il exige beaucoup d'encadrement, particulièrement auprès des pairs qu'il a tendance à frapper. Son agitation et sa difficulté à se concentrer exigent une prise de Ritalin à son entrée à la maternelle.

Type 3: Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte et perversion du lien : « les désinhibés pervers »

Ce troisième type (qui pourrait être considéré comme une sous-catégorie du deuxième) nous est apparu utile lorsque l'équipe traitante a cherché à comprendre pourquoi certains enfants ne parvenaient pas à restaurer leur capacité de lien, même si le milieu thérapeutique leur avait permis de mieux fonctionner de façon générale. Dès leur arrivée, ces enfants apparaissent davantage atteints que les autres. Leur prise en charge, semée d'embûches, confirme leur état de désorganisation et met à rude épreuve tous les intervenants impliqués auprès d'eux.

Contrairement aux autres enfants du profil désinhibé qui ont été victimes de négligence et de délaissement, ces enfants portent les traces d'un investissement pathologique d'une figure parentale. Ce lien que nous qualifierons de «pervers» semble avoir détourné l'enfant de sa propre existence pour en faire l'objet du scénario pervers narcissique du parent. Comme le soulignent Schreier et Libow (1993) dans leur étude de mères souffrant du syndrome de Munchausen par procuration, ce type de lien ne réfère pas à des pratiques sexuelles perverses, mais plutôt à un mode de fonctionnement mental où fantasme et réalité coexistent dans une relative indistinction. Ces enfants semblent avoir subi le même traitement que réservent les individus pervers à leurs partenaires : « Les individus pervers traitent leurs partenaires comme si ceux-ci n'étaient pas des êtres humains, mais des pantins à manipuler sur la scène où se joue la perversion » (Stoller, 1978, p. 113).

Le premier de ces enfants, âgé de trois ans, en remplacement d'un bébé décédé dont la mère n'a pas fait le deuil, est tantôt magnifié et qualifié de «génie», lorsqu'il agit en conformité avec l'idéal maternel, puis dénigré et sadiquement rejeté lorsqu'il échoue. La mère l'appelle le «survivant», en référence au bébé décédé.

Le deuxième enfant doit jouer le rôle du surdoué qui permet à sa

mère d'entretenir des fantasmes de perfection. Par la force (il est battu avec une ceinture), il apprend l'alphabet dès 18 mois, et la lecture ensuite. On perçoit l'emprise maternelle sur le corps de cet enfant qui ne sait pas de quel sexe il est, tant il est soumis à cette mère dont les injonctions le suivent encore. La troisième enfant, surnommée la « reine », la « poupée » ou la « chatte » par son père, semble faire partie du scénario pervers de ce dernier.

Contrairement à ceux du groupe désinhibé, ces enfants semblent avoir fait l'objet de surstimulation. De fait, ils sont le jouet (ou l'objet fétiche) d'un parent qui les a pris de force dans son scénario. Ces enfants paraissent n'avoir aucune conscience de leur propre existence, comme si le parent avait empêché l'enfant d'advenir à lui-même. Les intervenants donnent l'image d'un enfant qui ne garde rien, qui n'apprend pas, n'intègre pas les règles et les routines. Autant il ne garde pas le lien avec l'adulte absent, autant en présence de l'adulte, il cherche constamment le contact physique et s'accroche, donnant l'impression de vouloir entrer dans la peau de l'autre.

Les intervenants décrivent souvent ces enfants comme robotisés et programmés. Leur espace psychique interne étant lacunaire, le jeu symbolique n'existe pas pour deux de ces enfants. Pour l'un, l'activité favorite est de faire des exercices dans des manuels scolaires, des casse-tête ou des mots croisés, et pour l'autre, elle consiste en un jeu répétitif et stéréotypé autour du lit. Tout changement dans le cadre de vie provoque chez ces enfants une désorganisation qui prendra l'allure d'attaques agressives, d'auto-mutilations ou encore de crises interminables, plus intenses, fréquentes et destructrices que celles des autres enfants, et les éléments déclencheurs en sont aussi plus difficiles à cerner.

Vignette clinique : Rosie

Rosie est arrivée à l'âge de 4 ans après un court séjour en famille d'accueil où ses comportements désorganisés (casser des vitres, se mettre en danger, etc) ont mis rapidement son placement en péril. La fillette a vécu ses premières années avec ses parents, puis seule avec son père. Elle est décrite par les intervenants comme une fillette d'allure masculine, s'exprimant d'une voix rauque. Son discours est souvent incohérent et elle fuit le regard. Familière avec les étrangers, elle va à tout le monde de façon indifférenciée. Le contact physique est souvent brusque et intrusif, un peu comme si

elle était inconsciente de l'existence de l'autre. À d'autres moments, l'approche est séductrice et même d'une sensualité trouble (elle se transforme en chatte en chaleur et se colle sur l'éducatrice en poussant des petits cris d'excitation). L'état profond de malaise suscité chez l'éducatrice par cette mise en scène témoigne de l'aspect pervers plutôt que ludique de la scène.

Des phrases répétitives, stéréotypées, ponctuent son discours : « mon beau papa Francis », dit-elle chaque fois qu'elle mentionne son père. Les intervenants décrivent Rosie comme « ayant son père tatoué dans la peau ». La fillette semble complètement sous emprise et les visites (sous supervision) du père permettent d'observer le contrôle total qu'il exerce sur « sa petite reine » et sa façon particulière de laisser sur elle son empreinte, en cherchant à lui peindre les ongles ou en lui apportant des vêtements qu'il voudrait la voir revêtir.

Rosie répète sans cesse les mêmes jeux (faire le lit, se coucher et inviter les amis dans le lit de papa Francis), répétition traumatique et obsessionnelle qu'elle ne peut élaborer. « Vide et inatteignable », selon les intervenants, plusieurs gestes posés par Rosie semblent avoir pour but de se sentir exister.

Traitement des enfants en troubles sévères d'attachement

Personne ne peut manipuler ou forcer un enfant présentant des difficultés 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.

P. Steinhauer, 1999, p. 12

Devant ce constat basé sur la longue expérience de Paul Steinhauer, on peut concevoir que le but du traitement est de fournir des soins suffisamment bons qui permettent à l'enfant de se sentir assez en sécurité dans le milieu pour prendre éventuellement le risque de former un attachement. Il faut donc que les adultes qui assument les soins survivent aux attaques de l'enfant et sachent résister aux sentiments d'impuissance qui pourraient les pousser à demander son déplacement. Il leur est indispensable de savoir que l'enfant a

besoin de temps pour faire confiance à nouveau, et que la non-évolution apparente est une période nécessaire à l'enfant pour tester l'environnement et s'assurer qu'il ne lui fera pas défaut.

Le premier défi consiste à garder l'enfant sans le déplacer à nouveau, et à faire en sorte qu'il ne mette pas en péril le placement des autres enfants ou encore la survie psychique des intervenants. Voici quelques principes qui guident notre intervention.

Offrir à l'enfant un cadre contenant

Ces enfants ont besoin de se sentir en sécurité dans un environnement prévisible. Plus l'enfant démontre des signes de désorganisation et des difficultés à se contrôler, plus on doit restreindre et structurer son espace, afin d'éviter qu'il se mette en danger ou pose des gestes répréhensibles, le renvoyant à des sentiments d'échec et de honte, comme le précise Hughes (1999). Ce cadre comprend aussi une structuration du temps où des règles claires et des routines sont établies dans le quotidien, de sorte que l'enfant appréhende le monde autour de lui comme davantage prévisible, et de ce fait plus sécurisant. Tout changement du cadre de vie est préparé avec soin afin que l'enfant puisse l'anticiper et y faire face.

L'intervenant sert également de contenant à l'enfant. Il l'arrête, contrôle ses débordements, ses désorganisations, et lui offre un environnement où il ne se blessera pas et ne fera pas mal aux autres. Une vigilance constante est exercée pour protéger l'enfant d'un excès de stimulations.

L'enfant peut avoir besoin d'être davantage «contenu» physiquement afin de diminuer l'angoisse qu'il ressent, tel cet enfant qui ne dormait pas et qui a pu s'apaiser lorsqu'on l'a installé dans un petit sac de couchage. Différents moyens peuvent donc permettre à l'enfant fragile au niveau de ses frontières corporelles de se doter d'une «deuxième peau».

Préserver une distance relationnelle adéquate 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 aussi se prémunir contre toute attente irréaliste quant aux progrès de l'enfant et au temps nécessaire pour y parvenir. Ceci évite des déceptions et un sentiment d'impuissance que l'enfant ressent et porte douloureusement. Par ailleurs, l'intervenant doit tirer satisfaction des petits pas accomplis par l'enfant sans se décourager devant les régressions inévitables en

cours de traitement. En accord avec la recherche de Howe (1995), nous constatons que la capacité à donner un sens aux comportements de l'enfant permet à l'intervenant d'éviter le piège de se sentir visé personnellement par les attaques de celui-ci. Afin de contrer le mécanisme de brisure relationnelle, l'intervenant veille à doser les encouragements ou les compliments de façon à ce que l'enfant puisse les absorber, sans par la suite s'attaquer au lien.

Avec les enfants de profil inhibé, l'intervenant doit éviter d'engager le contact physique. L'enfant décidera lui-même du moment du rapprochement et l'intervenant se montrera prudent en dosant sa réponse et en se montrant sensible aux besoins de l'enfant, sans jamais forcer la relation. Alors que l'enfant inhibé se protège de la relation en gardant distance, l'enfant désinhibé, par son attitude intrusive, commande un réflexe de protection chez l'intervenant : le défi consiste pour ce dernier à ne pas transformer cette distance, indispensable à sa survie, en une fermeture face à l'enfant.

Éviter la lutte gagnant-perdant : sortir des enjeux de contrôle

Ce principe énoncé fort à propos par Paul Steinhauer (1999) est d'autant plus important que l'attitude d'indifférence de ces enfants face à la punition mène tout droit à l'escalade et la lutte de pouvoir. L'adulte peut facilement verser dans l'excès de punitions afin d'atteindre l'enfant, confirmant alors ce dernier dans sa crainte d'être abusé. Par contre, la répétition de la même conséquence par rapport à l'acte aide l'enfant à comprendre et accepter les limites de ce qui est acceptable ou non.

Une intervention plus neutre convient davantage à l'enfant en trouble d'attachement qui ne renoncera pas à un comportement répréhensible pour faire plaisir à l'adulte : il faut donc utiliser la règle plutôt que de miser sur la relation. Au niveau des moyens, l'utilisation d'une horloge ou d'une minuterie indiquant l'heure où une activité prendra fin permet à l'enfant de garder l'impression qu'il ne se soumet pas complètement au pouvoir de l'adulte et de récupérer un espace où il peut décider par lui-même.

Servir de miroir pour aider l'enfant à identifier ce qui se passe en lui

Les désorganisations chez ces enfants apparaissent souvent aux intervenants comme imprévisibles. Cependant, un examen plus fouillé du sens qu'ont pris les événements et l'interaction précédant la désorganisation mène à identifier les émotions associées

au débordement de l'enfant. Cet exercice paraît d'autant plus souhaitable que l'enfant n'a pas la capacité d'identifier ce qui se passe en lui et requiert l'aide de l'adulte pour reconnaître des émotions qui prennent souvent pour lui la forme primitive d'une angoisse difficile à contenir.

Il ne s'agit pas de reprendre l'enfant sur ses comportements problématiques pour lui proposer des alternatives mais plutôt de suggérer 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 de «miroir» joué par la mère (Fonagy, 2000) qui, par son expression empathique, permet peu à peu au nourrisson de se représenter son propre état interne et d'acquérir éventuellement le contrôle de soi.

Pronostic du traitement selon le type de troubles d'attachement

Le mandat donné aux ressources en cause ici est d'enrayer le cycle des déplacements et de restaurer la capacité d'attachement de ces enfants. Un bilan de nos cinq années d'expérience permet de constater qu'au plan de la stabilisation des enfants, la réussite est entière, mais que le pronostic au niveau de la restauration des liens d'attachement varie selon le profil de l'enfant. Nos constats, basés sur un très petit nombre d'enfants, continuent de faire l'objet de validation clinique à partir de l'observation d'autres enfants admis dans le programme.

Type 1: *Troubles d'attachement avec retrait: «les inhibés»*

Les périodes d'investissement qu'ont connues ces enfants semblent avoir laissé des traces permettant une ouverture éventuelle à la relation. Aussi, malgré leur retrait initial, ils démontrent un meilleur potentiel d'évolution et d'adaptation sociale que les autres types.

Après un temps d'observation leur permettant de juger s'ils peuvent faire confiance à nouveau, ces enfants initient des mouvements de rapprochement envers l'adulte et se laissent aller à des gestes ou des propos démontrant qu'ils tolèrent davantage la dépendance. La méfiance diminue et les comportements agressifs disparaissent pratiquement au sein de leur milieu de vie et souvent à l'école. Ces enfants demeurent toutefois fragiles devant l'inconnu et la méfiance peut réapparaître, entraînant un recours à l'agressivité, mais à un degré moindre qu'auparavant.

Avec le temps, les intervenants diront de ces enfants qu'ils les sentent plus « déprimés » et lorsqu'ils pleurent, que ce sont « des vraies larmes » et non des pleurs de rage. On observe aussi une nette amélioration de leurs capacités de mentalisation : ils peuvent mettre des mots sur ce qu'ils ressentent et certains posent des questions sur leur histoire et ont accès à des souvenirs jusqu'alors inaccessibles. Ces enfants, tout comme ceux du groupe désinhibé, récupèrent leurs retards de développement suffisamment pour qu'une scolarisation régulière soit possible pour plusieurs d'entre eux. Certains enfants ont démontré une amélioration de leur fonctionnement intellectuel. Ce groupe d'enfants est celui qui suscite le plus d'espoir chez les intervenants. Leur capacité d'attachement ayant pu être partiellement restaurée, ils sont suffisamment aimables pour susciter l'intérêt des milieux d'accueil qui, moyennant beaucoup de support et de travail de collaboration, aideront ces enfants à poursuivre leur évolution.

Type 2 : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte : « les désinhibés »

Ces enfants profitent énormément du cadre et de la stabilité offerts par les ressources. Ils améliorent peu à peu leur capacité à se contenir, ce qui contribue à une meilleure adaptation sociale. L'agitation et les comportements agressifs prennent beaucoup de temps à diminuer et resurgissent facilement dans des moments de tension ou devant des situations nouvelles.

Même si des progrès sont notés, à défaut d'une différenciation suffisante au plan psychique, le cadre extérieur demeure en partie garant de leur adaptation sociale. Par exemple, l'intégration au scolaire a été très difficile pour tous ces enfants. Non disponibles, ils se désorganisaient régulièrement. La sécurité engendrée par l'étroite collaboration entre les services a cependant permis aux enfants de développer leur potentiel.

Sans pouvoir parler d'une restauration du lien d'attachement, les intervenants notent que ces enfants deviennent moins intrusifs et accaparants et respectent davantage le territoire de l'autre. La relation demeure toutefois à un niveau plus superficiel que le type inhibé.

Le travail de différenciation au niveau des frontières et l'accompagnement individuel permettront à plusieurs de sortir de la confusion et de développer un sentiment d'identité. Ce travail amène à découvrir que nombre de ces enfants semblent « accrochés » à leurs parents, même si dans certains cas, ceux-ci ont disparu de leur vie.

Ils donnent l'impression d'attendre d'être confirmés autrement que dans un statut de mauvais objet. L'intégration de ces enfants dans d'autres milieux demeure une préoccupation plus grande pour les intervenants comparativement aux enfants du type inhibé.

Type 3: *Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte et perversion du lien* : « les désinhibés pervers »

Tout comme les autres types, ces enfants profiteront énormément de la constance et de la prévisibilité du cadre mis en place dans le traitement. Plus que les autres, ils exigent une ritualisation des activités et des moments de vie et une stabilité du personnel pour pouvoir fonctionner. Le traitement leur permet d'acquérir une meilleure capacité de contenance: ils se montrent moins agressifs, les crises et les désorganisations diminuent. Devant la fermeté du cadre, ils testent moins les limites et respectent mieux les règles.

L'apaisement des enfants, vivement ressenti par les intervenants, témoigne de la sécurité qu'ils acquièrent face à un monde qui leur apparaît comme davantage prévisible. L'enfant demeure très dépendant du cadre – celui de la scolarisation et celui des visites supervisées des parents – qui doit faire partie intégrante du traitement. Dans le cas des visites supervisées, le rythme, le local, le jour et même le trajet en auto avec l'intervenante font partie du rituel. Dans leurs contacts avec l'adulte, ces enfants deviennent peu à peu moins accaparants et envahissants. Davantage investi comme dépositaire du cadre et des règles, l'adulte semble cependant prendre peu d'existence réelle aux yeux de l'enfant. Au niveau social, ces jeunes éprouvent beaucoup de difficultés à composer avec les autres, et manifestent peu d'empathie à leur égard.

Après un séjour d'en moyenne trois ans, ces enfants commencent à identifier, à l'occasion, des émotions et à vouloir garder des «traces» des autres (cadeaux, cartes reçues lors d'une fête de départ). Alors que tout semblait plutôt morcelé parfois chez eux, ils nous ont étonné par leurs tentatives de «lier» des événements, des personnes et même de rappeler l'image d'une figure maternelle absente depuis des années et dont ils s'efforçaient de nier l'existence (« Toi au moins tu as une mère, je ne retournerai jamais chez ma mère »). Moments brefs d'émotions où l'enfant est ressenti comme «vrai» et en même temps intensément vulnérable, un peu comme si un espace intérieur s'ouvrait enfin.

Avec ces enfants, nous sommes confrontés à la limite de ce type de

ressource qui permet un séjour de 2 à 3 ans, un peu plus long pour certains. Cliniquement, tous les intervenants s'entendent pour dire qu'une continuité de ce type d'encadrement aurait pu être porteuse, même si nous demeurons très réservés quant à la restauration des liens d'attachement dans ces cas.

Conclusion

L'expérience des cinq dernières années a confirmé qu'un cadre clinique adapté, proposé autant aux enfants atteints de troubles graves d'attachement qu'aux ressources appelées à les soigner, permet d'éviter les déplacements et d'améliorer de façon importante le fonctionnement de ces enfants. Leur évolution au niveau de la capacité d'attachement diffère d'un type à l'autre : l'enfant inhibé présente le meilleur pronostic alors que l'enfant désinhibé investi de façon perverse a le pronostic le plus sombre.

Cette observation nous amène à reconsidérer la prise en charge de ces enfants. Parmi les enfants plus jeunes, certains de ceux qui possèdent un pronostic favorable pourraient être maintenus dans leur famille d'accueil, si nous pouvions leur offrir le support de l'équipe spécialisée et les services d'un centre de jour. Nous pourrions ainsi leur éviter la rupture supplémentaire que constitue le passage dans nos ressources. Ce projet est actuellement à l'étude.

L'enfant de type désinhibé pervers, du fait de sa très grande dépendance au cadre, serait mieux servi par un placement dans une ressource résidentielle (de 4 à 6 enfants) ayant un mandat de traitement à très long terme. Il faut être conscient que la majorité de ces enfants circulent d'une ressource à l'autre pour se retrouver dans des services d'encadrement intensif, au début de l'adolescence. La création de ressources adaptées à leurs besoins permettrait de favoriser au maximum leur adaptation sociale, en évitant les longues périodes de désorganisation et d'appivoisement associées aux déplacements.

Le cadre clinique et les principes de traitement expérimentés apparaissent prometteurs et pourraient être adaptés pour répondre aux besoins d'une proportion importante de jeunes actuellement hébergés dans les centres jeunesse.

Nous aimerions remercier tous les membres de l'équipe pour leur contribution à cet article en soulignant l'apport inestimable des responsables et des intervenants des ressources qui, par leur sollicitude et leur persévérance, ont fait la différence dans le parcours de vie de ces enfants.

Abstract

In their review of recent research, specifically the various typologies with regard to severe attachment disorders, the authors discuss a clinical subtype found in children severely affected in their attachment capacity as compared with inhibited and disinhibited children. This profile called *perverted disinhibited* is differentiated on the basis of a specific parental investment found in these young children. Treatment issues and prognosis in these cases are also considered.

Références

Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: an overview. *Infant Mental Health Journal* 1999; 20, 1-9.

Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York : Other Press, 2001.

Howe D. Adoption and attachment. *Adoption and fostering* 1995; 19(4) : 7-15.

Hughes DA. Adopting children with Attachment Problems. *Child Welfare* 1999; (sept/oct) : 541-561.

Lieberman AF, Zeanah CH. Disorders of Attachment in Infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of*

North America 1995; 4(3).

Schreier HA, Libow JA. *Hurting for love*. New-York: Guilford Press, 1993.

Steinhauer PD. *Le Moindre Mal. La question du placement de l'enfant*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1996, 463 p.

Steinhauer PD. *Recognizing and management of attachment disorders in children*. Ottawa: National teleconference, Child Welfare League of Canada, 1999.

Stoller RJ. *La perversion*. Paris : Payot, 1978.

Annexe

Le programme pour les enfants présentant des troubles sévères d'attachement est offert dans trois ressources de réadaptation du Centre jeunesse de Montréal : deux résidences de groupe et une maison d'accueil. L'équipe de chaque résidence se compose de deux ou trois intervenants qui possèdent une formation en réadaptation et des connaissances sur la théorie de l'attachement. Ces ressources sont entourées d'une équipe stable et engagée : un gestionnaire responsable du programme, une conseillère à l'accès, deux psychologues chargées de la consultation et du suivi et une psychoéducatrice dont le mandat est de soutenir les ressources et qui a le rôle de personne autorisée pour chacun des enfants. Les responsables de ces ressources participent avec l'équipe à un séminaire continu visant à élaborer les principes de traitement et le cadre du travail auprès des enfants.

Le processus d'accès à ces ressources est rigoureux. Pour être admissible au programme, l'enfant doit présenter plusieurs indicateurs de troubles sévères de l'attachement et il ne doit pas nécessiter un niveau d'encadrement qui empêcherait son traitement en milieu ouvert. Les enfants présentant des troubles envahissants du développement ou de la déficience de niveau moyen à sévère ne sont pas admissibles. De plus amples informations peuvent être communiquées par les auteurs au lecteur intéressé par cette question ou par tout autre aspect de ce programme.

Carences primaires et facteurs de risque de dépression post-natale maternelle

Michel Lemay

L'auteur est
 pédopsychiatre au
 Département de
 psychiatrie de l'Hôpital
 Sainte-Justine et
 Professeur de psychiatrie
 de l'enfant et de
 l'adolescent à la Faculté de
 Médecine de l'Université
 de Montréal.

Adresse :
 3100, rue Ellendale
 Montréal (Québec) H3S 1W3

Courriel :
 millmay@sympatico.ca

Depuis R. Spitz, J. Bowlby, A. Freud, M. David et tant d'autres, nous avons accumulé les preuves de l'importance déterminante des premiers liens affectifs pour le développement futur de la personnalité. Nous avons affiné nos théories sur l'attachement, créé de nombreuses cliniques de la petite enfance, sensibilisé l'ensemble des praticiens de la santé mentale infantile au rôle des efforts préventifs. Nous avons fermé les grands orphelinats, amélioré les structures telles que maternités, pouponnières, revu les textes juridiques afin de ne pas s'enliser dans les conflits absurdes entre filiation d'origine et filiation substitutive. Malgré tous ces efforts, il demeure pourtant ce que nous avons l'habitude d'appeler les *carences primaires*. Certes dans nos pays, les cas très graves d'hospitalisme, de marasme sont devenus rares mais nous sommes encore confrontés à un nombre très important d'enfants qui connaissent, soit au sein de leur milieu familial, soit au sein de lieux d'accueil créés pour eux, une grande discontinuité de ce qui aurait dû être leurs premiers investissements. Ces situations, nous pouvons les énumérer brièvement :

- ✧ Femme seule, confrontée à des problèmes autant psychologiques que socio-économiques marqués, accueillant son bébé sous le sceau de l'ambivalence, tantôt fusionnant avec lui, tantôt cherchant ailleurs un sens à son existence;
- ✧ Carences dorées dans des milieux aisés où les parents orientent toute leur énergie vers des tâches professionnelles et confient leur tout-petit à des employées qui, rapidement dépassées par les réactions de l'enfant, s'en vont pour être remplacées par d'autres;
- ✧ Enfant demi abandonné, repéré pour négligence ou maltraitance et envoyé vers des familles d'accueil successives, puis retourné pour un temps d'essai vers son milieu d'origine;

(248)

Ce texte a paru dans les Actes du colloque tenu à Nancy en décembre 2003.

RÉSUMÉ

L'auteur rappelle l'évolution possible des enfants victimes de privations précoces et répétées, puis il discute de la question, à savoir si les carences primaires peuvent générer des pathologies dépressives, en particulier à ce moment où l'adulte cherche à retrouver dans son enfant son noyau originaire infantile. Ainsi, la rencontre de la femme victime de carence primaire avec son enfant peut provoquer des répercussions importantes sur son état psychique et sur sa compétence parentale. Cette problématique est considérée dans une perspective longitudinale en indiquant les aspects d'une approche thérapeutique appropriée dans ces cas.

◇ Enfant adopté tardivement ayant connu le passé carenciel classique d'autrefois au sein d'institutions mortifères.

Dans tous ces cas, ce qui caractérise ces très jeunes enfants, ce sont leurs mouvements d'attachement perpétuellement avortés envers des personnes momentanément significatives mais dont les apparitions et les disparitions inexplicables créent une sorte de tourbillon d'attentes ratées provoquant un effondrement progressif des aptitudes du sujet à bâtir ses assises.

Rappelons l'évolution possible de ces enfants s'ils ne trouvent pas au sein de leur environnement des tuteurs de résilience. Cela nous permettra de traiter ensuite de la question : ces carences primaires peuvent-elles générer des pathologies dépressives, en particulier lors de ce moment si singulier où l'adulte mettant au monde un enfant doit retrouver en lui son noyau originaire infantile?

Au cours des premières années, le nourrisson se développe mal. En souffrance par rapport à ses besoins fondamentaux, il réagit par des caprices alimentaires, des perturbations du sommeil, des difficultés relationnelles sous la forme de protestations, de cris, d'inégalités d'humeur, de somatisations diverses. Il est donc un bébé difficile à aimer qui cherche à s'inscrire dans une structure d'accueil elle-même limitée dans ses possibilités d'engagement. Nous reparlerons de ce cercle vicieux pitoyable qui risque de s'installer entre ce bébé dérangeant et un milieu incapable d'être dérangé. Les premières années s'écoulent dans un climat de déceptions mutuelles, dans un monde d'actions et de réponses habituellement chaotiques où ne sont posées ni les bases de la sécurité, ni celles de la confiance en soi et en l'autre, ni celles de la convivialité, ni celles de l'empathie. Lorsque l'enfant commence à s'opposer, teste les limites de son

milieu, il ne rencontre ni gratifications suffisantes pour contrôler sa vie pulsionnelle au nom du plaisir éprouvé dans la réciprocité d'échanges amoureux, ni interdits et valeurs pour édifier en lui une instance surmoïque puis une conscience morale permettant de relier en un tout cohérent craintes, dons, culpabilité, responsabilité, recherche de satisfactions, renoncement à certaines d'entre elles pour s'aimer et se sentir aimé.

Non préparé à la rencontre avec les autres, qu'il s'agisse de l'école, des pairs, des milieux de loisirs, il devient l'enfant isolé, hostile, intolérant aux frustrations, cherchant vainement, tantôt par des attitudes séductrices, tantôt par des comportements dominateurs, à attirer l'attention sur lui. Ses modes de relation envers ceux qui veulent s'occuper de lui sont particulièrement problématiques.

Il devient très vite un carnassier de l'amour. Dès qu'un adulte ou un sujet un peu plus âgé que lui se tourne dans sa direction, il le happe et le transforme brièvement en une proie devant lui apporter tout ce qui lui a manqué. Les praticiens, les professeurs, les éducateurs, les familles d'accueil qui cherchent à l'accompagner ne s'y trompent pas. Ils le décrivent en termes d'incorporation et d'intrusion orales. « Il nous bouffe... Il dévore notre temps et notre espace... On se sent comme avalé ». Très vite, après une première relation du genre lune de miel, l'enfant va tester celui qui lui offre de l'affection car il a été déjà tellement souvent trahi qu'il veut voir si la main tendue est une perche ou un bâton plein d'épines. Si l'adulte démontre un vrai désir de continuer la relation, d'étranges comportements surgissent. « C'est comme si l'aimer l'excitait à moins m'aimer », me dit découragée une éducatrice. Il y a en effet une telle béance, un tel vide, que deux mécanismes ne tardent pas à se juxtaposer. Le premier est lié au hiatus tragique entre ce que l'enfant voudrait recevoir et ce qu'on peut lui donner dans les faits. Ce qui nous paraît un don important est perçu comme dérisoire. Ce don éveille le désir mais, ne pouvant le satisfaire, il transforme celui qui donne en un persécuteur qu'il devient nécessaire d'attaquer. Le deuxième mécanisme est lié à la charge pulsionnelle déclenchée par le mouvement affectueux envers l'enfant. L'attirance est trop grande. Le sujet perçoit qu'en se laissant aller, il plongera dans une sorte d'abîme l'entraînant vers un inconnu terrifiant. Il faut donc bloquer par un comportement hostile ou de retrait la tourmente des affects. On ne peut s'aimer que si on possède la conviction d'avoir été désiré.

L'enfant laissé à l'abandon, repris, puis à nouveau délaissé, nous livre à ce sujet de terribles confidences. « Je suis un avortement raté », dit J. « Si tu ouvrais ma poitrine, tu verrais que tout est sale autour et dans le cœur », dit M. Ce sentiment d'indignité est d'ailleurs parfois si fort qu'il entraîne le fantasme d'être un sujet contagieux pour celui qui voudrait apporter de l'aide. « Tu ne devrais pas continuer à me suivre », plaide Henri, 19 ans, « Je vais finir par te flanquer un cancer ». Comme je lui demande d'approfondir les raisons de cette crainte, il me répond dans un mouvement manifeste pour protéger les quelques fragiles images identificatoires qui se trouvent en lui : « J'ai tellement cassé de familles d'accueil que j'ai en moi la preuve d'être un garçon mauvais et contaminant. On me le disait d'ailleurs parfois : « Avec tes crises de colère, tu finiras par me retrouver à l'hôpital... C'est à cause de toi que mon fils est parti de la maison. » Les gens, ils étaient sans doute bons, c'est moi qui avais du mal dans la tête ». Face à de tels sentiments, des comportements de brisure se dirigent non seulement vers les personnes mais vers tout objet investi. On remplit ses poches de mille babioles sans en garder aucune... Le jouet reçu est brisé, échangé, oublié, donné à n'importe qui. Le beau vêtement acheté dont on était pourtant si fière durant les premières heures, est sali, déchiré, et ses restes pitoyables deviennent l'enveloppe d'un moi peau endommagé.

Il faut bien trouver des moyens de se protéger vis-à-vis de cet univers psychique. Sur le plan interactionnel, citons les refus de toute frustration; les petits vols à valeur incorporatrice, les recherches sensorielles excessives attirant certains adultes à tendances pédophiles et mettant en grand malaise certains autres; la dérobade face à toute situation potentielle d'échec, ce qui rend l'adaptation scolaire bien difficile; le refuge dans de multiples somatisations tout en acceptant de manière très ambivalente les soins qui peuvent être prodigués; les manifestations régressives de type balancement, énurésie, encoprésie, phases de boulimie puis refus alimentaires; une agitation motrice pour échapper aux moments de tristesse.

Sur le plan fantasmatique, ces jeunes carencés tentent d'échapper aux affects dépressifs en construisant certains scénarios imaginaires. L'un de ceux-ci peut se résumer de la manière suivante: quelque part dans le monde se trouve en fait une autre mère d'origine qui, pour des raisons impossibles à comprendre, n'a pas pu prendre en charge son enfant, malgré son désir de le faire. Cette mère est magnifique.

Elle pense souvent à son fils ou à sa fille. Elle demande de lui rester fidèle sans s'attacher à tous ces gens réels qui gravitent autour de son enfant. « Tu sais, me dit Geneviève, je fais chaque soir une prière où je promets à ma mère du ciel de ne jamais aimer ma famille adoptive puisque je trahirai ma vraie maman ». Ce fantasme d'une mère réparatrice toute-puissante permet d'échapper partiellement à la dépression mais il constitue pour certains de ces jeunes une formidable barrière à tout investissement sur un parent substitutif qui fait peser trop lourdement le poids de son affectivité. J'ai recueilli tant de phrases quasi identiques de ces enfants carencés qu'elles me paraissent expliquer chez beaucoup d'entre eux cette étrange allergie aux mouvements amoureux : « Je sais que quelque part, ma vraie mère me regarde... Comment accepter d'être adopté si l'adoption, c'est trahir... Ce qui m'a permis de tenir le coup dans ma dernière famille d'accueil, c'est que les gens ne voulaient pas m'aimer comme l'un de leurs enfants. Dire que la travailleuse sociale a failli me retirer à cause de ce qu'elle appelait une trop grande indifférence à mon égard... ».

Passé carenciel et maternité rêvée

Tout ceci paraît bien noir et c'est le risque de toute description psychopathologique d'accumuler ainsi des faits cliniques et d'en proposer des généralisations. Certains enfants avec ce très lourd passé parviennent à s'appuyer sur quelques adultes même vus brièvement pour constituer des zones sauvegardées d'investissement. D'autres se tournent vers un copain, une copine et, de là, vers un milieu familial mi-imaginaire mi-réel qui leur permet de tenir le coup. D'autres s'enracinent dans un savoir intellectuel et, par l'intermédiaire de l'école, trouvent une structure salvatrice. D'autres ont la chance de rencontrer une famille d'accueil qui sait doser les ingrédients de l'amour pour les rendre métabolisables. D'autres élaborent grâce à un thérapeute rencontré longtemps une image réparatrice de parent symbolique.

Il n'en demeure pas moins que ces privations précoces, répétées, prolongées des premiers liens avec l'environnement créent souvent une pathologie bien lourde qui, à l'adolescence, puis à la phase de jeune adulte, va devoir s'affronter à l'immense problème d'une maternité éventuelle. Le désir d'avoir un enfant apparaît généralement très tôt chez le jeune carencé, en particulier la jeune fille. L'état fréquent de solitude et surtout un immense désir de racheter son

passé conduisent cette adolescente à «rêver» un bébé. Ce souhait est bien particulier car il dissocie totalement les expériences sexuelles, l'attente de la grossesse, le fantasme d'un bébé imaginaire et la rencontre avec un bébé réel, le rôle d'un père éventuel, la fonction maternante et tout ce qui entoure ce qu'on appelle habituellement la «parentalité».

Reprenons chacun de ces termes. Tout en étant ambivalente par rapport à eux, la jeune fille carencée est habituellement avide de contacts physiques, d'échanges sensoriels comme si le corps n'ayant pas eu ce qu'il attendait lors des soins de base de la petite enfance réclamait son dû. En raison de ce côté carnassier de l'amour dont j'ai déjà parlé, tout garçon entrant dans sa vie devient sans aucune position critique un amant idéalisé puis, très vite, un partenaire décevant et rejeté. Les relations sont donc multiples, brèves, alimentant un peu plus les sentiments d'échec et de rejet. Malgré tous les essais de prévention sur le plan contraceptif, surgit de façon lancinante l'idée d'avoir un bébé. Sa signification sous-tend des motivations multiples: ne plus être seul; refaire par son intermédiaire sa propre trajectoire d'enfant blessé; réparer son passé en mettant au monde un être qui ne connaîtra pas le sort injuste qui a été celui de sa mère; pouvoir posséder entièrement un sujet de sa chair en se confondant avec lui; découvrir enfin un être qui vous aime et qui ne vous abandonnera pas; réaliser dans les faits le fantasme de la mère réparatrice toute-puissante qui a peuplé son enfance en la rencontrant, ce qui veut dire en fusionnant avec son image; chasser ainsi l'idée qu'on a pu être mauvaise en devenant celle qui n'a pas pu être côtoyée.

Du bébé idéal au bébé réel

On comprend que cet amalgame d'attentes crée lors de l'annonce de la grossesse une joie profonde. Je dirai que le désir de grossesse, c'est-à-dire le plaisir de posséder en soi un être humain qui dépend entièrement d'un vouloir maternel est beaucoup plus grand que le désir d'enfant. On le voit d'ailleurs dans le discours de ces jeunes femmes enceintes. Elles nous parlent d'un bébé idéal et, déjà, au lieu de lui adresser la parole comme un sujet qui sortira de soi pour cheminer vers un ailleurs inexorablement différent, la future mère se tourne vers sa partie d'elle-même insatisfaite sans envisager une seule minute que ce fœtus n'est pas elle. Les mois passent et aucune layette n'est achetée, aucun berceau n'est préparé. On n'est pas dans

une maternité débutante, on est dans un auto engendrement. Des craintes surgissent souvent autour de l'intégrité corporelle de la femme. « Ce petit maudit, il va finir par me défoncer le ventre », me dit M. « À force de grossir, est-ce qu'il arrive des fois que l'enfant déchire le nombril et s'échappe? », demande N. En dépit de l'idéalisation de l'enfant, surgissent donc par moment des idées persécutrices.

Vient la naissance avec ses éléments de la réalité : les tétées fréquentes et le rythme de sommeil décousu – les pleurs la nuit – les régurgitations – les changements de couche – les menus soucis de santé – le changement des habitudes antérieures de vie. Tant que le bébé se développe bien, répond aux sollicitations maternelles, comble la solitude, ne dérange pas trop, les choses ne vont pas si mal. Les traits carenciels décrits précédemment s'atténuent parfois grâce à la présence rassurante du nourrisson. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Lorsque l'enfant réclame d'être pris, bercé, consolé, tous ses appels sont bien doux mais ils sont aussi envahissants, submergeants. Ils favorisent l'apparition de moments où on donne trop, sans limites, et des moments où on voudrait s'échapper des appels amoureux qui n'ont pu jusqu'ici être métabolisés. On est aussi jaloux de ce bébé qui reçoit ce qu'on n'a pas connu et ces caprices deviennent bien vite des marques d'ingratitude. Les soins deviennent discontinus tant en qualité, en quantité qu'en cohérence et stabilité. Les oppositions du bébé, ses cris, ses refus de dormir sont décodés comme des attaques. De bébé idéal et réparateur, il devient progressivement un bébé persécuteur dont les manifestations dérangeantes sont entendues non sous le registre d'une quête d'autonomie mais sous celui de la méchanceté. La capacité de se distancier pour voir l'enfant comme un être différent qui peut ressentir et penser autrement que soi est très faible puisqu'il a été d'emblée placé dans le statut de la fusion et de la confusion. Empathie, aptitude d'offrir au bon moment ce que le bébé voudrait recevoir, pare-excitation, possibilité de contenir les rages et les peurs, anticipations positives permettant de se sécuriser et de croire en les aptitudes naissantes du sujet, ne parviennent pas à se maintenir suffisamment longtemps pour créer ce bain sensoriel et émotif dont le jeune enfant a tant besoin pour se construire.

Bien sûr ce petit garçon ou cette petite fille va réagir à tout cela en présentant des manifestations anxieuses qui, dans la vie quotidienne,

s'exprimeront par des mouvements divers d'opposition. Si la mère n'est pas soutenue, comprise, aidée concrètement, un cercle vicieux ne tarde pas à s'installer. Cet enfant est décevant. Il ne se laisse pas aimer. Il s'inscrit dans la trajectoire des échecs antérieurs. Il est «mauvais» et fissure l'image de la mère réparatrice que l'on voulait être. Il confirme que rien de positif ne peut sortir de soi. Il renvoie sans cesse la femme déjà blessée aux deux pôles de sa propre misère : ne jamais recevoir assez – ne pas savoir comment donner alors qu'on voudrait tant offrir afin de racheter son passé.

Tout ceci se fait le plus souvent dans une grande solitude. Il y a bien eu un jour la rencontre avec un homme qui aurait pu devenir père mais quelque chose en soi amène à souhaiter que cette union passagère n'aboutisse pas à la constitution d'un couple. Connaître des moments de bonheur dans une relation sexuelle, oui, cela peut être. Avoir un amant transitoire qu'on souhaitait garder tout en ne supportant pas d'être longtemps aimé par lui, oui, cela peut aussi exister. Mais l'enfant, dès le temps où on a su qu'il existait en soi devenait sa possession. Le partager avec un autre, c'était déjà admettre qu'il serait un être séparé, confrontant à l'éloignement, donc à l'abandon, et ceci devenait un déchirement. Désir de grossesse, désir d'enfant dans le sens de créer un sujet différent de soi, désir de mère dans le sens d'accompagner le sujet pour qu'il devienne acteur de son devenir, désir d'un père pour l'ouvrir vers le monde extérieur ne peuvent pas coexister. Chaque désir existe bien mais entre en conflit avec l'autre. Il y a au fond de soi un discours proche de celui-ci : « Je ne peux aimer l'enfant que s'il accepte de demeurer une partie de moi-même refaisant par son intermédiaire ma démarche d'enfantement. Je ne peux m'aimer que si je réussis le pari impossible d'être la mère idéale que je n'ai jamais connue et à qui je ne peux pas me référer pour les actes concrets du maternage. Je ne peux accepter l'homme que dans sa composante sexuelle et éventuellement dans son rôle de sujet me maternant. Je ne peux accepter une tierce personne à fonction parentale que si elle se limite à des moments de répit sans jamais vouloir dérober ce qui est à la fois mon bien et un poids progressivement très lourd à porter. Je demanderai sans doute un jour qu'on me débarrasse de l'enfant réel qu'il me faut côtoyer mais, dès qu'il sera parti, il redeviendra ce bébé de rêve que je tenterai de récupérer ». C'est donc bien souvent dans ce climat chaotique que nous, intervenants, avons à nous situer.

Naissance et dépression post-partum

À partir de tout ce que je viens de décrire, il y a donc dès l'enfance et dans une linéarité impressionnante jusqu'à l'âge adulte une composante dépressive importante. Enfant, cette pathologie dépressive est difficile à repérer, hormis dans des phases courtes de découragement où le garçon ou la fille verbalise son impression de ne pas être aimé et, parfois, son désir de disparaître. Ce que l'on voit surtout à cet âge, ce sont les comportements extériorisés tels que colères, refus de frustrations, inintérêt pour la scolarité, conflit avec les camarades, c'est-à-dire tout un système défensif pour rejeter la responsabilité sur le monde extérieur. À l'adolescence, cette souffrance amène souvent à des cas isolés de délinquance, à des actes d'automutilation qui sont plus des appels à l'aide que de véritables équivalents suicidaires, à des prises de drogue ou d'alcool afin de fuir les affects de tristesse. On est dans un mal-être sans que s'organise de manière très claire une pathologie dépressive majeure. Cet état latent conduit-il à des dépressions post-partum significativement plus fréquentes? Pour répondre à cette question, il faut d'abord préciser le terme de post-partum, en rappeler la fréquence, les signes et les enjeux.

Entre 20 % et 40 % des femmes ont ce qu'on appelle un «blues» dans la semaine qui suit l'accouchement. Le trouble émotionnel se caractérise par des sentiments de tristesse, des changements d'humeur avec irritabilité et crises de larmes, une culpabilité diffuse, de la fatigue, un état d'anxiété, une recherche de dépendance. Ces manifestations disparaissent généralement au bout de 6 à 8 jours et durent un peu plus longtemps si la structure socio-familiale ne soutient pas la mère. Ce blues, la maman au passé carenciel peut le vivre aussi, d'autant plus qu'elle est souvent isolée.

Dans cette cohorte de femmes momentanément déprimées se dégage tout un groupe dont les symptômes sans être majeurs persistent de longs mois et peuvent avoir de sérieuses répercussions sur les capacités d'assumer sa fonction maternelle. Si la tristesse et les inquiétudes s'exacerbent pendant et juste après la grossesse, on ne peut pas les mettre véritablement sous le registre des dépressions post-partum. En effet le trouble existait antérieurement et surtout, la symptomatologie est à mi-chemin entre un état anxieux, des comportements obsessionnels et des affects dépressifs.

Dans l'histoire de ces femmes, on retrouve parfois un passé bien

insatisfaisant avec leurs propres parents sans de véritables pertes ou placements successifs, une confrontation non résolue avec l'image de la mère ou du père, des difficultés à l'adolescence, mais je ne mettrai donc ni sous le registre des carences primaires (le passé n'étant pas significatif) ni sous celui des troubles de l'humeur de type uni ou bipolaire (les signes étant nettement différents). Il n'en demeure pas moins qu'elles ont souvent de grandes difficultés à investir leur enfant, à interagir correctement avec lui et qu'une aide est importante à fournir si on ne veut pas déboucher sur des cercles vicieux pitoyables où l'enfant réagissant lui-même aggrave le processus mutuel de maternage.

La véritable dépression post-partum est un autre problème. Sa fréquence se situe entre 1 à 2 naissances pour 1000. Les sentiments dépressifs surgissent en général entre la deuxième et la huitième semaine. Outre la labilité émotionnelle, la fatigue, l'insomnie, l'excitation motrice très marquées apparaissent des dysfonctions cognitives et affectives. Confusions, incohérence de la pensée, craintes irrationnelles, préoccupations obsessionnelles envers la santé et le bien-être du bébé se produisent dans plus de 50 % des cas. La femme a besoin de vérifier si son bébé est encore vivant, le croit déficient, refuse l'idée de sa naissance, a le sentiment qu'il est possédé par le démon, se persuade qu'il est voué à un destin fatal. Dans un quart de cette population, des thèmes hallucinatoires apparaissent. La mère reçoit l'ordre de tuer son enfant. Une voix lui annonce son décès ou une avalanche de catastrophes. Il faut le protéger des agressions présumées des proches, etc. Parfois, seule la note dépressive est visible. Parfois des phases maniaques entrecourent les épisodes dépressifs. Il s'agit d'états fort inquiétants pour la mère et tout aussi inquiétants pour le bébé puisque dans les études épidémiologiques, les chiffres concordent: 5 % de suicides, 4 % d'infanticides. Cela explique une règle absolue sur le plan de la démarche psychiatrique: tant que cet état subsiste, ne jamais laisser cette mère seule avec son enfant ou un enfant des autres, entreprendre une médication immédiate, un suivi psychothérapeutique, puis une aide psychosociale de longue durée. Les hypothèses étiologiques ont été depuis longtemps l'occasion d'affrontements théoriques mais la réalité est que nous ne connaissons pas pour le moment les causes de cette forme de dépression qui a finalement la symptomatologie classique d'une maladie unipolaire ou bipolaire, excepté le fait

qu'elle semble suscitée par les suites de la grossesse. Rappelons cependant quelques faits actuellement admis :

- ✧ La dépression post-partum se rencontre de façon prépondérante chez les femmes primipares.
- ✧ Il y a eu très souvent un épisode antérieur de troubles bipolaires.
- ✧ Dans les antécédents familiaux, on retrouve assez fréquemment des maladies bipolaires parmi les proches.

Lorsqu'une femme a eu une dépression post-partum, le risque d'une récurrence lors d'une nouvelle grossesse est de l'ordre de 30 % à 50 %. Par contre, ni dans mon expérience psychiatrique, ni dans celle de mes collègues ayant travaillé au service de gynécologie et à la maternité de l'hôpital Sainte-Justine où j'exerce, nous n'avons retrouvé une proportion significativement élevée de femmes ayant eu un passé de carences primaires chez les patientes ayant une dépression post-partum telle que nous venons de les décrire.

Répercussions de la naissance chez la mère carencée

Si la pathologie dépressive des femmes ayant un passé carenciel sévère est un fait clinique indéniable, il ne faut pas confondre cet état avec les maladies uni et bipolaires, dont la dépression post-partum fait finalement partie. Ceci étant dit, la rencontre de la femme victime de carence primaire avec son enfant provoque des répercussions importantes sur son état psychique et sur sa compétence parentale mais sur un mode, une durée et des conséquences tout à fait différentes.

Dans les semaines qui suivent l'accouchement, je constate souvent chez les mères que j'ai pu suivre un apaisement de la tonalité dépressive. Même si l'enfant n'a pas été vraiment planifié, il y a espoir qu'il comble un manque et le bébé reste en grande partie un petit être imaginaire véhiculant toutes les attentes et les émotions dont j'ai précédemment parlé. Cette situation persiste souvent durant la première année bien qu'elle soit déjà ponctuée d'incidents qui peuvent devenir graves. Tant que l'enfant se laisse dorloter, prendre, déposer au gré de la maman, c'est-à-dire s'il a ce qu'on peut appeler un tempérament facile, les choses vont bien. S'il est un bébé actif, inégal dans ses nuits, prenant mal les tétées ou le sein, des mouvements impulsifs surgissent et nous avons eu à plusieurs reprises à intervenir, y compris sur le plan légal, pour des petits enfants souffrant de ce qu'on appelle le *syndrome de l'enfant secoué*. Dans un geste de colère, la mère, se sentant directement

agressée, secoue son enfant sans retenir son cou et déclenche ainsi des hémorragies cérébro-méningées dont les séquelles peuvent être très sérieuses. Un facteur pèse souvent lourd dans le déclenchement du drame, une consommation abusive de drogues et ou d'alcool qui contribue à augmenter les risques de pertes de contrôle.

La relation établie par bien des mères souffrant d'un passé de carences primaires prolongées peut se définir comme une alternance de fusion et de défusion. Dans les phases de fusion, le petit enfant reçoit trop de stimulations sans une véritable lecture de ses propres demandes. Il est souvent submergé par des caresses, des étreintes, des sollicitations directes sur son corps qui ne constituent pas un véritable bain sensoriel, moteur et émotif, dans le sens d'une enveloppe sonore, tactile, visuelle, labyrinthique, kinesthésique dont le tout-petit a tant besoin pour se différencier. Si la mère est désemparée, triste, en quête d'une présence, elle décode les pleurs, les cris et les gestes du bébé comme des demandes d'être stimulé, même s'il est évident pour une tierce personne que l'enfant voudrait tout simplement être laissé à lui-même pour s'endormir. Le tout-petit se débat et devient un objet frustrant. En sens inverse, si la maman est fatiguée, en non désir d'être en lien avec une personne, les signaux infantiles sont entendus selon l'état émotif maternel et les non réponses déclenchent des pleurs, des refus de s'apaiser qui sont autant d'agressions insupportables.

Aspects spécifiques de la prise en charge

Durant la première année suivant la délivrance, tout un tissu de malentendus relationnels risque de se constituer si la femme n'est pas aidée dans sa capacité de reconnaître son enfant comme un sujet distinct. Un tel soutien n'a rien à voir avec des échanges verbaux espacés. C'est dans l'ici et maintenant de phases de maternage mobilisant mère-bébé, réseau éventuel et intervenant que peuvent resurgir des qualités empathiques, un certain niveau de distanciation, un plaisir à reconnaître les signaux comme des appels et non comme les reflets en miroir de ses attentes ou de ses détresses. Un certain nombre de ces jeunes mères ne possèdent pas en effet d'images parentales intériorisées. « Je n'ai pas de maman à l'intérieur de moi », me disait ainsi, dans une prise de conscience dramatique, Nathalie, 19 ans, qui, lors d'un psychodrame, cherchait à trouver des attitudes justes envers un thérapeute à qui elle avait demandé de représenter un petit enfant. Un « modeling », c'est-à-dire une représentation de ce

que peut être un échange mère-enfant doit être proposée tout en écoutant le contenu émotif autant déversé par les phrases que par les gestes. Cet intervenant, dans la mesure où il est stable, où il sait bien contrôler son affectivité, où il ne s'empare pas de l'enfant mais crée un lieu pour que le bébé aille vers sa mère dans une réciprocité peu à peu reconnue, parvient souvent à donner à cette femme désemparée, en perpétuelle quête nostalgique de ce qu'elle n'a pas reçu, les ingrédients affectifs suffisants pour créer un espace de vie libre à son tout-petit. Ceci ne peut se faire qu'à plusieurs conditions:

- ◇ Repérer très tôt, si possible dans le cours de la grossesse, les signaux évocateurs d'un lourd passé carenciel. La présence de psychologues, travailleurs sociaux et psychiatres au sein d'un service de gynéco-obstétrique est d'une grande utilité.
- ◇ Offrir à cette femme un soutien concret et prolongé en sachant expliquer en termes simples, directs, authentiques, les difficultés probables que pourra entraîner la rencontre avec un enfant inévitablement différent de ses attentes.

S'il y a des indices nets d'un dysfonctionnement dans les capacités parentales, oser les nommer et proposer des moyens de les améliorer : temps de partage où les aptitudes maternantes sont réanimées; intégration du petit garçon ou de la petite fille quelques heures par jour dans un service de type pouponnière thérapeutique où on sait accueillir la mère sans entrer en rivalité ou en complicité avec elle; insertion de la mère et de l'enfant dans un home organisé avec une équipe soignante; travail sur les forces de la maman plutôt que sur les déficits mais s'il y a danger, savoir intervenir et envisager ce que j'aime appeler une *parentalité partagée*, par exemple une prise en charge de l'enfant par une famille d'accueil, par un autre membre de la famille et des temps nettement précisés, y compris dans ses modalités de déroulement (heures régulières de présence, rencontres accompagnées, journées très clairement situées dans le temps).

Les difficultés déjà observables durant les douze premiers mois se précisent souvent par la suite. Les progrès moteurs et cognitifs invitent l'enfant à des recherches d'autonomie. Il commence à s'opposer, en particulier lors des essais pour lui faire acquérir la propreté. Les mouvements de séparation-individuation sont peu supportables pour la mère. Ils sont décodés comme des gestes agressifs à son égard, comme des manifestations d'abandon,

d'ingratitude. Deux attitudes se mêlent alors : l'une est de tout céder pour ne pas avoir à s'affronter et risquer de se trouver devant un enfant qui devient momentanément rejetant. Il peut prononcer une phrase qui poignarde : « Je ne t'aime plus ». L'autre attitude est de sévir de manière excessive dans un moment de colère en utilisant des punitions démesurées, suivies généralement d'une culpabilité telle qu'on ne pose plus aucune limite. Ce climat d'incohérences éducatives sape la confiance de l'enfant en son environnement, éveille un état latent d'anxiété, exacerbe les exigences pulsionnelles, supprime les capacités empathiques, confronte le parent impuissant à la colère et aux cris. Si nous ajoutons à cette atmosphère de ruptures suivie de réconciliations apeurées la solitude, quelques aventures sentimentales avortées, les soucis financiers, les problèmes de logement, de chômage, les prises d'alcool et de drogues pour juguler l'angoisse, nous comprenons que les variables s'accumulent pour exacerber les sentiments dépressifs. Puisque l'enfant est mauvais, on va se construire un nouvel enfant du rêve et ce désir naissant débouche sur une autre grossesse parfois accélérée par une décision judiciaire qui retire le droit de garde pour le premier petit garçon ou la première petite fille. Un cercle vicieux se trouve ainsi installé, plongeant cette mère pourtant de bonne volonté dans la trajectoire des transmissions intergénérationnelles.

Tout ceci montre l'énorme importance d'un suivi médical et psychosocial régulier opéré par les mêmes personnes qui savent à la fois être empathiques, claires dans leur discours et cohérentes dans leurs actes. Les faits ont pu me montrer maintes fois que si un réseau d'aide et d'accueil pouvait être maintenu sur plusieurs années en sachant relancer ce « client difficile » quand il lâche, ce cycle de la nostalgie dépressive pouvait être rompue. Je le répète. Dans la plupart des cas, le soutien psychothérapeutique n'est pas en premier lieu une série d'entretiens basés sur des échanges verbaux où l'on mobilise les relents du passé dans l'espoir qu'en nommant la misère et les conflits psychiques, on réactualisera un dynamisme dans le présent. Sans nier l'importance de la parole, ces femmes ont d'abord besoin de trouver un soutien concret dans leurs tâches éducatives quotidiennes tout en s'occupant aussi des conditions matérielles, financières de leur vie. C'est à domicile et non dans un bureau que la plupart de ces interactions peuvent être posées. C'est par des interventions dans l'ici et maintenant d'une maternelle

thérapeutique, d'un service de soins de jour, d'une structure d'accueil mère-enfant qu'en intégrant la maman par périodes, on pourra réanimer ses capacités maternantes. C'est par des moments de répit qu'on pourra rompre une spirale de rejets qui s'amorçaient. C'est parfois par une « parentalité partagée », encadrée par une position légale qu'on pourra maintenir une image symbolique de parent tout en assurant à l'enfant un sentiment d'appartenance à une structure d'accueil qui ne se dérobera pas. C'est en s'attaquant à la toxicomanie, aux phases aiguës dépressives par un suivi autant médicamenteux que psychothérapeutique, qu'on pourra enrayer les moments où les pertes de contrôle deviennent évidentes. Ceci peut se faire rarement seul et cela pose toute la question d'avoir une équipe interdisciplinaire qui, avec des moyens différents et dans une cohérence planifiée, peut entreprendre une œuvre de longue haleine en sachant que des moments de découragement auront besoin d'être élucidés, car ces sujets nous confrontent à des phases de culpabilité, d'échecs alternant avec des temps d'idéalisation où le fantasme de devenir la mère réparatrice toute-puissante n'est pas loin.

Pour clore cette présentation, dégageons quelques points. Il existe chez nombre de sujets ayant connu des situations de carence primaire un état dépressif latent qu'on peut comparer à une nostalgie vis-à-vis des personnes qui auraient dû accompagner l'enfant dans sa découverte progressive de lui-même. Ce mal-être qui a sapé les bases mêmes de l'identité tente de se colmater par des manifestations créant elles-mêmes solitude et souvent rejet. Lorsque ces sujets deviennent en âge de procréer, l'enfant qu'ils peuvent avoir devient souvent dans une confusion redoutable la partie d'eux-mêmes qu'ils voudraient réparer. Ce bébé de rêve s'intègre donc à leurs manques et, par le fait qu'il est toujours différent de cet enfant fantôme qu'ils portent en eux, il risque de devenir décevant, puis persécuteur dans la réalité de la vie quotidienne. Il alimente le regret obsédant des origines tout en n'apportant pas un bonheur d'ailleurs impossible à silhouetter.

Cette souffrance est radicalement à distinguer des dépressions post-partum dont les étiologies et la symptomatologie sont différentes, mais elle demande à être comprise, entendue, afin de ne pas entrer dans le cercle vicieux des transmissions intergénérationnelles. L'apaiser ne peut se faire que par un suivi prolongé mère-enfant qui

tente de réactiver les capacités maternantes et d'apporter à ces femmes, non seulement par la parole mais par des actions concrètes, une vision distanciée, et de là, plus heureuse de ce que peut devenir un enfant individué, c'est-à-dire séparé. Tout ceci ne peut se faire que par des actes coordonnés des différents intervenants médicaux, éducatifs et sociaux, en sachant que le processus thérapeutique est long, semé d'embûches mais réalisable pour une proportion relativement importante de ces jeunes mères.

Abstract

Considering the risk of attachment disorders due to primary deprivation in the mother, the author recalls both the evolution of children with severe deprivation at an early age and the often maladaptive condition of these mothers. For instance, the woman who has suffered serious emotional deprivation during her childhood may experience the resurgence of painful experiences in the course of her pregnancy and moreover in the months following the birth of her child. In discussing the risk of inadequate parenting in the case of emotionally disturbed mothers, the author differentiates temporary post-partum blues from depressive symptomatology in deeply deprived mothers. He further suggests long term modalities, such as shared parentality, to help these parents develop parental capacities, thus breaking the cycle of transgenerational repetition.

Références

- Cahiers du nouveau né.** 2. *Naître ... et ensuite.* Paris : Stock, 1978.
- Carel H, Hochmann J, Vermorel H.** (ss la dir.) *Le nourrisson et sa famille.* Lyon : Césura, Collection l'enfant, 1990.
- Dornes M.** *Psychanalyse et psychologie du premier âge.* Paris : PUF, 2002.
- Fraiberg SH, Adelson E, Shapiro V.** Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'enfant* 1989; XXVI(1) : 57-98.
- Golse B, Bursztejn C.** (eds) *Dire. Entre corps et langage : autour de la clinique de l'enfance.* Paris : Masson, 1993.
- Guedeney A, Burgener C, Widlöcher D.** Le post-partum blues : une revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'enfant* 1993; XXXVI(1) : 329-354
- Gutton P.** *Le bébé du psychanalyste. Perspectives cliniques.* Paris : Paidós/Le Centurion, 1983.
- Lebovici S.** *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions précoces.* Paris : Le Centurion, 1983.
- Lemay M.** *J'ai mal à ma mère.* Paris/Montréal : Fleurus/Science et Culture, 1993.
- Marcelli D, Nadel J, et al.** Interactions mère déprimée – bébé (âge de 2 mois). Étude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé. *Psychiatrie de l'enfant* 1997; 2 : 505-531.
- Pierrehumbert B.** *Le premier lien. Théorie de l'attachement.* Paris : Odile Jacob, 2003 : 12-28.
- Rosenblum O, Mazet Ph, Benony H.** Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health Journal* 1997; 18(4) : 350-363.
- St-André M.** (éd.) *Dossier Parents en souffrance. Répercussions sur les liens précoces.* Montréal : Hôpital Ste-Justine, PRISME 1996; 6(1), 212 pages.
- Stern D.** *La constellation maternelle.* Paris : Calmann Levy, 1997.
- Stoleru S, Morales-Huet M.** *Psychothérapies mère-nourrisson dans des familles à problèmes multiples.* Paris : PUF, Coll. Le fil rouge, 1989

Comment survivre quand on travaille dans la protection de l'enfance ?

Maurice Berger

Il est compliqué pour le Français que je suis d'écrire un article sur la protection de l'enfance dans une revue québécoise. En effet, le Québec a une avance considérable par rapport à mon pays. En France, des concepts comme celui de *projet de vie permanent* sont refusés. La pratique de l'abandon suivi d'adoption en cas de délaissement prolongé est rarissime. Il n'existe aucun guide d'évaluation à la différence du Guide québécois d'évaluation des capacités parentales. En se réfugiant derrière un pseudo humanisme, de nombreux professionnels sont totalement allergiques à l'évaluation; pourtant, ne pas évaluer, c'est ne pas avoir d'éthique. Il n'existe aucun Institut universitaire et aucune recherche organisée, aucune formation cohérente et systématique. À cela s'ajoute la prégnance massive de l'idéologie du lien familial à tout prix. J'ai défini en 1992 cette idéologie comme une théorie selon laquelle le maintien du lien physique réel entre l'enfant et ses parents a une valeur absolue et intouchable. L'idéologie du lien familial l'emporte lorsque se produit une identification massive de l'intervenant à la souffrance des parents au détriment de l'identification à la souffrance et à la terreur ressentie par l'enfant. Le but du dispositif français de protection n'est pas qu'un enfant aille à peu près bien, mais qu'il réside le plus possible dans sa famille.

On comprend que dans un tel contexte, je ne me sente que peu de légitimité pour m'adresser aux professionnels québécois. Je vais donc simplement exposer de quelle manière notre équipe de pédopsychiatrie a été amenée à penser certains aspects de la prise en charge des situations de défaillances éducatives parentales importantes.

Chef de service en pédopsychiatrie au CHU de St-Étienne, l'auteur est ex-professeur associé de psychologie à l'Université Lyon 2. Il a publié en 2003 *L'Échec de la protection de l'enfance*, qui vient d'être réédité chez Dunod.

Adresse : 42055 St-Étienne Cedex 2 FRANCE

Courriel : maurice.berger@chu-st-etienne.fr

(264)

RÉSUMÉ

Dans son exposition du travail en clinique de protection, l'auteur propose le dispositif élaboré par son équipe pédopsychiatrique selon les enjeux impliqués dans l'évaluation de situations de maltraitance et de défaillances parentales précoces. Ayant posé les objectifs essentiels auxquels devrait s'attacher l'intervenant, il considère les aspects spécifiques de la prise en charge et les moyens à prendre pour constituer de l'expérience dans ce domaine de pratique. Il conclut en suggérant certaines stratégies de «survie» professionnelle face à la complexité émotionnelle et théorique de ces situations, voire aux impératifs parfois contradictoires qui jalonnent l'exercice du travail de protection en faveur de l'enfant.

Chacun de ces points sera seulement évoqué, et nécessiterait un long développement. Ils ont été élaborés à partir de l'expérience d'une équipe stable dans sa composition depuis vingt-cinq ans, et qui a pris en charge des centaines de situations. Cette manière de travailler est la seule que nous ayons trouvée pour faire revivre psychologiquement les enfants qui nous sont confiés, et pour survivre professionnellement face au sentiment délétère d'impuissance généré par un système incohérent. Les intervenants québécois choisiront dans ces propos ce qui peut leur être utile.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut préciser que même lorsque des parents sont très nocifs vis-à-vis de leur enfant, on ne peut pas le leur reprocher dans la mesure où leur enfance désastreuse les a empêchés d'acquérir le minimum de capacités parentales nécessaires.

Définir des buts

Définir des objectifs précis et concrets est important lorsqu'on travaille dans le domaine de la protection de l'enfance, car cela introduit une *exigence nécessaire* quant aux résultats. Si les buts ne sont pas atteints, les raisons de cet échec total ou relatif doivent être analysées. L'objectif de notre travail est la protection du développement affectif et intellectuel de l'enfant¹, ou le rétablissement d'un fonctionnement psychique et cognitif plus harmonieux si des perturbations importantes se sont déjà installées. Concrètement, les buts recherchés sont au nombre de quatre et nécessitent chacun des actions spécifiques.

1) Un but *cognitif* : que l'enfant soit capable de lire, écrire, compter, et qu'il ait envie d'apprendre. Il s'agit là d'une des conditions

premières pour avoir un minimum d'autonomie dans la vie. Ceci nécessite que l'enfant ne se débilise pas, ou récupère une partie de la déficience intellectuelle acquise avant le début des soins individuels et/ou familiaux.

2) Un but *social* : que l'enfant soit capable de vivre en groupe. Ceci lui permettra de s'insérer dans un groupe scolaire et plus tard dans un groupe professionnel.

3) Un but *affectif* : que l'enfant soit capable de ne pas détruire autrui et de ne pas se laisser détruire par autrui.

4) Un but *familial* : que l'enfant soit capable de ne pas être envahi psychologiquement par les aspects pathologiques de ses parents. C'est ce qui lui évitera d'être désorganisé par les contacts avec son père et sa mère et d'être pris pendant toute son existence dans une relation d'attachement pathologique d'attraction – rejet avec les fortes déceptions inévitables qui s'ensuivent. Le niveau de réalisation de cet objectif peut être évalué par l'« indice de contamination » (quels symptômes apparaissent après le contact avec les parents, quelles sont leur durée et leur intensité? etc.). Cependant, dans certaines situations, la violence ou la psychose des parents est telle que tout contact avec leur enfant est impossible

Nous avons appris à ne pas compter sur la résilience, car dans toutes les situations qui nous sont adressées (179 enfants vivant dans des familles à risque ou placés judiciairement pendant l'année 2003), aucun n'avait pu être résilient. B. Cyrulnik a précisé les trois conditions dans lesquelles un enfant peut développer une résilience, c'est-à-dire surmonter un traumatisme, bien que ce dernier reste inscrit dans le psychisme de l'individu : a) avoir acquis une stabilité interne dans les premiers mois de la vie, qui permette au sujet de s'être construit une confiance primitive, de pouvoir repérer la constance des objets, et de se sentir aimable (ce n'est pas le cas des bébés dont nous parlons ici); b) avoir été soumis à une forme de traumatisme assez repérable, alors que dans les situations d'inadéquation parentale, le traumatisme est constant, non datable, cumulatif, parfois insidieux; c) avoir bénéficié de la présence d'un adulte « tuteur de résilience », qui va proposer un lien signifiant à l'enfant, et l'aider à « historiser », c'est-à-dire donner un sens à ce qui lui est arrivé.

On constate donc qu'un enfant n'est pas résilient en soi, et dans les situations que nous rencontrons en permanence, il ne bénéficie qu'exceptionnellement de ces trois conditions. En fait, au-delà d'un

certain degré de négligence, de violence, de perversion, tous sont emportés par une lame de fond, qui crée des dommages très importants, peu mobilisables ou même irréversibles, auxquels on doit opposer une approche soignante d'une cohérence sans faille.

Spécificité de l'évaluation

Elle est l'objet d'une attention particulière au Québec, aussi je n'en soulignerai que certains aspects². Cette évaluation se situe à un double niveau : évaluation de l'état de l'enfant au fil de sa croissance afin d'avoir une représentation constante du niveau de risque auquel on se situe, en référence aux objectifs définis ci-dessus; et évaluation de l'ensemble de nos résultats sur de grandes cohortes d'enfants. Si cette évaluation est imprécise, ou si les professionnels ne l'investissent pas suffisamment, tout le dispositif se dérègle car il n'a plus de boussole, plus d'axe directeur. Une seule question est donc importante, *comment va l'enfant réel?* Pour notre équipe médicale, le débat autour des droits des parents et des droits de l'enfant a donc peu de sens. Apprécier s'il faut séparer l'enfant de sa famille n'est pas une question de droit. Si l'enfant peut progresser en continuant à vivre avec ses parents, tant mieux; s'il doit être séparé, c'est regrettable.

1) L'importance des tests de niveau chez l'enfant petit

Beaucoup d'enfants qui vivent avec des parents négligents, psychopathes, psychotiques, etc. sont en risque d'évoluer vers une déficience intellectuelle pas seulement à cause des carences de leur milieu familial, mais aussi parce que penser sur ce qu'ils vivent et sur leurs parents est trop angoissant pour eux.

La mesure du quotient de développement (QD) par le test de Brunet Lézine, utilisable par tout psychologue et même travailleur social après une formation brève, amène des informations très importantes concernant le niveau de développement et le mode relationnel d'un enfant de moins de trente mois. Ainsi un nourrisson de dix mois que l'on a laissé jouer avec un petit cube rouge retrouve ce jouet lorsqu'on le cache sous une tasse retournée à l'envers. Ceci signifie qu'il a acquis cette notion fondamentale qu'est la permanence de l'objet, grâce à la fiabilité du personnage maternel, la prévisibilité de ses soins. Un enfant vivant dans un milieu familial incohérent, négligent, n'intériorise pas ce sentiment d'invariance sur lequel repose la compréhension du monde. Par ailleurs, ce test fournit des repères objectifs et chiffrés : un enfant de 15 mois arrive à faire une

tour de deux cubes; à 18 mois, il peut empiler trois cubes, etc. Un quotient de développement anormalement bas est un signe d'alarme, d'autant qu'on sait qu'il y a une continuité entre la valeur du QD et celle du QI. Mais il ne signifie pas que l'état intellectuel de l'enfant soit figé pour autant. Il peut être réévalué tous les mois ou tous les trois mois. S'il s'élève, cela signifie que le cadre de prise en charge est adapté; s'il ne progresse pas ou s'il reste bas, cela signifie que les modalités de prise en charge ne conviennent pas.

2) Le risque de sous-estimation des troubles psychiatriques

La nature de la pathologie du lien et des troubles de l'attachement n'est souvent pas saisie par tous les professionnels. Certains pédopsychiatres ignorent la profondeur de ces troubles; ou, mettant trop en avant l'aspect «social», ils considèrent qu'une modification des conditions d'existence de l'enfant va faire disparaître ses symptômes, ce qui est loin d'être certain car ce genre de pathologie d'origine interactionnelle est rapidement intériorisée; ou encore, ils n'ont pas envie de s'impliquer dans ces situations complexes. Les parents ne sont pas volontaires pour les soins, et de plus, il faut tenir tous les aspects du cadre, et poser la clinique de l'enfant comme axe de référence auprès des autres intervenants. Ou encore, certains pédopsychiatres n'investissent que le travail sur les processus psychiques, alors que ce dernier est irréalisable si les fréquentes reviviscences hallucinatoires du passé dont souffrent ces enfants sont réactivées en permanence par des rencontres parents-enfant insuffisamment protégées.

3) La structuration d'une violence pathologique extrême est souvent ignorée.

Elle peut être repérée d'après les caractéristiques suivantes. Ces enfants tapent n'importe qui, n'importe quand, sans aucune culpabilité. Ce mode de cruauté n'a pas d'« âge biologique » : il apparaît chez des enfants de plus en plus petits, âgés de dix-huit mois à deux ans, souvent même dès la marche qui leur permet d'avoir les mains libres pour attaquer. Et c'est un tour de passe-passe de parler de « violence des jeunes », la réalité est simplement qu'en grandissant, ces enfants tapent plus fort. Il ne sert à rien de tenir à de tels sujets un discours éducatif tentant de leur faire intégrer la loi, ou de leur proposer des « modèles identificatoires ». Ces enfants sont très difficiles à soigner, et l'enjeu thérapeutique est

considérable : en cas d'échec, dès l'adolescence, ils blesseront gravement, tueront ou violeront, et ceci de manière répétitive.

Ce qui nous paraît être caractéristique des relations précoces entre ces enfants et leurs parents, *c'est l'échec de la séduction primaire*, dont nous avons pu observer ou reconstruire qu'il se manifestait de deux façons (C. Rigaud, 2001) :

a. *La désignification de l'ensemble des signaux corporels*: dès les premiers jours, le sujet a vécu une désignification des signes qu'il a adressés à l'autre (regards, cris, sourires), une déformation ou une annulation de leur sens. Ceci aboutit constamment à des troubles massifs de la représentation du corps et de son fonctionnement. De plus, l'accès à la symbolisation est difficile pour ces sujets qui n'ont pas pu faire l'expérience que leurs signes avaient un sens et pouvaient induire une réponse adaptée.

b. *L'absence d'attirance pour le corps de l'enfant*, que la mère ne trouvait pas séduisant, pas mignon. Elle n'avait aucun plaisir à s'occuper de lui, plus même, ce corps lui répugnait ou l'angoissait. Les travailleurs sociaux qui passaient à domicile, constataient que l'enfant était laissé de longs moments dans son berceau. Dans certains cas, il devait prendre très tôt son biberon seul, calé par un coussin, etc. En place de la séduction normale (pour un parent, son enfant est le plus beau bébé du monde), l'enfant maltraité a vécu des sentiments de solitude intolérable et des moments de terreur. À défaut de s'être senti séduisant, il aura comme mode de contact l'agrippement violent, et parfois à l'adolescence, l'emprise sexuelle brute, non intégrée dans un mouvement de tendresse.

Le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression, etc. La maman d'une petite fille n'avait par exemple aucune idée de la taille du récipient qu'elle devait utiliser pour baigner son bébé. Jusqu'à la sortie de la maternité, elle pensait le lâcher dans la baignoire pour adulte remplie d'eau. Quand la puéricultrice, inquiète, va ensuite la voir à domicile et lui demande si elle n'aurait pas quelque chose de plus adapté, elle sort du placard un plat à gratin qui est trop petit pour l'enfant. Certains de ces parents disent clairement avoir totalement oublié à certains moments qu'ils avaient un bébé. Les effets sur l'organisation psychosomatique de l'enfant sont considérables. Ces enfants ne peuvent prendre conscience des

caractéristiques physiques de leur corps que lorsqu'ils constatent la trace réelle qu'ils laissent dans le corps de l'autre, l'empreinte laissée sur l'environnement qui va renseigner le sujet sur ses propres propriétés. « Je ne pensais pas pouvoir taper aussi fort », dit un préadolescent plus curieux que gêné en constatant l'hématome qu'il a provoqué chez un autre enfant.

Enfin la violence parentale a souvent été présente, mais pas obligatoirement. Une séparation parents-enfant est alors indispensable, rapidement, et elle doit être suivie de rencontres soigneusement médiatisées et d'une hospitalisation et/ou d'un placement dans une famille d'accueil très étayée au niveau psychique. Malheureusement, le plus souvent, les professionnels concernés ne veulent ou ne savent pas mesurer la gravité de la situation, et mettre en place à temps cette séparation protectrice pour le psychisme du nourrisson, encore plus si le parent reconnaît lui-même se sentir violent à l'égard de son nourrisson. Il est extrêmement difficile de soigner les enfants lorsque le sentiment de cruauté pathologique est constitué (Berger, 2004a).

4) Certains aspects de la clinique du fonctionnement parental, sont souvent « piégeants ».

a) *Le fonctionnement pervers* de certains parents, qui se présentent comme parfaitement « innocents », de grands adolescents inexpérimentés en quelque sorte, donne envie de les aider dans leur tâche éducative, alors que la manière dont ils impliquent leurs enfants dans leur nudité, le spectacle de leurs ébats sexuels, la façon dont ils jouent au chat et à la souris sous la forme de rendez-vous manqués avec les professionnels sans manifester d'opposition directe, la manière dont ils tournent en dérision le travail de ces derniers parfois en se positionnant comme des « observateurs extérieurs », les manipulations d'argent à la limite de la fraude, soulignent la structure perverse de leur mode relationnel. Ces parents ont souvent besoin de soumettre leur enfant à une excitation inassouissable, comme ils y ont eux-mêmes souvent été soumis dans leur enfance.

b) Une autre attitude parentale souvent « pardonnée » par les intervenants alors qu'elle est très désorganisatrice, consiste en *alternance de séduction narcissique et d'abandon*. Certaines mères disent ou font sentir à leur enfant : « si tu penses à quelqu'un d'autre qu'à moi, c'est que tu ne m'aimes pas », « tu es tout pour moi et je dois être tout pour toi », et après avoir ainsi « séduit » leur enfant,

elles le laissent dans une attente interminable et ne reviennent ponctuellement que pour réinjecter de la dépendance et de la croyance dans la constance de l'amour maternel. On sous-estime énormément l'effet délétère de ces absences répétées, des visites non effectuées, et d'une manière générale, les traumatismes psychiques répétitifs ont souvent un impact beaucoup plus grave sur le développement cognitif et affectif de l'enfant que les traumatismes physiques. De plus, dans cette position intolérable d'attente permanente, l'enfant éprouve un sentiment de culpabilité primaire, convaincu que si la relation n'est pas bonne avec ses parents, c'est de sa faute. Il présente aussi une agressivité importante, attaquant tous les liens dans une tentative de maîtrise exacerbée : au moins c'est lui qui décide du moment de la rupture de la relation.

Constituer de l'expérience

Comment accumuler de l'expérience et la rendre transmissible? Seuls des suivis longitudinaux stables permettent de comprendre la complexité des processus psychiques en jeu et d'évaluer les effets des décisions prises. Pour constituer cette expérience, nous utilisons les moyens suivants.

1) Tout d'abord, nous cherchons à *diminuer le turn-over trop rapide des professionnels*. Nous demandons donc un engagement sur le long terme, de neuf ans minimum, aux personnes qui veulent venir travailler dans notre service. On ne peut pas passer en touriste dans le champ du travail avec les enfants qui ont des parents gravement défailants sur le plan éducatif. Une personne qui ne reste à son poste que deux ou trois ans ne peut pas prendre une place signifiante dans la vie de l'enfant, et ne peut donc pas lui fournir un étayage solide.

Ainsi ce n'est que dans la continuité que l'on a pu constater que, même en prenant certaines précautions, lorsqu'on rompt un placement familial dans lequel un enfant s'est installé en sécurité depuis les premiers mois de sa vie pour le faire aller vivre chez sa mère, on crée chez lui le sentiment d'être en exil à vie. Quand on coupe un lien vivant, il risque de saigner pendant toute l'existence. Nous renvoyons ici aux travaux concernant la Clinique d'attachement publiés par Y. Gauthier, G. Fortin, et G. Jeliu.

Deuxième exemple, c'est aussi dans la continuité qu'un intervenant peut mesurer les risques du placement de l'enfant dans sa famille

élargie³. Cette orientation est valable dans des situations très précises, qui doivent être explorées avec beaucoup d'attention : relations grands-parents/parents pas trop conflictuelles; pathologie du parent liée à d'autres facteurs qu'à une éducation très inadéquate de la part des grands-parents, comme c'est le cas pour certains troubles psychotiques d'origine plus neurophysiologique que relationnelle; petit-enfant ayant déjà noué un lien affectif et éducatif sain de manière durable avec un grand-parent au moment où le service de protection de l'enfance est saisi de la situation. C'est donc une décision soigneusement mûrie, prise au cas par cas, ce qui signifie qu'une telle solution ne peut pas être érigée en proposition systématique, et que lorsqu'elle est proposée d'une manière institutionnalisée, nous sommes devant une forme déguisée d'idéologie du lien.

Mais même lorsqu'un tel placement semble possible, les inconvénients sont largement à la hauteur des avantages. Il arrive que parents et grands-parents se mettent d'accord entre eux au moment de l'ordonnance judiciaire afin d'éviter un placement d'une autre nature, et on constate que ces situations se terminent fréquemment en catastrophe, avec des conflits très importants entre générations et une dégradation de l'état de l'enfant. Nous nous trouvons alors devant une situation d'autant plus difficile à gérer que l'enfant a noué des liens avec ses grands-parents, mais des liens aussi pathologiques. Dans d'autres contextes, les grands-parents sont confrontés à un dilemme difficilement supportable, lorsqu'ils doivent à la fois recevoir leurs propres enfants sans les trahir ni usurper leur place, et protéger affectivement leur petit-enfant.

Par ailleurs, dans un article qui recense les expériences actuelles (Geen, 2002), le placement dans la famille élargie est loin d'être décrit comme une solution idéale. La parenté élargie, constituée le plus souvent des grands-parents, est plus fréquemment malade, et elle a un niveau d'éducation plus bas que les assistantes maternelles. Entre 48 % et 62 % de la parenté accueillante vit seule, ce chiffre étant de 21 % à 37 % pour les assistantes maternelles. Dans une étude, un tiers des grands-mères indiquent que leur état de santé s'est aggravé depuis qu'elles ont pris la responsabilité d'accueillir leur petit-enfant, et une autre étude montre un niveau de dépression plus élevé que chez les autres grands-parents. D'autres chercheurs, au contraire, indiquent que ce rôle d'accueil peut être gratifiant et

donner aux grands-parents le sentiment d'être plus utiles. Par ailleurs, il apparaît que le suivi du placement dans la famille élargie est plus difficile pour les professionnels, et que les assistantes maternelles reçoivent plus d'aide pour protéger l'enfant qui leur est confié. Les travailleurs sociaux indiquent qu'ils ont souvent des difficultés à empêcher les contacts directs entre parents et enfant lorsqu'une médiatisation est nécessaire. Les parents font beaucoup plus souvent des visites anarchiques à leur enfant, sans respect des horaires. Une étude « suggère que la grande majorité des enfants se sentent aimés par les accueillants de la famille élargie », mode d'appréciation très subjectif car un enfant vivant dans une famille fortement négligente ou dans une famille d'accueil très adéquate, ferait probablement la même réponse. La conclusion de cet article est qu'aucune recherche utilisant une méthodologie rigoureuse n'a établi que les enfants placés en famille élargie (Wilson et Conroy, 1999) ont un meilleur développement que les enfants placés chez une assistante maternelle, et qu'il est possible que cette modalité de placement soit valable pour certains enfants et pas pour d'autres. Il est à noter qu'aucune des études citées ne comprend d'évaluation précise de l'état affectif et intellectuel des enfants concernés.

2) Faire des recherches de type étude de cas

Construire de l'expérience, c'est aussi utiliser une méthode de recherche de type étude de cas. Elle consiste en l'étude longitudinale et approfondie d'une situation, que les résultats aient été bons ou mauvais. Ce travail permet de suivre l'évolution des processus psychiques de l'enfant en relation avec son passé, la nature du dispositif éducatif et soignant, les décisions judiciaires, l'évolution de ses parents, la suppléance parentale éventuelle, etc. Il s'agit là d'une authentique recherche scientifique, particulièrement instructive, qui permet d'évaluer les progrès obtenus ou leur aspect illusoire. Malheureusement, trop peu d'équipes ont une stabilité suffisante et le temps nécessaire pour effectuer ce genre de réflexion rétrospective. La *publication de tels récits*, qui demandent certes beaucoup de travail, est un des meilleurs *moyens de progresser collectivement*.

3) Constituer de l'expérience signifie aussi s'impliquer directement dans une pratique réelle.

Dans les situations de parentalité pathologique atypique, la nature du lien est mystérieuse, nos théories sont sans cesse battues en

brèche, il faut en permanence accepter de se confronter à de l'inconnu, être créatif. Dans ce domaine, un professionnel qui veut superviser ou conseiller des équipes de la protection de l'enfance doit avoir une longue expérience personnelle de ce genre de difficultés, une pratique vivante, et avoir fait ses preuves par des résultats positifs (ou être un psychanalyste « haut de gamme » capable de s'identifier aux états étranges que traversent ces enfants sans les avoir côtoyés). Sinon le superviseur risque de ne proposer qu'un mode de compréhension plaqué, inadéquat, donc potentiellement déformable par l'interlocuteur, et cela débouchera sur des solutions peu réalistes. Il est aussi indispensable que les gestionnaires, y compris les médecins chefs de services, aient eu cette pratique clinique, et si possible, la maintiennent.

La prise en charge

1) La prise en charge peut se faire suivant un des trois dispositifs suivants qui, d'une certaine manière, se retrouvent dans le projet 2004 de la loi québécoise.

❖ Il y a des parents qui, reconnaissant être en difficulté éducative, acceptent un étayage; on peut donc les aider dans un *décal* compatible avec le développement de leur enfant, et ils pourront s'occuper de lui grâce à un certain nombre de dispositifs de soutien à la parentalité, proposés éventuellement dès la période prénatale.

❖ Certains parents ne pourront développer que des compétences parentales partielles. Ils aiment et investissent leur enfant, mais d'une manière très inadéquate du fait de leur pathologie personnelle. Le concept de « *parentalité partagée* » peut être le plus adéquat pour eux et leur enfant (Gauthier, 1999). Une séparation avec tous les degrés possibles de distanciation, depuis une visite ou un week-end par semaine à des visites médiatisées, peut alors être la meilleure solution. Et un lien stable doit être proposé à l'enfant hors de sa famille biologique : il ne pourra pleinement bénéficier des rencontres avec ses parents que s'il se sent en sécurité grâce à l'assurance d'un placement durable et non remis en cause de manière répétée. Sinon les contacts avec les parents seront angoissants pour lui, car vécus comme menaçant le lien qu'il a noué avec sa famille d'accueil.

❖ Enfin il est des parents qui délaissent leur enfant et ne l'investiront jamais, d'autres qui se sentiront persécutés par lui depuis qu'il est

bébé, sans qu'ils puissent jamais reconnaître ouvertement ce sentiment et le contrebalancer par un minimum d'affection. Au lieu de proposer à ces enfants la vaine construction d'une mère et d'un père « de toutes pièces », *une autre parenté, sous la forme d'une adoption*, peut être envisageable. Et le groupe social, qui est l'un des organisateurs importants du psychisme de chaque individu, doit alors leur signifier, par l'intermédiaire de la loi, qu'ils n'ont plus à se raccrocher à cette première parenté sans issue, même s'ils gardent pendant toute leur vie des pensées concernant leurs parents biologiques, comme c'est le cas de la plupart des enfants adoptés.

2) Quelle que soit la décision prise, *un principe essentiel est celui de la « centralisation »*. Il faut une tête, une personne porteuse de la préoccupation permanente concernant tel enfant précis, dans le temps et dans le détail, sinon tout se disperse, se dilue, les décisions indispensables traînent, etc. Ces personnes doivent avoir une vision globale et une « hégémonie » de fait, ce qui ne signifie pas qu'elles utilisent cette position pour exercer du pouvoir sur les autres professionnels. On se rend rapidement compte qu'il leur est demandé ensuite de rester l'« axe directeur », car lorsqu'elles se retirent de la prise en charge, les décisions recommencent à être inadaptées, ne reposent plus prioritairement sur l'intérêt de l'enfant.

3) *L'écoute individuelle de l'enfant*

Nous n'aborderons ici qu'un aspect spécifique du groupe '*parentalités partielles*', la nécessité que l'enfant puisse bénéficier dans la durée d'entretiens réguliers avec un professionnel éventuellement supervisé. En effet, soit ces enfants ont été séparés tôt, et ils sont alors confrontés au fait d'avoir des parents capables de se préoccuper d'eux seulement dans certains domaines plus ou moins restreints, et doivent gérer la complexité d'un double attachement (parents biologiques/famille d'accueil), soit, et c'est le cas le plus fréquent, ils ont été soumis à des échanges suffisamment inadaptés pour laisser des traces intrapsychiques qui ne s'estomperont pas du seul fait de la séparation.

L'écoute individuelle et régulière de l'enfant, pendant des années, est indispensable et doit être effectuée sans a priori. Ainsi, lorsqu'un enfant demande à plusieurs reprises avant une visite médiatisée dans combien de temps sa mère va venir, un professionnel pris dans l'idéologie du lien familial pensera que cet enfant est impatient de

rencontrer son parent, alors qu'il peut être angoissé et tente de se préparer au choc que représenteront les retrouvailles. Ou encore, au cours de la prise en charge, un enfant déclare : « Ma mère me manque ». Nous lui demandons en quoi elle lui manque, et ce qu'il lui dirait s'il la voyait. Il ne trouve aucune réponse. Ce qui apparaît alors, c'est que comme on s'est bien occupé de lui en famille d'accueil et en hôpital de jour, il réalise maintenant ce qu'est une fonction maternelle, et qu'une mère adéquate lui manque. D'autres professionnels auraient tenté de réintroduire rapidement la mère réelle.

Les buts de cette prise en charge sont d'aider l'enfant à modifier la représentation qu'il a de ses parents, de manière à ce qu'il soit moins envahi par des images parentales trop angoissantes pour lui. Sinon il ne peut jamais se sentir bien, que ce soit en leur présence ou en leur absence. C'est là que se situe le pivot essentiel de l'évolution psychique d'un enfant soumis à des parents très inadéquats. On constate que l'objectif n'est pas d'amener l'enfant à renoncer à l'image idéale qu'il a de son père et de sa mère, ni de renoncer à les changer ou à les soigner. Le but est que l'enfant parvienne à différencier son fonctionnement psychique de celui de ses parents, parce qu'il devient alors sujet de son histoire. Un tel changement ne peut se produire que de manière très progressive. À certains moments, l'adulte doit accepter la gravité de ce que l'enfant lui dit sur son état interne, sans chercher à le « réparer » ou à le consoler. Il est nécessaire que l'enfant puisse vivre des moments de désespoir, ou de sensation que tout est informe, etc., mais en étant accompagné, ce qui est une différence fondamentale par rapport à ce qu'il a vécu auparavant. En prenant cette position de témoin, au sens fort du terme, l'adulte permet à l'enfant de ne plus être dans l'éprouvé solitaire, mais d'être dans l'éprouvé partagé. Ce n'est pas seulement la terreur ou l'absence totale d'espoir qui définit la détresse, mais aussi la solitude (Roussillon, communication personnelle).

Cet accompagnement nécessite que le référent accepte de « plonger », c'est-à-dire de ressentir en lui les affects que l'enfant lui fait vivre, et qu'il a ressentis ou subis lui-même auparavant dans sa famille sans pouvoir les identifier : confusion, excitation, plaisir voyeuriste, érotisation, sentiment d'être sous emprise, ou abandonné, solitude, terreur, désir de meurtre, avec une intensité parfois extrême. Avoir de l'intérêt pour ce que l'enfant montre dans le jeu ne suffit pas, il faut jouer réellement avec lui. Et quelque chose doit se passer dans le

«vrai», ce qui effraye beaucoup de professionnels et n'est réalisable que si l'écouter dispose lui-même d'un lieu où être écouté.

4) Il est aussi indispensable de *discuter avec l'enfant du déroulement des visites médiatisées*, pour faire en sorte qu'elles soient l'occasion d'un travail psychique, et pas seulement un acte social.

5) Enfin *la parole qu'adresse le juge à l'enfant* peut avoir un poids considérable. Lorsque nous avons la chance de travailler avec des magistrats capables de dire des paroles claires et fortes à l'enfant et aux parents, beaucoup de pensées se mettent ensuite en place presque «naturellement». Et ces propos ont beaucoup plus d'impact que s'ils sont prononcés par d'autres professionnels.

Les stratégies de survie professionnelle

De quelle manière faire face, comme professionnel, à une telle complexité émotionnelle et théorique, et à des impératifs parfois contradictoires? Les propositions suivantes peuvent aider à survivre.

1) Mobiliser les médecins

En France où règne l'idéologie comme pseudo mode de pensée, la position médicale est la seule qui permette de faire contrepoids. L'éthique médicale se définit, entre autres, par les quatre principes suivants :

- ❖ *Primum non nocere*, d'abord ne pas nuire
- ❖ Proposer une prise en charge tenant compte de l'état actuel de nos connaissances
- ❖ Évaluer les effets de nos actions et décisions
- ❖ Assumer la responsabilité de ces actions et décisions, y compris devant la justice pénale.

D'un point de vue médical, il est inadmissible qu'un seul enfant évolue vers un trouble de type déficience intellectuelle d'origine éducative, psychopathie, violence quand cela pourrait être évité. Ceci n'est pas plus acceptable que pour une maladie organique : un médecin qui laisserait un enfant développer une déficience intellectuelle due à une atteinte neurologique évitable sera condamné à juste titre par les tribunaux. Un juge des enfants ou un travailleur social qui, pendant sa carrière, laisse évoluer des centaines d'enfants vers une déficience intellectuelle, peut ne rien trouver d'anormal à sa manière d'exercer sa profession, nous le constatons quotidiennement, et aucune faute ne peut lui être imputée. Il existe un fossé entre l'éthique médicale d'une part, et les pratiques judiciaires et socio-éducatives d'autre part. Tout dispositif (souvent

qualifié d'innovant) non précédé d'une réflexion précise sur l'évaluation de l'état de l'enfant, n'est pas éthique.

Curieusement, les pédiatres semblent plus sensibles que les pédopsychiatres à l'ampleur du problème. N'utilisons-nous pas l'aspect «social» de ces situations pour nous défaire de leur dimension psychique? Notre tâche n'est pas seulement de travailler sur l'après-coup, de soigner, mais aussi d'empêcher et d'arrêter les coups psychiques qui laissent des traces souvent irréversibles. Pourquoi accepter de prendre en charge des enfants non protégés par des décisions aberrantes, sans utiliser tout le poids de la position médicale? Nous devons demander à être présents aux audiences judiciaires et argumenter. Quand nous engageons notre éthique, il nous arrive régulièrement d'indiquer aux juges des enfants que nous arrêtons les soins s'ils se révèlent inutiles du fait d'un cadre insuffisamment protecteur. Et souvent, le magistrat tient compte de notre positionnement. Nous avons un authentique savoir dont nous n'avons pas à avoir honte; ce ne sont pas les émotions qui doivent seules régner sur nos décisions. Ce savoir a tout intérêt à être officialisé, comme le savoir sur l'autisme, la psychiatrie de l'adolescent⁴.

2) *Aux professionnels qui, malgré les difficultés décrites ci-dessus, souhaitent tenter d'effectuer un travail de qualité auprès des enfants concernés, je conseille d'appliquer les trois principes suivants :*

- i. Au lieu de la complicité, qui consiste à accepter de prendre en charge des enfants malgré des décisions nocives, je suggère d'introduire le *principe de conflictualité*. Il consiste pour tout professionnel, et donc pas seulement les médecins, à refuser de prendre en charge des enfants tant qu'un cadre suffisamment cohérent et protecteur n'est pas mis en place.
- ii. À la passivité et au conformisme, qui consistent à accepter des concepts généraux dont l'efficacité n'est pas prouvée, du genre « l'aide systématique à la parentalité », je propose d'opposer le *principe du cas par cas*, qui consiste à construire avec exigence un dispositif différent pour chaque enfant, avec une évaluation précise et permanente de son état, « attitude indéfiniment difficile et toujours à réendosser » (M. B. Lacroix, communication personnelle).

Pour cela, il faut inventer sans cesse de nouvelles stratégies afin de gagner la « bataille du cadre », c'est-à-dire obtenir que chaque

enfant bénéficie de modalités de protection suffisantes et d'une stabilité de lien avec des adultes adéquats et signifiants pour lui. Certains professionnels sont comme des microbes, ils deviennent résistants à nos arguments-antibiotiques, et ils nous obligent à inventer un nouveau raisonnement pour chaque enfant suivant.

iii. Face à l'ânonnement qui consiste en France à rabâcher la loi de 1970 sur l'assistance éducative derrière laquelle se réfugient beaucoup d'intervenants, ou à interpréter d'une manière non protectrice une autre loi, je suggère d'opposer le *principe de légalité*. Les termes d'« intérêt de l'enfant » figurent dans la loi. La clinique, l'évaluation précise des résultats, l'expérience et le savoir sur le développement de l'enfant ont une réelle légitimité pour définir ces trois mots.

3) Enfin *l'argumentation financière est essentielle*.

Nous venons de décrire comment nous arrivons à influencer positivement certains destins d'enfants très mal engagés. Tout ceci peut sembler coûteux en temps, en personnel. Oui, ça l'est, mais nous avons calculé que le prix pour la société, c'est-à-dire pour l'État et chaque citoyen, d'un enfant qui, à l'âge adulte, n'a pas d'autonomie et dépend des allocations publiques pour vivre, que le prix d'éventuels soins ultérieurs en psychiatrie adulte, et que le prix de la violence, sont bien supérieurs au coût des prises en charge que nous proposons. Une enquête réalisée en avril 2004 montre que 65 % des patients pris en charge dans l'hôpital de jour d'un service de psychiatrie adulte furent des enfants insuffisamment ou non protégés de maltraitements physiques ou psychiques importantes. Tous ces sujets ont été hospitalisés au moins une fois précédemment à temps plein en psychiatrie adulte, sont suivis depuis plusieurs années, et sont dépendants de l'institution psychiatrique. Des chiffres aussi inquiétants sont à confirmer par une autre étude en cours de réalisation, mais d'ores et déjà, on peut dire qu'une part importante de l'activité hospitalière publique est consacrée à la prise en charge des échecs du dispositif de protection de l'enfance et que nous sommes face à un véritable gouffre financier. C'est une erreur de gestion de ne pas mettre le budget nécessaire pour une protection de l'enfance efficace, mais ceci n'est valable qu'à condition que l'organisation des prises en charge soit cohérente.

4) Reste une question de fond. *Pourquoi continuer à exercer pendant de nombreuses années une activité professionnelle aussi difficile? Il*

est évident qu'on ne peut que se sentir mieux le jour où on arrête ce genre de travail. Voici quelques raisons pour le faire quand même :

- ❖ Pour prouver que le destin de futurs violeurs ou meurtriers n'est pas inéluctable, question fondamentale pour l'humanité.
- ❖ Par identification à l'enfant pour lequel nous prenons une place protectrice importante.
- ❖ Pour la curiosité de connaître la suite de l'histoire de chaque enfant, c'est-à-dire pour la passion intrinsèque à toute recherche.
- ❖ Pour le plaisir de penser ensemble en équipe, d'inventer tous les jours de nouvelles idées, de nouvelles perspectives. Ceci motive aussi nos partenaires; certaines familles d'accueil tiennent dans les situations difficiles en grande partie parce qu'elles ont du plaisir à collaborer avec nous. Et c'est là que l'identité du psychanalyste peut trouver à s'exprimer, alors qu'elle passe au second plan à d'autres moments, quand il faut être dans une stratégie d'action.
- ❖ Parce qu'il s'agit d'un acte de résistance au sens noble du terme : il n'y a pas de raison de laisser les choses continuer à se dérouler comme elles se passent actuellement.

Cet article n'est donc pas un « traité du vain combat », en tout cas quand il est destiné à la province du Québec.

Notes

1. Les mesures concernant la sécurité physique et sexuelle de l'enfant sont habituellement déjà prises avant l'envoi à notre équipe.
2. Pour la description précise des jalons, des modalités de prise en charge, de la gestion dynamique des visites médiatisées, on peut se référer à mon ouvrage *L'échec de la protection de l'enfance*, paru en 2003 chez Dunod.
3. Je me permets d'insister sur ce sujet car parmi les situations que les professionnels québécois m'ont présentées parce qu'ils se sentaient en situation d'impasse, plusieurs concernaient un contexte de placement dans la famille élargie.
4. C'est pour cela que nous venons de créer à la Faculté de Médecine de Saint-Étienne un diplôme d'université intitulé « *Évaluation et prise en charge des situations de défaillances parentales précoces* ».

ABSTRACT

In his expose of clinical intervention in the context of child protection services, the author considers the goals and the setting elaborated with his team in the cases involving child maltreatment and severe parental failure. When reviewing the specifics of evaluation and management, he further states various means to constitute a corpus of experiences and references much needed in this domain of practice. He concludes with some strategies of survival for clinicians and professionals wherever exposed not only to the emotional and theoretical complexities of such situations but also to the system's contradictory ideologies that have to be dealt with in the course of decision-making process aimed at the best interest of the child.

Références

Berger M, Ferrant A. Notes cliniques sur la cruauté pathologique de l'enfant. *Cahiers de Psychologie Clinique* 2004; 22 :125-139.

Gauthier Y. La perspective historique de la théorie de l'attachement, l'état actuel des connaissances et les implications cliniques. In : *Actes du Colloque De l'attachement à l'abandon : renouer la théorie et les pratiques*. Association des Centres jeunesse du Québec, Montréal, 1999.

Geen R. The evolution of kinship care policy and practice. *The future of children* 2002; 14(1) : 131-149.

Rigaud C. *Violence et contention : la fonction phorique du soin*. Diplôme d'études approfondies de Psychopathologie et Psychologie Clinique (DEA), Université Lumière Lyon II, 2001.

Wilson L, Conroy J. Satisfaction of children in out-of-home care. *Child Welfare* 1999; 78(1) : 53-69.

In Memoriam

Au moment d'aller sous presse, nous apprenions le décès à Paris le 28 décembre dernier à l'âge de 88 ans, de Myriam David, figure pionnière en pédopsychiatrie dans le domaine de la petite enfance, elle qui a consacré toute sa vie au sort des jeunes enfants «*privés de relations humanisantes*», pour reprendre le mot de Jean Cartry*, et à la compréhension des conséquences très lourdes pour ces enfants de devoir être séparés et de grandir loin de leur famille d'origine.

Outre la création en 1966 du service de placement familial thérapeutique du 13^e arrondissement à Paris qui a été le centre de son action clinique, Myriam David n'a cessé de décrire dans ses livres cette problématique de la carence de soins maternels et de la démarche souvent nécessaire du placement, dont le but ultime est de «créer un espace pour l'enfant», sans ignorer les écueils associés à cette tâche pour les parents autant que pour les familles d'accueil (qu'elle voyait comme une espèce particulière de «*parents-soignants*») et le rôle de collaboration essentielle jouée par l'équipe d'intervenants.

Ses visites au Québec dans les années '80 ont laissé un profond souvenir dans les milieux de la pédopsychiatrie et des centres jeunesse où ses interventions ont contribué à une meilleure compréhension des pratiques dans ce domaine complexe entre tous.

Son livre phare *Le placement familial, de la pratique à la théorie* vient d'être réédité cette année, et c'est sans doute le testament le plus précieux qu'elle nous laisse, elle qui, après cinquante ans de travaux et d'expérimentations validées sur les carences et la pathologie de l'attachement primaire, ne comprenait pas qu'on en soit encore trop souvent à faire souffrir les enfants par ignorance inadmissible de la clinique ou par idéologie du lien familial.

* * *

Myriam David a été pour moi à la fois une grande amie et un point de références essentielles pour tout le domaine de l'enfance en difficultés affectives. Elle a été pendant plusieurs années mon superviseur puis une conseillère précieuse. Son regard, ses réflexions, sa rigueur clinique, son immense sollicitude ont été autant de liens qui m'ont permis de comprendre combien l'attachement, quel que soit l'âge, restait le pilier de notre sécurité et de nos investissements. Adieu, Myriam, et merci pour tout ce que vous avez été et tout ce que vous avez fait.

Michel Lemay

* Voir la *Conversation avec Myriam David* publiée dans la revue **Lien Social**, édition du 13 janvier 2005, courriel : regie@lien-social.com.



Chroniques

Chroniques

prisme
PRISME Livres lus
PRISME
n°44

**L'échec de la
protection de
l'enfance**

Maurice Berger

Paris : Dunod
2003, 252 pages

Maurice Berger est en colère et il a décidé de le faire savoir. Son nouveau livre s'inscrit dans la lignée des contributions scientifiques auxquelles l'auteur nous a habitués depuis plusieurs années. On y retrouve la même passion pour la pratique clinique, en autant que celle-ci soit solidement arrimée à un modèle théorique partageable tenant lieu de cadre; et également cette étonnante capacité à réaliser, autour de chaque cas, un « *bricolage thérapeutique* » (expression heureuse utilisée par Berger pour décrire son travail lors d'une conférence à Montréal) original, un soin « sur mesure » qui nous ramène à une psychiatrie centrée sur l'individu et sa subjectivité plutôt que sur les grands ensembles définis par la statistique dans lesquels une psychiatrie dite « moderne » et objective tente de faire entrer les patients au prix d'un déni de leur singularité.

Mais ce livre est également très différent des autres : c'est un cri d'alarme, une dénonciation féroce, et le constat décourageant d'un « désastre » (voir la troisième partie du livre). Le psychiatre clinicien et théoricien se fait ici pamphlétaire, et sa prise de parole n'est plus uniquement une communication de son expérience et de sa pensée, mais se veut un geste militant.

Maurice Berger s'appuie sur une expérience de plusieurs années au sein du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue à Saint-Étienne, en France. Le service est spécialisé depuis 1979 dans la prise en charge des situations de défaillance parentale, pour lesquelles il offre de l'expertise et des soins. À l'intérieur de ce service, l'hôpital de jour reçoit, pour des traitements s'échelonnant souvent sur des années, des enfants séparés de leurs parents par une ordonnance

(284)

judiciaire, et qui vivent le plus souvent dans des familles d'accueil rattachées au service. On y trouve également une unité d'hospitalisation à temps plein pour les cas plus lourds. À partir de l'analyse de 110 situations suivies cliniquement sur le long terme et de 70 expertises psycholégales, Berger fait un constat troublant : les enfants soumis à des parents défaillants (négligence ou incohérence éducatives, scènes de violence ou à caractère sexuel, délire parental) sont en danger psychique et présentent une souffrance considérable (solitude, angoisse d'abandon, terreur, hallucinations, sacrifice coûteux de soi pour sauver un parent délirant ou gravement dépressif, etc.).

Or les dispositifs institutionnels pour leur venir en aide sont inefficaces, souvent même nuisibles, et les professionnels qui y œuvrent (cliniciens mais également juges d'enfants) sont trop souvent massivement identifiés aux parents et porteurs d'une idéologie idéalisante de la famille et du lien aux parents naturels.

Berger constate une mode qui est au soutien à la parentalité, sans souci d'en définir les indications, les limites et d'en évaluer les résultats. Selon lui, «l'idéologie du lien familial est une théorie toute personnelle et une position de principe selon laquelle le maintien du lien physique réel entre l'enfant et ses parents a une valeur absolue et intouchable» (p. 171). Or, «lorsqu'un juge déclare que tout parent peut évoluer, nous pouvons affirmer que cette généralité est fautive et qu'il s'agit d'une croyance» (p. 175). Pour Berger, la parentalité doit être conçue comme un processus psychique, une fonction plus ou moins développée qui peut être l'objet de diverses distorsions, et non comme un état en soi lié au fait d'être parent biologique.

Le psychiatre enfourche donc un cheval de bataille : amender la Loi française de 1970 sur l'assistance éducative, et en venir à faire un outil offrant aux intervenants motivés les mêmes possibilités de raisonnement et d'action que celles offertes par notre Loi québécoise de protection de la jeunesse.

Le livre s'adresse d'abord au public français, et cherche à mobiliser cliniciens, juristes et politiques. Il a déjà probablement atteint sa cible puisque, publié en 2003, il fait l'objet d'une réédition pour septembre 2004, une version remaniée s'étant avérée nécessaire pour répondre aux réactions suscitées par la première parution. Le lecteur qui, comme moi, ne connaît pas la situation française, ne sera donc pas à même de juger de la pertinence de ce cri d'alarme, bien qu'il

sera fortement tenté, devant la conviction de la démonstration, de donner raison à l'auteur.

Mais je ne pourrais pas donner d'avis sur la troisième partie du livre, « *Pourquoi l'irréversible désastre* », qui comprend deux chapitres dénonçant plus spécifiquement le dispositif de protection de l'enfance français (chap. VIII) et la loi de 1970 (chap. IX), et se termine ironiquement par « *Quinze conseils pour tuer un psychisme d'enfant* ». Les cliniciens québécois informés pourront toutefois porter intérêt à la place très importante qu'accorde Berger dans cette section à notre loi québécoise et aux exemples de jugements par nos tribunaux qu'on y trouve (p. 187 et annexe 4).

Pour ma part, ce sont davantage les deux premières parties du volume qui ont mobilisé mon intérêt. La première partie de l'ouvrage porte sur la vie psychique de l'enfant confronté à des parents inadéquats. Le chapitre I présente dix vignettes qui visent à nous faire entendre ce que pensent les enfants confrontés à des parents gravement défaillants. « L'histoire d'un enfant en tant que sujet, nous dit Berger, ne débute que quand on commence à l'écouter » (p. 15). Le chapitre II offre la description de la prise en charge par le service de Bellevue d'une petite fille, Carine, dont le suivi s'est écoulé sur neuf ans. De façon détaillée, l'auteur nous montre comment, dans une histoire de négligence somme toute assez banale, il a fallu faire preuve d'une ténacité à toute épreuve pour tenir dans la durée un dispositif de prise en charge adéquat, et composer avec la complexité d'une histoire se déroulant sur cinq scènes : judiciaire, institutionnelle, familiale, de la vie courante et du dispositif individuel d'écoute.

Cette prise en charge s'appuie sur quatre piliers : un traitement en hôpital de jour, une scolarisation adaptée, des visites parentales médiatisées et des entretiens individuels réguliers avec une éducatrice. Des ingrédients indispensables composent la recette : petites équipes stables, engagement prolongé dans le temps et adhésion à un modèle conceptuel de travail. Et, avant tout, une priorité donnée à la clinique par rapport à la recherche ou aux « programmes ». On voit bien ici en quoi l'approche de Berger et de son équipe s'éloigne de celle de beaucoup de pédopsychiatres québécois de plus en plus portés à l'évaluation suivie d'un retour le plus rapide possible aux ressources du « milieu ». Or, l'engagement dans le temps des services pédopsychiatriques est absolument nécessaire pour aider adéquatement ces enfants, et, jusqu'à la fin de

l'ouvrage, Berger insiste sur le besoin d'y mettre le temps qu'il faut : « Les dispositifs de santé ne sont plus prêts à payer le prix du lien sur le long terme, alors que ces enfants ont un droit à la dépendance (*c'est nous qui soulignons*) c'est-à-dire à bénéficier d'un environnement hospitalier protecteur et à nouer des liens avec des soignants formés à cet effet, jusqu'à ce qu'ils puissent exporter hors de l'hôpital leur capacité à nouer des relations tranquilles » (p. 181). Pourtant, le prix de ces soins peut s'avérer socialement et économiquement rentable à long terme s'il permet une relance des apprentissages, de la socialisation et un arrêt de la violence.

Le chapitre III, « *Vivre avec des parents inadéquats* », est sans doute celui qui va retenir l'attention du clinicien, puisqu'il reprend et développe plusieurs idées de l'auteur présentées dans ses ouvrages précédents et qui constituent selon moi son apport le plus original et le plus utile pour la pratique quotidienne. Berger définit ici les processus de pensée qui caractérisent les enfants soumis à une grave inadéquation éducative parentale. Il décrit de façon concise, vignettes cliniques à l'appui, l'idéalisation des parents, la culpabilité primaire, la honte et le sacrifice (l'enjeu clinique étant ici d'amener l'enfant à faire, non un travail de deuil mais plutôt de séparation et de différenciations : parvenir à « séparer ce qui vient de lui de ce qui est une partie de lui totalement identifiée, soumise aux parents, et qui l'oblige à mettre en place des processus de défense coûteux et stéréotypés » (p. 51), la contamination (qui procède d'une incorporation du parent), la séduction narcissique (qui peut utiliser comme procédé l'érotisation et le terrorisme de la souffrance), l'angoisse de l'abandon et de la solitude (quelles traces de lui l'enfant pense-t-il laisser dans le psychisme de ses parents), la terreur et la violence, la maîtrise (refus de la dépendance et mépris de l'autre), l'instabilité psychomotrice (l'hyperkinésie, les troubles importants de l'attention et de la concentration ainsi que l'impulsivité pouvant relever dans le contexte de la défaillance parentale d'une discontinuité permanente dans le processus de penser, traduisant un grave défaut de holding et de continuité dans l'investissement du bébé), les difficultés d'apprentissage (en rapport avec les interactions précoces : ainsi par exemple, la nécessité de la permanence de l'objet pour la construction de la capacité à apprendre, puisque matrice du sentiment d'invariance. Autrement dit, ce qui fait que « a » est toujours « a » et que 1+1 toujours égal à 2), l'envahissement du psychisme, les troubles caractériels.

Comme on peut le constater, Berger ratisse large, et une lecture rapide pourrait donner l'impression d'un réductionnisme causal simpliste : tous les problèmes psychologiques des enfants sont dus à l'influence des mauvais parents. L'auteur veut plutôt nous faire voir comment la défaillance parentale grave peut avoir un effet sur toutes les dimensions de la vie psychique, affective et cognitive des enfants. Pour le clinicien québécois qui, depuis quelques années, baigne dans un modèle quasi exclusivement neuropsychologique des troubles d'apprentissage, le regard qu'y porte Berger est un complément indispensable d'une grande utilité pour la pratique clinique.

La deuxième partie de l'ouvrage, « *Dispositifs de prise en charge et d'écoute* », porte plus spécifiquement sur le soin, dont les axes sont la séparation de l'enfant d'avec ses parents (chap. IV), le dispositif d'écoute individuelle de l'enfant (chap. V), les visites médiatisées (chap. VI) et l'évaluation (chap. VII). Les chapitres sur la séparation et les visites médiatisées sont intéressants, mais n'apportent peut-être pas beaucoup de neuf aux cliniciens québécois. Berger plaide pour une séparation rapide de l'enfant avec des parents gravement inadéquats et la mise en place d'un environnement pouvant lui permettre de se développer le plus normalement possible et d'en venir à renoncer aux processus de défense mutilants auxquels il a été obligé de recourir. Mais encore une fois, un référent stable, qui s'engage dans la durée, est absolument nécessaire avant, pendant et après la séparation, afin d'en observer les effets et surtout de ne pas laisser l'enfant dans la culpabilité et la confusion.

La séparation peut être accompagnée de contacts réguliers entre parents et enfant mais, comprenons bien, non pour répondre au désir et aux droits des parents mais uniquement pour favoriser le développement psychique de l'enfant. Ce que Berger nomme « *les visites médiatisées* » (chap. VI) sert à aider l'enfant à progresser dans le processus de séparation, puisque de façon générale, il évolue mieux s'il voit un peu ses parents que s'il ne les voit pas du tout. Nous avons au Québec une bonne expérience de ce genre de dispositif (je pense par exemple au « *Mitoyen* » des Centres jeunesse de Montréal).

En raison de ma propre expérience de consultant auprès d'équipes de centres de réadaptation, j'ai été plus particulièrement interpellé par le chapitre V portant sur le « *dispositif d'écoute individuelle de*

l'enfant ». Il s'agit de rencontres individuelles fréquentes avec l'enfant (quotidiennes de préférence, sinon 1 à 2 fois par semaine en suivi externe) effectuées par une personne de référence (éducateur ou infirmier psychiatrique) qui, contrairement au psychothérapeute, joue un rôle actif dans la vie de l'enfant. Ces rencontres ont pour but de lui permettre de s'engager dans une «nouvelle» relation, fiable, résistante et attentive avec une personne adulte; de lui permettre de penser sur ce qu'il ressent; de l'aider à modifier la représentation qu'il a de ses parents et de l'amener à différencier son fonctionnement psychique de celui de ses parents afin qu'il puisse devenir sujet de son histoire.

Berger insiste pour différencier ces rencontres de séances psychothérapeutiques pour lesquelles, selon lui, la plupart de ces enfants ne disposent pas de capacités suffisantes de symbolisation, se limitent dans ce cadre à un matériel répétitif et risquent de faire une démarche clivée et en faux self. D'autre part, il insiste sur la confidentialité qui doit caractériser ces rencontres : « L'enfant utilise le moment où on l'écoute pour construire sa pensée, l'ébaucher, il avance une idée, puis une autre contradictoire avec la première, ou revient en arrière, multiplie les théories pour comprendre sa situation, etc. Si ce «jeu» indispensable est exposé à des personnes extérieures, il risque d'être pris au sens littéral alors qu'il traduit les tâtonnements de l'enfant, son besoin de passer par des idées relais, et si l'enfant constate que ses idées transitoires sont utilisées pour argent comptant, il cessera de penser » (p. 103). Le référent devra donc toujours écouter à un niveau métaphorique; les propos de l'enfant seront compris comme une tentative de se représenter ce qui se passe en lui. Enfin, il sera indispensable pour le référent écoutant de bénéficier à son tour d'un lieu d'écoute : « Éducateurs, infirmiers, travailleurs sociaux peuvent effectuer ce travail à condition d'en référer à un tiers plus expérimenté. D'une manière générale, les intervenants qui n'ont pas été formés à écouter un enfant ne se rendent pas compte à quel point ils ne l'écoutent pas » (p. 101).

Les propos de l'auteur m'amènent ici à quelques commentaires :

- ♦ Nous avons au Québec une longue expérience de ce type de dispositif d'écoute en milieu institutionnel, qui a été théorisé par différents cliniciens (je pense notamment à l'ouvrage de Richelieu et collaborateurs¹). De mon point de vue, ces rencontres se distinguent d'une psychothérapie non en raison du niveau de

symbolisation de l'enfant (il me semble que les travaux des dernières années de psychanalystes comme Roussillon nous ont aidés à comprendre les modalités archaïques de symbolisation – dont le passage «par l'acte» - et la dynamique des répétitions de matériel en séance, pour pouvoir arriver à mettre celles-ci au travail à l'intérieur de séances de psychothérapie, à condition que le psychothérapeute soit suffisamment patient²⁾ mais plutôt par le fait que l'adulte qui écoute joue un rôle quotidien dans la vie réelle de l'enfant, contrairement au psychothérapeute;

- ♦ Il s'agit sans doute là, sous certains aspects (réduire les chances d'un processus clivé, par exemple) d'un net avantage. Mais il peut aussi s'agir d'un inconvénient majeur pour l'écoute. L'intervenant qui partage le vécu quotidien et concret de l'enfant sera dans une position beaucoup plus difficile pour entendre le matériel des rencontres individuelles à un niveau métaphorique. L'intensité des phénomènes transféro-contre-transférentiels vécus au contact quotidien avec de tels enfants, si gravement traumatisés, rend particulièrement périlleuse une écoute qui soit suffisamment dégagée pour ne pas être «littérale», ou qui ne devienne pas une rétorsion interprétative, le référent ne pouvant s'empêcher, pour donner sens à ses propres émois face à l'enfant, de sursaturer de sens les propos de celui-ci. Ainsi, mon expérience m'a amené à penser que de telles rencontres, si elles peuvent être d'une grande utilité dans le soin apporté à l'enfant, peuvent aussi, par effet pervers, être dangereuses, et recréer, en dépit des bonnes intentions thérapeutiques, une relation psychiquement aliénante, dans laquelle on perpétue l'effraction du monde interne avec une violence qui, si raffinée soit-elle dans son expression, n'en est pas moins nocive. Cette violence «thérapeutique» peut devenir d'autant plus dommageable pour l'enfant qu'il se trouve en situation de dépendance réelle et quotidienne envers cet intervenant écoutant. D'où la nécessité absolue, j'en conviens avec l'auteur, d'un lieu de parole et d'écoute pour l'éducateur qui rencontre individuellement l'enfant.
- ♦ Or, il me semble y avoir un certain danger dans la façon dont Berger présente dans ce chapitre les conditions de cette supervision ou écoute des référents. Il en fait ainsi essentiellement une affaire d'expérience et d'expertise (« en référer à un tiers plus expérimenté », « d'authentiques cliniciens qui possèdent eux-

mêmes une solide expérience de thérapeute », p. 101) plutôt que de position. Ce qui laisserait entendre qu'une fois que les éducateurs ou infirmiers faisant l'écoute individuelle des enfants deviendraient à leur tour suffisamment expérimentés, « d'authentiques cliniciens », ils n'auraient plus besoin de leur lieu d'écoute! C'est en suivant cette logique, somme toute très médicale, que des dirigeants des Centres Jeunesse de Montréal, il y a quelques années, ont aboli la plupart des lieux de supervision clinique et congédié les consultants auprès des équipes d'éducateurs. « Vous êtes maintenant suffisamment compétents, pourquoi ces longues et coûteuses rencontres avec vos consultants? » Ici ce n'est pas l'expérience ou l'expertise (essentiels, bien sûr) qui font fonction de tiers et offrent l'espace d'écoute nécessaire, mais bien la position occupée par le consultant, suffisamment dégagé de la vie réelle des enfants et des intervenants pour pouvoir « entendre » ce qui ne l'est pas par ces derniers. Car peu importe l'expérience de ces référents écoutants, leur exposition quotidienne et continue au monde interne désorganisé des enfants dont ils ont la responsabilité nécessitera toujours un lieu d'écoute, de parole et de symbolisation pour eux-mêmes. Je pense que nous avons réfléchi à ces questions au Québec, et avons pu dans le passé mettre en place des dispositifs d'écoute originaux pour les intervenants en milieu institutionnel³. Malheureusement, faute d'avoir pu convaincre les gestionnaires de la nécessité de les maintenir, il semble qu'il en reste bien peu de choses aujourd'hui. Et nous en payons le prix.

Le chapitre VII, qui porte sur l'évaluation, est d'un grand intérêt pour tout clinicien. Berger y propose des « jalons » pour évaluer la nécessité d'une séparation et d'autres pour évaluer l'évolution d'un enfant, qu'il soit séparé ou non de ses parents. Ces jalons sont utilisés par l'équipe de l'hôpital Bellevue depuis 1979.

Une première série de jalons visent à repérer la structuration psychique des parents, susceptible d'affecter la parentalité. Il s'agit de : 1. La présence de troubles mentaux importants et chroniques; 2. La présence de comportements psychotiques sous toutes ses formes; 3. L'absence de contrôle des impulsions; 4. L'impossibilité d'accepter la moindre part de responsabilité dans la situation actuelle; 5. L'échec des prises en charge répétées; 6. L'absence de changement important dans l'attitude éducative et affective des

parents après un délai raisonnable d'intervention (pas plus de six mois pour un petit enfant).

Une série de six autres jalons porte sur la manière dont la pathologie parentale se manifeste dans l'interaction parent-enfant.

Ainsi, pour les 0 à 3 ans :

1. L'incapacité à maintenir suffisamment longtemps une identification aux besoins physiques de son enfant
2. La présence d'une inaffectivité et d'une incapacité à avoir des échanges émotionnels avec son enfant
3. Les problèmes particuliers posés par une « psychose blanche » des parents.

Pour les enfants plus âgés :

4. Le fait pour l'enfant d'être pris dans les thèmes délirants des parents
5. L'établissement par le parent d'une relation sans limite avec l'enfant
6. La soumission de l'enfant à une violence verbale importante ou au spectacle de la violence des adultes.

Enfin, huit jalons concernent la manière dont l'enfant réagit face à la pathologie parentale. Il s'agit ainsi de : 1. L'évaluation du quotient de développement ou intellectuel; 2. L'apparition de troubles autistiques ou psychotiques; 3. La présence d'une instabilité psychomotrice; 4. La violence; 5. Les autres troubles de la personnalité; 6. Un processus de contamination; 7. La possibilité d'une idéalisation des parents; 8. Les comportements des nourrissons de parents carencés ou psychotiques.

Berger fait par ailleurs une mise en garde pertinente: tous ces signes cliniques peuvent se rencontrer dans d'autres contextes. Il existe donc deux risques pour les cliniciens: penser qu'un symptôme en soi justifie une séparation, et à l'inverse, banaliser ces troubles parce qu'ils existent dans d'autres contextes. Par ailleurs, selon l'auteur, « la pratique d'un dispositif de protection de l'enfance devrait être sous-tendue par une question permanente et essentielle: de quelles capacités (intellectuelles, affectives, relationnelles) un enfant doit-il être pourvu pour mener une existence à peu près normale, ni plus heureuse ni plus malheureuse que la moyenne? » (p. 159). Une série de critères sont donc définis à quatre niveaux: cognitif, social, affectif et familial.

En lisant ce chapitre, on constate toute l'importance accordée

par l'équipe de Bellevue au testing cognitif. Selon Berger, les tests « montrent comment ont évolué les capacités intellectuelles de l'enfant sous l'influence de son environnement si l'on admet qu'il est né avec des potentialités intellectuelles normales. Ils sont ainsi un indicateur précis d'une nocivité de l'environnement nécessitant une séparation » (p. 154). Sans vouloir entrer dans un débat sur ce que mesurent ou ne mesurent pas les tests de quotient intellectuel ou de développement, et en ne questionnant pas le présumé de base attribuant des potentialités intellectuelles normales chez chaque enfant (car pourquoi diable la nature serait-elle aussi équitable?) on ne peut qu'être étonné quand même des résultats obtenus par Berger et son équipe lors des suivis d'enfants dans son service: pour la quasi-totalité des patients, une augmentation du QI supérieure à 10 points, et parfois de 15, en une année! Ces résultats ne correspondent pas à ma pratique clinique, dont une bonne part a longtemps été consacrée à l'évaluation psychométrique. Sont-ils uniquement le fait, comme le soutient l'auteur, du « développement de leurs capacités de pensée, de représentation, grâce à l'écoute qui leur est proposée » (p. 154) ou sont-ils plutôt le reflet de la procédure de testing et de retesting? L'intervalle de temps entre les deux passations de l'épreuve cognitive (je constate ici que les normes de pratique des psychologues québécois ne sont pas les mêmes que celles des collègues français) est-il suffisant pour déjouer tout effet d'apprentissage? J'aimerais bien pouvoir discuter avec les psychologues de l'équipe de Bellevue de leurs modalités d'évaluation. Enfin, comme je l'ai mentionné au début de ce texte, la troisième partie de l'ouvrage concerne plus spécifiquement la réalité française en matière de protection de l'enfance.

Pour conclure

Maurice Berger est en colère, donc, et l'ouvrage qu'il propose fait l'effet d'un coup de poing. Son désir de se faire entendre l'amène-t-il parfois à quelques simplifications ou exagérations? Peut-être. Mais son message est clair: réveillons-nous car nous courons au désastre. Nous sommes en train de «perdre» toute une générations d'enfants.

J'ignore l'effet qu'a eu ce livre en France auprès de ceux à qui Berger s'adresse directement. Quant à moi, clinicien québécois, j'en suis ressorti plutôt secoué.

Secoué, premièrement, de réaliser à quel point la réalité vécue par

les enfants dont nous parle l'auteur et qu'il veut protéger n'est nullement différente de celle vécue par des jeunes de chez nous; Secoué, deuxièmement, de constater que les dispositifs de soin proposés par Berger, ou du moins des dispositifs analogues, ont déjà été utilisés chez nous, avec succès, et qu'ils ont été largement abandonnés ou du moins édulcorés, pour des raisons tenant sans doute autant de l'idéologie que de l'économie. À peine arrivons-nous à nous souvenir que nous avons été, à une époque pas si lointaine, des précurseurs dans le domaine de l'enfance en difficulté et de sa réadaptation. Mais la mémoire, chez nous, on le sait bien...

Secoué, troisièmement, de devoir admettre qu'en dépit de toutes les qualités de notre loi sur la protection de la jeunesse, nous n'avons pas (ou ne mettons pas) les moyens d'en assurer l'application, et laissons de plus en plus d'enfants à leur détresse;

Secoué, finalement, de constater l'échec de nos cliniciens à convaincre les décideurs qu'il leur faut certains ingrédients indispensables pour travailler. Ces ingrédients, nous le rappelle Berger, sont simples :

- ⇒ Un engagement prolongé dans le *temps*
- ⇒ De petites équipes d'intervenants compétents et *stables*, partageant un modèle conceptuel (peu importe qu'il ne soit pas le même, d'une équipe ou d'un centre à l'autre, à mon avis)
- ⇒ Équipes à qui l'on offre un *lieu* d'écoute et du *temps pour penser*.

À propos, je viens d'apprendre que les Centres Jeunesse de Montréal se préparent, encore une fois, à une ré-affectation d'une partie de leur personnel. Bon. Me voilà en colère. Merci, Maurice Berger.

Réal Laperrière

Psychologue

Service de psychiatrie de l'enfance

et de l'adolescence – CHUM

Notes

1. Richelieu G, Boulay D, Brien M, Lacourse G, Roy A. *Pour une conception clinique des rencontres d'accompagnement*. Éditions du Centre d'Orientation de Montréal, 1994.
2. Laperrière R. Le malaise de l'imposteur. *Filigrane* 1999; Vol. 8, no. 2, 88-99.
3. Voir Michon E. De Winnicott à la rééducation. *Revue canadienne de psychoéducation* 1989; 18, 1, 41-52, et Michon E. Le rôle du consultant d'orientation psychanalytique en centre d'accueil de rééducation et l'espace transitionnel. *Réflexion sur une expérience*. *Revue Québécoise de psychologie* 1989; 10, 1, 45-54.

Ce livre est le fruit de plus de douze années de travail du Comité de réflexion éthique de l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) en France. Plusieurs personnes de diverses disciplines ont siégé sur ce comité.

La trame du livre considère les différents itinéraires et milieux de vie de la personne handicapée et c'est donc par ce biais que sont abordés les thèmes reliés à l'éthique et aux droits de ces personnes. Le premier chapitre propose le canevas et présente les définitions et concepts essentiels à la compréhension de l'ouvrage. Les auteurs expliquent, entre autres, le choix de l'expression « *personne handicapée mentale* ». (Pour les fins de ce texte, nous utiliserons la terminologie utilisée le plus couramment au Québec, soit « *personne présentant une déficience intellectuelle* ».) Dans ce même chapitre, on souligne que l'intégration est un choix éthique mais on se demande où est rendu le processus d'intégration, plus de vingt-cinq ans après sa promulgation.

L'intégration des personnes handicapées mentales en France demeure trop limitée, selon les auteurs, qui reprennent l'expression de Julia Kristeva : « l'intégration réelle et effective des personnes handicapées suppose donc, en plus d'un indéniable effort des pouvoirs publics, une véritable révolution culturelle ». « Le handicap mental nous concerne tous », disent les auteurs, et ils nous en présentent les valeurs fondatrices, les principes et les pratiques éthiques.

La question de l'éthique se pose avant même la naissance de l'enfant et parfois même avant la fécondation. En effet, le développement des techniques médicales oblige à se pencher sur cette question importante de la prévention et des services de réanimation. Dans ce chapitre, les auteurs démontrent bien les implications et aussi les enjeux cruciaux reliés à la « bonne décision » à prendre et ils soulèvent ces questions éthiques en s'interrogeant sur les responsabilités de la famille et sur celle des médecins dans de tels cas. Ainsi, la question est lancée, à savoir si la famille doit être associée à toutes les questions relevant de techniques médicales, entre autres les décisions liées à la poursuite ou à l'arrêt de la réanimation. La décision de réanimer un bébé à grand risque de devenir handicapé soulève la question des services que la société est prête à fournir pour soutenir cet enfant et sa famille dans l'avenir.

Les personnes handicapées mentales Éthique et droit

**Michel Manciaux et
Gwen Terrenoire**

Paris :
Fleurus/UNAPEI
2004, 459 pages

(295)

Le troisième chapitre traite de l'accueil à la naissance de la personne présentant une déficience intellectuelle. On y décrit bien les changements et les impacts du passage de l'enfance à l'adolescence en abordant la dimension importante mais souvent oubliée de la sexualité des adolescents. Les lois et la structure des milieux scolaires en France sont présentées et il semble bien que la question de l'intégration scolaire soulève aussi en France et en Europe des débats importants. On comprend que l'intégration en milieu scolaire régulier demeure l'exception en France.

L'accompagnement de la personne adulte présentant une déficience intellectuelle est considéré en lien avec les mesures juridiques, les structures et les institutions. On aborde la question de la protection juridique de ces personnes en France et devant les critiques adressées au système actuel, on ne peut que constater l'inégalité dans l'accompagnement des personnes handicapées.

La question du consentement est traitée dans le cadre juridique en lien avec les actes à but thérapeutique. Il appert que juridiquement, plusieurs personnes peuvent être amenées à donner leur consentement, dont la personne elle-même. Les auteurs s'interrogent aussi, à savoir si le refus de traitement du majeur va primer sur l'avis d'autres personnes. Si la personne handicapée mentale refuse des soins qui mettent sa vie en danger, on se doit de vérifier si son refus est lucide ou irraisonné. Ceci nous amène à penser qu'on tend à se questionner surtout sur la capacité de la personne à donner son consentement lorsque celle-ci exprime une décision qui va à l'encontre de celle des autres. La question du consentement est aussi discutée en lien avec les moyens contraceptifs, la stérilisation, la grossesse et l'arrêt de la grossesse dans ces cas.

Le chapitre qui traite du vieillissement ou plutôt de l'avancée en âge, comme le soulignent les auteurs, apporte des données statistiques très intéressantes. On précise l'importance de considérer les caractéristiques du vieillissement spécifiques des personnes avec une déficience intellectuelle par rapport à la population générale afin de leur assurer la meilleure qualité de vie le plus longtemps possible. Les auteurs expliquent avec justesse que les besoins changent au cours de la vie d'une personne, et ce, avant même d'atteindre l'âge de la retraite. Les besoins de la famille vieillissante sont pris en considération et on traite aussi de la mort de la personne handicapée et de son accompagnement.

Un chapitre est consacré aux violences faites aux personnes présentant une déficience intellectuelle en tenant compte de leurs milieux de vie (famille, institutions et société). On y parle des violences faites à la personne mais aussi à sa famille (ex. : regards, paroles, critiques, rejet de l'entourage). On aborde aussi avec justesse les violences administratives et décisionnelles qui peuvent avoir un grand impact sur la vie des personnes et des familles, puisque prendre une mauvaise décision, c'est faire violence à l'autre. L'ouvrage se termine en soulevant la question de la recherche et de cet aspect incontournable de la participation de la personne déficiente intellectuelle, en particulier de son consentement éclairé.

Tout au long de cet ouvrage, on sent beaucoup de respect et de considération pour les personnes qui présentent une déficience intellectuelle et l'emphase est mise sur l'importance d'informer, de sensibiliser la société afin de changer l'accueil fait à ces personnes. À ce sujet, les auteurs mentionnent : «...les handicapés sont mal venus dans notre société où conformité, réussite et productivité sont des valeurs prisées. Changer ces perceptions, ces représentations, ces attitudes et ces comportements est un devoir éthique et une démarche à bénéfice mutuel : l'intégration tant prônée n'a de sens que si elle modifie en l'améliorant la société tout entière » (p. 181). Ce livre suscite sans conteste la réflexion en allant bien au-delà des questions habituellement traitées concernant les personnes handicapées mentales et cette démarche est à poursuivre.

Diane Morin
Professeure
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

prisme
prisme
PRISME Il était une fois...
PRISME

La révolte des coloriés lance un défi à l'ordre généalogique

La Révolte des coloriés
Sans adultes Tome I
Alexandre Jardin

Paris : Gallimard Jeunesse
2004, 254 p.
Illustrations : Ingrid Monchy

Le Secret des coloriés
Sans adultes Tome II
Alexandre Jardin

Gallimard Jeunesse, 256 p.
Sortie 5 novembre 2004

Les coloriés

Gallimard 2004, 333 pages

La révolte des coloriés d'Alexandre Jardin, dont le second volume, *Le secret des coloriés*, paraît chez Gallimard Jeunesse cet automne, laisse perplexe. Sujet crucial des temps, à la *croisée* des générations, l'histoire illustre les méfaits de la fonction parentale au nom de la toute puissance de la créativité enfantine. Si l'on est d'abord tenté de céder à l'indéniable légèreté du ton, il est difficile d'oblitérer la teneur du propos surtout quand celui-ci se réclame de l'enfance elle-même et s'inscrit dans la tradition romantique de l'enfance sacralisée. Cette position de principe se traduit par une double publication: l'ouvrage destiné aux enfants doit être lu «sans adultes» tandis qu'une seconde version, *Les Coloriés*, version plus «réfléchie», s'adresse, elle, aux grandes personnes. Alexandre Jardin s'y pose dans un «avis aux adultes» «en activiste de la cause des enfants» s'insurgeant contre l'ordre *adultien* (p. 8).

Bien sûr, la dilution de la notion de *parents* dans le vocable péjoratif d'*adultes* invite d'emblée à la controverse. Car enfin, s'il n'y a plus de parents, comment penser l'enfant et l'adulte dans le courant de la filiation? À quels droits l'enfant peut-il prétendre et quel est son statut? Et comment l'enfant peut-il survivre à la disparition symbolique de ses géniteurs? Le caractère contestataire de ce roman utopique rend ces questions aussi pressantes que graves, même si celles-ci surgissent en creux, au fil d'une promenade joyeuse et bouffonne.

«L'enfance n'est pas une saison mais bien une culture à part entière» (p. 28), proclame, en guise d'introduction, l'ethnologue Hippolyte Le Play, le narrateur des *Coloriés*. Le nom annonce, si l'on peut dire,

la couleur, et soutient par antonomase l'idée qu'avec l'enfance, règne le jeu et le « désir roi ». Le docte constat de l'universitaire laisse bientôt place à un éloge sans partage de l'émotion brute, de la désinhibition tous azimuts, de l'immédiateté de l'envie. Ce que le jeu comporte d'insoumission à la réalité doit être la règle absolue. Le principe de plaisir est érigé en principe de réalité.

L'aventure, elle-même, pourrait être lue comme une robinsonnade, digne de Daniel Defoe ou de Michel Tournier, si elle ne rappelait la férocité sauvage de *Lord of the flies* de William Golding. Des enfants abandonnés par leurs parents sur l'île de la Délivrance, à soixante milles nautiques de Pitcairn dans le Pacifique, se révoltent contre leur maître d'école tyrannique et sadique. Ari Chance (un épigone de Harry Potter), le héros et le promoteur de *La Révolte*, tue le despote après un simulacre de procès. Ce meurtre fondateur institue bientôt la civilisation *Coloriée*, c'est-à-dire la résistance explicite aux mœurs *adultiennes*. Le travail, l'ennui, le mariage sans amour, les vêtements, les « sérieuseries » sont bannis, sans compter les mille et une contraintes que les adultes imposent aux enfants à travers l'école, « apartheid infantilisant, (...) phylloxera éducatif qui ruinait l'esprit de responsabilité inné des enfants » (p. 153). Le jeu y est, comme chez Winnicott, une forme d'insoumission à la réalité extérieure mais on peut aussi reconnaître dans le non-sens organisé, revendiqué par les enfants, une attitude purement défensive (1975, p. 79).

Les coloriés suivent leurs envies, aussi saugrenues soient-elles, dans un carnaval désordonné de couleurs, de semblants et de despotisme fort éloigné somme toute du principe de l'Abbaye de Thélème¹, placé en exergue du livre. « Avoir envie est un verbe qui se conjugue mal à l'impératif » (p. 143) pourrait plutôt s'inscrire au fronton de cette île de la Félicité. Il en résulte que, devenus à leur tour des parents, les Coloriés restent des « adulenfants » : « les Coloriés se considéraient comme des gamins qui avaient d'autres enfants - des égaux - et non comme des parents assurés de leur supériorité. Chacun considéra qu'il n'y avait que des frères et sœurs ou des amoureux. C'est ainsi que les partisans d'Ari se débarrassèrent du fardeau de la filiation et de ses complications agaçantes. » (p. 227)

Il convient ici de méditer la formule car on voit bien ce que la

¹ « *Fais ce que voudras* ». Le principe en est que des gens libres, bien nés et bien instruits, ont, par nature, un instinct qui les pousse toujours à la vertu et à un sens aigu de l'honneur.

revendication complaisante d'Alexandre Jardin véhicule de confusion. L'auteur, lui-même né dans les années 1960, se pose en disciple du docteur Spock. Son idéalisme sympathique réclame la levée sans conditions de toutes les censures, la fin de l'ère autoritaire vis-à-vis d'enfants devant être traités en « grandes personnes ». S'il en découle que les adultes ne sont ni plus ni moins que des fâcheux, ce principe exalte aussi la liberté absolue, avec pour corollaire une sexualité libérée de tous préjugés sociaux.

Dafna, l'héroïne de cette aventure, en est le prototype. Cette femme-enfant qui rappelle à maints égards la *Zazie* de Raymond Queneau, a été dotée des qualités de la jeune Irma Karczewska décrite par le psychanalyste Fritz Wittels en 1907. Celui-ci dressait, alors, pour la Société de psychanalyse viennoise le portrait d'une jeune femme de 17 ans, très belle et futile, capricieuse, sans tact, totalement infidèle, une « femme primitive » au pouvoir sexuel illimité (Wittels, 1999). Ce type féminin qui sera bientôt l'objet d'un culte érotique, permet d'inscrire la genèse de la figure de la femme-enfant sous le double signe de la confusion des générations et de l'inceste. Aussi n'est-il pas surprenant de voir Dafna épouser les traits de cette sœur ancestrale et revendiquer, en même temps, le marivaudage, l'authenticité et la fin de la dictature parentale.

Ce détour par l'inceste, loin de nous éloigner de notre sujet, nous y ramène. Il s'agit, en effet, de poser les formes de l'institution généalogique. La réflexion de Pierre Legendre en éclaire lumineusement les enjeux : « Le fils naît aujourd'hui au beau milieu d'idéologies massives de la réciprocité, il naît donc sous un statut généalogique compromis par avance, dès lors que la dissymétrie des places est déniée. Les idéologies auxquelles je fais allusion traitent l'enfant en frère de son père, en père de son père, et même, qui sait, en animal domestique (...) » (1985, p. 306) Pour que l'enfant advienne, il faut un père et une mère. C'est pourquoi la défaillance de la fonction parentale sur l'île de la Délivrance empêche finalement les Coloriés de devenir des adultes et des parents.

Loin d'engendrer un clivage adulte/enfant, la dissymétrie des places en fondant l'ordre généalogique des classifications, garantit au contraire à l'enfant une place. On aura compris que s'élever contre l'ordre *adultien*, en feignant d'ignorer qu'il y a des pères et des mères, est le plus sûr moyen de faire payer aux jeunes générations les identifications non dénouées des adultes. L'inadaptation sociale

de Dafna et plus généralement des Coloriés adultes, leur immaturité n'est pas très loin de la psychose tant l'imaginaire infiltre le réel et le symbolique. Reste à se demander pourquoi, au pays des Coloriés, la parentalité ne peut être pensée dans son passé et son devenir, la capacité de faire advenir l'enfant en lui transmettant, aussi, la part d'enfant qui fut en nous et qui survit, ainsi, en eux.

Marie-Hélène Routisseau

Références

Legendre P. *Leçon IV L' inestimable objet de la transmission.* Paris : Fayard, 1985.

Winnicott DW. *Jeu et réalité. L' espace potentiel.* Paris : Gallimard, 1975.

Wittels F. *Freud et la femme-enfant. Les mémoires de Fritz Wittels.* Paris : PUF, 1999.

L'auteure est docteur en littérature comparée de l'Université Paris 4 et chercheuse en littérature jeunesse.

Adresse : 5, rue Maurice Denis 78100 Saint-Germain-en-Laye FRANCE

Courriel : Laurent.Routisseau@total.com

Champ d'intérêt et objectifs

PRISME est une publication réalisée par le département de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Justine avec la collaboration de professionnels de divers milieux de soins. Elle est produite et diffusée par le Service des publications de la Direction de l'enseignement de l'hôpital Sainte-Justine.

La revue est publiée deux fois l'an. Son contenu ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de la Rédaction. Les idées et opinions émises dans les textes publiés n'engagent que leurs auteurs. La revue ne peut être tenue responsable de leurs déclarations.

Le masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, et dans le seul but d'alléger le texte.

PRISME vise la promotion de la théorie, de la recherche et de la pratique clinique en psychiatrie et en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, incluant toutes les disciplines afférentes, par la publication en langue française de textes originaux portant sur le développement et ses troubles, sur la psychopathologie et sur les approches biopsychosociales déployées dans ce champ. L'apport grandissant de nombreuses disciplines aux progrès réalisés en pédopsychiatrie et en psychologie du développement incite la revue à encourager les contributions des membres de ces diverses spécialités.

Chaque dossier porte sur un thème spécifique et regroupe des textes qui cherchent à approfondir divers aspects de la question abordée. Les dossiers sont élaborés par l'équipe de rédaction ou par un groupe de professionnels particulièrement intéressés à un sujet donné qui pourra agir à titre d'éditeur invité avec le support technique du Comité Éditorial.

Les textes retenus doivent présenter une qualité autorisant leur publication auprès d'un public constitué principalement d'intervenants et de cliniciens de divers horizons, de chercheurs, d'enseignants et d'étudiants des écoles professionnelles et des facultés universitaires. Les textes pourront prendre l'une ou l'autre des formes suivantes : revue de littérature, présentation de cas, rapport de recherche, essai théorique, synthèse, recension ou rapport de lecture, leurs auteurs visant à apporter une contribution originale aux connaissances empiriques, à la compréhension du sujet abordé ou au développement de la recherche clinique.

Recommandations aux auteurs

En soumettant un texte à la revue, chaque auteur doit tenir compte des règles de présentation suivantes.

Le texte soumis doit être dactylographié à double interligne et sa longueur ne doit pas excéder 15 pages. Les tableaux, figures et illustrations seront numérotés et produits sur des pages séparées et leur emplacement dans le texte indiqué dans chaque cas. Les citations doivent être accompagnées du nom de l'auteur et de l'année de publication du texte cité, sans numérotation. De même, les références à des livres ou articles sont placées dans le texte en mentionnant le nom de l'auteur entre parenthèses.

La liste des références en fin de texte ne doit contenir que les noms des auteurs cités dans le texte. Pour sa présentation, on se reportera aux exigences pour les manuscrits présentés aux revues biomédicales (Can Med Assoc J., 1992) ou aux numéros précédents de la revue.

L'auteur doit faire parvenir trois exemplaires sur papier + disquette 3.5 des logiciels Word ou Word MacIntosh de son texte accompagné d'un résumé en français et en anglais et d'une note de présentation. Le texte sera soumis anonymement à trois membres du comité de lecture pour arbitrage et leurs remarques seront ensuite communiquées à l'auteur.

Aux auteurs dont la langue maternelle est autre que le français, la rédaction offre un service de révision linguistique pour faciliter l'édition de leurs textes.

Adresse de la Rédaction:

Revue PRISME
Département de psychiatrie
Hôpital Sainte-Justine
3100, rue Ellendale
Montréal (Québec) H3S 1W3

Pour toute autre information,
s'adresser à Mme Denise Marchand
Tél.: (514) 345-4931 poste 5701
Télécopieur: (514) 345-4635
Courriel : denise_marchand@ssss.gouv.qc.ca

Formulaire d'abonnement

Abonnement régulier (1 an - 2 numéros) : 40.26 \$ (35,00\$+TPS+TVQ)

Abonnement régulier (2 ans - 4 numéros) : 57.51 \$ (50,00\$+TPS+TVQ)

Abonnement étranger (1 an) : 25 euros (par carte de crédit)

Nouvel abonnement

Renouvellement

Nom: _____ Profession: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: () _____

COMMANDE À L'UNITÉ

Anciens numéros: **vol 1 à vol 8 : 15,00 \$ (14.02\$ + TPS) / 14 euros**

nos 28 à 42 : 20,00 \$ (18.69\$ + TPS) / 14 euros

Achat au numéro: 25,00 \$ (23,36\$+TPS) 16 euros

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vol 1 no 1 | <input type="checkbox"/> vol 3 no 2 | <input type="checkbox"/> vol 6 no 1 | <input type="checkbox"/> #28 | <input type="checkbox"/> #37 |
| <input type="checkbox"/> vol 1 no 2 | <input type="checkbox"/> vol 3 no 3 | <input type="checkbox"/> vol 6 no 2-3 | <input type="checkbox"/> #29 | <input type="checkbox"/> #38 |
| <input type="checkbox"/> vol 1 no 3 | <input type="checkbox"/> vol 3 no 4 | <input type="checkbox"/> vol 6 no 4 | <input type="checkbox"/> #30 | <input type="checkbox"/> #39 |
| <input type="checkbox"/> vol 1 no 4 | <input type="checkbox"/> vol 4 no 1 | <input type="checkbox"/> vol 7 no 1 | <input type="checkbox"/> #31 | <input type="checkbox"/> #40 |
| <input type="checkbox"/> vol 2 no 1 | <input type="checkbox"/> vol 4 no 2-3 | <input type="checkbox"/> vol 7 no 2 | <input type="checkbox"/> #32 | <input type="checkbox"/> #41 |
| <input type="checkbox"/> vol 2 no 2 | <input type="checkbox"/> vol 4 no 4 | <input type="checkbox"/> vol 7 no 3-4 | <input type="checkbox"/> #33 | <input type="checkbox"/> #42 |
| <input type="checkbox"/> vol 2 no 3 | <input type="checkbox"/> vol 5 no 1 | <input type="checkbox"/> vol 8 no 1 | <input type="checkbox"/> #34 | <input type="checkbox"/> #43 |
| <input type="checkbox"/> vol 2 no 4 | <input type="checkbox"/> vol 5 no 2-3 | <input type="checkbox"/> vol 8 no 2 | <input type="checkbox"/> #35 | <input type="checkbox"/> #44 |
| <input type="checkbox"/> vol 3 no 1 | <input type="checkbox"/> vol 5 no 4 | <input type="checkbox"/> vol 8 no 3 | <input type="checkbox"/> #36 | |

ISSN: 1180-5501

Total : _____

Les prix sont en dollars canadiens et incluent les frais de port et les taxes

Porter au compte de la carte de crédit Visa Master Card

Numéro de la carte _____ Date d'exp. _____

Signature _____

Le chèque ou le mandat doit être fait à l'ordre de:

Adresse de retour : **Hôpital Sainte-Justine**
PRISME - Service des publications
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5

Pour information: **Thérèse Savard**
Vente et abonnements tél: (514) 345-4671 fax: (514) 345-4631
email: therese_savard@ssss.gouv.qc.ca

DIFFUSION EN EUROPE:

France: CEDIF / Castella

Belgique: S.A. Vander

Suisse: Servidis S.A.

Plaidoyer pour les jeunes laissés à l'abandon

Coordination : Michel Lemay et Jean Boislard

- Témoignage de Sébastien, accompagné par Dr Michel Lemay

TRAVAUX DU FORUM ABANDON

- Historique du Forum Abandon, d'hier à aujourd'hui. **Claude Bilodeau**
- L'état de la question : faits et constats. **Jean Boislard**
- Synthèse des travaux en atelier et propositions. **Michel Lemay**
- Sur la formation des professionnels oeuvrant en protection. **Jacques Vachon**
- Écoute, perfectionnement et soutien. **Michel Doucet**
- Suites du Postcolloque et recommandations. **Jean Boislard, Michel Lemay**
- Rêve d'un jeune face au système de protection. **Michel Lemay**
- Plaidoyer pour l'enfance. **Luc M. Malo**

INTERVENTIONS DES GROUPES DE RÉFLEXION

- Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention. **Gloria Jeliu**
- Témoignage de l'expert et principe de l'intérêt de l'enfant. **Hugues Létourneau**
- Jeunes laissés à l'abandon par des milieux en quête de cohérence. **Réal Lajoie**
- Visages d'adolescents laissés à l'abandon. **Michel Doucet**

EXPÉRIENCES NOVATRICES

- La Clinique d'attachement : un modèle de consultation en petite enfance. **Yvon Gauthier, Gloria Jeliu et Gilles Fortin**
- Le carnet de voyage à travers ma vie. **S. Drapeau, G. Bégin, M.-C. Godin et coll**
- Un enfant choisit ses parents adoptifs. **Nicole Audet**
- L'expérience d'un centre de jour pour les jeunes de la rue. **S. Flamand, D. Aubin**

ABANDON ET RÉSILIENCE

- Abandon et tuteurs de résilience. **Boris Cyrulnik**
- La résilience au risque du succès. **Michel Manciaux**
- Appartenance culturelle et résilience : un processus dynamique. **Sylvaine De Plaen**
- Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. **Michèle St-Antoine et Suzanne Rainville**
- Carences primaires et facteurs de risque de dépression post-natale maternelle. **Michel Lemay**
- Comment survivre quand on travaille dans la protection de l'enfance? **Maurice Berger**



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



Association des
centres jeunesse
du Québec

ISBN 2-



9 782922 770933