



*Mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec
présenté à la Commission spéciale sur les droits des enfants
et la protection de la jeunesse*

19 décembre 2019

Table des matières

Table des matières	1
Avant-propos.....	3
La mission de l'Ordre des psychologues du Québec.....	3
Les secteurs de pratique et les clientèles des psychologues	3
Le champ d'exercice des psychologues.....	3
Les besoins précoces des enfants	4
L'attachement	4
Vers une continuité des soins et une stabilité des liens	6
Les capacités parentales en soutien au développement de l'enfant.....	7
Les facteurs de risque et les facteurs de protection	9
L'impact du lien d'attachement sur la prise de décision juridique	10
Les pistes de solution : notre « volonté de faire, pour nos enfants ».....	12
L'accessibilité aux services psychologiques pour les enfants et leur famille	13
L'éducation psychologique et le soutien aux parents.....	15
Les enjeux ayant un impact sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services professionnels	16
S'assurer que les conditions d'exercice permettent d'offrir des services de qualité	17
Favoriser une continuité de services essentielle au développement de liens d'attachement sécurisants.....	17
Favoriser des pratiques collaboratives permettant de répondre aux besoins de stabilité des enfants et de leur famille	18
S'assurer que les professionnels bénéficient de la formation et du soutien clinique nécessaires aux pratiques de qualité.....	18
Conclusion	19
Références.....	20
Recommandations	24

Avant-propos

Les psychologues sont des spécialistes du comportement, des émotions et des cognitions, ainsi que du développement humain. Ils sont formés pour déterminer les parcours de développement des enfants, qu'ils soient normaux ou atypiques, ainsi que pour intervenir dans le but d'assurer une croissance harmonieuse sur les plans intellectuel, langagier, moteur, psychoaffectif et social. L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) souhaite donc contribuer aux travaux de la *Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse* (ci-après la *Commission*), en partageant l'expertise de ses membres.

Nous espérons être invités à participer aux audiences de la *Commission*. Entre-temps, nous vous présentons nos réflexions et recommandations en vue d'éclairer et d'appuyer les actions qui découleront de ces importants travaux.

La mission de l'Ordre des psychologues du Québec

L'OPQ a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire :

- il s'assure de la qualité des services offerts par ses membres;
- il favorise le développement de la profession;
- il défend l'accessibilité aux services psychologiques.

Les secteurs de pratique et les clientèles des psychologues

À ce jour, l'OPQ compte dans ses rangs 8 773 psychologues. Les psychologues détiennent des compétences en santé mentale acquises au cours de leur formation universitaire de niveau doctoral d'une durée moyenne de 10 ans, puis maintenues et développées en contexte de formation continue.

Au total, 2 097 psychologues travaillent auprès des enfants et adolescents dans des secteurs touchant de près les enjeux soulevés par la *Commission*, soit dans le réseau public de la santé (CLSC, CHU et centres de réadaptation), à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), en expertise psycholégale en matière de garde d'enfants et de droits d'accès des parents ou en milieu scolaire¹. Par ailleurs, en cabinet de consultation privé ainsi que dans les milieux communautaires, 2 890 psychologues offrent des services aux enfants et aux adolescents et peuvent donc être mobilisés pour des problématiques ayant une incidence sur le développement et la santé mentale des enfants et adolescents.

Le champ d'exercice des psychologues

Le champ d'exercice des psychologues est formulé comme suit :

Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement².

¹ 1 338 psychologues s'identifient à titre de psychologues scolaires, et 974 d'entre eux travaillent pour le réseau public de l'éducation dans les établissements primaires et secondaires.

² *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 37.

Les psychologues, et plus particulièrement ceux qui se spécialisent dans les soins et services aux enfants et aux familles, font partie des professionnels interpellés par les travaux de la Commission. En effet, il est essentiel de tenir compte d'un ensemble de dimensions (intellectuelle, psychoaffective, comportementale, relationnelle, neurodéveloppementale et culturelle) lorsque l'on doit prendre des décisions ayant un impact sur le développement des jeunes enfants³. Nous souhaitons mettre l'expertise psychologique au profit de la Commission, afin de l'éclairer sur les enjeux développementaux et les besoins des enfants.

Pour dégager les principaux enjeux présents sur le terrain, nous avons effectué, au courant des mois de juillet et août 2019, une consultation auprès de nos membres qui exercent à la DPJ, donnent des services aux enfants dans le réseau de la santé et des services sociaux et en cabinet de consultation privé, travaillent en psychologie scolaire ou exercent à titre d'experts psycholégaux en matière de garde et de droit d'accès. Nous leur avons demandé de nous faire part de leurs préoccupations, des enjeux qu'ils vivent sur le terrain ainsi que des pistes de solution potentielles. La majorité des éléments abordés dans le présent mémoire sont issus de cette consultation.

Les besoins précoces des enfants

Le développement optimal des enfants requiert d'abord et avant tout qu'on réponde à leurs besoins. En effet, il est essentiel de leur apporter une stimulation variée sur les plans moteur (courir, danser, attraper, etc.), langagier (se faire raconter ou lire des histoires, être entendus et échanger verbalement, apprendre des comptines et des chansons, etc.), cognitif (observer et manipuler des objets, imiter, faire semblant, jouer, relever des défis, etc.), psychosocial (prendre les repas avec des personnes significatives, interagir avec des adultes, des aînés, d'autres enfants, etc.), moral (être exposés à des valeurs et principes constants qui leur serviront de guide), relationnel et psychoaffectif (développer des liens significatifs, exprimer, nommer et gérer ses émotions, développer son estime de soi, etc.).

Le présent mémoire se centrera principalement sur la dimension psychoaffective, en raison de l'importance cruciale de celle-ci dans le développement de l'enfant, comme le démontre les connaissances en psychologie (voir entre autres Moss, 2009; Moss et Lecompte, 2015). De plus, nous savons que toute stimulation ne peut se faire qu'à la condition que soient établis de bons liens affectifs. Considérant par ailleurs l'intérêt grandissant au Québec pour les interventions fondées sur les principes de la théorie de l'attachement (voir par exemple Dubois-Comtois et al., 2017; Tarabulsy et al., 2018), il nous importe de donner un aperçu des connaissances actuelles en vue de les rendre accessibles au plus grand nombre possible d'acteurs œuvrant auprès des enfants.

L'attachement

Sur le plan psychoaffectif, il est établi depuis assez longtemps que chaque enfant doit développer un lien d'attachement privilégié avec un adulte significatif durant sa première année de vie et que l'adaptation psychosociale ultérieure de l'enfant repose sur la qualité de ce premier lien (Bowlby, 1969, 1978, 1984; Ainsworth et al., 1978). Bien que l'adulte dit significatif soit le plus souvent la mère, nous savons que l'enfant peut développer un tel lien d'attachement avec le père, un parent

³ Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux). (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*.

d'accueil, un parent adoptif ou tout autre adulte significatif (Bowlby, 1984; Rutter, 1995; Tereno et al., 2007). Ce premier lien d'attachement, dont on peut voir d'importantes manifestations chez l'enfant entre l'âge de 6 et 12 mois en général, sera marquant, par sa présence comme par son absence. Ce lien ou son absence sera prépondérant dans l'établissement de liens subséquents avec d'autres adultes significatifs qui graviteront éventuellement autour de l'enfant et qui le marqueront. L'enfant a donc besoin d'évoluer auprès de personnes significatives qui répondent à ses besoins, qui comprennent ses limites et ses ressources et qui lui permettent, en retour, d'évoluer dans cette relation en toute confiance. Un adulte est considéré comme significatif pour l'enfant s'il en prend soin, s'il est constant, stable et prévisible dans ses interactions avec lui, s'il lui donne de l'affection inconditionnellement, le console en cas de malaise ou de détresse, bref, s'il lui permet de sentir qu'il est important dans sa vie et qu'il est présent pour lui (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1988; Terano et al., 2007).

Dans ce cadre, l'enfant pourra développer, sur la base de ces relations précoces, une capacité relationnelle telle qu'il saura se tourner vers le monde extérieur avec confiance et établir avec les autres des rapports harmonieux. Effectivement, le lien primaire d'attachement permet à l'enfant de s'appuyer sur un adulte qui devient une base de sa sécurité psychoaffective, un pôle de sécurité privilégié, dont l'importance peut être variable en fonction des compétences parentales dont disposent les personnes significatives. (Nous y reviendrons.) Ce lien primaire d'attachement sert de modèle ou de prototype pour l'enfant qui s'ouvre au monde qui l'entoure, à la recherche de son autonomie et de son épanouissement. Une partie du développement affectif et relationnel ultérieur est tributaire de la qualité de ce lien primaire et du sentiment de sécurité qui en émane. La confiance en soi, en ses capacités, la confiance envers les autres, la confiance dans le fait que le monde puisse être un endroit sécuritaire qu'il fait bon explorer sont possibles si l'enfant entretient une relation sécurisante avec l'adulte qui constitue sa figure d'attachement primaire. Le discours interne de l'enfant peut alors ressembler à ceci :

« Si je peux faire confiance à ma mère⁴ pour répondre à mes besoins et me protéger lorsque j'ai froid, faim ou mal, alors je peux faire confiance au monde qui m'entoure. »

À l'inverse, en l'absence d'un lien d'attachement sécurisant, le discours interne peut ressembler à ceci :

« Si je dois me méfier de ma mère⁵, parce que je ne sais pas si elle répondra à mes besoins, parce qu'elle n'est pas toujours là quand il le faudrait pour moi, il en sera de même avec les autres, c'est ce à quoi je peux m'attendre d'eux aussi, et je dois conséquemment être sur mes gardes, me protéger, voire refuser d'entrer en relation avec eux parce qu'ils peuvent être inconstants, imprévisibles, voire dangereux. »

Au cours du développement, l'enfant se représente et intériorise progressivement la relation d'attachement primaire. Cette représentation sous-tendra ses rapports ultérieurs avec le monde environnant. À titre d'exemple, mentionnons une étude portant sur le style d'attachement d'adolescents délinquants qui a montré qu'un patron d'attachement insécurisant est fortement associé à la commission d'actes criminels (Ogilvie et al., 2014). Dans le même sens, il a été démontré que les personnes qui présentent un trouble grave de santé mentale ont de grands besoins en matière

⁴ Ou, comme nous l'avons dit précédemment, toute autre première personne significative.

⁵ *Idem.*

d'attachement et que la théorie de l'attachement fournit un cadre utile pour orienter la conception et la prestation des services de santé mentale à leur offrir (Bucci et al., 2015).

Vers une continuité des soins et une stabilité des liens

L'évolution des connaissances scientifiques et cliniques quant aux besoins d'attachement de l'enfant nous enseigne donc que la qualité, la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant sont des facteurs à prioriser pour son développement.

Les liens affectifs se construisent dans la durée, ils sont le socle du développement tant cognitif qu'émotionnel. Ils s'inscrivent dans le temps de la présence de figures parentales sécurisantes; ils s'atténuent et se défont dans l'absence et surtout ils s'établissent de façon pathogène quand l'enfant n'a pas accès à des repères affectifs bienveillants et stables en temps opportun. (Gauthier, 2019a)

Il y a la perte de la capacité d'attachement lorsqu'il n'y a pas d'inscription affective durable avec un adulte significatif ou lorsqu'il n'y a pas de continuité, mais une succession de moments avec une succession de personnes. (Gauthier, 2019b)

À titre d'exemple, mentionnons que la qualité des soins offerts en service de garde, en particulier dans les premières années de la vie, a un impact crucial sur le développement et le fonctionnement positif plus tard dans la vie (Johnson et al., 2006). On sait également qu'un milieu de garde où il n'y a pas d'adulte assigné à chacun des enfants pourrait avoir un impact négatif sur la sécurité des patrons d'attachement de ces enfants (Champenois et Tereno, 2016). Ainsi, il est non seulement essentiel d'offrir à l'enfant une stabilité dans ses premières relations, mais il est aussi primordial que cette relation d'attachement primaire s'accompagne d'une stabilité du milieu de vie.

Cette nécessité de stabilité dans les relations significatives s'étend aux intervenants qui accompagnent l'enfant et sa famille, et elle est particulièrement cruciale non seulement en bas âge, mais aussi lors de périodes de stress intense (p. ex. : perte d'un animal domestique, conflit avec un ami, réveil à la suite d'un cauchemar, etc.), ainsi que lors des périodes de transition, telles l'entrée à la maternelle ou l'entrée au secondaire. Le *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité* (MELS, 2010) énonce des principes qui auraient tout intérêt à être réitérés, diffusés et appliqués. Entre autres choses, on sait que la multiplication des changements de donneurs de soins et de milieux de vie est souvent associée à des changements d'école. Les impacts de ces changements d'école et les défis d'adaptation qui s'ensuivent peuvent avoir des incidences néfastes sur le cheminement scolaire, le taux de diplomation et l'avenir professionnel des enfants (Goyette, tel que cité dans Gagnon, 2019). On sait également que les déménagements et les changements d'école sont des facteurs stressants qui sont impliqués dans la genèse des troubles anxieux (Goodyer, Kolvin et Gatzanis, tel que cité dans Inserm, 2009) et que les enseignants de niveau secondaire peuvent représenter une figure d'attachement lorsqu'ils apportent du soutien et du réconfort, en particulier en situation de stress (Virat, 2016). À ces égards, on sait aussi qu'un lien d'attachement non sécurisant peut être associé au développement de l'anxiété sociale (Manning et al., 2017).

Les capacités parentales en soutien au développement de l'enfant

Le potentiel du parent⁶ à prendre en charge les besoins de l'enfant à court, moyen et long terme est déterminant quant au développement de ce dernier, car l'enfant est entièrement tributaire des personnes qui s'occupent de lui pour répondre à ses besoins, et ce, de façon plus importante encore durant la petite enfance. Le parent, pour offrir le pôle de sécurité dont a besoin son enfant, doit posséder certaines compétences en matière de savoir, de savoir-être et de savoir-faire. Ces compétences se traduisent dans ses rapports avec l'enfant.

D'abord, la cohérence des soins offerts par le parent est essentielle au développement d'un lien d'attachement sécurisant (Baudry et al., 2016; Pouliot et al., 2016). Aussi, il importe que le parent ait la capacité de comprendre et d'accepter que l'enfant soit une personne distincte de lui-même, ayant ses besoins propres, ainsi que son corollaire qui renvoie à la capacité de bien distinguer ses besoins de ceux de l'enfant (Poitras, Mignault et Goubau, 2014). Cette capacité parentale permet notamment d'offrir à l'enfant une réponse cohérente à ses besoins. De plus, la capacité d'empathie permet au parent de comprendre les besoins de l'enfant et, conséquemment, d'y répondre de manière contingente (Brunet, 2014). Ajoutons que la sensibilité parentale aux besoins de l'enfant doit s'exprimer de manière à favoriser l'autonomie de l'enfant. Par exemple, un parent qui empêcherait son enfant d'explorer un module de jeu approprié à son âge, là où l'environnement est par ailleurs sécuritaire, n'encouragerait pas le développement de la confiance de l'enfant en ses capacités.

En ce sens, on remarque une tendance à la transmission intergénérationnelle des patrons d'attachement. Cela signifie que les parents qui présentent eux-mêmes des représentations d'attachement autonomes (c'est ainsi qu'on nomme chez l'adulte ce qui est désigné chez l'enfant comme un patron d'attachement sécurisant) sont plus susceptibles de favoriser l'émergence de patrons d'attachement sécurisants chez leurs propres enfants (Verhage et al., 2018). Au regard des capacités parentales, on relève que le profil des parents détectés et suivis par la DPJ présente certaines particularités, et bon nombre parmi les parents négligents ou défavorisés sont eux-mêmes d'anciens pupilles de la DPJ⁷ (Pauzé et al., 2004; Éthier et al., 2006, 2010). On sait de plus que l'exposition à la maltraitance durant l'enfance peut nuire au développement des compétences parentales à l'âge adulte (Alink et al., 2019). Ainsi, les capacités parentales sont constituées de ce que le parent a lui-même reçu et elles président à ce qu'il est en mesure d'offrir à son enfant.

Les capacités parentales renvoient par ailleurs à un potentiel, qui implique des limites. Par exemple, le parent qui a un déficit intellectuel, bien qu'il puisse vouloir pousser au maximum l'exercice de sa compétence et bien qu'il puisse trouver des mécanismes de soutien lui permettant de compenser ses limites pour répondre aux besoins de son enfant, ne peut pas modifier sa capacité (Centre

⁶ Nous utilisons le mot *parent*, mais il faut comprendre que cela s'applique à toute personne placée en situation de jouer un rôle significatif, parental, auprès de l'enfant.

⁷ Voir « Le réseau des centres jeunesse : regard sur l'évolution des clientèles et des services » dans *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 8, n° 1, 2012, p. 14-17. On y lit notamment : « Ces enfants cumulent plusieurs facteurs de risques et diverses difficultés. Une étude sur les enfants de 0-5 ans recevant des services des CJ révélait notamment qu'un grand pourcentage de leurs familles vit sous le seuil de la pauvreté, sont monoparentales, bénéficient de l'aide sociale, que plus du tiers des parents ont présenté au cours des six derniers mois un diagnostic de dépression majeure et qu'ils ont été eux-mêmes placés en milieu substitut au cours de leur enfance. En ce qui concerne plus particulièrement les caractéristiques des enfants, cette même étude précise qu'un pourcentage important présente un retard de langage, des problèmes de comportement et des comportements sexuels inappropriés. » (p. 15)

jeunesse de Québec-Institut Universitaire, 2005, tel que cité dans Baudry et al., 2016)⁸. De manière générale, les restrictions et les limitations contextuelles affectant les parents peuvent influencer la transmission d'un patron d'attachement sécurisant à l'enfant. D'autres facteurs peuvent contribuer à l'incapacité parentale à offrir des soins sensibles et centrés sur l'enfant (Verhage et al., 2018); on ne peut toutefois dire qu'un seul facteur puisse amener à conclure à une telle incapacité. On doit aussi tenir compte, notamment, de l'état de santé du nourrisson (prématurité, déficits sur le plan de la communication), du niveau de scolarité des parents (qui est associé à la sensibilité du parent aux besoins de l'enfant), de l'immaturité d'un parent-adolescent, de la présence de grandes épreuves de vie telle la pauvreté, ou encore de la présence d'un trouble mental.

Effectivement, l'état de santé mentale de chacun des parents peut avoir un impact sur leurs compétences parentales et, conséquemment, sur le développement de l'enfant. Il importe de mentionner d'emblée que les problèmes de santé mentale éventuels des parents n'affectent pas automatiquement leurs capacités parentales. L'impact se présente potentiellement lorsque le problème est non reconnu, non soigné et qu'il rend le comportement du parent instable ou inadéquat. Voici quelques exemples de telles situations à risque. Ces situations nécessitent notre attention, car il importe d'offrir le soutien nécessaire pour minimiser l'impact sur le développement de l'enfant, à défaut de confier l'enfant à quelqu'un d'autre.

Considérons d'abord un parent qui présente des épisodes de manie en lien avec un trouble bipolaire et qui présente des épisodes d'instabilité émotionnelle. L'enfant peut alors en subir des contre-coups, ne pas comprendre ce qui a engendré l'intensité émotionnelle à laquelle il est exposé et, parfois même, s'en sentir responsable.

Par ailleurs, un parent déprimé peut ne pas être toujours aussi présent que souhaité sur le plan affectif auprès de son enfant (ce qui serait d'autant plus vrai s'il présente un trouble dépressif sévère et chronique), alors qu'il le serait sur le plan physique, offrant même des soins d'hygiène de base adéquats. L'enfant peut alors développer l'habitude d'exagérer ses demandes et expressions émotionnelles afin d'obtenir de son parent la réponse affective dont il a besoin. Ultimement, l'enfant qui se trouve dans cette situation pourrait, à force de n'obtenir aucune réponse affective de son parent, cesser toute tentative d'attirer son attention et progressivement se replier sur lui-même ou se tourner vers d'autres modèles d'identification moins appropriés.

Dernier exemple, un parent en proie à un trouble lié à une substance (toxicomanie) peut s'avérer incohérent dans les soins et l'affection qu'il offre à l'enfant en raison de l'état dans lequel il se trouve plus ou moins sporadiquement, et ce, en dépit des efforts et des bonnes intentions qu'il pourrait manifester. L'enfant pourrait alors apprendre qu'il ne peut faire confiance à autrui, car les réponses qu'il obtient varient pour des raisons qu'il ne peut s'expliquer.

Dans tous ces cas, les parents qui présentent de telles manifestations peuvent éprouver davantage de difficulté à offrir la constance, la stabilité et la cohérence nécessaires à l'établissement d'un patron d'attachement empreint de sécurité chez leur enfant. Le développement des enfants qui vivent avec ces parents s'en trouve directement atteint. Il faut donc prendre en considération de telles situations à risque sur le plan de la santé mentale et vérifier s'il y a présence de facteurs de protection, si ce parent, dont la santé mentale peut être compromise, peut bénéficier d'appuis et de

⁸ Il n'est pas dit cependant qu'un parent qui présente un déficit sur le plan intellectuel ne pourrait pas prendre soin adéquatement d'un enfant. En effet, il n'y a pas qu'une seule dimension, en l'occurrence ici la dimension intellectuelle, qui importe quand il s'agit de capacités parentales.

soutiens adéquats, si l'enfant peut compter sur une autre personne significative, si les lacunes ou carences sont constantes ou brèves et temporaires, si le développement de l'enfant est définitivement compromis ou seulement ralenti et retardé, etc.

Les facteurs de risque et les facteurs de protection

Les besoins des enfants et les compétences parentales devraient guider les décisions qui ont potentiellement un impact majeur sur l'enfant et sa famille. Les facteurs de risque et de protection qui devraient être pris en compte afin d'alimenter le processus décisionnel sont les suivants :

- les caractéristiques et qualités de l'enfant : par exemple, son âge, sa maturité, ses capacités de résilience, d'adaptation, ses besoins particuliers;
- l'état de santé mentale de l'enfant : par exemple, la présence d'un trouble neurodéveloppemental comme un trouble du spectre de l'autisme, un trouble déficitaire de l'attention ou un handicap intellectuel;
- les caractéristiques et qualités des parents : par exemple, les compétences parentales ou la présence de violence familiale et conjugale, la capacité de profiter de l'aide offerte;
- l'état de santé mentale de chacun des parents et les conséquences de cet état sur la qualité de la relation avec l'enfant, comme nous l'avons illustré précédemment;
- l'interaction entre certaines caractéristiques de l'enfant et celles des parents;
- la qualité de l'environnement familial élargi, les ressources psychologiques et la disponibilité de la famille élargie, le niveau socio-économique et le niveau de scolarité des parents, ainsi que la présence d'un réseau social ou communautaire pouvant offrir du soutien et des ressources à des degrés divers.

La théorie de l'attachement présente une conception universelle des liens d'attachement, incluant les besoins de stabilité et de sécurité psychologique de l'enfant. Toutefois, la capacité de répondre à l'enfant de manière sensible relève d'une perspective culturelle occidentale, construite sur des concepts de « personne », de « soi » et de prestation de soins ancrés dans une culture où l'individu, les relations duelles prennent le pas sur le groupe et la communauté. Cette perspective est distincte de celles qui pourraient exister dans certaines cultures rurales basées sur la subsistance (Keller, 2018). L'évolution de l'intégration de la théorie de l'attachement aux enjeux culturels est bien illustrée par l'affaire *Racine c. Woods* (1983), cause jugée à la Cour suprême du Canada (rapporté par Choate et al., 2019). Selon Choate, ce jugement concernant une enfant autochtone statue que le lien d'attachement supplante le lien culturel, dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Par la suite, la jurisprudence issue de cette cause a servi à justifier une certaine dérive, soit le placement permanent d'enfants autochtones dans des foyers non autochtones. Toujours selon Choate, la cause *Racine c. Woods* reflétait une connaissance de la théorie de l'attachement restreinte, qui ne tenait pas compte de nuances importantes concernant l'ensemble des facteurs qu'il faut prendre en considération lors d'une décision d'adoption interculturelle. L'interprétation de la théorie de l'attachement inspiré d'un modèle relationnel purement dyadique (mère-enfant) ne peut donc être appliquée telle quelle. On doit aussi tenir compte des systèmes familiaux élargis, tels que ceux présents chez les peuples autochtones. Cette dernière perspective est conforme aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et de la Commission royale sur les peuples autochtones ainsi qu'aux décisions récentes du Tribunal canadien des droits de la personne (Choate et al., 2019).

L'impact du lien d'attachement sur la prise de décision juridique

Les articles 3 et 4 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) se lisent comme suit :

3. 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 les 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. Dans le cas d'un enfant autochtone, est également prise en considération la préservation de son identité culturelle.

4. Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial.

Lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, un tel maintien dans son milieu familial n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer, dans la mesure du possible auprès des personnes qui lui sont les plus significatives, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie, la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et se rapprochant le plus d'un milieu familial. De plus, l'implication des parents doit toujours être favorisée dans la perspective de les amener et de les aider à exercer leurs responsabilités parentales.

Lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, 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 liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge de façon permanente.

Une décision prise en application du deuxième ou du troisième alinéa à l'égard d'un enfant autochtone doit tendre à confier cet enfant à un milieu de vie substitut en mesure de préserver son identité culturelle, en privilégiant un membre de la famille élargie, de la communauté ou de la nation de l'enfant.

En 2005, dans le cadre de la consultation relative au projet de loi n° 125 intitulé *Loi modifiant la loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, nous avons recommandé que l'article 4 soit modifié afin que le principe de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant soit d'abord mentionné comme devant guider toutes les décisions prises à l'égard de l'enfant en vertu de la *Loi*. Nous recommandions également qu'il soit ensuite indiqué : « qu'à cette fin, les décisions prises doivent tendre à maintenir l'enfant ou [à] le réinsérer dans son milieu familial » (OPQ, 2005). Nous avons ajouté que « lorsque le maintien ou la réinsertion de l'enfant dans son milieu familial n'est pas possible, ces décisions doivent tendre à lui assurer un milieu de vie stable se rapprochant le plus possible d'un milieu familial normal ».

À notre avis, cette recommandation avait l'avantage de poser clairement l'objectif à rechercher dans le meilleur de l'intérêt de l'enfant tout en déterminant l'ordre de priorité des moyens à prendre pour y parvenir. Toutefois, cette recommandation émanant d'un groupe d'experts (Dumais, Turmel), et que nous avons reprise, n'a pas été retenue.

L'article 4 maintient que « toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial », ce qui est idéal quand cela concorde avec l'objectif de lui assurer sécurité et stabilité. Cependant, il s'agit ici de décisions prises dans le cadre de mesures exceptionnelles de protection de l'enfant, où, la plupart du temps, le rôle de la famille est remis en question. C'est pourquoi nous réitérons que le principe directeur de toute décision en matière de protection de l'enfant devrait être la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de

l'enfant. Que cela soit possible dans son milieu familial devrait toujours être privilégié, mais il ne fait pas y subordonner l'intérêt de l'enfant.

Cette question est particulièrement importante parce que nous savons tous que la protection des enfants se fait toujours dans un contexte extrêmement chargé sur le plan émotif et qu'il faut aider ceux qui doivent prendre les décisions en leur proposant un cadre de référence clair, favorisant la plus grande objectivité et minimisant le risque d'emportement qu'implique toujours le fait d'être exposé à des situations qui heurtent de plein fouet nos valeurs humaines.

D'ailleurs, l'état des connaissances cliniques et scientifiques sur les besoins d'attachement de l'enfant nous enseigne que la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie sont les facteurs à prioriser pour le développement de l'enfant. Ce principe devrait donc guider chacune des décisions prises pour l'enfant en vertu de la *Loi*.

La décision de maintenir l'enfant dans son milieu familial d'origine ou de l'en retirer, de l'y réinsérer ou non ou encore de maintenir un lien avec son milieu familial d'origine peut être excessivement lourde de conséquences. Elle ne doit pas être prise sans d'abord évaluer son impact sur l'établissement ou le rétablissement d'un lien d'attachement significatif pour le développement de l'enfant, sur le sentiment d'appartenance que cet enfant peut éprouver (développement de l'identité) et sur l'investissement affectif de ceux qui en prendront soin. Cela s'applique à tous les niveaux de décision. Conséquemment, on peut envisager de maintenir l'enfant dans son milieu familial (ou de l'y réinsérer) en prenant notamment en considération ce qui suit :

- la présence d'un lien d'attachement primaire ou significatif avec un membre de la famille;
- la possibilité que ce lien puisse être réactivé sans risque de préjudice pour l'enfant;
- l'assurance que, ce faisant, on ne provoque pas une rupture d'un lien d'attachement que l'enfant aurait développé avec une autre personne (ce nouveau lien étant celui sur lequel reposerait dorénavant le développement de l'enfant).

Encore une fois, cette décision doit être prise avec l'objectif d'assurer sécurité, stabilité et parcours développemental optimal à l'enfant, dont les intérêts doivent toujours être premiers. Dans le cadre de mesures exceptionnelles de protection de l'enfant, il faut pouvoir remettre en question cette conception de la famille qui ne reposerait que sur la présence de personnes qui n'ont que des liens de sang et qui ne peuvent offrir à l'enfant ce dont il a besoin pour se développer. Lorsque la sécurité psychologique de l'enfant est mise en péril, par exemple lorsque le parent est atteint d'un problème de santé mentale grave et pathogène, il faut envisager d'orienter l'enfant vers un projet de vie permanent qui exclut le parent ou le milieu d'origine.

Ainsi, lorsque le maintien ou la réinsertion de l'enfant dans son milieu familial d'origine n'est pas envisageable, les décisions doivent tendre à assurer à l'enfant un milieu de vie stable où il occupera une place significative, où il sera aimé pour ce qu'il est, sans égard à ses éventuelles différences, où il pourra grandir en toute confiance, où il construira son estime de soi et où il pourra éventuellement développer un ou plusieurs autres liens d'attachement sécurisants. Le lien biologique ne doit pas être automatiquement privilégié, et la compétence parentale mérite d'être évaluée, tant pour les parents d'origine que pour les parents d'accueil ou les parents d'adoption. À cet égard, la même attention devrait être accordée à l'évaluation de la capacité parentale à induire un patron d'attachement sécurisant par des soins sensibles, centrés sur l'enfant, qui favorisent l'autonomie.

Lorsque l'on considère la mise en place d'un projet de vie permanent pour l'enfant, la question des délais est primordiale. Cette question devrait être examinée en fonction de l'âge de l'enfant. Un projet de vie permanent se définit comme un projet qui repose sur l'assurance que l'enfant existe dans le regard de ceux qui s'en occupent, qu'il a sa place dans le milieu où l'on envisage qu'il se développe, qu'il peut être lui-même sans risque d'être abandonné. C'est un projet de vie qui tient compte de la capacité à créer et à maintenir un lien significatif dans un parcours qui n'impose pas à l'enfant des ruptures relationnelles aux conséquences potentiellement irréparables. Laisser passer le temps et attendre de voir si les choses peuvent s'améliorer pourrait s'avérer dévastateur. En effet, le temps joue contre l'enfant : pour un cerveau en développement, un délai, avant de pouvoir profiter d'un projet de vie permanent, peut laisser des séquelles qui risquent d'être indélébiles. Il faut reconnaître cette importance plus grande du temps qui passe chez l'enfant que chez l'adulte; c'est une véritable course contre la montre dans laquelle il faut s'engager. Ainsi, nous appuyons toute mesure visant à raccourcir les délais pour actualiser un projet de vie permanent, considérant l'importance pour l'enfant d'un lien d'attachement sécurisant et stable aussitôt que possible dans son développement.

Recommandation 1

Toute décision en matière de protection de l'enfant devrait être prise en tenant compte d'abord du besoin de continuité et de stabilité de l'enfant dans ses liens d'attachement, ses soins et ses conditions de vie.

Les pistes de solution : notre « volonté de faire, pour nos enfants »

Rappelons qu'en 2015, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) publiait un rapport révélant ce qui suit :

Les données révélant la prévalence des troubles de santé mentale chez les jeunes pris en charge par les CJ [centres jeunesse] sont sans équivoque : 60 % des filles et 50 % des garçons ont un trouble de santé mentale. De plus, selon le MSSS [ministère de la Santé et des Services sociaux], les parents d'enfants pris en charge ont également une prévalence importante de difficultés de santé mentale.

Plusieurs répondants ont rapporté que la disponibilité des spécialistes capables de répondre aux demandes est très réduite; conséquemment, les listes d'attente pour l'accès à ces services sont considérables. La Commission est d'avis que l'accès aux services spécialisés devrait être immédiat, puisque la situation actuelle prive les enfants des services dont ils ont besoin et qu'ils sont en droit d'obtenir. « (CDPDJ, 2015) ».

Fort de ces constats, la CDPDJ a, entre autres recommandations, proposé que le MSSS complète et améliore l'offre de services destinée aux familles ayant besoin de services spécialisés en santé mentale, afin que tous les enfants aient accès en temps utile à des services adéquats, comme le prévoit l'article 8 de la LPJ.

Où en sommes-nous en 2019? Pour ce qui est des psychologues, on constate qu'il n'y a présentement, sur tout le territoire du Québec, que 124 psychologues voués à la protection de la jeunesse, ce qui est un bien petit nombre pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des jeunes, de leurs parents, familles et proches, de même que pour répondre aux besoins de soutien des équipes d'intervenants et de professionnels.

Outre le manque de ressources pour répondre aux besoins en santé mentale, d'autres facteurs problématiques concernent, notamment, le manque d'accès en première ligne aux services psychologiques pour les enfants et leurs parents, le manque de continuité dans les services, ainsi que les changements organisationnels et les pressions administratives ayant pour effet de favoriser la quantité de cas suivis, souvent au détriment de la qualité des services rendus. Voici quelques pistes de solution.

L'accessibilité aux services psychologiques pour les enfants et leur famille

Les enfants et leur famille devraient avoir accès à des services psychologiques répondant à leurs besoins, et ce, en temps opportun. Les traitements psychologiques appropriés devraient être disponibles et facilement accessibles. La question de l'accessibilité aux services demeure, encore et toujours, au centre de la problématique, en raison de l'accès limité aux ressources disponibles en santé mentale. Bref, les listes d'attente sont trop longues, autant pour les familles d'origine des enfants que pour les familles d'accueil.

Entre autres choses, il est essentiel d'offrir des services de psychothérapie aux enfants qui en manifestent le besoin, et ce, notamment afin de freiner le cycle de transmission intergénérationnelle dont il a été question précédemment quand nous avons abordé les compétences parentales. Conséquemment, il est souhaitable que les enfants victimes de traumatismes, de mauvais traitements ou d'abus physiques ou sexuels aient accès à des services de psychothérapie et à d'autres interventions dans des délais raisonnables, que de tels services soient accessibles dans leur milieu de vie (école, service de garde ou centre de la petite enfance) et que ces services soient accessibles gratuitement. À cet effet, rappelons que la majorité des jeunes qui fréquentent des centres de réadaptation ont été exposés à un ou plusieurs événements traumatiques (Collin-Vézina et al., 2019). De tels services de proximité permettraient de soutenir directement les enfants ou les familles.

Dans l'offre de services, il importe de ne pas négliger les personnes sur qui les enfants comptent, d'abord les parents, mais aussi les intervenants et professionnels de la DPJ, qui ont à assumer un mandat lourd et se trouvent souvent en situation de mission impossible. En effet, mieux s'occuper des personnes qui s'occupent des enfants, et intervenir de façon préventive auprès d'eux est une autre façon de s'occuper des enfants dont ces personnes sont responsables.

Cet accès limité est en bonne partie attribuable au fait que les établissements de santé (notamment les CLSC et les centres jeunesse) ne disposent pas des ressources humaines nécessaires pour répondre à l'ampleur du mandat qu'on leur confie⁹. Comme il a été souligné précédemment, on note particulièrement la faible présence des psychologues dans le fonctionnement usuel de la DPJ. Ainsi, pour mieux répondre aux besoins des enfants, il faudrait non seulement qu'il y ait davantage de psychologues, mais également que les services de ces psychologues cliniciens et des autres professionnels soient accessibles en première ligne, et ce, plus spécifiquement dans les milieux socio-économiques défavorisés. En effet, il est clair que la pauvreté est corrélée avec l'occurrence des problèmes de santé mentale. De plus, les familles qui vivent dans ces milieux n'ont souvent pas les ressources nécessaires pour se tourner vers le secteur privé. Il faut en outre considérer que l'on fait

⁹ Voir Pour apprécier la performance des services sociaux au Québec, Conseil de la santé et du bien-être et Institut du CJM, juin 2006. p. 8 : « Un système asymétrique, où les services sociaux ne présentent pas les mêmes caractéristiques de gratuité, d'universalité et d'accessibilité que ceux de la santé ».

fréquemment appel à des psychologues fournisseurs externes de services, notamment pour effectuer les évaluations. Ces derniers mériteraient d'être intégrés aux équipes interdisciplinaires, afin de potentialiser l'impact de ce service.

Par ailleurs, en raison de leur formation et de leur petit nombre dans le réseau de la santé et des services sociaux, les psychologues sont souvent mandatés pour la supervision, l'encadrement et le soutien d'autres intervenants et professionnels en protection de la jeunesse. Nous saluons la reconnaissance de cette contribution qu'ils peuvent apporter et souhaitons qu'elle se maintienne. Or, s'ils étaient plus nombreux, ils pourraient contribuer davantage aux efforts, notamment pour offrir des services directs d'évaluation et d'intervention auprès des enfants et de leur famille et pour accroître leur apport spécifique au sein des équipes interdisciplinaires.

Tous s'entendent pour affirmer qu'il y a un manque général de ressources professionnelles à la DPJ et que cela dépasse le seul besoin d'augmenter le nombre de psychologues. Or, les mandats qui peuvent être confiés à ces derniers sont nombreux, et nous en donnons ici quelques exemples. D'abord, le psychologue peut travailler directement à traiter l'enfant souffrant ainsi que l'adulte souffrant. Par exemple, il pourrait engager l'enfant dans une psychothérapie par le jeu, permettant à celui-ci de créer une relation significative et réparatrice, de vivre une expérience de lien d'attachement sécurisant avec un adulte accessible et présent, de mettre en lumière certains enjeux cruciaux et d'apprendre à composer avec ceux-ci¹⁰. Par ailleurs, le psychologue pourrait aussi offrir au parent un traitement psychothérapeutique. Ce traitement pourrait amener le parent à porter son regard sur sa propre souffrance d'enfant, et lui donner la possibilité non seulement d'y travailler, mais aussi de reconnaître chez son enfant cette même souffrance et de développer une véritable empathie permettant d'établir ou de consolider un lien d'attachement sécurisant. La psychothérapie pourrait aussi aider le parent à s'ouvrir sur ce dont il refuse de faire part, sur ce qui lui paraît ignoble ou inavouable, et ce, en vue d'y travailler dans un climat de confiance, dépourvu de jugement.

Pour en revenir aux besoins actuels des familles, il est essentiel de leur offrir du soutien lorsqu'elles en manifestent le besoin, plutôt que de devoir composer avec des situations où les problèmes seraient devenus chroniques. En effet, il faut travailler en amont afin d'éviter des impacts majeurs sur le développement des enfants (et des futurs adultes/parents). Malheureusement, l'impression qui se dégage de notre consultation, notamment, est que les professionnels sont sollicités principalement pour « éteindre des feux¹¹ » et qu'on envisage peu d'agir en prévention et en promotion de la santé.

Recommandation 2

Favoriser l'accessibilité aux services professionnels appropriés, notamment aux services psychologiques, au moment opportun, pour les enfants et leur famille.

¹⁰ Cela nécessiterait bien sûr des conditions de travail qui permettent cette pérennité de services par un même professionnel.

¹¹ Dans ce même esprit de prévention et de travail en amont des difficultés, les psychologues peuvent assumer avec succès la conduite de projets de recherche-action continue sur les terrains social et judiciaire, permettant de fonder les pratiques cliniques sur des bases scientifiques éprouvées.

Recommandation 3

Augmenter la masse critique des professionnels afin qu'ils puissent offrir une gamme de services de prévention, de soutien, d'accompagnement, d'évaluation et d'intervention, au-delà des services essentiels et de situation critique (urgence).

L'éducation psychologique et le soutien aux parents

Il n'est pas donné à tous les parents de comprendre spontanément comment répondre aux besoins de leurs enfants. Dans nos sociétés modernes où les transferts de connaissances entre générations ne sont pas toujours faciles, certains parents ont davantage besoin d'être guidés et soutenus. Or, afin de répondre aux besoins de leurs enfants, les parents doivent acquérir des habiletés parentales : ils doivent comprendre comment réagir aux pleurs et aux demandes insistantes de l'enfant, comment répondre de façon optimale au désir d'autonomie de l'enfant, comment gérer les éventuelles explosions émotionnelles, etc. Des parents peu outillés et peu soutenus, isolés socialement ou en détresse psychologique eux-mêmes peuvent avoir les meilleures intentions du monde et pourtant agir au détriment du développement de leur enfant¹².

Les psychologues font partie des professionnels formés pour offrir un soutien aux familles avant l'apparition de problèmes pouvant mener à un placement. Ils peuvent aussi offrir du soutien aux familles d'accueil lors de l'arrivée d'un enfant inconnu, qui vient bouleverser l'équilibre du système familial déjà en place. En effet, le fonctionnement quotidien des familles d'accueil peut être non optimal, les parents d'accueil peuvent être fragiles psychologiquement, épuisés, sans emploi, sans formation ni soutien pour comprendre le fonctionnement psychologique de l'enfant placé (ayant parfois lui-même une relation ambivalente avec la DPJ). Accueillir un enfant qui présente un trouble de l'attachement, qui a subi un abus ou de la négligence parentale sévère au tout début de sa vie, requiert des compétences qui dépassent le désir d'aider et d'accueillir que pourrait exprimer une famille désireuse de se porter volontaire. L'accueil de ces enfants nécessite la mise en place d'un encadrement de vie soigné, pensé, sécuritaire, supervisé par des cliniciens spécialisés, et ce, pendant au moins les premières années de placement. Les services actuellement offerts à ces familles semblent en deçà du minimum souhaitable.

Compte tenu de l'évolution de notre société, il serait essentiel que les jeunes adultes soient éduqués à la parentalité, et ce, non seulement eu égard aux soins physiques que requièrent les enfants, mais aussi aux besoins en lien avec le développement psychoaffectif de l'enfant, y compris des notions de base de la théorie de l'attachement. Ces apprentissages pourraient faire partie du cursus scolaire au même titre que les cours portant sur la sexualité. Nous insistons aussi sur l'importance de donner accès à des services de manière préventive, avant l'apparition de troubles de santé mentale ou l'aggravation des symptômes y étant associés. Nous savons qu'il est plus efficace de prévenir l'apparition des problèmes de santé mentale que de tenter de les résoudre une fois installés, ce qui est vrai tant pour les enfants que pour les adultes.

L'éducation psychologique et le soutien aux parents ont aussi pour but d'éviter les mauvais traitements, tant physiques que psychologiques, infligés aux enfants. Concernant les mauvais traitements

¹² Concernant l'importance du soutien aux parents, voir <https://developingchild.harvard.edu/resources/child-welfare-systems/> et <https://www.casey.org/parent-partner-program/>.

psychologiques, la recherche a démontré qu'ils ont des impacts dévastateurs et souvent plus graves que d'autres types de maltraitance (Collin-Vézina et al., 2011). De plus, il faut souligner qu'ils sont difficiles à repérer et que leurs conséquences sont difficiles à évaluer, car tout se joue dans la subjectivité. L'évaluation des mauvais traitements, quant à leur gravité et à leur récurrence, doit comprendre une évaluation des parents, de l'enfant et de leur relation. Cette évaluation doit se faire avec prudence et rigueur et reposer sur des critères reconnus. De surcroît, faire la démonstration d'un préjudice causé n'est pas simple et risque de susciter des controverses qui pourraient retarder la mise en place des mesures de protection. On devrait donc pouvoir s'appuyer sur une équipe interdisciplinaire mettant à contribution des professionnels formés et expérimentés, voués à la protection psychologique des enfants, et ce, peu importe que le degré retenu comme motif d'intervention soit le risque d'un préjudice ou la reconnaissance d'un préjudice.

Recommandation 4

Soutenir le développement et le maintien de compétences parentales et de pratiques éducatives parentales optimales, par des services d'éducation psychologique et de soutien aux parents, en temps opportun et à proximité.

Recommandation 5

Rendre disponibles aux enfants et à leur famille des équipes interdisciplinaires mettant à contribution des professionnels formés et expérimentés, voués à la protection psychologique des enfants.

Les enjeux ayant un impact sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des services professionnels

En matière de protection de la jeunesse, les intervenants et les professionnels impliqués semblent couramment confrontés à l'impuissance, comme le sont souvent les enfants qui leur sont signalés. Il importe de s'interroger sur les conditions de travail de ceux à qui ces enfants sont confiés. Une des questions est de savoir si les intervenants et les professionnels possèdent les moyens de s'acquitter des mandats qu'on leur confie, si on leur offre les conditions nécessaires pour qu'ils s'engagent et persistent dans un milieu de travail difficile et si on a ce qu'il faut pour les attirer et les retenir.

L'OPQ n'a pas pour mandat de travailler à l'amélioration des conditions de travail de ses membres ou des autres professionnels, mais force est de constater que celles-ci ont un impact sur la qualité des services. Conséquemment, il en va de la protection du public d'insister sur l'importance de l'amélioration des conditions d'exercice, sur l'importance de la continuité, de même que sur l'importance du climat de travail¹³. À cet effet, Glisson (1998) a démontré que le climat créé par l'organisation de services est le principal prédicteur de résultats positifs auprès des enfants et qu'il est déterminant pour la qualité des services offerts. Les travaux de Mintzberg (2009, 2011)¹⁴ vont dans le même sens. Ainsi, lorsque l'on traite de conditions d'exercice, de multiples facteurs doivent être pris en compte, dont la surcharge de travail, le manque de stabilité, ainsi que le manque de formation, de supervision et de soutien clinique.

¹³ Voir l'étude phare de Glisson et Hemmelgarn (1998) en secteur de protection.

¹⁴ Voir *Managing* (2009) et *Managing the myths of health care* (2011).

S'assurer que les conditions d'exercice permettent d'offrir des services de qualité

Les psychologues œuvrant dans les milieux dont il est question ici rapportent être surchargés par la lourdeur du travail« (Collin-Vézina, 2019) ». Quotidiennement, ils sont fortement sollicités sur les plans relationnel et émotionnel, en raison notamment de la complexité des cas, de l'urgence des situations et du niveau de détresse psychologique des clients. Ces professionnels travaillent sous pression, dans un contexte à haut niveau de stress, où l'erreur peut s'avérer lourde de conséquences. Aussi, les professionnels interviennent auprès d'un trop grand nombre de familles, ainsi qu'auprès de multiples équipes, de surcroît souvent instables, en raison notamment des congés de maladie. De plus, les professionnels manquent de temps pour intervenir, et leur charge de travail ne leur permet pas toujours d'exercer adéquatement leur rôle de conseil et d'assistance. Les conditions de travail actuelles peuvent parfois amener des interventions qui ne favorisent ni la continuité des services, ni la rétention du personnel. Le manque de ressources peut aussi engendrer une intensité de service moindre que celle qui serait optimale pour les clients, entraînant parfois des problèmes qui auraient pu être prévenus. Ainsi, l'amélioration des conditions d'exercice ne pourrait avoir qu'un impact positif sur la qualité des services et le bien-être des enfants.

En matière de référence concernant, notamment, les conditions de travail des professionnels, il y aurait finalement lieu de rappeler la pertinence du *Guide terrain pour le bien-être des enfants* de Rycus et Hughe (2006). Basé sur la psychologie du développement et adapté à la réalité québécoise, ce document clinique a d'ailleurs servi de clé de voûte au programme national de formation par compétences en protection de la jeunesse.

Recommandation 6

Reconnaître l'expertise des professionnels œuvrant auprès des enfants et de leur famille et revoir leurs conditions d'exercice afin de promouvoir la qualité des services.

Favoriser une continuité de services essentielle au développement de liens d'attachement sécurisants

Le roulement important des professionnels intervenant dans les dossiers entraîne une discontinuité dans les services offerts aux clients. Les professionnels se retrouvent constamment dans l'obligation de recréer des liens de confiance avec les enfants et leur famille, d'apprendre les problématiques propres à chaque situation, de s'approprier l'historique familial, médical, scolaire, social, etc., de s'assurer des suivis qui s'imposent et de faire face au risque de perte d'informations lors de la transmission des dossiers, cela alors qu'un des enjeux premiers pour ces enfants en besoin de protection est de développer un lien d'attachement sécurisant et significatif.

En effet, ces changements de personnel ont lieu auprès d'enfants fragilisés par leur situation familiale et sensibles à l'instabilité des professionnels, ainsi qu'auprès de familles qui présentent aussi un grand besoin de stabilité. Nous croyons qu'il faut favoriser la continuité dans les services, par exemple en permettant aux professionnels d'occuper des mandats multiples auprès d'un même enfant plutôt que de diviser le suivi de ce même enfant et le répartir entre divers professionnels (en tenant bien sûr compte des compétences de chacun). De plus, il est possible de favoriser une organisation des services qui réduise les ruptures de lien et qui permette d'établir des relations psychothérapeutiques à plus long terme, ces ruptures pouvant être dommageables pour plusieurs jeunes,

en particulier pour ceux aux prises avec des enjeux d'attachement. Il est difficile d'affirmer qu'il existe au Québec d'un réel continuum de services quant à l'offre faite aux enfants en difficulté¹⁵.

Recommandation 7

Favoriser la continuité des services professionnels auprès des clientèles qui présentent des besoins de stabilité sur le plan relationnel.

Favoriser des pratiques collaboratives permettant de répondre aux besoins de stabilité des enfants et de leur famille

Il serait souhaitable de favoriser une meilleure concertation entre les divers milieux (école, première ligne, milieu hospitalier, centre jeunesse), notamment entre le secteur de la santé et des services sociaux et le secteur de l'éducation. Cette concertation permettrait aux expertises des professionnels de se compléter; présentement, nous assistons souvent à des dédoublements entraînant une perte d'efficacité. Il importe aussi de déterminer le niveau de responsabilité de chacune des parties, de se pencher sur la clarification des rôles et mandats de chacun des partenaires et de développer de meilleurs canaux de communication, cela dans un souci d'augmenter le temps que les professionnels peuvent consacrer à l'intervention directe auprès des clients.

Pour assurer un suivi plus intégré et une meilleure compréhension des enjeux cliniques, il serait en outre souhaitable de soutenir l'application de pratiques de collaboration entre les différents professionnels du milieu scolaire (qui travaillent directement dans un des milieux de vie de l'enfant) et ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, il y a parfois des services dédoublés par méconnaissance de ce qui se fait dans le milieu scolaire et dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui est vrai autant pour les élèves du primaire et du secondaire que pour ceux des programmes de formation professionnelle. Il y a lieu également de favoriser l'interdisciplinarité et le travail collaboratif entre les professionnels, ces derniers possédant chacun leur expertise particulière et enrichissante (ergothérapeutes, psychoéducateurs, psychologues, psychothérapeutes, techniciens en éducation spécialisée, sexologues, travailleurs sociaux, etc.). Une meilleure communication entre les divers partenaires est primordiale afin que les services puissent être mieux arri-més.

Recommandation 8

Favoriser la concertation, les pratiques collaboratives et l'interdisciplinarité, afin de potentialiser les interventions auprès des enfants et de leur famille.

S'assurer que les professionnels bénéficient de la formation et du soutien clinique nécessaires aux pratiques de qualité

Le manque de formation pour plusieurs professionnels est particulièrement criant en ce qui a trait aux sphères du développement de l'enfant (théorie de l'attachement, notion de vécu traumatique) et de la santé mentale (notamment, la connaissance des troubles de la personnalité de même que des besoins des personnes porteuses d'un diagnostic de trouble mental ou de trouble de la personnalité).

¹⁵ Voir le *Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille* du MSSS (2004).

De plus, force est de constater qu'il y a un manque de formation sur les pratiques fondées scientifiquement, professionnellement et cliniquement, ce qui pourrait exacerber l'épuisement des professionnels. Ainsi, il serait bénéfique pour ces derniers de recevoir davantage de soutien clinique, de mentorat, de consultation et de supervision. La formation et le soutien clinique pourraient non seulement aider les professionnels à mieux composer avec la complexité, mais aussi favoriser l'exploration et la gestion de leurs réactions devant les situations hautement émotionnelles auxquelles ils sont confrontés. On néglige présentement le besoin fondamental des professionnels d'être accompagnés et soutenus professionnellement dans le cadre de leurs fonctions, d'autant plus qu'ils sont parfois confrontés à des situations comportant un potentiel traumatique. Il importe de se pencher sur la détresse psychologique des professionnels de la DPJ et de s'assurer de leur offrir le soutien psychologique requis sur place (p. ex. : service d'aide aux employés compétents, connaissant bien les enjeux des interventions en contexte de protection et de traumatismes vicariants). Il faut soigner les soignants, afin de s'assurer que les professionnels placés devant la détresse puissent conserver la réflexion, la disponibilité et l'écoute nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle.

Par ailleurs, nous constatons que plusieurs jeunes professionnels, ayant peu d'expérience, peuvent être parachutés dans des positions d'autorité et recevoir des mandats portant un haut niveau de risque. Ces jeunes professionnels, de bonne volonté, se trouvent trop souvent dans des situations complexes, à traiter des dossiers lourds qui devraient idéalement être pris en charge par des personnes plus expérimentées.

Recommandation 9

Bonifier la formation essentielle au développement et au maintien des compétences et bonifier le soutien clinique offert aux professionnels, afin d'assurer l'attrait et la rétention, ainsi que la relève.

Conclusion

Bien que tous cherchent à offrir les meilleurs services possible, force est de constater que l'on ne suffit pas à la tâche et que les signalements ne cessent de s'accroître. La détresse des enfants dont le développement est compromis est de plus en plus médiatisée. Or, l'indignation généralisée ne règle rien. Bon nombre d'intervenants et de professionnels sont découragés, alors qu'ils font pour la majorité le maximum possible avec les moyens dont ils disposent. Pour présider aux difficiles décisions cliniques et éthiques devant être prises, nous recommandons aux décideurs de s'appuyer sur un cadre de référence rigoureux et scientifique : celui de la psychologie du développement de l'enfant.

Nous souhaitons aussi que les solutions proposées par les personnes qui travaillent déjà dans les milieux dont il est question puissent alimenter les discussions des décideurs. Effectivement, nous sommes ici au cœur d'un processus où il ne faut pas avoir peur de changer les choses et où il faut se donner les moyens de nos ambitions. Une des valeurs fondatrices de notre société est de soutenir les enfants et les personnes vulnérables. « Il faut tout un village pour élever un enfant », nous dit un proverbe africain. Soyons tous ensemble ce village : notre responsabilité est ici de soutenir les enfants vulnérables, les parents souffrants, ainsi que les intervenants et les professionnels submergés par les mandats qui leur sont confiés.

Références

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Alink, L. R. A., Cyr, C., Madigan, S., Savage, L.-É., Tarabulsky, G. M., Pearson, J., ... Gagné, L.-M. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development & Psychopathology*, 31(1), 9–21.
- Baudry, C., Lessard, J., Tarabulsky, G. M., Roberge, A., Servot, S., et Poitras, K. (2016). L'évaluation psychologique des capacités parentales en contexte de protection de la jeunesse. Dans K. Poitras, C. Baudry, et D. Goubau (dir.), *L'enfant et le litige en matière de protection : Psychologie et droit*. Montréal : Presse de l'université du Québec.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte. Vol. 1. Attachement*. Paris: P.U.F.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Vol. 2. La séparation, angoisse et colère*. Paris : P.U.F.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. Vol. 3. La perte, tristesse et dépression*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. New-York: Basic Books.
- Brunet, L. (2014). *L'expertise psycholégale*. 2e édition. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Bucci, S., Roberts, N. H., Danquah, A. N., et Berry, K. (2015). Using attachment theory to inform the design and delivery of mental health services: A systematic review of the literature. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 88(1), 1–20.
- Centre Jeunesse de Québec - Institut Universitaire (2005). *Évaluation des capacités parentales*. Document de travail. Québec : CJQ-IU.
- Champenois, A. et Tereno, S. (2016). L'influence du lieu de garde sur le style d'attachement de l'enfant à l'enseignant en petite section d'école maternelle. *Devenir*, 28(3), 159–175.
- Choate, P. W., Kohler, T., Cloete, F., CrazyBull, B., Lindstrom, D., et Tatoulis, P. (2019). Rethinking *Racine v Woods* from a Decolonizing Perspective: Challenging the Applicability of Attachment Theory to Indigenous Families Involved with Child Protection. *Canadian Journal of Law & Society*, 34(1), 55–78.
- Collin-Vézina, D. (2019, 5 novembre). DPJ : les enfants risquent d'être traumatisés de nouveau par le système. *La Presse*. Repéré à : <https://www.lapresse.ca/actualites/201911/05/01-5248405-dpj-les-enfants-risquent-detre-traumatisees-de-nouveau-par-le-systeme.php>
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577–589.
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Brazeau, C., et Laurier, C. (2019). Initial Implementation of the ARC Framework in Juvenile Justice Settings. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(5), 631–654.

- Comité sur l'évaluation du système des services sociaux. (2006). Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Centrejeunessemontreal/9782892181845.pdf>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. Repéré à <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525>
- Commission royale sur les peuples autochtones. Repéré à <http://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/introduction.aspx>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2015). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse*, p. 28. Repéré à http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/Loi_protection_jeunesse_2015_Article_156.pdf
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., et Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29(2), 565–574.
- Éthier, L.-S., Bourassa, L., Klapper, U., et Dionne, M. (2006). *L'évolution des familles négligentes : Chronicité et typologie*. Rapport de recherche Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Trois-Rivières, Canada : Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN). Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hypertextion/a34757.pdf>
- Éthier, L.-S., Nolin, P., Adam, D., Bourassa, L. et Simard, I. (2010). Programme « Être ». *Approche systémique visant à contrer les effets des traumatismes relationnels chez les enfants*. Dans D. Lafortune, M. M. Cousineau et C. Tremblay (Éd.), *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficultés* (p. 199-220). Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <https://books.openedition.org/pum/6487?lang=fr>
- Gagnon, K. (2019, 4 juin). DPJ: des jeunes déplacés jusqu'à 50 fois. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/201906/03/01-5228671-dpj-des-jeunes-deplaces-jusqua-50-fois.php>
- Gauthier, L. (2019a) Auditions de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse du Québec. (27 novembre 2019). (Témoignage [expert] de Louisiane Gauthier, psychologue retraitée) (CSDEPJ-P-019). Repéré sur le site de l'auteur à https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-019_Presentation_de_Louisiane_Gauthier.pdf
- Gauthier, L. (2019b, 15 mai). Le sens du temps chez les enfants. *La presse*. Repéré à http://mi.lapresse.ca/screens/66952af0-a66c-4430-8419-99c51c7e4186_7C_0.html
- Glisson, C. et Hemmelgarn, A. L. (1998). The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child abuse and Neglect*, 22(5), 401-421.
- Gouvernement du Québec (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>

- Inserm (dir.). (2009). Prévention des troubles émotionnels chez l'enfant et l'adolescent (chapitre 2). Dans *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Rapport*. Paris : Les éditions Inserm. Repéré à <http://hdl.handle.net/10608/89>.
- Johnson, R., Browne, K., et Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young Children in Institutional Care at Risk of Harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(1), 34–60.
- Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(45), 11414–11419.
- Manning, R. P. C., Dickson, J. M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A., et Taylor, P. J. (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 211, 44–59.
- Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (2010). *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/GuideSoutenirPremiereTransScolQualite_f.pdf
- Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux). (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (30 avril 2004). *De la complicité à la responsabilité : Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Québec : Direction générale des services sociaux.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Mintzberg, H. (2012). Managing the myths of health care. *World Hospitals And Health Services: The Official Journal Of The International Hospital Federation*, 48(3), 4–7.
- Moss, E. (2009). L'intervention auprès des familles vulnérables fondées sur les principes de l'attachement. *Psychologie Québec*, 26(3), 16-19.
- Moss, E. et Lecompte, V. (2015). Attachment and Socioemotional Problems in Middle Childhood. *New Directions for Child & Adolescent Development*, 2015(148), 63–76. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/cad.20095>
- Ogilvie, C. A., Newman, E., Todd, L., et Peck, D. (2014). Attachment & violent offending: A meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, 19(4), 322–339.
- Ordre des psychologues du Québec (2005). Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales. *Projet de loi N.125. Loi modifiant la loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*. Montréal : Auteur.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., ... Robert, M. (2004). Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Sherbrooke, Canada : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Poitras, K., Mignault, L., et Goubau, D. (2014). *L'enfant et le litige en matière de garde. Regards psychologiques et juridiques*. Montréal : Presse de l'université du Québec.
- Pouliot, E., Turcotte, D., Saint-Jacques, M.-C., et Goubau, D. (2016). Les représentations sociales de la compétence parentale. Une comparaison des perspectives sociale et judiciaire. Dans K.

- Poitrais, C. Beaudry et D. Goubau (dir.), *L'enfant et le litige en matière de protection*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rycus, J. S. et Hugues, R. C. (2006). *Guide terrain pour le bien-être des enfants* - 4 tomes. Montréal : éditions Sciences et culture.
- Rutter, M. (1995). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *Journal of Child Psychology and Psychoanalysis*, 36, (4), 549-571.
- Tarabulsky, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Savage, L.-E., ... Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1358–1369.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., et Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
doi:10.3917/dev.072.0151.
- Verhage, M. L., Fearon, R. M. P., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Madigan, S., ... Cassidy, J. (2018). Examining Ecological Constraints on the Intergenerational Transmission of Attachment Via Individual Participant Data Meta-analysis. *Child Development*, 89(6), 2023–2037.
- Virat, M. (2016). Dimension affective de la relation enseignant-élève avec les adolescents : Revue des études longitudinales et perspective de l'attachement. *Revue de Psychoéducation*, 45(2), 405–430.

Recommandations

Recommandation 1

Toute décision en matière de protection de l'enfant devrait être prise en tenant compte d'abord du besoin de continuité et de stabilité de l'enfant dans ses liens d'attachement, ses soins et ses conditions de vie.

Recommandation 2

Favoriser l'accessibilité aux services professionnels appropriés, notamment aux services psychologiques, au moment opportun, pour les enfants et leur famille.

Recommandation 3

Augmenter la masse critique des professionnels afin qu'ils puissent offrir une gamme de services de prévention, de soutien, d'accompagnement, d'évaluation et d'intervention, au-delà des services essentiels et de situation critique (urgence).

Recommandation 4

Soutenir le développement et le maintien de compétences parentales et de pratiques éducatives parentales optimales, par des services d'éducation psychologique et de soutien aux parents, en temps opportun et à proximité.

Recommandation 5

Rendre disponibles aux enfants et à leur famille des équipes interdisciplinaires mettant à contribution des professionnels formés et expérimentés, voués à la protection psychologique des enfants.

Recommandation 6

Reconnaître l'expertise des professionnels œuvrant auprès des enfants et de leur famille et revoir leurs conditions d'exercice afin de promouvoir la qualité des services.

Recommandation 7

Favoriser la continuité des services professionnels auprès des clientèles qui présentent des besoins de stabilité sur le plan relationnel.

Recommandation 8

Favoriser la concertation, les pratiques collaboratives et l'interdisciplinarité, afin de potentialiser les interventions auprès des enfants et de leur famille.

Recommandation 9

Bonifier la formation essentielle au développement et au maintien des compétences et bonifier le soutien clinique offert aux professionnels, afin d'assurer l'attrait et la rétention, ainsi que la relève.