



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire



MON PROJET DE VIE

Guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013

0 - 5 ans



Guide de pratique

pour la clientèle 0-5 ans

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013





Note :

Dans le but d'alléger le texte, le « masculin » est utilisé sans aucune discrimination.

Le terme « parent » est utilisé généralement au singulier et réfère à l'un ou l'autre des deux parents ou encore aux deux parents, selon le contexte.

Le terme « intervenant » représente généralement l'un ou l'autre des professionnels qui œuvrent directement ou indirectement auprès de la clientèle du centre jeunesse.

Production :

Contenu et correction du document : Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires (DDPPAU)

Mise en page : Direction des communications et des relations avec la communauté

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

Tout projet d'adaptation ou de traduction doit faire l'objet d'une demande écrite à la Direction des communications et d'une entente préalable entre les parties.

ISBN : 978-2-921880-29-9

© Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2013

2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 661-6951
Télécopieur : 418 661-2845

Dépôt légal : 4^e trimestre 2013
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Coordination des travaux

Lyne Labrecque, agente de planification, de programmation et de recherche à la DDPPAU

Révision et adaptation du guide de pratique

Odette Lachance, spécialiste en activités cliniques, DSJF

Hélène Landry, spécialiste en activités cliniques, formatrice Démarche du projet de vie, DSJF

Lyne Foisy, éducatrice, équipe polyvalente Les Chutes, DSJF, représentante conseil multidisciplinaire

Guy Langlois, réviseur, Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Johanne Guimont, éducatrice clientèle 0-5 ans, DSJF, représentante conseil multidisciplinaire

Lyne Labrecque, agente de planification, de programmation et de recherche, DDPPAU

Remerciements

D'emblée, il est important de souligner que plusieurs éléments du guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans « Mon passeport, pour un milieu de vie permanent et exempt de compromission » (CJQ-IU, 2006) sont conservés dans la révision et l'adaptation de celui-ci. L'élaboration de « Mon passeport » en août 2006 demeure, même suite à sa révision, le résultat de l'engagement de personnes qui ont développé une intervention spécifique auprès d'une clientèle vulnérable tout au cours des années 2000 à 2006. Déjà à ce moment, ce guide de pratique permettait aux intervenants de travailler de façon structurée et intensive auprès des familles, dans l'objectif de clarifier rapidement un projet de vie permanent pour les enfants de 0 à 5 ans dont la sécurité ou le développement était compromis. De toute évidence, la démarche d'élaboration de ce guide allait dans le sens et l'orientation des modifications apportées à la LPJ en juillet 2007. C'est pourquoi des remerciements sont d'abord adressés à ces personnes qui y ont travaillé assidûment et plus particulièrement à Odette Lachance, Alain Drolet, Sylvie Lacroix, Karina Mathieu et Martin Roy. De plus, il est important de souligner l'implication des intervenants, professionnels, gestionnaires et chercheur qui ont aussi été impliqués dans ce guide soit : Jacinthe Beaudry, Jacques Bouchard, Diane Boucher, Peggy Rouleau, Michael Burns, Émile Carreau, Denise Fréchette, Diane Genest, Reine Labranche, Lise Nadeau, Michèle Paradis, Isabelle Simard, Michèle Tourigny, George Tarabulsky, et Sonia Brown.

Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans est la révision et l'adaptation de « Mon passeport, pour un milieu de vie permanent et exempt de compromission ». Nous remercions chaque membre du groupe de travail mandaté en 2009 pour l'assiduité, la rigueur et la persévérance maintenues tout au long des travaux. Des remerciements sont aussi adressés à toutes les personnes qui ont pris le temps de lire et de commenter ce guide de pratique, ainsi qu'à Mme Alexandra Small, agente administrative à la DDPPAU, pour son étroite collaboration.





Préambule

Le 16 avril 2007, le comité de direction du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) adopte un plan d'action visant à adapter les pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

Le premier objectif de ce plan d'action est de « favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants ». Cet objectif prévoit entre autres de développer une pratique permettant d'offrir un projet de vie stable et permanent à chaque enfant, peu importe son âge, après la durée maximale d'hébergement prescrite à la loi. À ce moment, la pratique de l'application de la démarche de projet de vie est déjà bien établie dans notre établissement, particulièrement auprès de la clientèle 0-5 ans. Pour ce faire, « Mon passeport, pour un milieu de vie permanent et exempt de compromission » (CJQ-IU, 2006) est le guide de pratique utilisé pour faire cette démarche de projet de vie. Il s'agit donc de réviser ce guide de pratique à partir des modifications apportées à la LPJ et du cadre de référence élaboré par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2009).

En février 2009, la Table clientèle 0-5 ans mandate la Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires (DDPPAU) et un groupe de travail pour effectuer la révision et l'adaptation de « Mon passeport » dont l'appellation est maintenant :

*Mon projet de vie,
Guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*

Table des matières

Introduction	1
Définition de la notion « projet de vie »	2
Que représente le projet de vie pour la clientèle 0-5 ans?	3
Sens et philosophie qui sous-tendent la démarche du projet de vie	4
Avantage de l'utilisation de ce guide de pratique	5
Défis et préoccupations.....	6
Conditions favorisant le processus d'intervention.....	7
Cadre conceptuel.....	12
Processus d'intervention en protection de la jeunesse intégrant la démarche du projet de vie	15
Démarche du projet de vie.....	16
À l'Orientation.....	18
ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie	19
À l'Application des mesures.....	22
ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie	23
ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)	25
ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie	27
Conclusion.....	73
Références bibliographiques	75

Annexes

Annexe 1 : L'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE)	79
Annexe 2 : L'inventaire du soutien social et familial (ISSF)	81
Annexe 3 : Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED)	83
Annexe 4 : Le Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant	85
Annexe 5 : Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et Guide d'accompagnement de la grille	87
Annexe 6 : Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse.....	115
Annexe 7 : Développement de l'enfant et effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant.....	119
Annexe 8 : Indicateurs du retrait de l'enfant	129

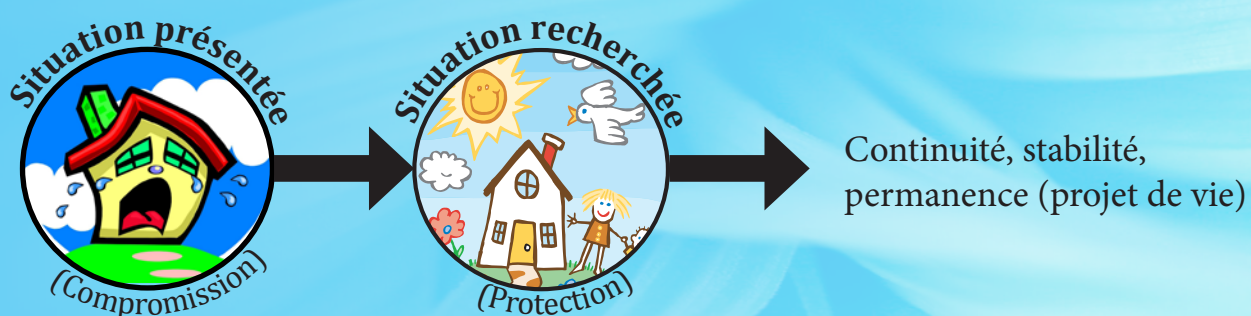
Introduction

Au CJQ-IU, les situations d'enfants âgés de 0 à 5 ans comptent pour environ le tiers des signalements reçus à la DPJ et représentent approximativement 20 % de la clientèle prise en charge (CJQ-IU, 2011b).

Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans, est un guide à l'intention des intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle. Il doit être utilisé de façon systématique dès que la situation d'un enfant, dont l'âge se situe entre 0 et 5 ans, est compromise.

L'approche proposée correspond à un ensemble de lignes directrices pour la clientèle cible. L'enfant se trouve au cœur du processus alors que les interventions s'adressent principalement aux parents. Le modèle se veut non seulement une structure d'intervention, mais également une description des stratégies à appliquer dans un délai prescrit pour atteindre les résultats escomptés.

L'intervention est orientée vers le développement et le maintien d'un milieu de vie stable et exempt de compromission pour l'enfant en favorisant la restauration des habiletés parentales et du mode de vie des parents. Ce travail est fait afin de permettre à l'enfant d'être investi et de s'investir dans son milieu familial ou, si le parent ne se mobilise pas suffisamment, de le confier à un milieu de vie substitut. Le projet de vie pour l'enfant doit d'abord viser le maintien ou le retour dans le milieu familial, si telle est l'intention du parent. Cependant, l'intervenant demeure centré sur les besoins de l'enfant avec ce que cela implique quant à la primauté de ses intérêts.



Ce modèle d'intervention vise donc le développement d'une pratique spécifique auprès de la clientèle 0-5 ans afin d'offrir à ces enfants, dont la sécurité ou le développement est compromis, un projet de vie, dans un milieu permanent et exempt de compromission.

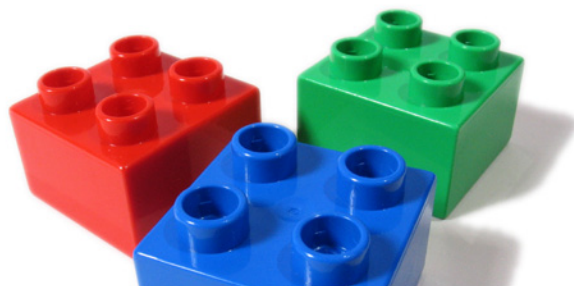
Définition de la notion « projet de vie »

Les modifications apportées à la LPJ laissent sous-entendre l'importance du projet de vie pour chaque enfant pris en charge sous cette loi. Même si la notion de « projet de vie » n'y est pas explicitement nommée, l'article 4 (voir annexe 6) y fait clairement référence.

À partir de cet article de loi, cette notion de « projet de vie » implicite se précise et appuie une démarche spécifique déjà existante dans la pratique sociale professionnelle. Pour faire suite à cette pratique et pour tenir compte des nouvelles dispositions à la loi, l'ACJQ a élaboré un cadre de référence « Un projet de vie, des racines pour la vie », dans lequel on y définit le projet de vie comme étant : « La situation dans laquelle un enfant peut vivre de façon stable et permanente ».

Il y est aussi précisé que « le projet de vie présente deux dimensions : la **dimension physique**, qui a trait au milieu de vie et au lieu d'appartenance, et la **dimension affective**, qui a plutôt trait à une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement (ACJQ, 2009). »

Le projet de vie est avant tout une philosophie dont découle une démarche clinique systématique devant être entamée au moment même de l'entrée de l'enfant dans les services de protection de la jeunesse. Cette démarche clinique doit se réaliser le plus rapidement possible, compte tenu des durées maximales d'hébergement introduites dans la loi. Au terme de ces durées, la Chambre de la jeunesse doit rendre une ordonnance tendant à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées aux besoins et à l'âge de l'enfant, de façon permanente. Pour la clientèle 0-5 ans, cette durée maximale d'hébergement est de 12 mois si l'enfant a moins de 2 ans et de 18 mois si l'enfant est âgé de 2 à 5 ans.



Que représente le projet de vie pour la clientèle 0-5 ans?

La démarche du projet de vie pour un petit âgé entre 0 et 5 ans consiste 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 dans son milieu familial exempt de compromission ou dans un milieu familial substitut permanent, le cas échéant. Cette démarche clinique doit continuellement considérer la notion de temps chez les petits car cette notion a une valeur différente chez l'enfant de celle chez l'adulte, compte tenu de ce qu'il vit, de ses besoins, de ses intérêts et de son développement.

La démarche du projet de vie doit donc se réaliser dans un délai limité dans le temps, considérant que la situation d'un enfant évoluant dans un milieu de compromission peut se détériorer très rapidement et que les développements cognitif, physique, social et affectif de celui-ci risquent fortement d'en être affectés. L'actualisation de ce projet de vie, dans un délai relativement court, favorise grandement la construction d'un lien affectif sécurisant qui permettra à l'enfant de se développer le plus harmonieusement possible dans toutes ses sphères de vie. À l'inverse, un projet de vie qui demeure flou, ou qui ne s'actualise pas dans un délai relativement court, peut contribuer à le fragiliser dans son développement. Cela peut l'amener à édifier un modèle d'attachement dans lequel les indices d'évitement, d'ambivalence, voire même de désorganisation, seront présents, lui causant des difficultés relationnelles importantes. L'intervenant doit garder en tête qu'un lien affectif fort et durable, dans lequel l'enfant a réponse à ses besoins, demeure un prérequis à l'enracinement de l'enfant dans son milieu de vie qui sera garant de son adaptation ultérieure.

Ainsi, la protection de l'enfant et la poursuite de son développement représentent des visées qui doivent guider toute la pratique auprès de cette clientèle se caractérisant par une extrême vulnérabilité et impliquant une étroite gestion du risque.

Sens et philosophie qui sous-tendent la démarche du projet de vie

Le projet de vie est présenté comme une philosophie dont découle un processus clinique systématique qui doit être entamé au moment même de l'entrée de l'enfant dans les services de protection de la jeunesse. Cette philosophie sous-tend que l'être humain est un être social en recherche de relations. À ce titre, c'est à travers des liens significatifs bâtis au fil du temps, liens ayant un caractère de permanence, que l'enfant arrivera ou cherchera à donner un sens à sa vie. Son histoire de liens fera ce qu'il deviendra.

Le lien significatif permet à tout être humain de se constituer un ancrage affectif, une appartenance au sein de laquelle il peut définir son identité. Le cœur du projet de vie, son sens profond, est donc de donner à l'enfant la possibilité de se doter de repères lui permettant de mieux cerner, à travers les liens passés, présents et futurs, ceux qui détermineront son devenir. À partir de là, il doit lui être offert la possibilité et le soutien nécessaire pour développer et établir les liens significatifs avec une ou des personnes aptes à lui procurer une relation et un engagement pour la vie. Ces liens sont ceux qui lui permettront de cheminer vers une vie autonome, un devenir qui sera vraiment le sien et auquel il pourra adhérer.



Avantage de l'utilisation de ce guide de pratique

De manière générale, l'approche clinique proposée dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*, favorise une rigueur dans l'intervention auprès de cette clientèle, tout en permettant de briser l'incertitude et l'insécurité qui peuvent s'installer chez ces enfants en contexte de protection de la jeunesse.

Un tel guide de pratique permet de structurer l'intervention en cohérence avec la LPJ et le Cadre de référence *Un projet de vie, des racines pour la vie* (ACJQ, 2009). Il a aussi pour avantage de favoriser la réalisation d'activités spécifiques permettant d'agir sur les problématiques inhérentes à cette clientèle, telles que l'attachement et les retards de développement.

Le modèle proposé favorise également la concertation, la cohérence, l'uniformité et la coordination avec les autres services et offre des points de repère dans l'intervention, assurant ainsi la continuité clinique auprès de l'enfant et son parent. L'enracinement de l'enfant dans son projet de vie, que ce soit dans son milieu familial ou dans son milieu substitut, contribue à la formation et au maintien d'un lien affectif sécurisant pour lui.

Le guide de pratique est conçu pour aider l'intervenant à offrir systématiquement des opportunités au parent en lien avec les éléments de compromission identifiés. La démarche élaborée propose une intensité dans l'intervention par une étroite collaboration entre le psychosocial et la réadaptation. Elle permet de préciser les enjeux cliniques avec le parent et de le responsabiliser dans les choix qu'il fait et qu'il privilégie.

La structuration de l'intervention contribue aussi à diminuer l'impact des valeurs personnelles de l'intervenant dans le travail auprès de l'enfant et de sa famille. Par exemple, un intervenant peut être enclin à prendre des mesures de retrait trop rapides parce que son seuil de tolérance à la gestion du risque, inhérente à la clientèle 0-5 ans, se situe à un niveau très bas. De même, dans une volonté de maintenir les liens de filiation, un intervenant peut tolérer une situation familiale où l'enfant risque d'acquiescer des retards quasi irrécupérables ou encore qu'il soit amené à vivre de multiples déplacements qui, à chaque fois, l'insécurisent et le fragilisent un peu plus. Grâce à la structure d'intervention proposée, les décisions s'appuient sur des critères davantage mesurables et observables.

Défis et préoccupations

Ce modèle d'intervention introduit des façons de faire à toutes les étapes du processus de protection de la jeunesse, tant dans ses modalités, dans ses orientations que dans ses principes d'application. Les principales façons de faire, proposées dans ce guide de pratique, ont trait aux aspects suivants :

- La systématisation de la démarche du projet de vie pour l'enfant âgé entre 0 et 5 ans;
- L'optimisation et la rigueur de la trajectoire continue de services;
- L'intensité des mesures de soutien au parent;
- L'utilisation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) pour dépister les retards possibles dans le développement de celui-ci;
- L'accentuation des moyens pour la poursuite du développement de l'enfant;
- La mobilisation accrue des ressources internes et externes;
- La référence aux principes des articles 2, 3 et 4 de la LPJ (voir annexe 6) permet à l'intervenant de dépersonnaliser ses interventions tout en les balisant.



Conditions favorisant le processus d'intervention

Il est intéressant de considérer les conditions gagnantes pour la réalisation du processus d'intervention proposé dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*. L'intégration de ces conditions dans la pratique, par les intervenants et les gestionnaires, augmentent les chances d'atteindre les objectifs poursuivis par le processus d'intervention.

Situer la démarche dans le temps (délais / durées maximales d'hébergement)

Il est essentiel de signifier au parent qu'il ne dispose pas d'un temps illimité pour se mobiliser. En ce sens, la LPJ établit des durées maximales d'hébergement au-delà desquelles elle oblige à offrir à l'enfant des mesures tendant 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. Pour la clientèle âgée entre 0 et 5 ans, rappelons que ces durées maximales d'hébergement sont de 12 mois si l'enfant a moins de 2 ans et de 18 mois si l'enfant est âgé de 2 à 5 ans.

Il s'avère important de rappeler régulièrement ce délai de mobilisation au parent puisque, lors de la Table de révision, un bilan sera effectué sur les résultats de son cheminement.

Définir clairement le mandat des intervenants impliqués

La responsabilité de l'application de la démarche du projet de vie appartient à l'intervenant psychosocial alors que l'intervenant de la réadaptation, lorsqu'il est associé, a la responsabilité d'y contribuer.

Les mandats conjoints nécessitent une collaboration étroite entre l'intervenant psychosocial et celui de la réadaptation. Ce travail de collaboration amène à mieux définir les mandats respectifs, à comprendre et à apprécier le travail spécifique de chacun et à respecter l'expertise de l'autre. Cet arrimage positif est facilité par les discussions cliniques permettant des réflexions sur le rôle spécifique de chacun, mais aussi par l'intensité dans l'intervention, favorisant ainsi la concertation.

Le rôle psychosocial s'inscrit dans la réalisation de la démarche du projet de vie pour l'enfant. En concordance avec le mandat de personne autorisée, l'intervenant psychosocial s'occupe de soutenir et d'orienter le parent dans sa reprise en main, par la restauration de son mode de vie dans les éléments qui compromettent la sécurité ou le développement de son enfant. Il interpelle le parent dans la façon dont les éléments de compromission retenus entravent sa capacité parentale et nuisent au développement de son enfant.

Le rôle de l'intervenant de la réadaptation vise l'évaluation et le développement des habiletés parentales. L'éducateur accompagne le parent dans l'acquisition de méthodes

éducatives adéquates, répondant aux besoins de l'enfant et lui permettant de poursuivre son développement. Il aide le parent à développer sa sensibilité parentale, c'est-à-dire un décodage et une réponse adéquats aux besoins de l'enfant, dans un délai approprié et acceptable pour ce dernier. De par ses observations, ses interactions et son analyse, il contribue au cheminement du parent dans l'exercice de ses habiletés et rôles parentaux. Ses interventions ponctuelles favorisent le développement de ceux-ci. De par sa fonction, il joue un rôle contributif important à la démarche du projet de vie dans son ensemble.

Intervenir avec intensité (rapidement, au bon moment, souvent)

L'intervention rapide, répétée et réalisée au bon moment, constitue une clé essentielle dans le guide de pratique. Cette intensité dans l'intervention se concrétise, entre autres, par l'attribution de mandats conjoints (psychosocial et de réadaptation) dans la majorité des situations. Elle se manifeste alors par la co-intervention ciblée, c'est-à-dire exécutée au moment opportun :

- Lors de l'élaboration du plan d'intervention (PI) initial;
- Lors des occasions pour faire le point et pour favoriser une circulation efficace de la communication;
- Lors d'événements exigeant une intervention plus soutenue;
- Lors de la révision du PI;
- Lors de la Table de révision.

Elle se manifeste aussi par la constance dans l'intervention et le rythme rapide des interventions à l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié**. Ce volet de la démarche commande une mobilisation concrète et une ouverture de la part du parent ainsi qu'une disponibilité de l'intervenant afin d'offrir tout le soutien nécessaire pour nourrir l'alliance avec ce dernier et le garder en action.

Pour le gestionnaire, une attention particulière de la charge de cas est indiquée afin d'éviter que l'intervenant se retrouve avec une majorité de situations comportant une intensité d'intervention aussi exigeante.

Impliquer le parent

L'implication du parent dans le processus d'intervention est essentielle pour rétablir la situation et faire en sorte que l'enfant évolue dans un milieu exempt de compromission. Cette implication est d'ailleurs soutenue par l'article 4 de la LPJ (voir annexe 6).

D'une part, cette implication attendue et souhaitée, exige du parent la compréhension de ses difficultés et la reconnaissance de l'impact négatif de celles-ci sur le développement de son enfant. D'autre part, cette implication sous-tend une mobilisation rapide du parent afin d'en arriver à jouer adéquatement son rôle auprès de son enfant. Il est aussi important de relever les forces du parent, de souligner ses réussites et de se servir de celles-ci comme levier pour accentuer sa motivation. Pour ce faire, l'approche médiation fournit des stratégies d'intervention pertinentes à l'émergence de l'implication du parent. Cette approche prend en considération la personne et l'encourage à exprimer ses besoins, entre autres, par un accueil chaleureux et respectueux.

Préciser les attentes à l'égard du parent

Dès l'Orientation, lors de la trajectoire continue, l'intervenant doit préciser ses attentes à l'égard du parent. Ces attentes sont relatives à la reconnaissance des difficultés, à la mobilisation pour rétablir la situation et à l'implication dans la démarche du projet de vie. Celle-ci s'amorce de façon systématique dans tous les cas où la situation de l'enfant est compromise.

Les attentes à l'égard du parent sont modulées en fonction des principes énoncés dans les articles 2, 3 et 4 de la LPJ (voir annexe 6). Il importe pour l'intervenant de demeurer vigilant quant au mandat de protection et de favoriser la restauration de la capacité parentale visant une réponse adéquate aux différents besoins de l'enfant. L'élimination de la compromission n'équivaut pas nécessairement à l'élimination des besoins d'aide pour la famille. Ce travail peut se poursuivre par le biais d'autres organismes. Les attentes à l'égard du parent se retrouvent aussi dans le plan de services individualisé et le plan d'intervention (PSI-PI).

Travailler en équipe ou en co-intervention

Le travail d'équipe et la co-intervention sont deux conditions qui facilitent l'intervention. Le présent guide de pratique privilégie le travail d'équipe avec les différents collègues (éducateurs, spécialistes en activités cliniques, réviseurs, psychologues, intervenants AÉO, chefs de service, etc.). Ce travail d'équipe favorise non seulement le développement d'une vision et d'un langage communs en ce qui a trait à la pratique auprès de la clientèle 0-5 ans, mais également l'exploration de nouvelles avenues d'intervention.

La co-intervention permet de partager le risque, de valider les perceptions et les interventions et suscite l'éclosion d'idées novatrices pour intervenir. Cette co-intervention devient pertinente en regard de la vulnérabilité de l'enfant, de l'évaluation et de la gestion du risque, de la gravité ou de l'urgence d'une situation. Elle devient soutenante et efficiente dans certains moments particuliers telle qu'une rupture liée à un placement ou un déplacement de l'enfant.

Axer sur la concertation

Il est reconnu que l'adaptation parentale passe par une intégration significative de la famille dans la communauté. En effet, plus le parent développe des points de référence et des points d'ancrage autour de lui, moins il est stressé et vulnérable dans les moments de crise. C'est pourquoi il est très important de tenter de développer les réseaux qui entourent le parent, que ce soit le réseau familial, social ou communautaire, spécialement dans un processus de maintien ou de retour de l'enfant en milieu familial.

Pour ce faire, il devient essentiel qu'un inventaire des ressources soit disponible et à jour. Il est aussi nécessaire de faire des liens avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), partenaire privilégié pendant et après l'intervention en protection de la jeunesse. À quel moment le CSSS peut-il être impliqué et comment? Quels moyens peuvent être déployés par ce partenaire pour contribuer à soutenir l'intervention auprès de la famille? À cet égard, l'arrimage du travail de chacun des partenaires dans l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) constitue une condition gagnante de l'intervention.

Responsabiliser le parent dans ses choix

Le principe d'autodétermination du parent est ici interpellé. Celui-ci doit prendre conscience que les gestes qu'il pose et les actions qu'il entreprend tout au long de l'intervention confirment ou infirment ses intentions. Afin d'éviter que l'intervenant n'ait l'impression d'être le seul à travailler, un des leitmotivs du processus d'intervention consiste à favoriser l'« empowerment », à « remettre la balle dans le camp du parent ». En ce sens, l'intervenant respecte les choix du parent, tout en l'accompagnant et en lui expliquant l'interprétation clinique qu'il en fait : ses choix le rapprochent-ils ou l'éloignent-ils de son intention de garder ou de reprendre son enfant, et ce, dans les délais attendus?

Offrir des opportunités au parent

Cette condition gagnante fait appel à la créativité et à la souplesse de l'intervenant afin d'être à l'affût de toutes les opportunités qui peuvent être offertes au parent.

Ces opportunités peuvent être en lien avec :

- Les habiletés parentales;
- Le mode de vie du parent.

Ces opportunités peuvent se concrétiser par :

- La présence à chacune des entrevues;
- La présence et l'implication active aux visites supervisées;
- La recherche et l'inscription à différents services proposés ou spécialisés;

- La fréquentation assidue et l'implication à ces services;
- La participation aux évaluations demandées, etc.

Plus les opportunités offertes au parent sont nombreuses, plus le bilan de ses actions et de ses choix, dans le cadre du PSI-PI et de la révision, reflètera la réalité de sa situation.

Recourir aux outils cliniques et aux discussions

Les outils cliniques permettent d'objectiver le jugement professionnel, d'avoir un langage commun et de comparer les résultats à différents moments de l'intervention. De plus, ils deviennent un facteur de motivation pour le parent qui s'appuie sur des résultats concrets pour poursuivre sa démarche.

En ce qui a trait aux discussions cliniques, elles favorisent le partage d'expertise, l'intégration du processus d'intervention et le soutien lors de situations complexes.

Depuis septembre 2011, il existe un groupe de soutien concernant la démarche du projet de vie regroupant tous les groupes d'âge. Les intervenants y sont conviés dans le but de présenter une situation, de poser des questions ou simplement pour écouter les collègues et approfondir leurs connaissances.

Bénéficier d'un soutien et d'un encadrement cliniques

Le soutien et l'encadrement cliniques sont des conditions essentielles à de meilleurs standards de pratique. Le spécialiste en activités cliniques jouant ce rôle permet de développer une vision différente et dégagée des situations. De par son objectivité, il peut soutenir l'intervenant selon les balises déterminées dans le guide de pratique.

Le soutien et l'encadrement cliniques permettent également de développer la pratique, notamment grâce aux discussions cliniques en petit groupe. Celles-ci favorisent le partage d'expertise et l'expérimentation de nouvelles façons d'intervenir auprès du parent et de l'enfant.

Le soutien et l'encadrement permettent aussi de rester centré sur l'enfant et de prendre les décisions en fonction de son intérêt.

Cadre conceptuel

Approche développementale

L'intervention auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans comporte son lot de spécificités et de particularités. Notamment, les tout-petits parlent peu ou s'expriment autrement que par la parole et c'est à travers leur développement qu'on peut se faire une idée de leur situation (voir annexe 7). Chaque grande étape du développement de l'être humain, dont la petite enfance, appelle la réalisation de tâches développementales qui permettent d'accroître la capacité d'adaptation et qui sont nécessaires pour l'acquisition d'habiletés subséquentes. Plusieurs opérations développementales s'acquièrent entre 0 et 5 ans, étape de développement caractérisée par une évolution physique et cognitive marquée. Cette évolution oblige une intervention rapide et spécifique pour la situation d'un enfant suivi en protection de la jeunesse. En effet, l'acquisition de certaines habiletés dans le développement de l'enfant n'est possible qu'à des moments précis en lien avec la maturation neurologique, moments appelés « fenêtres d'opportunités ». Si, par manque de soins et de stimulation ou parce qu'il a subi des abus ou de la négligence, l'enfant ne peut profiter de ces « fenêtres d'opportunités », il est possible que les retards accumulés deviennent difficilement récupérables, d'où l'importance d'agir rapidement pour son bien-être.

L'intervention auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans s'inspire donc principalement de l'approche développementale.

Dans l'ensemble, les tenants de cette perspective conçoivent les manifestations de l'inadaptation comme la résultante de l'interaction entre l'individu, avec ses caractéristiques biologiques et psychologiques et son environnement social, particulièrement la famille, le groupe de pairs et l'école. Les signes d'inadaptation apparaissent lorsque l'individu peine à répondre aux exigences normatives de son environnement social, et lorsque ce dernier ne répond pas adéquatement à ses besoins. [...] Plus les problèmes d'appariement entre l'individu et son environnement se produisent tôt dans le développement, plus graves sont les conséquences à long terme puisqu'elles affectent les capacités de l'individu et de son environnement à répondre aux exigences développementales ultérieures (Janosz, 1998).

Fondements

Pour guider le développement de la pratique, les constats issus de la pratique des intervenants, documentés et appuyés par les données de la recherche (Tarabulsy, compilation des résultats obtenus au GED) ont amené la formulation de certains fondements essentiels à considérer dans l'intervention auprès des tout-petits.

Les enfants suivis en protection de la jeunesse se caractérisent, entre autres, par des difficultés de développement intellectuel, social et émotionnel, de même que par un degré de risque biologique élevé. De plus, sur le plan du réseau social, de la compétence parentale, des ressources matérielles et de la santé mentale, les parents des enfants suivis en protection de la jeunesse sont nettement plus à risque que d'autres parents.

La clientèle 0-5 ans est très vulnérable et elle exige beaucoup de la part de l'intervenant tant sur le plan de ses compétences que de son investissement (temps, énergie, etc.), ce qui oblige une intervention systématisée à l'intérieur d'un cadre défini et balisé.

Les placements multiples ainsi que le nombre de déplacements entraînent des conséquences importantes sur le développement de l'enfant en bas âge et sont en lien avec des problématiques rencontrées chez l'enfant plus âgé.

L'attachement prend une place essentielle dans le développement de l'enfant, comme base de ses relations sociales et affectives. Une façon de favoriser le développement d'une relation d'attachement sécurisante est d'offrir à l'enfant un milieu de vie stable et permanent, exempt de compromission, le plus rapidement possible.

Ces fondements ont contribué au développement du guide de pratique « Mon passeport » et ils sont maintenus dans le guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans « Mon projet de vie ». Ils constituent un processus de repères cliniques pour soutenir la pratique des intervenants. Dans le cadre de sa mission universitaire, le CJQ-IU développe et utilise des outils cliniques en se basant sur les données probantes de recherche et sur les meilleures pratiques connues.

Principes d'intervention

Tel que prescrit à l'article 4 de la LPJ (voir annexe 6) toute décision doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial. Si ce maintien 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, essentielles au développement « normal » de l'enfant.

Ces principes s'avèrent incompatibles avec une situation non clarifiée menant parfois à un maintien ou à des retours de l'enfant dans son milieu familial, malgré l'absence d'une amélioration significative des capacités parentales. Ce maintien ou ces retours prématurés risquent de susciter d'autres ruptures de lien chez l'enfant. Ces « itinéraires à risque » (Berger, 2001) pour l'enfant peuvent engendrer des difficultés de fonctionnement sur les plans social et affectif, réaffirmant l'importance d'une planification d'interventions pour lui offrir le plus rapidement possible un projet de vie.

En fait, le parent a le devoir et la responsabilité de soustraire l'enfant de la condition de

compromission dans laquelle il se trouve, et ce, dans les meilleurs délais. Pour sa part, l'intervenant doit informer le parent qu'il y aura un point au-delà duquel l'enfant ne pourra plus retourner dans son milieu familial. Évidemment, l'intervenant travaille d'abord et avant tout en tenant compte des droits absolus de l'enfant, droits directement reliés à une réponse adéquate à ses besoins physiques, affectifs, cognitifs et sociaux.

En protection de la jeunesse, l'esprit qui anime l'intervention auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans s'appuie sur l'importance de responsabiliser le parent et de favoriser sa participation active le plus rapidement possible, afin de l'amener à exercer son rôle parental de manière acceptable (art. 2.3b LPJ) (voir annexe 6). En outre, il apparaît essentiel d'aider ce dernier à développer son réseau de soutien afin qu'il maintienne et qu'il améliore ses acquis, même après la fermeture du dossier.

Cette démarche de responsabilisation implique l'acceptation du cheminement que le parent veut se donner pour solutionner ses difficultés, à la condition que cela permette une réponse adéquate aux besoins de l'enfant et que le délai pour y parvenir soit déterminé au préalable.

Les principes d'intervention impliquent également le respect et le soutien à offrir au parent qui, malgré ses efforts, ne parvient pas à régler ses difficultés ou ne désire plus s'investir auprès de son enfant. Dans pareilles circonstances, et dans l'optique de la permanence, il importe d'offrir à l'enfant les conditions nécessaires afin qu'il puisse s'investir affectivement auprès d'autres adultes pouvant jouer un rôle parental et ayant le désir de s'investir également auprès de lui.



Processus d'intervention en protection de la jeunesse intégrant la démarche du projet de vie

Lorsqu'un signalement est retenu à la DPJ, la personne autorisée procède à l'évaluation de la situation afin de déterminer si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis.

Lorsque cette évaluation révèle la présence de compromission, le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) prend la situation de l'enfant en charge et propose une orientation et des mesures par le biais d'une entente sur des mesures volontaires ou par la saisie de la Chambre de la jeunesse (art. 51, LPJ) (voir annexe 6). **C'est à l'Orientation que débute la démarche d'intervention clinique présentée à l'intérieur du guide de pratique Mon projet de vie ou à tout autre moment du processus d'intervention si l'intervenant juge que la situation de l'enfant est à risque d'instabilité ou de discontinuité.** Le travail réalisé à l'orientation s'avère capital pour la mise en place du processus de changement dans lequel s'inscrit la famille. L'intervenant devient alors le promoteur des principes du guide de pratique et s'assure que les mesures se situent à l'intérieur du processus d'intervention élaboré dans ce guide.

Ces mesures sont ensuite appliquées et un suivi psychosocial est offert afin de corriger la situation de compromission.

Avant la fin de la durée de l'entente ou de l'ordonnance, une révision de la situation et des mesures appliquées permet de faire le bilan de la situation, d'évaluer la mobilisation du parent en fonction des actions concrètes posées et d'évaluer la présence des éléments de compromission afin de prendre une décision sur la poursuite des services.

Démarche du projet de vie

La prochaine section présente *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans* de manière plus détaillée, à l'intérieur du processus d'intervention en protection de la jeunesse.

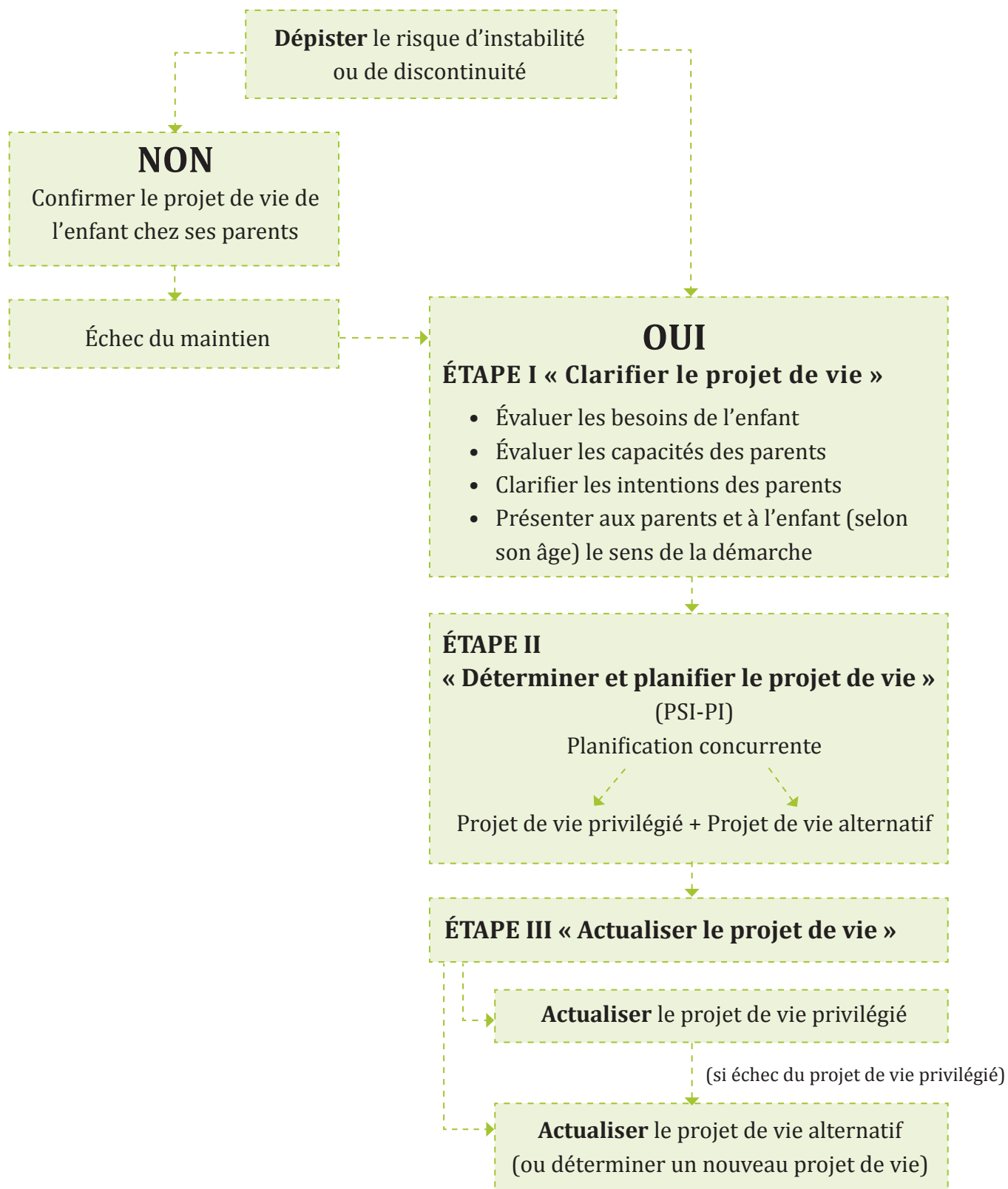
Lorsqu'un risque d'instabilité ou de discontinuité est dépisté (voir annexe 5), ce processus d'intervention se module selon la démarche du projet de vie provenant du Cadre de référence. Un projet de vie, des racines pour la vie, dont le tableau représentatif des étapes est illustré à la page suivante.

Pour faciliter une meilleure compréhension, il est à noter que les trois étapes de la démarche du projet de vie sont séquentielles, mais se travaillent de façon circulaire, c'est-à-dire, en réévaluant chacune des étapes de façon régulière. Ainsi l'**Étape I - Clarifier le projet de vie** est initiée à l'Orientatation et elle se poursuit dès le début de l'Application des mesures. Elle est également revisitée lors de l'élaboration et de la révision du PSI-PI et lors de la Table de révision afin de reconsidérer les besoins de l'enfant, les capacités du parent ainsi que les intentions de ce dernier. Par la suite, l'**Étape II - Déterminer et planifier le projet de vie** permet d'établir une planification concurrente et de formuler des objectifs et des moyens en lien avec le projet de vie privilégié. Tout comme l'**Étape I**, elle sera revisitée lors de la révision du PSI-PI et lors de la Table de révision afin d'ajuster les objectifs et les moyens du PSI-PI. L'**Étape III - Actualiser le projet de vie** s'inscrit dans la circularité en évaluant de façon continue le cheminement du parent, de l'enfant et du milieu substitut en lien avec le but poursuivi dans le PSI-PI.



Tableau représentatif des étapes de la

« Démarche du projet de vie » (ACJQ, 2009, p. 24)



À l'Orientation

Tel que mentionné précédemment, la démarche d'intervention clinique présentée à l'intérieur du guide de pratique *Mon projet de vie* débute à l'Orientation.

Les objectifs poursuivis à l'Orientation consistent à poser un diagnostic global de la situation, identifier et recommander les mesures à appliquer pour assurer la protection de l'enfant et déterminer sous quel régime, volontaire ou judiciaire, se réalisera le mandat de protection.

Pour ce faire, il convient de documenter les éléments de compromission retenus à l'Évaluation, en lien avec la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés, la vulnérabilité de l'enfant, la capacité et la volonté des parents à mettre fin à la situation de compromission et la capacité des ressources du milieu (art. 38.2 LPJ) (voir annexe 6).

En parallèle, la mise en place d'une trajectoire continue de services (CJQ-IU, 2002) significative est indispensable pour favoriser la continuité clinique. Elle permet d'impliquer dès l'orientation l'intervenant désigné à l'Application des mesures. Cette implication se concrétise par :

- Le partage de la situation de l'enfant et de sa famille;
- L'échange sur les mesures à proposer et le régime à choisir (volontaire ou judiciaire);
- La présence de l'intervenant désigné lors de la signature de l'entente sur des mesures volontaires ou lors de l'audition à la Chambre de la jeunesse.

Dès ce moment, l'implication active de l'intervenant de l'application des mesures génère une concertation favorisant un choix mieux adapté des mesures à prendre, une compréhension plus rapide et plus approfondie du système familial et une mobilisation plus immédiate du parent. Plus l'intervenant de l'application des mesures est introduit rapidement dans la trajectoire de services continue, plus il sera en mesure de préciser avec le parent les objectifs d'intervention et le processus dans lequel il s'engage.

Dépister le risque d'instabilité ou de discontinuité

Étant donné que pour les enfants âgés de 0 à 5 ans la démarche du projet de vie s'applique dans toutes les situations, qu'ils soient maintenus ou non dans le milieu familial, la grille de dépistage systématique du risque d'instabilité ou de discontinuité peut être utilisée dans un autre but. Elle peut servir à synthétiser le parcours de vie de l'enfant ainsi que l'évolution de la situation du parent, tant au point de vue de son adaptation sociale que de sa relation avec l'enfant.

ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

Cette première étape de la démarche du projet de vie consiste à :

- Évaluer les besoins de l'enfant;
- Évaluer les capacités des parents;
- Clarifier les intentions des parents;
- Présenter aux parents le sens de la démarche.

Comme l'orientation peut s'échelonner sur un laps de temps considérable, il devient alors très important de se préoccuper de la « notion de temps » chez l'enfant, en tenant compte de son développement (voir annexe 7) et de ce qu'il vit à ce moment. La même préoccupation doit être maintenue en ce qui a trait au choix des mesures et à leur durée. En effet, l'intervenant doit prendre des décisions et « Favoriser des mesures auprès de l'enfant et de ses parents en prenant en considération qu'il faut agir avec diligence... compte tenu que la notion du temps chez l'enfant est différente de celle des adultes (art. 2.4 al.5, LPJ) (voir annexe 6). »

Pour évaluer de façon plus précise les besoins de l'enfant, l'utilisation du GED doit se faire à l'Orientation. Les résultats obtenus permettent de mettre en place les services requis pour l'enfant, s'il y a lieu. Par ailleurs, d'autres éléments peuvent être approfondis en lien avec l'évaluation des capacités parentales tels la dynamique de la personnalité du parent, la relation parent-enfant et les habiletés parentales.

Dès qu'un risque d'instabilité et de discontinuité est évalué, et ce, même si l'enfant est maintenu dans son milieu familial, il est alors indiqué de planifier un projet de vie alternatif qui correspond à l'intérêt et aux besoins de l'enfant.

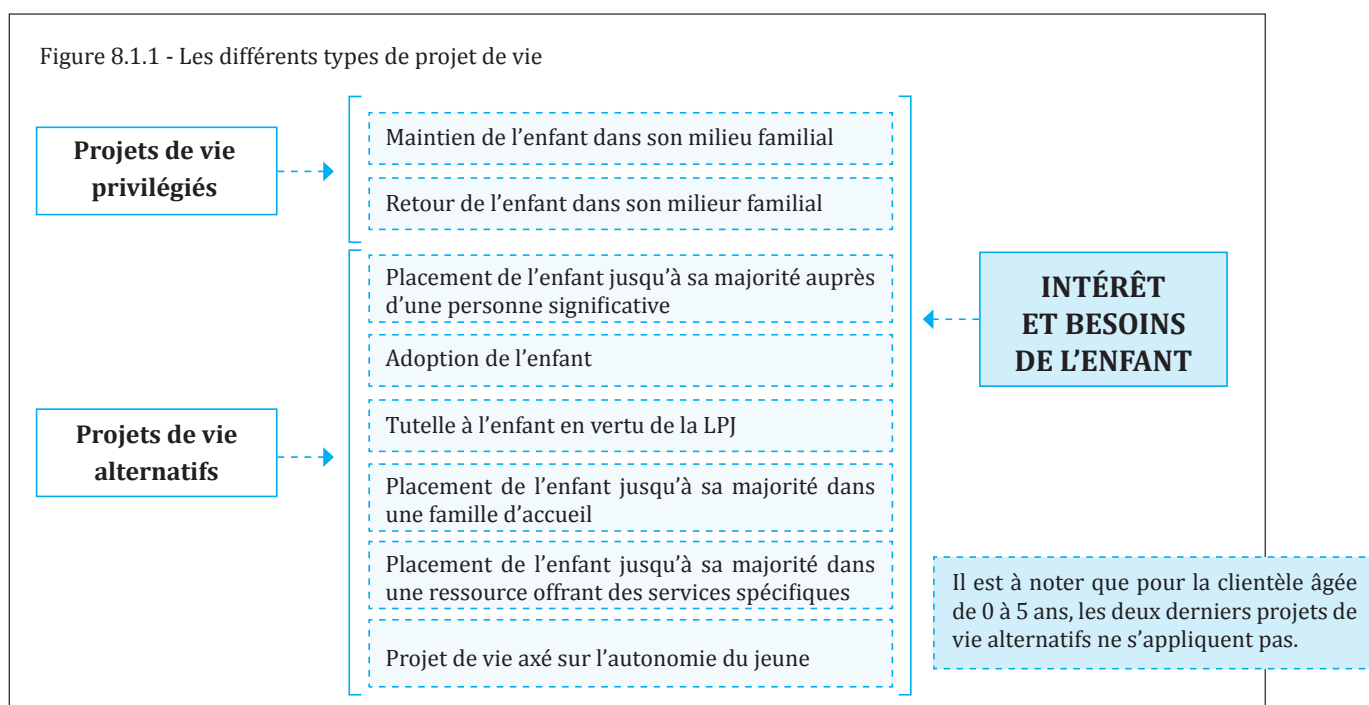
Lorsque l'analyse des besoins de l'enfant, des capacités des parents et des capacités du milieu amène l'intervenant à envisager le retrait ou le placement (CJQ-IU, 2005), certains indicateurs (voir annexe 8) concernant les parents et l'enfant peuvent aider l'intervenant à documenter sa décision. Compte tenu de l'esprit de la LPJ et en lien avec la continuité, la stabilité et la permanence, il y a lieu de se questionner en profondeur, dès ce moment, sur le type de milieu de vie dans lequel l'enfant aura le plus de chance de s'épanouir et d'atteindre un développement optimal. Il y a aussi lieu de se questionner sur le potentiel et l'engagement de la ressource (personne significative, famille d'accueil de la banque mixte, famille d'accueil régulière) (CJQ-IU, 2011a).

Le choix du milieu de vie substitut pour l'enfant est fondamental. Quelle est la ressource pouvant offrir la stabilité et la continuité nécessaire à la réalisation du projet de vie de l'enfant?

L'esprit de la LPJ oriente d'abord vers les personnes les plus significatives notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie (art.4 LPJ) (voir annexe 6). À ce moment, le processus d'évaluation de la personne significative (confié à) doit être amorcé dès que l'intervenant entrevoit un retrait de l'enfant (CJQ-IU, 2011a). Si le placement chez une personne significative n'est pas possible, le choix du milieu substitut sera dirigé vers une ressource familiale de type banque mixte dont l'objectif premier est l'adoption. En dernier recours, une famille d'accueil régulière pourra être envisagée.

Au cours de l'orientation, l'intervenant informe clairement le parent du sens de la démarche et de tous les enjeux qui s'y rattachent. Ceux-ci consistent en :

- L'intérêt de l'enfant prime dans toutes les décisions prises;
- La mobilisation et l'implication attendues du parent dans les délais prévus à l'entente sur des mesures volontaires ou à l'ordonnance;
- Le parent doit être informé des durées maximales d'hébergement tel que prescrit aux articles 53.0.1 et 91.1 de la LPJ (voir annexe 6) et aux termes desquelles un projet de vie doit être actualisé pour l'enfant :
 - 12 mois, si l'enfant a moins de 2 ans
 - 18 mois, si l'enfant est âgé de 2 à 5 ans
- La connaissance des types de projet de vie possibles (MSSS, 2010, p. 694) :



Les mesures de protection doivent se moduler le plus possible selon ce guide de pratique. S'il y a recommandation d'hébergement en famille d'accueil, un comité d'étude et de décision de placement doit être tenu en présence du parent. Celui-ci doit clarifier ses intentions, dès ce moment, quant au projet de vie qu'il privilégie pour son enfant.

Le diagnostic global de la situation sera complété à l'Application des mesures.



À l'Application des mesures

ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

- Évaluer les besoins de l'enfant
- Évaluer les capacités des parents
- Clarifier les intentions des parents
- Présenter aux parents le sens de la démarche

ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)

- Déterminer le projet de vie privilégié
 - Déterminer le projet de vie alternatif
 - Élaborer et réviser le PSI-PI
- Planification concurrente
-

ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié
(Démonstration des intentions parentales)

Volet 2 : Actualiser le projet de vie de l'enfant

- Projet de vie privilégié

ou

- Projet de vie alternatif

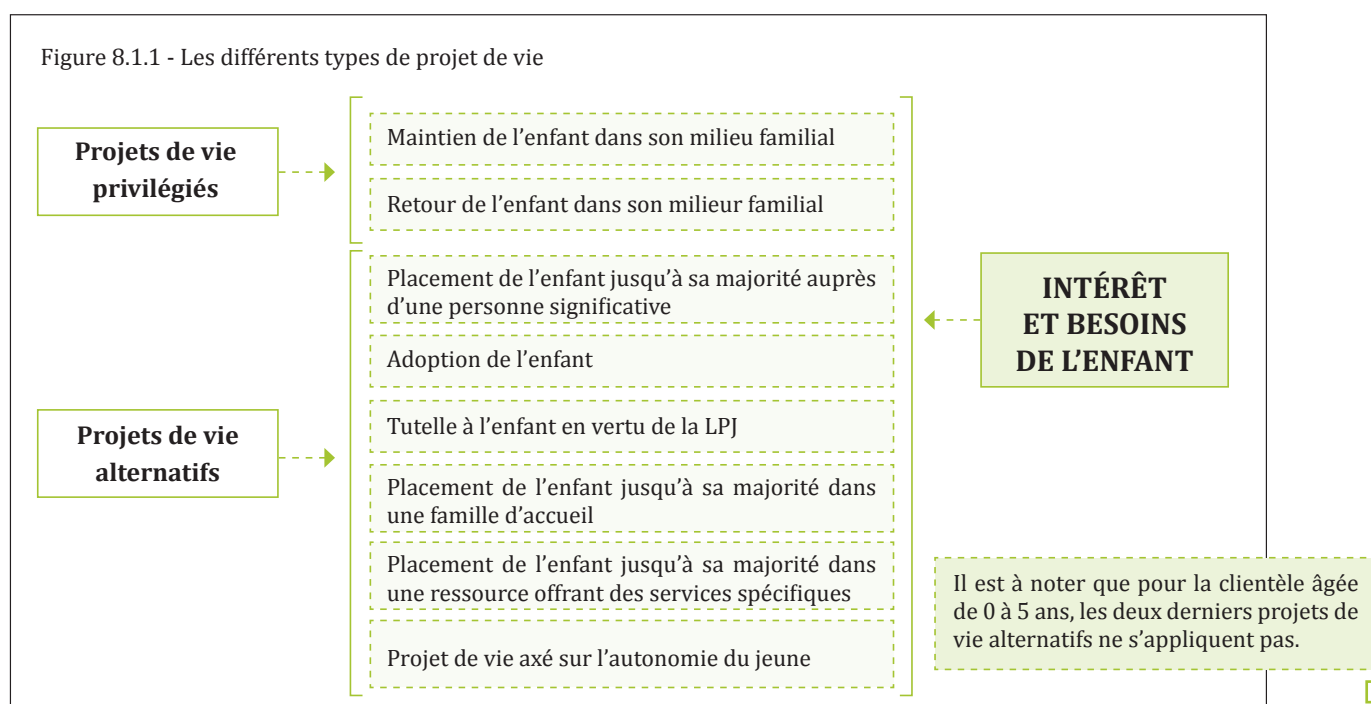
ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

Dès le début de l'application des mesures, même si les mesures de protection sont déterminées, il importe de continuer à être attentif aux besoins de l'enfant et aux capacités parentales, de préciser à nouveau avec le parent ses intentions ainsi que le sens de la démarche du projet de vie. Ces préoccupations contribuent à l'élaboration du PI initial et doivent rester présentes tout au long du processus.

D'entrée de jeu, l'intervenant doit amener le parent à valider ses intentions par rapport à son enfant : maintien ou retour dans le milieu familial, placement en milieu de vie substitut. Le parent doit donc se positionner clairement dans le sens de :

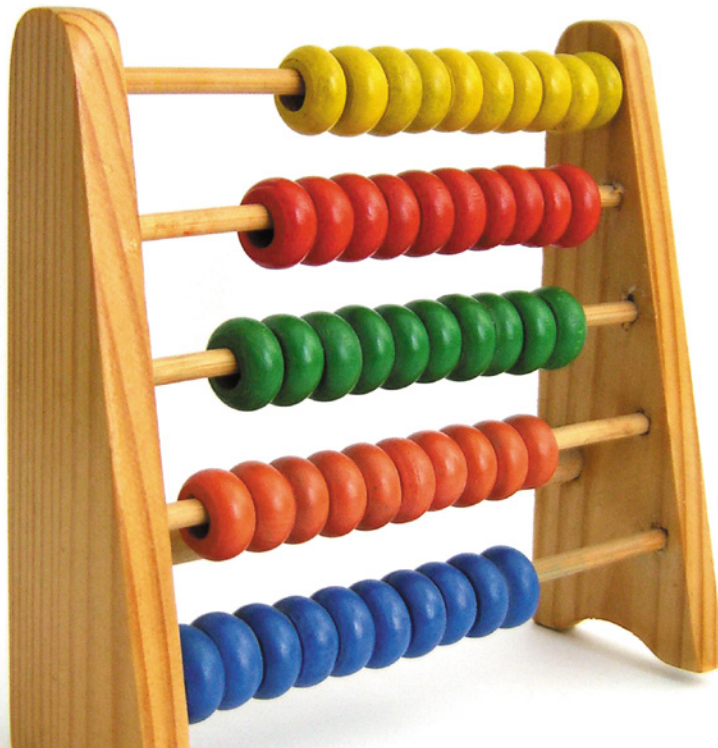


Garder, reprendre ou confier l'enfant fait référence aux types de projet de vie (MSSS, 2010, p.694) :



Dès cette première étape, l'intervenant se réfère aux balises cliniques concernant les types de projet de vie (ACJQ, 2009, p. 29-58).

Tout comme à l'Orientation, si l'enfant est placé, il importe de questionner à nouveau le potentiel et l'engagement de la ressource (personne significative, famille d'accueil de la banque mixte, famille d'accueil régulière) en vue de la planification concurrente.



ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)

Dans la très grande majorité des cas, le projet de vie privilégié par le parent est de maintenir son enfant avec lui ou de le reprendre s'il est placé. À partir de cette prise de position, un travail se fait en fonction du but, des objectifs et des moyens établis avec lui au PI et au PSI, s'il y a lieu. Ainsi, le projet de vie privilégié devient le but du PI. En parallèle, il importe de planifier un projet de vie alternatif avec le parent, si ce n'est déjà fait. Même si un projet de vie privilégié est déterminé pour un enfant, « il faut planifier un projet de vie alternatif en même temps que l'on travaille sur celui privilégié, pour éviter que l'enfant connaisse des conditions d'instabilité » (ACJQ, 2009, p. 27) et se retrouve dans une impasse. C'est ce qu'on appelle le concept de la **planification concurrente**. L'intervenant doit avoir le souci que le projet de vie alternatif puisse assurer un milieu de vie à long terme, c'est-à-dire jusqu'à la majorité, afin d'éviter les déplacements. Il est important que le projet de vie alternatif soit inscrit au PI et gardé vivant et modifié selon l'évolution de la situation. Le parent doit bien comprendre la présence et le sens de celui-ci tout au long de la démarche. Le projet de vie alternatif doit être inscrit aux sections suivantes dans le PI :

- PI initial dans « Situation souhaitée »;
- PI révisé dans « Bilan ».

Ainsi, dans un premier temps, et ce, en vertu des dispositions de la LPJ, l'intervenant doit favoriser, comme projet de vie privilégié, le retour de l'enfant dans son milieu familial, s'il est placé. Toutefois, si les parents sont séparés et que chacun souhaite reprendre l'enfant avec lui, l'intervenant n'est pas tenu de se positionner dans l'immédiat sur un milieu de vie spécifique pour l'enfant, qui pourrait s'actualiser comme suit :

- Garde partagée;
- Milieu familial maternel;
- Milieu familial paternel.

Dans ce cas, le projet de vie privilégié est le retour de l'enfant dans son milieu familial et l'intervenant précisera les modalités de garde dans le PI (section opinion clinique) si celles-ci sont déjà établies entre les parents ou par le biais de la Cour Supérieure. Ainsi, un projet de vie alternatif devra être envisagé à l'extérieur du milieu familial (maternel ou paternel).

Ceci constitue un défi important pour l'intervenant au début de l'intervention à l'Application des mesures. Il doit éviter de prendre position dans l'immédiat sur une décision concernant la garde physique, malgré les pressions de chacun des parents et parfois de l'enfant, quand

ce dernier fait l'objet d'une aliénation parentale. Si l'enfant est maintenu chez l'un ou l'autre des parents, le même défi s'impose à l'intervenant au sens où la décision finale, concernant le choix du milieu de vie de l'enfant, ne peut être précisée à cette étape. La démonstration des intentions de chacun des parents doit d'abord être faite.

L'Étape II - Déterminer et planifier le projet de vie se concrétise par l'élaboration et la planification du PI initial, et du PSI s'il y a lieu. Cette étape est de courte durée et s'échelonne habituellement au cours du premier mois d'intervention. Les PSI-PI consistent, entre autres, à déterminer les changements que le parent devra réaliser afin de maximiser les chances de réussite du projet de vie privilégié. Élaboré de concert avec le parent, le PI vient préciser les objectifs et les moyens en lien avec les éléments de compromission retenus et le projet de vie privilégié pour l'enfant (but du PI).

Par la suite, lors de chaque révision du PSI-PI ou lors de la Table de révision, les intervenants impliqués et le parent pourront faire le bilan du chemin parcouru par ce dernier quant aux changements attendus et au rapprochement vers le projet de vie privilégié pour l'enfant. De plus, lors de ces différentes révisions, il est important de requestionner le projet de vie alternatif prévu initialement.



Illustration de l'Étape III

ÉTAPE III : ACTUALISER LE PROJET DE VIE

Volet 1 : **Actualiser le projet de vie privilégié**
(Démonstration des intentions parentales)

Table de révision
(Conclusion du *volet 1*)



Volet 2 : **Actualiser le projet de vie de l'enfant**

- Projet de vie privilégié

ou

- Projet de vie alternatif

ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié

(Démonstration des intentions parentales)

L'Étape III - Volet 1 permet d'accompagner et de soutenir le parent, l'enfant et le milieu substitut, afin d'expérimenter le projet de vie privilégié. L'intervenant doit tenir compte de l'implication du parent dans la reconnaissance de la situation présentée et de sa mobilisation, dans le but de résorber éventuellement les éléments de compromission s'il y a maintien ou retour de l'enfant dans le milieu familial. Tout au cours du **Volet 1**, l'intervenant évalue l'écart entre les intentions formulées et les actions posées par le parent et ce volet se finalise à la Table de révision par un bilan global.

Dans la plupart des situations, le parent se sent plus rapidement interpellé dans une mesure de protection de courte durée. Une mesure de protection d'une durée plus longue engendre souvent une mobilisation plus tardive du parent et l'enfant doit en subir les conséquences en demeurant plus longtemps dans l'attente de l'actualisation d'un projet de vie. Il va sans dire que cette attente risque d'avoir des conséquences importantes sur son développement, puisque l'enfant poursuit alors son évolution dans son milieu familial ou vit un placement temporaire avec un parent n'ayant pas ou peu modifié les éléments problématiques de son mode de vie. En ce sens, le facteur temps peut avoir une incidence sur la compromission. Il importe alors de s'assurer que l'enfant vive dans des conditions stables lui permettant un développement optimal.

La durée de la première mesure vise entre autres la mobilisation du parent et des intervenants. De plus, la révision du PSI-PI permet d'évaluer le cheminement du parent vers le projet de vie privilégié pour son enfant. S'en rapproche-il, s'en éloigne-il, persévère-il dans les moyens pris pour régler ses difficultés personnelles? C'est dans cette optique que la planification concurrente prend tout son sens.

Cette troisième étape se déroule selon un rythme d'intervention très rapide et est soutenue par un grand nombre d'actions et d'interrelations afin de maximiser les résultats dans le délai alloué. Bien que ce court laps de temps amène une intensité dans l'intervention pour l'intervenant, le présent guide se veut un soutien afin d'assurer la rigueur demandée et de déterminer des repères pour mieux baliser l'intervention.

Si jugé opportun par l'intervenant, c'est à partir de cette étape que l'utilisation de Mon histoire à moi : mon livre de vie peut être débutée avec l'enfant qui vit une situation de placement et ce, afin de rassembler le plus d'informations et de souvenirs possibles concernant son histoire de vie.

À l'intérieur de ce volet, des objectifs sont proposés afin de parvenir à un bilan de la situation, dans le délai souhaité.

Objectifs :

1. Agir sur la protection et le développement de l'enfant;
2. Estimer les dispositions parentales;
3. Offrir des opportunités au parent en lien avec le projet de vie privilégié;
4. Renforcer la rigueur clinique;
5. Identifier les facteurs de risque et de protection.

Dans les pages qui suivent, chacun de ces objectifs est développé plus spécifiquement, en y incluant des moyens spécifiques lorsque nécessaire.

Objectif 1 : Agir sur la protection et le développement de l'enfant

Puisque l'enfant se situe au cœur de l'intervention, la situation de compromission doit être regardée à travers les yeux de celui-ci, en s'attardant à son vécu et en accordant la priorité à ses besoins. Voilà pourquoi il est primordial d'assurer la protection de l'enfant et de faire en sorte que son développement se poursuive le plus rapidement possible.

L'importance de rester centré sur l'enfant s'appuie également sur des résultats de recherche qui démontrent qu'à son entrée dans le système de protection de la jeunesse, l'enfant peut déjà être très hypothéqué (Tarabulsy & al., 2006). En ce sens, il peut souffrir de retards significatifs dans son développement global, avec une incidence particulièrement marquée sur les plans cognitif et affectif (voir annexe 7).

Moyens :

- 1.1 Dépistage des difficultés de développement de l'enfant;
- 1.2 Expertises et ressources spécialisées;
- 1.3 Activités de stimulation;
- 1.4 Groupe parents-enfants;
- 1.5 Contacts parent-enfant;
- 1.6 Fréquentation d'un milieu de garde.

1.1 Dépistage des difficultés de développement de l'enfant

Le GED est un outil de détection précoce des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans. Le niveau de développement est évalué selon trois échelles : cognitive et langagière, motrice et socioaffective. Cet outil de détection fournit, dans un premier temps, une évaluation globale du développement de l'enfant et dans un deuxième temps, permet de cibler des objectifs et des moyens à introduire dans le PI.

La première passation du GED se fait à l'Orientation et une seconde passation s'effectue en vue de la première Table de révision. Le GED est employé d'une passation à l'autre de manière comparative, afin d'obtenir un indice de l'efficacité des moyens utilisés au PSI-PI. En dehors de ces deux temps prévus, la passation du GED peut se faire selon l'évolution de la situation, selon les besoins, lors de situations particulières ou d'inquiétudes suite à des observations, ou encore lors de moments-clés. Elle doit en tout temps être inscrite au PI.

Toutefois, il peut arriver que la situation d'un enfant, sans pour autant régresser, n'évolue pas. En effet, il se peut que l'enfant n'ait pas la disponibilité affective nécessaire pour apprendre et récupérer les retards dans son développement, en raison des traumatismes et des ruptures qu'il a déjà connus dans sa courte vie. Il faut alors recourir à des stratégies créatives, adaptées ou au partenariat avec d'autres ressources pour mieux répondre à ses besoins spécifiques.

1.2 Expertises et ressources spécialisées

Les résultats obtenus lors du dépistage des difficultés de développement de l'enfant permettent de l'orienter vers le type d'expertise ou de ressource qui s'imposent. Beaucoup d'enfants suivis par le centre jeunesse peuvent présenter des retards de développement plus ou moins graves ou avoir été exposés à des substances nocives pendant leur développement intra-utérin. Il apparaît donc fort pertinent de procéder rapidement aux expertises nécessaires pour connaître leur état de santé physique ou psychique. La clinique du développement du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) est souvent la porte d'entrée de ces services spécialisés. Plus ces résultats sont connus rapidement, plus il est possible d'avoir recours aux services spécialisés nécessaires dans des délais raisonnables. Le temps est un facteur qui joue en vue de la récupération des retards de développement que l'enfant a pu accumuler. Parmi les ressources spécialisées qui peuvent collaborer au PSI figurent notamment l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI) et les services d'orthophonie, d'ergothérapie et de physiothérapie. Il est important de développer le réflexe de se questionner rapidement par rapport aux services spécialisés et aux références à effectuer, quand la situation de l'enfant l'exige.

1.3 Activités de stimulation

Les activités ou les ateliers de stimulation visent et contribuent à diminuer les retards de développement chez l'enfant, à soutenir son développement et à offrir du matériel de stimulation ou des lieux stimulants aux familles. De plus, la participation à ces ateliers sensibilise le parent aux ressources de sa communauté et à leur utilisation.

Dans un mandat de réadaptation en lien avec les déficits ciblés, l'éducateur joue un rôle au niveau de la stimulation de l'enfant. Il fournit du matériel au parent ou l'utilise lui-même pour aider l'enfant dans certaines sphères de son développement. L'éducateur peut aussi encourager et soutenir le parent ou le milieu substitut dans l'utilisation d'un programme d'activités à faire avec l'enfant, selon les recommandations d'un orthophoniste, d'un physiothérapeute et autres. En observant l'éducateur, le parent apprend comment réaliser les activités de stimulation ainsi que les comportements adéquats à adopter.

Lorsque disponible, la sollicitation et le recours à la famille élargie et aux ressources dans la communauté peuvent favoriser la récupération de certains déficits chez l'enfant.

Soutenus depuis quelques années par la Fondation du Centre jeunesse de Québec, deux projets sont des exemples d'activités de stimulation. Il s'agit de :

- L'éveil à la lecture offert par la Bibliothèque Gabrielle-Roy : Outre le langage et la motricité fine, cette activité de stimulation aide l'enfant à apprendre les règles de vie de groupe et à respecter des consignes simples dans un contexte calme et agréable;
- La stimulation motrice offerte par l'École de cirque : Outre la motricité globale, cette activité de stimulation aide l'enfant à apprivoiser certaines peurs, à apprendre à se contrôler dans un endroit très stimulant et vaste.

1.4 Groupe parents-enfants

En plus de procurer une occasion d'activité ludique, le groupe parents-enfants favorise le développement des habiletés parentales et la socialisation. Il s'agit d'une opportunité pour le parent de se mobiliser pour restaurer sa compétence parentale. Cependant, l'expérience démontre que la mobilisation du parent dans ce type précis d'activité est souvent déficitaire.

Ainsi, l'accompagnement, le renforcement et la supervision peuvent aider celui-ci à s'impliquer dans un groupe de parents, avec tous les bénéfices que cela comporte tel que l'effet d'entraide et de mobilisation du groupe sur le parent. En outre, afin d'orienter le parent vers les bonnes ressources, il s'avère important que tous les groupes qui sont offerts dans les différents quartiers du territoire où vit la famille soient recensés. Il est à noter que ce type de service est plutôt répandu dans la communauté.

1.5 Contacts parent-enfant

Si l'enfant est placé, l'**Étape III - Volet 1 Actualiser le projet de vie privilégié** exige très souvent la tenue de contacts fréquents entre le parent et son enfant afin de maintenir ou de créer le lien affectif et d'évaluer ou de développer les habiletés parentales.

Visites supervisées

Il arrive souvent, à cause d'un risque jugé important et souvent relié à un aspect du mode de vie du parent, que les visites doivent être supervisées tant et aussi longtemps que celui-ci ne s'est pas repris en main. Les buts poursuivis lors d'une visite supervisée (CJQ-IU, 2010) sont :

- Maintenir le lien et la relation parent-enfant;
- Assurer l'intégrité de l'enfant, tant dans les aspects de sa sécurité que de son développement;
- Considérer le cheminement du parent en lien avec l'évolution de l'enfant;
- Évaluer la capacité de l'enfant à recevoir de son parent lors des contacts;
- Évaluer les effets et les bénéfices des contacts chez l'enfant;
- Évaluer ou développer les habiletés parentales.

Lors des visites supervisées, l'intervenant doit être vigilant par rapport aux différents signes, réactions verbales ou non-verbales de l'enfant : paroles, interactions diverses, gestes, postures, déplacements, mimiques, proximité, échanges physiques, indices émotionnels (rires, pâleur, agitation, sueurs, tremblements, etc.), direction des regards, humeur, tolérance au contact, etc. Toutes ces observations permettent de documenter la capacité de l'enfant à recevoir ou non de son parent.

Pour l'intervenant, une telle supervision favorise un apport clinique en lien avec le rythme des visites, la qualité de celles-ci et le cheminement du parent dans ce contexte. Cet apport clinique permet d'assurer une cohérence dans l'intervention.

La visite supervisée doit être pensée et modulée en fonction de l'intérêt de l'enfant. Il importe de préciser clairement à chacun des acteurs (y compris les enfants) les motifs, les objectifs et les limites des visites afin de les utiliser pour provoquer un cheminement tant avec le parent, l'enfant que le milieu substitut.

Le travail clinique consiste à donner un sens aux visites supervisées, en évitant qu'elles ne deviennent des automatismes. Pour ce faire, celles-ci doivent être documentées et gérées activement par l'intervenant, c'est-à-dire : être présent, accompagner l'enfant, expliquer les

motifs de la visite supervisée parent-enfant, en préciser les limites et la portée, prendre en considération les réactions de l'enfant, du parent et du milieu substitut, rester attentif à la possible éclosion d'un conflit de loyauté et en tenir compte, s'il y a lieu.

Plus précisément, les objectifs poursuivis par les visites supervisées doivent être déterminés et clarifiés dans chacune des situations, et ce, en fonction du moment de l'intervention, du but poursuivi, de l'âge de l'enfant, de son intérêt et de ses besoins.

En ce qui a trait au moment de l'intervention, les visites supervisées auront une visée et une portée différentes selon l'étape du processus d'intervention. À l'**Étape III - Volet 1 Actualiser le projet de vie privilégié** dont le but est habituellement le retour dans le milieu familial, des objectifs d'amélioration de la relation parent-enfant et des réponses aux besoins de l'enfant par un travail de développement des habiletés parentales pourraient être envisageables.

À la fin de ce volet, lorsqu'il y a une orientation vers un placement à long terme en milieu de vie substitut, il s'agira plutôt de maintenir un lien de filiation et d'observer la relation parent-enfant afin de documenter la qualité du contact vécu entre eux. La fréquence des visites supervisées devrait alors être modulée en fonction de l'âge de l'enfant et des objectifs poursuivis par l'intervention. Les intervenants peuvent être en mesure de documenter qu'une fréquence trop élevée peut comporter des inconvénients et des risques importants pouvant aggraver les difficultés de l'enfant et empêcher son enracinement dans son milieu substitut. C'est pourquoi cette fréquence doit être modifiée au besoin. Par ailleurs, la régularité des visites parent-enfant est considérée comme un facteur capital pour éviter ou diminuer l'angoisse d'abandon et permettre à l'enfant d'établir une relation plus réaliste avec son parent.

L'observation systématique de ces visites supervisées devient un moyen pour évaluer l'évolution de la situation et soutenir l'intervention. L'observation peut entre autres aider l'intervenant à documenter le lien parent-enfant, autant par les améliorations observées que par les difficultés rencontrées. Par exemple, l'intervenant peut renforcer le parent sur certaines habiletés observées, lui faire de l'enseignement, susciter la réflexion et les échanges sur des perceptions, etc.

D'autre part, grâce à différents indices, l'intervenant peut aussi amener le parent à faire la différence entre un discours parental idéalisé sur sa relation avec son enfant et ce qui survient effectivement dans la réalité : visites oubliées, retards importants, menaces, chantage, promesses non tenues, passivité, absence de jeux, peu d'initiatives, silences prolongés, ordres tyranniques, envahissement de l'espace de l'enfant, laisser-faire insécurisant, comportements séducteurs, etc. L'observation peut également fournir un matériel clinique qui permet à l'intervenant de soutenir le cheminement du parent vers une acceptation d'un projet de vie autre que le retour dans le milieu familial.

Contacts parent-enfant non supervisés

Lorsque la situation le permet ou lorsque l'ordonnance précise la tenue de contacts parent-enfant non supervisés, il n'en demeure pas moins que ces contacts sont une activité clinique qui doit être planifiée et actualisée en fonction de l'évolution de la démarche du projet de vie et de l'intérêt de l'enfant.

Pour l'intervenant, le retour sur les contacts ou sa présence ponctuelle lors de ceux-ci favorisent une analyse et une réflexion cliniques sur :

- Le rythme des contacts;
- La qualité de la relation parent-enfant :
 - Parent qui applique des méthodes éducatives adéquates;
 - Parent chaleureux, accueillant et disponible;
 - Parent ami;
 - Parent qui utilise la menace au lieu de sécuriser;
 - Parent rigide et non tolérant aux écarts de conduite;
 - Parent victime de sa situation;
 - Parent envahissant;
 - Enfant qui se réfère à son parent;
 - Enfant qui accepte d'être réconforté;
 - Enfant qui joue le rôle du parent;
 - Enfant qui s'isole et fait peu de demandes;
 - Enfant tyrannique, etc.
- La capacité du parent à répondre aux besoins de son enfant (encadrement, communication, disponibilité);
- La capacité de l'enfant à transférer les acquis (respect des règles, gestion des émotions, gestion des conflits, tolérance à la frustration);
- La capacité de l'enfant à recevoir de son parent;
- L'évolution de la situation personnelle du parent en lien avec les éléments de compromission;
- Les réactions de l'enfant avant, pendant et au retour des contacts (conflits de loyauté, etc.).

Comme pour les visites supervisées, le travail clinique consiste à donner un sens aux contacts parent-enfant, en évitant qu'ils ne deviennent des automatismes et selon l'évolution de la

situation, à la fin de ce volet, la fréquence des contacts devrait alors être modulée en fonction de trois aspects soit :

1. L'implication que le parent souhaite maintenir auprès de son enfant :

- Son cheminement en lien avec son acceptation face au placement et au projet de vie;
- Sa capacité à respecter le rythme et les besoins de son enfant;
- Sa capacité à maintenir une régularité dans sa présence lors des contacts.

2. Les besoins et les caractéristiques de l'enfant :

- Sa résilience;
- Sa capacité d'adaptation;
- Sa capacité à maintenir ses acquis dans ses différentes sphères de vie;
- Sa capacité à composer avec les limites de son parent;
- Sa capacité à développer son enracinement et à s'attacher aux membres de son milieu substitut.

3. Le désir et l'intérêt de l'enfant.

1.6 Fréquentation d'un milieu de garde

Au fil du temps, le personnel du milieu de garde est devenu un partenaire important du centre jeunesse, notamment auprès de la clientèle 0-5 ans. Témoins privilégiés du vécu quotidien de ces enfants, les éducateurs du milieu de garde possèdent une expertise fort pertinente. Ils peuvent donc être interpellés pour participer au PSI et doivent demeurer vigilants à l'état de l'enfant, à sa condition générale ou à celle de son parent.

L'utilisation de cette ressource a souvent pour objectif de pallier à une défaillance temporaire de la compétence parentale, favorisant ainsi la poursuite du développement global de l'enfant (voir annexe 6). Le milieu de garde peut donc devenir une ressource indispensable dans un processus de maintien en milieu familial, étant donné qu'il offre à l'enfant un milieu de vie stimulant. Cependant, la fréquentation d'un milieu de garde n'induit pas automatiquement une récupération du retard de développement chez l'enfant. Encore faut-il que ce dernier soit disponible affectivement pour une telle récupération et qu'il soit soutenu par d'autres activités dans le milieu familial.

Objectif 2 : Estimer les dispositions parentales

Qu'est-il important d'approfondir pour arriver à actualiser le projet de vie privilégié de façon juste et efficiente? Afin de répondre à cette question, différents éléments doivent être ciblés :

- La reconnaissance et la compréhension par le parent des difficultés identifiées et l'impact de celles-ci sur son enfant;
- La volonté, la motivation et la capacité du parent à résoudre les difficultés en lien avec l'exercice de son rôle parental (toxicomanie, santé mentale, violence, etc.);
- La collaboration du parent avec les services proposés (CRDQ, CSSS, GRAPE, etc.);
- Les habiletés parentales observables dans « l'ici et le maintenant » pour répondre aux divers besoins de l'enfant;
- L'historique des services antérieurs reçus par le parent;
- La volonté et la capacité du parent à utiliser les ressources disponibles dans la communauté;
- La coparentalité en lien avec la prise en charge des enfants (définition des rôles respectifs).

Dans un premier temps, il est important de miser sur les forces du parent puisque celles-ci représentent des éléments sur lesquels il est possible de s'appuyer pour améliorer sa compétence. Il faut ensuite reprendre avec lui les éléments de compromission ayant été retenus lors de l'évaluation, éléments qui détermineront les objectifs à atteindre dans le PI. La reconnaissance de la situation par le parent, de même que sa motivation à résoudre ses difficultés, constituent les prémisses essentielles sans lesquelles il est difficilement possible d'aller plus loin dans un processus de résolution de problèmes.

L'outil « Inventaire concernant le bien-être de l'enfant » (ICBE) (voir annexe 1) permet d'objectiver le jugement professionnel. Son utilisation peut devenir un facteur de motivation supplémentaire auprès du parent. Plus spécifiquement, la référence aux échelles 19 et 20, soit la « Reconnaissance des problèmes par les parents » et la « Motivation des parents à résoudre les problèmes » aident l'intervenant à évaluer ces dimensions.

La présence ou l'absence de reconnaissance, de motivation, d'implication et de coopération avec les services fait partie des constats dont il faut tenir compte pour actualiser le projet de vie privilégié. Suivant le principe d'autodétermination, il est possible d'interpréter les actions et les inactions du parent comme un choix qu'il fait en fonction du but poursuivi. Mais, pour ce faire, il est primordial de s'assurer que le parent comprend les enjeux cliniques, le délai dans lequel s'inscrivent ces enjeux et les aspects sur lesquels il est évalué. De plus, de réelles

opportunités doivent lui être offertes de même qu'un accompagnement spécifique pour le soutenir et l'encourager dans sa mobilisation.

Il est également important que l'intervenant mentionne au parent que les attentes, à l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié**, ne vont pas dans le sens d'une résorption complète des problèmes rencontrés, mais plutôt dans le sens d'une démonstration claire qu'il travaille concrètement à la restauration de ses habiletés parentales et à l'amélioration de sa capacité parentale. En ce sens, nous souhaitons voir se profiler des indicateurs précis de sa reprise en main.

Par exemple, si l'analyse de la situation démontre qu'un parent a un problème de toxicomanie, il doit, dans un premier temps, reconnaître ce problème et admettre l'impact réel de ce dernier sur sa capacité parentale et sur la qualité de la réponse qu'il peut fournir à son enfant. Pourra-t-il faire preuve de cohérence, de chaleur et de continuité dans les soins apportés à son enfant? Il s'agit-là d'attitudes indispensables au développement d'un lien d'attachement sécurisant entre l'enfant et son parent.

Le parent doit également profiter des opportunités qui lui sont offertes pour régler le problème de toxicomanie qui entrave sa capacité parentale à un point tel que son enfant vit dans une situation de compromission. Peut-être qu'au terme de la première mesure de protection, le parent n'aura pas encore complété tout ce qu'il doit faire pour résoudre entièrement ce problème. Sa participation à l'élaboration du PSI et son engagement dans le PI spécifique d'un autre établissement, avec l'aide d'intervenants spécialisés qui confirment son implication et sa coopération, deviennent un indicateur significatif des changements qu'il fait pour se reprendre en main.

L'historique des services antérieurs permet de connaître lesquels ont été reçus par le parent, son mode de collaboration, sa persévérance dans l'utilisation de ces services et les résultats obtenus. Par cet historique, l'intervenant peut être à même de considérer la récurrence de certaines problématiques et le potentiel de changement du parent.

Lorsque la situation implique deux parents (coparentalité), il importe de regarder le partage de l'exercice des rôles parentaux et les rapports que les parents entretiennent entre eux qu'ils cohabitent ou non. À cet égard, il arrive assez fréquemment que des parents, au lieu de s'entraider, ou de se soutenir, se dénigrent et se disqualifient l'un et l'autre en présence de l'enfant, ce qui amène parfois ce dernier à être au cœur d'un important conflit conjugal ou de séparation.

Le fait de cibler de façon précise et concrète les aspects sur lesquels portera l'évaluation des dispositions parentales est aidant pour toutes les parties impliquées. Plus vite l'enfant évoluera dans un milieu exempt de compromission, avec un parent capable d'une relation plus

sécurisante avec lui, mieux il cheminera dans les différentes sphères de son développement. Par ailleurs, la transparence et le respect dans l'intervention font partie intégrante du processus. Ainsi, le parent est bien au fait des enjeux concernant son enfant et est assuré d'un soutien intensif pour l'aider à se reprendre en main.

Quant à l'intervenant, ses activités sont bien balisées, et ce, dès le début de l'application des mesures. En définissant des objectifs clairs et des moyens précis, la relation avec le parent s'établit selon le cadre d'intervention et les balises cliniques qui soutiennent la responsabilisation et la participation du parent tout en contribuant à amoindrir les effets d'un mode relationnel non bénéfique entre l'intervenant et ce dernier. Ce mode relationnel peut aller dans le sens d'une identification trop intense au vécu du parent et à sa souffrance ou dans le sens d'un rapport de pouvoir avec lui. Dans l'un ou l'autre cas, le processus d'aide est entravé par un manque de recul, voire par une absence de distanciation essentielle pour une intervention efficace. À ce moment, le soutien clinique, offert entre autres par un spécialiste en activités cliniques, peut s'avérer un moyen d'amoindrir les effets de ce mode relationnel et de poursuivre l'intervention en gardant le cap sur l'intérêt de l'enfant.

Objectif 3 : Offrir des opportunités au parent en lien avec le projet de vie privilégié

Tel que mentionné préalablement, le choix du parent va généralement dans le sens de garder ou de reprendre son enfant avec lui. Or, dans la réalité, qu'est-il prêt à faire pour actualiser ses intentions dans une démarche concrète de résolution de problème? À ce moment du processus d'intervention, l'intervenant doit tout mettre en œuvre pour favoriser la réalisation d'actions concrètes par le parent en lui offrant une panoplie d'opportunités, en l'incitant à prendre des initiatives, à entreprendre des démarches et à faire des choix cohérents en regard de ses intentions. Ces opportunités constituent des moyens à intégrer au PI.

Le partenariat doit être mis à profit en utilisant toutes les ressources internes et externes nécessaires. C'est à ce stade que la créativité, la souplesse, la concertation, l'intensité et la stratégie dans les interventions prennent tout leur sens, en offrant le plus d'opportunités possibles au parent afin qu'il puisse faire des choix éclairés qui le rapproche du projet de vie privilégié. Plus l'intervenant sera en mesure d'offrir des opportunités, plus les révisions PSI-PI ou les Tables de révision auront une valeur et une signification réelles tant pour le parent et l'intervenant que pour les instances judiciaires. Ces opportunités peuvent être considérées comme des occasions qui favorisent la mobilisation du parent dans les choix qu'il fait et les objectifs qu'il poursuit afin d'actualiser le projet de vie privilégié.

Les opportunités offertes au parent seront en lien avec les éléments de compromission touchant son mode de vie et sa compétence parentale. Il est important d'offrir des occasions de mobilisation et de choix en lien avec ces deux sphères.

Voici des exemples d'opportunités pouvant être offertes au parent :

- Horaire des entrevues avec l'intervenant social afin d'accompagner le parent dans son cheminement en lien avec l'actualisation du projet de vie privilégié pour son enfant;
- Horaire de visites supervisées avec l'enfant. Cet horaire peut être ajusté de façon à voir le parent en interaction avec son enfant à des moments différents de la journée et selon un laps de temps de plus en plus long, si le parent maintient le rythme. Cet horaire peut aussi contenir des conditions permettant au parent de se mettre en action, comme apporter une collation, des couches, un repas, des jeux pour l'enfant, etc.
- Demande faite au parent de confirmer sa présence aux visites supervisées 24 ou 48 heures à l'avance, en respect de l'ordonnance ou d'une entente prise avec le parent;
- Horaire des entrevues avec l'éducateur, afin d'évaluer ou de développer ses habiletés parentales. Ces entrevues peuvent se faire à domicile ou dans le cadre de la visite supervisée, selon le milieu de vie de l'enfant;
- Utilisation des services psychologiques ou psychiatriques pour l'évaluation de la personnalité du parent. Cette évaluation se fait en tenant compte des éléments de compromission qui indiquent que le parent souffre de problèmes de santé mentale ou de problèmes d'adaptation, ces derniers pouvant freiner ou masquer sa compétence parentale;
- Utilisation des services d'évaluation et de suivis relatifs aux problèmes de toxicomanie, tel que le Centre de réadaptation en dépendance du Québec (CRDQ), entre autres par le « Programme Jeunes-parents »;
- Utilisation de services pour donner un soutien dans l'organisation du budget du parent, tel que GRAPE;
- Suivis thérapeutiques en rapport avec les problématiques spécifiques, dans les centres de santé et services sociaux (CSSS), en bureau privé, dans des maisons de désintoxication, dans des cliniques comme Le Faubourg St-Jean (problèmes de santé mentale : troubles de personnalité), l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (CHRG), etc.
- Participation à des groupes de parents-enfants, dans leur quartier;
- Soutien offert au parent dans sa mobilisation pour rechercher un milieu de garde et y inscrire son enfant;

- Accompagnement de son enfant dans l'utilisation des services spécialisés de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), Clinique du développement du CHUQ, CRDI, etc.
- Utilisation de certaines ressources communautaires en lien avec les problématiques du parent : Mères et Monde, Centre Femmes aux 3A, GAPI, Autonhommie, etc.
- Soutien offert au parent dans sa mobilisation afin d'assurer le suivi de santé de son enfant ou tout autre suivi dont il aurait besoin;
- Soutien offert au parent dans sa mobilisation à se trouver un logement adéquat, à s'y installer et s'y maintenir.

En plus de ces exemples d'opportunités souvent mises de l'avant, il importe de demeurer ouvert à d'autres façons de responsabiliser le parent et de l'amener à se mettre en action. Ceci constitue un point crucial pour parvenir à une démonstration limpide concernant l'actualisation ou non du projet de vie privilégié. Ces opportunités lui sont offertes pour le stimuler dans une action organisée et l'orienter efficacement vers le but qu'il s'est la plupart du temps donné soit : le maintien ou le retour de l'enfant dans le milieu familial. En fait, il faut tenter de créer un contexte dans lequel le parent est susceptible de modifier ses comportements qui causent la compromission.

Puisque le projet de vie privilégié, décidé par le parent, repose sur son degré de collaboration, l'intervenant doit avoir le souci d'adopter des attitudes favorisant cette coopération et alliance thérapeutique. Pour ce faire, l'accompagnement, l'écoute, l'empathie, la chaleur et l'orientation respectueuse vers des solutions pour modifier la situation de compromission représentent autant de manières de susciter la collaboration avec le parent. Il est certain que l'intensité d'intervention mise en place constitue également un autre facteur déterminant dans le développement de cette collaboration et dans la transparence de la relation établie. De plus, l'utilisation d'une approche consensuelle ou de médiation peut favoriser l'implication du parent.

Objectif 4 : Renforcer la rigueur clinique

Moyens :

- 4.1 Utilisation d'outils cliniques;
- 4.2 Groupe de discussions cliniques.

4.1 Utilisation d'outils cliniques

La majorité des outils prescrits à cette étape font partie du répertoire des outils cliniques du CJQ-IU. Une description plus détaillée de ces outils se retrouve en annexe du présent guide.

Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité (Annexe 5)

Elle permet d'évaluer le risque d'instabilité ou de discontinuité de la situation de l'enfant.

Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED) (Annexe 3)

Le GED est un outil de détection précoce des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans.

Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) (Annexe 1)

L'ICBE est en lien avec les dispositions parentales

Mon histoire à moi : mon livre de vie

Outil clinique créé au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), il collige de façon conviviale les informations pertinentes à l'histoire de vie de l'enfant pour lequel un projet de vie s'actualise ou est en voie de s'actualiser.

Bam, le magicien des enfants

Le programme informatique « Bam, le magicien des enfants » s'adresse aux jeunes de 4-11 ans. L'enfant est amené à développer des habiletés personnelles soit pour vaincre ses peurs ou pour se défaire de comportements inappropriés. Il s'agit d'un clavardage d'environ 45 minutes entre le magicien et l'enfant pour établir ce que ce dernier souhaite travailler et quelles personnes peuvent l'aider à le faire.

Contes et allégories : Billy la petite grenouille, Un pavot parmi les marguerites

Ces contes et allégories s'adressent à l'imaginaire de l'enfant et lui permettent de trouver ses propres solutions à son vécu sans que l'intervenant lui impose son point de vue ou ses explications personnelles.

Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) SOCEN

Outil d'évaluation et de suivi de l'enfant dans son milieu d'accueil, conçu en fonction de l'âge de l'enfant et utilisé une fois par année afin de s'assurer qu'il reçoit la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins.

Inventaire de soutien social et familial (ISSF) (Annexe 2)

L'ISSF tend à quantifier et qualifier le réseau social et familial et il est utilisé avec le parent.

Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant (Annexe 4)

Ce guide a été conçu à l'intention des intervenants afin d'accompagner et de soutenir le parent dans une démarche du projet de vie.

L'utilisation des mêmes outils cliniques, à différents moments de l'intervention, s'avère un facteur d'objectivation du jugement professionnel, que ce soit en lien avec le mandat de protection, les objectifs à poursuivre par rapport aux éléments de compromission et aux facteurs de risque identifiés dans la famille ou avec la poursuite du développement de l'enfant. Ces outils peuvent alors procurer des éléments de comparaison entre le début et la fin de l'une ou l'autre des étapes d'intervention et indiquer plus objectivement, et plus précisément, le chemin parcouru par le parent dans la démarche du projet de vie.

4.2 Groupe de discussions cliniques

Les discussions cliniques en petit groupe représentent l'une des modalités gagnantes pour appliquer Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans selon les étapes prévues. L'intervenant apprécie particulièrement cette formule qui lui apparaît aidante pour « remettre la balle dans le camp du parent » et se recentrer sur l'intérêt de l'enfant. Ces discussions cliniques deviennent aussi un lieu d'apprentissage important à travers l'étude des situations des autres intervenants : les stratégies préconisées, les attitudes développées, les opportunités créées, le travail effectué avec les partenaires, etc. Il s'agit d'occasions pour l'intervenant de renouveler ses compétences dans l'application du guide de pratique, guide qui reste, malgré tout, sujet à une adaptation dans l'intervention.

Objectif 5 : Identifier les facteurs de risque et de protection

Moyens :

5.1 Facteurs de risque;

5.2 Facteurs de protection.

L'identification des facteurs de risque et de protection permet de compléter le portrait sociofamilial amorcé à l'**Étape 1 - Clarifier le projet de vie** et de fournir des pistes d'intervention pour soutenir le parent dans son processus de reprise en main. Les facteurs de risque et de protection font l'objet d'un travail assidu lorsque le projet de vie est le maintien ou le retour dans le milieu familial. Lorsqu'il y a augmentation des facteurs de protection, l'atteinte du projet de vie privilégié devient de plus en plus réaliste et réalisable.

5.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque représentent des conditions personnelles, culturelles ou environnementales qui augmentent les probabilités d'occurrence d'une problématique. Les familles qui font l'objet d'un signalement en protection de la jeunesse, et pour qui des mesures de protection doivent être prises, cumulent habituellement un certain nombre de facteurs

de risque qui peuvent être des sources importantes de stress et occasionner des situations de crise. Les facteurs de risque gravitent autour de différents axes : sociodémographiques, biologiques, médicaux, psychologiques, relationnels, contextuels et intergénérationnels.

Voici quelques exemples de facteurs de risque à explorer au cours du processus en ce qui concerne l'enfant âgé de 0 à 17 ans :

Facteurs de risque	Caractéristiques liées à ces facteurs
Les facteurs sociodémographiques	Pauvreté, faible scolarité, monoparentalité, jeune parent, etc.
Les facteurs biologiques	Vulnérabilité de l'enfant en raison de son jeune âge ou de son tempérament difficile (en lien avec le degré de stress parental), etc.
Les facteurs médicaux	Enfant prématuré, maladie ou handicap physique de l'enfant ou du parent, déficience intellectuelle, etc.
Les facteurs psychologiques	Problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de criminalité, faible estime de soi, sentiment de ne pas avoir de contrôle sur les événements, mauvaises habiletés de coping *, etc.
Les facteurs relationnels	Intolérance, indifférence, immaturité, impulsivité, instabilité, difficulté de créer des liens d'attachement, isolement social, manque de connaissances ou d'habiletés pour dispenser des soins à l'enfant, etc.
Les facteurs contextuels	Quartier défavorisé, divorce des parents, décès d'un proche, etc.
Les facteurs intergénérationnels	Transmission d'une problématique de génération en génération, etc.

« Chez l'être humain, la présence de quatre sources de stress provoque habituellement un état de crise parce que l'effet combiné de plusieurs sources de stress est plus grand que la somme des stress individuels » (CJM-IU, 2003, p. 1). Par exemple, la séparation, la maladie, la violence conjugale, le quartier dans lequel on vit, l'exiguïté d'un logement, les démêlés avec la justice et autres représentent autant de sources de stress pouvant contribuer, en interaction, à déclencher une crise majeure dans la famille. Ainsi, l'interaction dynamique entre les différents facteurs de stress induirait un effet négatif plus important que leur simple addition. De plus, il importe de garder en tête que les facteurs de risque présents dans le contexte sociofamilial peuvent masquer la compétence parentale, d'où l'importance d'identifier également les facteurs de protection qu'il convient de promouvoir.

Le coping correspond à :

l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui permettent de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet du stress sur la santé. Il englobe des actions reliées à la résolution de problèmes (telles que rechercher l'information, examiner les solutions possibles et prendre une décision en regard de l'action à poser), des comportements de communication observables (comme discuter des situations et collaborer avec les autres) et des opérations cognitives (comme minimiser la détresse ou se centrer sur les aspects positifs d'une situation) (Lazarus, Folkman, 1984, 1991; Compas & al., 1987; Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003).

5.2 Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont le pendant positif des facteurs de risque et réfèrent à des conditions qui protègent la famille contre des difficultés potentielles. Par exemple, les interactions de la famille avec l'environnement ainsi que la présence d'habiletés parentales (sensibilité et empathie à l'égard de l'enfant, connaissances sur le développement de l'enfant) (voir annexe 7) représentent des facteurs de protection importants sur lesquels il est possible d'appuyer l'intervention dans une optique de maintien ou de retour de l'enfant avec son parent. Il en va de même pour l'estime de soi et le sentiment d'avoir du contrôle sur les événements qui s'avèrent des ressources personnelles augmentant les habiletés de coping et diminuant la détresse émotionnelle (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003). Ainsi, miser sur les habiletés de coping lors d'un projet de maintien ou de retour d'un enfant dans son milieu familial peut s'avérer très bénéfique.

Voici quelques exemples de facteurs de protection à explorer au cours du processus en ce qui concerne l'enfant âgé de 0 à 17 ans :

Facteurs de protection	Caractéristiques liées à ces facteurs
Les facteurs sociodémographiques	Bonne situation financière, stabilité, sécurité, travail et études, etc.
Les facteurs biologiques	Enfant plus âgé, tempérament facile de l'enfant, etc.
Les facteurs médicaux	Bonne santé physique du parent et de l'enfant, etc.
Les facteurs psychologiques	Bonne santé mentale des parents et des enfants, habiletés à résoudre des problèmes personnels, reconnaissance par les parents de leurs limites, de leurs difficultés et de l'impact de celles-ci sur l'enfant, bonne estime de soi (parents et enfant), sentiment d'avoir du contrôle sur les événements, habiletés de coping, * etc.
Les facteurs relationnels	Interaction de la famille avec l'environnement (recours à des organismes communautaires, implication dans la communauté), présence de soutien social et familial, relations stables, habiletés à interagir, collaboration du parent, habiletés à prendre soin d'un enfant, etc.
Les facteurs contextuels	Situation de vie stable, parents vivent ensemble.

Table de révision

(Conclusion du Volet 1)

Il est d'abord important de rappeler que l'intervenant partage avec le parent le contenu du rapport de révision, et ce, avant la tenue de la Table de révision. L'intervenant peut ainsi recueillir et être à l'écoute de ses commentaires, de ce qu'il comprend, interprète et ressent face à ce qui y est consigné. Il va sans dire que le savoir-être prend ici tout son sens.

Dans la loi, il est clairement précisé que « Le directeur doit réviser, aux conditions prévues par le règlement, le cas de chaque enfant dont il a pris la situation en charge. Il doit vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer un retour de l'enfant chez ses parents. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel retour n'est pas possible, le directeur doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente » (art. 57 LPJ) (voir annexe 6).

Pour la clientèle 0-5 ans, les délais de révision de la situation d'un enfant pris en charge par le DPJ sont :

Non hébergé	Hébergé ou confié à
À l'expiration de l'entente sur des mesures volontaires ou de l'ordonnance d'une durée de 12 mois et moins. Tous les 12 mois, si l'ordonnance a une durée de plus de 12 mois.	Tous les six mois, et à l'expiration de l'entente sur des mesures volontaires ou de l'ordonnance.

L'expérience démontre clairement l'importance de réaliser la révision en concertation avec les deux parents et, si requis, avec les collaborateurs impliqués auprès de la famille (ex. : l'intervenant des ressources, l'intervenant des ressources de la banque mixte, l'éducateur, le psychologue, les partenaires). En fait, plus une situation est perçue dans sa totalité par l'apport de chacun des intervenants impliqués, plus le bilan se fait avec facilité, car il tient compte de tous les éléments et des différents points de vue, en apportant les arguments cliniques et légaux nécessaires pour étayer ledit bilan et les décisions qui en découlent.

Personnes présentes à la Table de révision

- Parents
- Intervenants impliqués
- Réviseur

Au besoin :

- Spécialiste en activités cliniques
- Chef de service
- Personnes significatives
- Collaborateurs

Lors de cette Table de révision, plus le bilan est clair et connecté à la réalité du parent et de l'enfant, plus l'entrevue s'effectuera aisément et dans le respect, tout en demeurant centrée sur le vécu et l'intérêt de l'enfant. De plus, étant donné qu'il a été impliqué activement tout au long de la démarche et que le contenu du rapport de révision lui a été partagé, le parent connaît les recommandations du bilan de même que les conséquences qui en découlent. Cette concertation favorise ainsi une entrevue plus harmonieuse, plus complète et probablement plus conforme à la réalité vécue par chacune des parties.

Hormis les décisions concernant la compromission de la situation, les mesures, le régime et la durée de l'entente ou de l'ordonnance, le réviseur a la préoccupation d'évaluer le projet de vie à actualiser pour l'enfant.

Sous l'angle de *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*, la Table de révision représente, entre autres, un moment crucial à l'intérieur de toute la démarche car elle constitue le point d'ancrage à partir duquel la situation de l'enfant sera orientée vers le projet de vie privilégié ou le projet de vie alternatif. En fait, c'est l'occasion de faire le bilan afin de mesurer l'écart entre le projet de vie privilégié formulé par le parent et ses actions concrètes pour parvenir à l'actualiser. Autrement dit, y a-t-il convergence ou divergence entre sa volonté et ses actions posées? Un écart important entre ces deux indicateurs révèle peu ou pas de changements dans son mode de vie ou sa compétence parentale, alors que l'amenuisement de cet écart constitue plutôt un indice d'amélioration de la situation.

Le bilan peut représenter une tâche complexe pour les intervenants impliqués. Les résultats qui en découlent conditionneront la poursuite du travail avec le parent, que ce soit en conformité avec le projet de vie privilégié ou avec le projet de vie alternatif. Comme le parent est au centre de cette démarche, il doit être impliqué dans le processus de décision, entendu

dans ce qu'il vit et mis à profit dans la recherche de solutions. Bref, tout comme l'enfant, il demeure au cœur de l'intervention quel que soit le projet de vie envisagé. Voilà pourquoi il est essentiel de réaliser la Table de révision en impliquant d'abord le parent ainsi que tous les intervenants qui ont été interpellés à un moment ou l'autre auprès de la famille.

Évaluer le projet de vie à actualiser pour l'enfant

Pour évaluer le projet de vie à actualiser pour l'enfant, le réviseur doit :

1. Évaluer l'évolution de la situation de l'enfant;
2. Évaluer le degré de mobilisation du parent en fonction des actions qu'il a posées pour régler la situation de compromission.

1. Évaluer l'évolution de la situation de l'enfant

Dans un premier temps, il importe de faire un retour sur les moyens mis en place pour favoriser une reprise du développement de l'enfant. Ces moyens sont-ils efficaces? Génèrent-ils une récupération chez l'enfant? Entre autres, les résultats comparatifs du GED peuvent contribuer à répondre à ces questions. En fait, il est important d'avoir un aperçu de l'évolution de la situation de l'enfant sur les plans langagier, affectif et moteur.

Il s'agit ici de :

- Cerner les zones de développement où l'enfant a bien récupéré selon les difficultés ciblées au préalable;
- Rectifier les mesures, s'il y a lieu;
- Identifier les meilleures façons de favoriser la poursuite du développement de l'enfant.

2. Évaluer le degré de mobilisation du parent en fonction des actions qu'il a posées pour régler la situation de compromission

La reconnaissance par le parent de sa responsabilité dans la situation problématique, au regard de l'impact sur son enfant, est essentielle à l'actualisation du projet de vie privilégié. Cette reconnaissance peut se concrétiser par des verbalisations, mais surtout par une mobilisation concrète pour changer les éléments problématiques. Plus la reconnaissance et la mobilisation sont présentes, plus le pronostic d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial est réaliste. À l'inverse, la non-reconnaissance de la problématique, de même qu'une faible mobilisation (immobilité, passivité) réduisent les possibilités d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial.

L'évaluation du degré de mobilisation du parent permet à l'intervenant de faire une rétrospective du cheminement du parent en lien avec les opportunités qui lui ont été présentées. Plus l'intervenant a été en mesure d'offrir des opportunités, plus le bilan sera juste, sensé et exhaustif. Cette évaluation amène le réviseur, en collaboration avec les intervenants impliqués, à prendre une décision qui peut avoir des conséquences importantes et déterminantes pour l'enfant et le parent.

La Table de révision s'avère un moment opportun pour s'interroger sur le maintien des mandats conjoints. Tel que mentionné au **Volet 1 Actualiser le projet de vie privilégié**, il est préconisé de favoriser le travail de concertation entre le psychosocial et la réadaptation afin d'intervenir simultanément sur le mode de vie du parent, sur le développement de ses habiletés parentales et sur le développement de l'enfant, dans le souci d'offrir une intervention intensive. Il est souhaitable de profiter de cette rencontre pour examiner la pertinence de poursuivre conjointement l'intervention ainsi que l'intensité de cette intervention. En fait, l'important est d'éviter d'agir selon des automatismes concernant cette co-intervention.

Décision relative au projet de vie pour l'enfant

Tout au long de la démarche, l'intervenant rappelle au parent les différents enjeux, c'est-à-dire ce sur quoi porte le jugement professionnel, en lien avec l'intérêt de l'enfant, la participation attendue du parent, la notion de temps chez l'enfant ainsi que les durées maximales d'hébergement prévues par la LPJ. Dans la majorité des situations, le parent n'est pas étonné de la décision prise lors de la révision. Il n'en demeure pas moins qu'il peut être difficile pour lui d'entendre et d'accepter d'emblée la décision prise à ce moment. Un cheminement reste à faire. Néanmoins, les attitudes de transparence et de respect adoptées par l'intervenant, de même que l'intensité et la rigueur dont il a fait preuve dans ses interventions, peuvent susciter en retour le même genre d'attitudes positives chez le parent, malgré des points de vue parfois divergents. Ainsi, le processus de révision s'effectue dans le respect et la transparence. Le parent connaît bien les enjeux cliniques du bilan et les conséquences qui peuvent s'en suivre.



Lors de la Table de révision, une des trois décisions suivantes peut être prise et présentée au parent :

1. **La poursuite du Volet 1** pour continuer le cheminement entrepris par le parent, afin de vérifier plus en profondeur sa mobilisation, sa collaboration et son implication;



2. **Le maintien ou le retour de l'enfant en milieu familial**, avec ou sans la poursuite de l'intervention en protection;



3. **L'hébergement de l'enfant en milieu de vie substitut jusqu'à sa majorité**, impliquant une diminution des contacts avec le parent, en cohérence avec l'intervention. Dans ces situations, l'adoption ou la tutelle doit être envisagée et reconsidérée de manière épisodique.

En conclusion, la Table de révision permet de faire un retour sur l'ensemble de la démarche clinique entreprise, c'est-à-dire la clarification, la détermination, la planification et l'actualisation du projet de vie qui répond le mieux aux besoins et à l'intérêt de l'enfant.



ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

Volet 2 - Actualiser le projet de vie de l'enfant qui est soit :

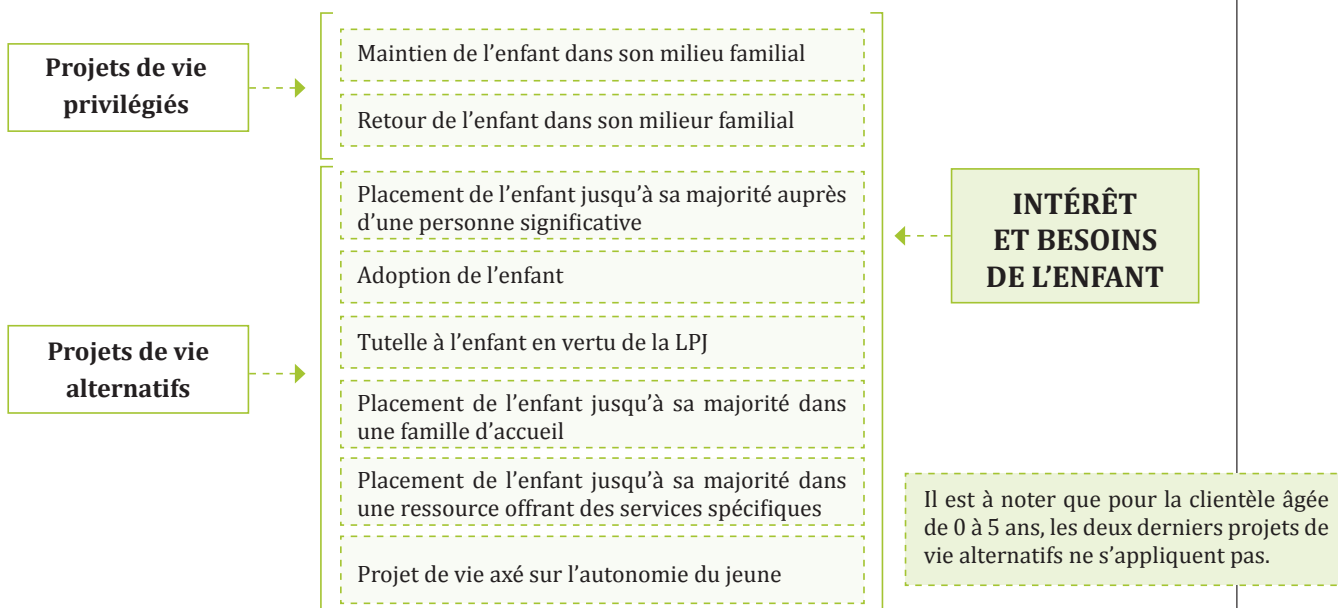
- Projet de vie privilégié
- Projet de vie alternatif

L'**Étape III - Volet 2** consiste à actualiser le projet de vie de l'enfant en poursuivant le travail avec le parent, en collaboration avec les ressources impliquées. Les interventions réalisées lors de ce volet permettront à l'enfant de vivre la permanence et la stabilité, que ce soit avec son parent ou son milieu substitut.

Le **Volet 2** découle de la planification concurrente qui avait été déterminée et précisée à nouveau lors des révisions des PI. Il faut se rappeler que, même si le projet de vie privilégié était un maintien ou un retour en milieu familial, un projet de vie alternatif pour l'enfant a été déterminé à l'**Étape II**, au cas où le projet de vie privilégié ne fonctionne pas. À la Table de révision, et compte tenu des constats effectués à ce moment, une décision sur le projet de vie actualisé a été prise par le réviseur en tenant compte des besoins et de l'intérêt de l'enfant, de même que de la mobilisation du parent depuis le début de la démarche.

Selon la décision prise à la Table de révision, le projet de vie de l'enfant (MSSS, 2010, p. 694) devient le but du PI révisé, en conformité avec le Centre de formation de l'ACJQ (PNF).

Figure 8.1.1 - Les différents types de projet de vie



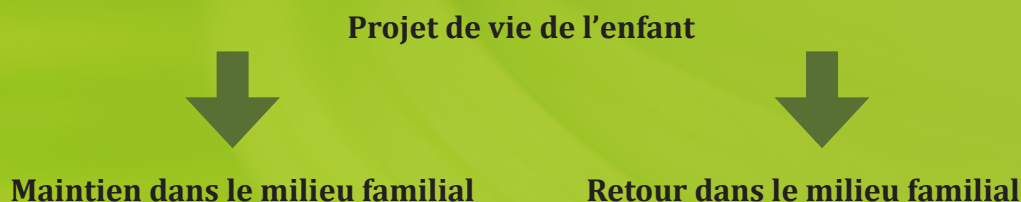
Évidemment, ces types de projet de vie confèrent une perspective et une couleur spécifiques aux interventions mises en place. L'idée première est de s'assurer que l'enfant bénéficie de la permanence dont il a besoin pour se développer et forger son identité. Ce sentiment de permanence naît et croît à travers la continuité des soins et la stabilité des liens qui le rattachent à son milieu de vie, sans que ces liens soient remis en question à tout moment.

Lorsque le projet de vie de l'enfant est le maintien ou le retour dans son milieu familial, l'intervenant mettra tout en œuvre pour soutenir la famille et fera en sorte que le parent poursuive son cheminement dans la restauration ou la consolidation de ses habiletés parentales et dans l'élimination des éléments de compromission. La famille en très grande difficulté aura probablement besoin d'un soutien accru à cet égard allant au-delà de la mission de protection. Il devient alors impératif de distinguer les mandats (besoin de protection et besoin de services) et d'établir des passerelles efficaces avec d'autres organismes afin que la famille transite facilement entre les différents réseaux et services.

Par contre, s'il y a improbabilité de retour dans le milieu familial, les contacts parent-enfant devront être réévalués dans le but de favoriser l'enracinement de l'enfant dans son milieu de vie substitut. Dans ce contexte, même si le rythme des interventions diminue, il est crucial de demeurer actif dans la situation, afin de poursuivre, s'il y a lieu, la démarche vers un projet de vie plus définitif (adoption ou tutelle) qui mettra fin à l'intervention de protection.



ÉTAPE III – Volet 2 : Actualisation du projet de vie privilégié



Le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial s'actualise lorsque le parent a clairement démontré qu'il a la volonté et la capacité d'exercer son rôle de parent. La démarche se poursuit par l'actualisation du projet de vie de l'enfant. L'intervenant aura le souci de créer des conditions gagnantes pour la réussite de ce projet (ACJQ, 2009, p. 30, 35 et 36).

Voici maintenant, plus en détail, les objectifs spécifiques et les moyens proposés pour actualiser le projet de vie de l'enfant.

Objectifs poursuivis pour actualiser le projet de vie privilégié de l'enfant :

1. Stabiliser l'enfant dans son projet de vie;
2. Éliminer les éléments de compromission;
3. Maintenir les acquis et poursuivre le développement de nouvelles compétences parentales;
4. Diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection;
5. Favoriser le développement de l'enfant.

Objectif 1 : Stabiliser l'enfant dans son projet de vie

Une fois le projet de vie confirmé, lorsque l'enfant demeure dans son milieu familial ou le réintègre, il importe de maintenir la mobilisation du parent qui parfois relâche ses efforts dans le cheminement à poursuivre. Il faut alors le recentrer sur les besoins de l'enfant et sur sa motivation profonde à actualiser le projet de vie de son enfant. L'intensité d'intervention revêt donc toute son importance pour s'assurer de la permanence du projet de vie actualisé. Les efforts doivent être clairement dirigés pour maintenir l'enfant dans son milieu familial malgré les difficultés rencontrées. En ce sens, il importe de respecter la décision prise lors de la Table de révision, sauf s'il survenait des éléments nouveaux majeurs nécessitant d'interpeller à nouveau le réviseur.

Objectif 2 : Éliminer les éléments de compromission

Parallèlement à l'actualisation du projet de vie et puisqu'il importe que l'enfant doive le plus rapidement possible évoluer dans un milieu exempt de compromission, il est nécessaire que le parent continue à s'investir dans le rétablissement de sa situation. Il faut se rappeler que le temps est un facteur déterminant pour l'enfant en raison du rythme de son développement (voir annexe 7) et de l'impact que pourrait laisser les comportements parentaux problématiques.

Comme mentionné préalablement, l'élimination de la compromission ne signifie pas nécessairement la fin des besoins de services. Il est important d'établir des liens efficaces avec les partenaires susceptibles de poursuivre le travail avec la famille, une fois le mandat de protection terminé en centre jeunesse. À cet effet, il existe des mécanismes de relais prévus entre le CJQ-IU et les CSSS pour favoriser le transfert personnalisé.

Objectif 3 : Maintenir les acquis et poursuivre le développement de nouvelles compétences parentales

Le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial implique que le parent s'est déjà mobilisé. Il a démontré sa motivation et sa capacité à restaurer et consolider ses habiletés parentales. Il a fait des apprentissages concernant son enfant que ce soit en lien avec son développement, ses besoins, sa relation avec lui ou les compétences requises pour exercer son rôle parental de façon adéquate. Il a aussi fourni des efforts pour améliorer son mode de vie dans les aspects touchant les éléments de compromission.

L'objectif actuel se met en place dans un moment stratégique de l'intervention, considérant la reconnaissance des efforts du parent et sa mobilisation. À cet effet, la confirmation du maintien ou du retour de l'enfant dans son milieu familial devient un facteur de motivation supplémentaire pour le parent, ce qui crée l'ouverture nécessaire pour le soutenir intensivement dans l'actualisation du projet de vie.

Objectif 4 : Diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection

L'identification des facteurs de risque et de protection faite au préalable depuis le début de la démarche, permet d'agir davantage sur ces éléments à cette étape-ci. L'intervenant doit alors veiller à mettre en place les conditions qui permettront au parent d'augmenter, de maximiser et de créer les facteurs de protection qui contribueront à amoindrir l'impact des facteurs de risque. L'intervenant doit aussi encourager le parent à prendre les moyens permettant de diminuer et de contrer les facteurs de risque (impliquer les partenaires, miser sur la création d'un réseau de soutien, etc.).

Objectif 5 : Favoriser le développement de l'enfant

Les services mis en place au début de l'intervention, afin de favoriser la récupération des retards de l'enfant, sont probablement encore nécessaires à cette étape. Ceci comporte des exigences pour le parent, que ce soit pour amener l'enfant à ses rendez-vous avec des spécialistes ou pour faire des activités de stimulation spécifiques avec lui.

Si l'enfant amorce un retour dans le milieu familial, il est important d'évaluer à nouveau ses besoins ainsi que les meilleures façons d'y répondre, dans le but de favoriser son développement. Par exemple, le soutien du milieu de garde ou de la famille élargie permet un transfert de compétences et favorise la prise de responsabilités par le parent, en ne perdant pas de vue l'évolution du développement de l'enfant (voir annexe 7).

Afin d'atteindre les objectifs cités au préalable, certains moyens sont suggérés.

Moyens pour actualiser le projet de vie privilégié de l'enfant :

1. Effectuer un suivi psychosocial et de réadaptation, si nécessaire;
2. Favoriser le développement du réseau de soutien de la famille;
3. Travailler avec les partenaires (PSI);
4. Renforcer la rigueur clinique : outils cliniques et discussions cliniques;
5. Procéder à la révision du PSI-PI;
6. Produire un rapport de révision.

1. Effectuer un suivi psychosocial et de réadaptation, si nécessaire

Il est important de continuer un travail intensif avec la famille. Cette intensité, qui se caractérise entre autres par la constance des interventions, peut s'actualiser par le maintien d'une intervention conjointe (psychosociale et réadaptation). De plus, cette intensité permet d'atteindre les objectifs avec plus de succès, en gardant le parent mobilisé et actif tout en créant des ancrages qui favorisent les expériences de réussite dans la famille.

En fait, lors d'un travail de maintien de l'enfant avec son parent, l'idée principale est d'offrir les services les plus adaptés pour réaliser ce but. Une intervention régulière et constante suscite la coopération entre l'intervenant et le parent. Elle favorise, chez ce dernier, le maintien des acquis et le développement de nouvelles compétences. C'est l'effet recherché pour parvenir à une fin de mandat en protection de la jeunesse dans des délais acceptables, compte tenu du caractère d'exception de cette loi et du désir légitime du parent de ne plus recevoir les services de protection.

2. Favoriser le développement du réseau de soutien de la famille

Le développement d'un réseau de soutien significatif, c'est-à-dire un réseau sur lequel la famille peut véritablement compter, constitue un axe d'intervention à privilégier car il augmente les facteurs de protection. L'ISSF (voir annexe 2) devient alors un outil facilitant pour l'identification et le développement d'un tel réseau. Cet outil peut être complété à différents moments du processus d'intervention mais, à ce moment-ci, son utilisation est essentielle puisqu'elle permet de préciser certains objectifs du PI et permet aussi de mettre l'accent sur l'importance de pouvoir compter sur un réseau de soutien. L'attention du parent et de l'intervenant se porte alors sur la présence de ce réseau qui tend ainsi à croître et à se développer. Pouvoir référer à des membres de la famille élargie, à des parents proches ou à des amis sur une base harmonieuse aide le parent à maintenir les changements qu'il a réussis à faire.

La connaissance des ressources communautaires dans son environnement devient aussi un facteur lié à la réussite de son projet. L'ISSF incite non seulement à développer son réseau de soutien, mais précise également de façon très claire en quoi et comment chaque personne ou ressource peut soutenir la famille.

En conclusion, le réseau de soutien fait, d'une part, émerger le parent de son isolement et d'autre part, il peut devenir un facteur de réussite dans la réponse à apporter aux besoins spécifiques de l'enfant (par l'entremise de l'appui offert au parent), de même qu'à son besoin de protection globale.

3. Travailler avec les partenaires (PSI)

La concertation avec les partenaires s'avère un autre axe d'intervention à privilégier. Il est essentiel de se référer aux principales ressources qui existent sur le territoire afin de tisser des liens avec celles-ci. Plus l'intervenant interpelle une ressource, plus les contacts deviennent faciles avec celle-ci. La fluidité des contacts, la connaissance des programmes offerts et la rencontre des personnes donnant les services permettent de promouvoir l'utilisation de différentes ressources auprès des familles, d'établir des passerelles de communication utiles et efficaces et de réaliser une intervention en continuité. C'est l'essence même du PSI.

Le travail avec les partenaires favorise une meilleure connaissance des intervenants et des programmes, ce qui peut amener un partage d'expertise, des interventions complémentaires et un transfert de connaissances. Il est important de rester à l'affût de toutes les opportunités de concertation et de tenter d'établir des liens.

Le bien-être des familles et le maintien des acquis faits par le parent pour garder son enfant auprès de lui, permettront, éventuellement, de ne plus avoir besoin de recourir au système de protection de la jeunesse. Cette situation est souvent facilitée par le recours à d'autres services. Autant il est important que la famille développe son réseau de soutien personnel, autant la connaissance et l'accessibilité aux services le sont aussi. Les mécanismes de relais mis en place facilitent l'intégration des familles et leur permettent d'obtenir réponse à leurs besoins, en évitant les vides de services, et ce, tout en favorisant la responsabilisation et l'autonomie vis-à-vis les services offerts comme le prescrit l'article 57.2 de la LPJ (voir annexe 6). Le transfert personnalisé est ainsi favorisé.

4. Renforcer la rigueur clinique : outils cliniques et discussions cliniques

Les principaux outils cliniques, dont le GED, ICBE et ISSF, sont utiles dans un projet de maintien ou de retour de l'enfant dans le milieu familial. L'utilisation de ceux-ci, à cette étape, permet d'objectiver la démarche, d'utiliser un langage commun et de maintenir la cohérence dans l'intervention. Elle donne des repères importants quant à l'évolution de la situation vers le mandat de protection visé et vers le projet de vie actualisé pour l'enfant. L'utilisation d'un de ces outils peut devenir un facteur de motivation supplémentaire pour le parent.

Les discussions cliniques permettent à l'intervenant de prendre un recul concernant la situation et ainsi être en mesure d'envisager d'autres pistes d'intervention.

5. Procéder à la révision du PSI-PI

Le PSI et le PI sont des outils cliniques obligatoires à la base de la planification de l'intervention. Ils indiquent à l'intervenant et au parent ce qui est attendu et l'évolution vers la situation souhaitée. Ils assurent une pratique rigoureuse et structurée, tout en gardant le cap sur le projet de vie de l'enfant dans un milieu exempt de compromission. Le parent impliqué, en alliance avec l'intervenant, sera sensible aux preuves concrètes de son cheminement personnel et du développement de ses habiletés parentales.

Les objectifs et les moyens sont évalués par les parties impliquées afin de faire le bilan de l'évolution de la situation.

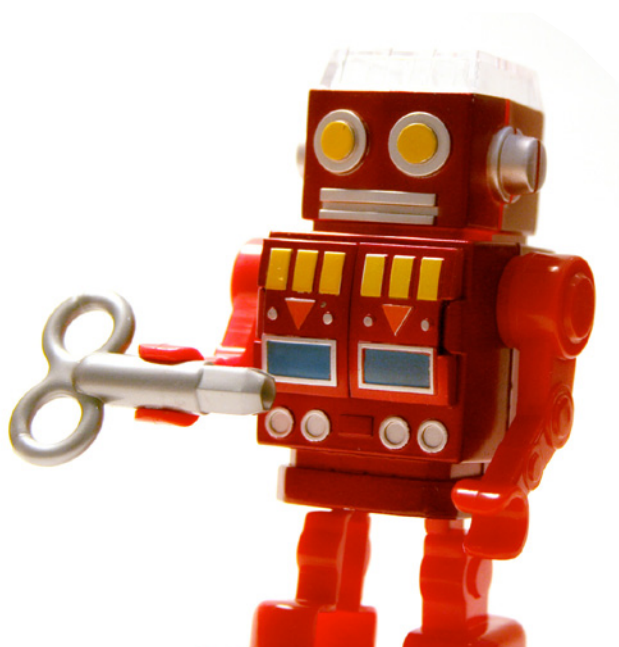
6. Produire un rapport de révision

Le rapport de révision permet de synthétiser les actions réalisées par l'ensemble des acteurs et fournit au parent, à l'intervenant et au réviseur, un portrait réel de l'évolution de la situation. Il témoigne du travail accompli, sert de point de repère pour les interventions subséquentes et laisse une trace importante concernant le bilan de la situation en vue

d'un ajustement à la planification de l'intervention. Il permet de s'y référer, au besoin, pour assurer une continuité clinique dans l'intervention.

Lorsque les éléments de compromission sont résorbés et que le projet de vie est actualisé, le réviseur met fin à l'intervention en protection, avec ou sans référence vers d'autres ressources.

En conclusion, l'actualisation du maintien ou du retour de l'enfant dans le milieu familial représente un moment privilégié pour poursuivre l'intervention amorcée : mousser la motivation du parent, augmenter sa sensibilité et ses habiletés parentales, favoriser son adaptation sociale, etc. Cela demande une intervention constante, soutenue par la concertation entre collègues du même établissement ou d'établissements différents. Ce projet de vie favorise l'amélioration du lien d'attachement parent-enfant, élément déterminant pour le développement optimal du tout-petit dans les différentes sphères de sa vie.



ÉTAPE III – Volet 2 : Actualisation du projet de vie alternatif



Il est important d'attirer l'attention sur le terme « milieu de viesubstitut », car à ce stade de l'intervention, l'improbabilité de retour de l'enfant dans son milieu d'origine a été démontrée. La famille dans laquelle s'investit l'enfant devient son milieu de vie, milieu dans lequel il a déjà commencé à créer de nouveaux ancrages et à structurer son identité. L'intervenant est ainsi amené à travailler avec les membres de la famille élargie, avec une famille d'accueil de la banque mixte ou encore avec une famille d'accueil régulière qui s'engage auprès de l'enfant au moins jusqu'à sa majorité, voire même jusqu'à un projet d'adoption ou de tutelle si les balises cliniques et juridiques le permettent (ACJQ, 2009, p. 41-56).

Objectifs pour actualiser le projet de vie alternatif de l'enfant :

1. Poursuivre la démarche du projet de vie (avec le parent et le milieu substitut);
2. Stabiliser l'enfant dans son projet de vie;
3. Favoriser le développement de l'enfant.

Les objectifs pour actualiser le projet de vie de l'enfant sont interreliés. Ils visent essentiellement la poursuite de la démarche du projet de vie de l'enfant afin de le stabiliser dans son milieu de vie substitut et de favoriser son enracinement et son développement.

À cette étape, il demeure important de poursuivre les entrevues avec le parent de façon systématique, même si la fréquence de celles-ci peut diminuer par rapport à celle établie précédemment. Ces entrevues ont pour but de l'informer, de l'impliquer et de le faire cheminer en lien avec le projet de vie de son enfant.

Afin de faciliter l'accompagnement de l'enfant dans son milieu substitut ou encore pour superviser les visites parent-enfant, l'intervenant peut s'adjoindre les services de la réadaptation externe selon le mandat et les objectifs poursuivis. De plus, le projet d'appui ponctuel aux familles d'accueil par un travail intensif de réadaptation avec le milieu substitut peut s'avérer gagnant concernant la stabilité du placement de l'enfant.

Suite à une ordonnance jusqu'à majorité, l'intervenant doit se questionner sur deux aspects :

- Comment protéger la stabilité du placement de l'enfant dans le milieu substitut?
- Peut-on envisager les projets de vie adoption ou tutelle, et travailler en ce sens?

Dans la majorité des situations des enfants âgés de 0 à 5 ans, le projet de vie Adoption (CJQ-IU, 2012) représente une avenue à explorer minutieusement. Or, il peut arriver que les valeurs de l'intervenant entrent davantage en ligne de compte à ce moment. Le placement à long terme peut être vu par l'intervenant comme un moyen pouvant aider l'enfant à sauvegarder le lien de filiation avec son parent. L'adoption, en coupant légalement tout lien de filiation, peut parfois être occultée par l'intervenant, laissant ainsi de côté les avantages importants dont pourrait bénéficier l'enfant. La tutelle doit aussi être une avenue à explorer dans certaines situations. Que ce soit dans le cadre d'une adoption ou dans celui d'une tutelle, l'intervenant doit s'assurer de la présence des balises cliniques et juridiques (ACJQ, 2009), qui lui indique quel serait le projet de vie répondant le mieux à son intérêt.

Voici des exemples d'avantages pour l'enfant :

- Ne pas se définir, ni être défini comme un enfant placé dans une famille payée par l'état pendant de nombreuses années;
- Ne plus être suivi en protection de la jeunesse;
- Vivre dans une famille qui l'accepte et qui lui offre une place reconnue légalement;
- Ressentir la sécurité inhérente au processus d'adoption;
- Pouvoir structurer son identité de façon plus positive.

Ces avantages soulignent le bien-fondé d'un questionnement approfondi sur la possibilité d'une adoption. Les gestionnaires, spécialistes en activités cliniques, psychologues et réviseurs, peuvent avoir un rôle à jouer pour soutenir l'intervenant dans cette pratique et

l'aider à prendre le recul nécessaire par rapport à ses valeurs personnelles qui pourraient interférer dans le choix du projet de vie de l'enfant. Ces professionnels sont les gardiens d'une pratique qui vise les meilleures interventions dans l'intérêt de l'enfant quant à son développement et à sa sécurité.

Si l'adoption ou la tutelle ne sont pas envisageables, il est possible que les services de protection se maintiennent à long terme, voire jusqu'à majorité. Il est donc très important de rester vigilant quant à la stabilité du milieu substitut de l'enfant et quant à l'éclosion possible d'un conflit de loyauté. L'hébergement en milieu de vie substitut, ordonné par un juge de la Chambre de la jeunesse, équivaut à une improbabilité de retour de l'enfant dans son milieu familial et modifie le but des interventions auprès des personnes impliquées (parent, enfant et milieu substitut).

Le PI prendra alors une tout autre couleur. Le travail sera axé sur l'enracinement de l'enfant dans son milieu de vie substitut et l'actualisation de son projet de vie et non sur les changements parentaux liés aux éléments de compromission. Il va sans dire que certains parents refusent cette orientation et tentent encore de restaurer leurs habiletés parentales avec plus ou moins de succès. Si tel est le cas et que le parent dépose une requête en révision, il lui appartient de faire la preuve du bien-fondé de sa demande.

Moyens pour actualiser le projet de vie alternatif de l'enfant :

1. Accompagner le parent qui accepte de poursuivre le cheminement;
2. Accompagner le parent qui ne peut ou n'accepte pas de poursuivre le cheminement;
3. Qualifier les contacts parent-enfant;
4. Accompagner l'enfant dans son milieu substitut;
5. Accompagner le milieu substitut;
6. Procéder à la révision du PSI-PI;
7. Produire un Rapport de révision.

1. Accompagner le parent qui accepte de poursuivre le cheminement

À travers le travail intensif effectué au *Volet I* de l'**Étape III - Actualiser le projet de vie**, le parent peut consentir au placement à long terme de son enfant, reconnaissant parfois les lacunes qui affectent sa capacité parentale. L'accompagnement constant du parent dans la poursuite de son cheminement devient essentiel, compte tenu de la souffrance et de l'ambivalence qu'il peut ressentir. L'intervenant doit alors inclure dans le PI des

entrevues régulières avec celui-ci afin de le soutenir dans son cheminement en validant et en normalisant son choix par rapport à son enfant.

- Sensibiliser le parent aux besoins de l'enfant;
- Recentrer la situation sur les besoins de l'enfant;
- Demander au parent de traduire les réactions de l'enfant lors des contacts et échanger sur les perceptions respectives de chacun (parent et intervenant);
- Documenter les visites (supervisées ou non) pour être témoin des réactions de l'enfant avant, pendant et après la visite avec son parent;
- Sensibiliser le parent aux réactions de l'enfant avant, pendant et après la visite (supervisée ou non);
- Amener le parent à partager son choix avec son enfant;
- Aborder avec le parent l'alternative de l'adoption ou de la tutelle.

Pour ce faire, il est important de bien documenter les actions à poser par le milieu substitut pour répondre aux besoins de l'enfant afin de sensibiliser le parent à cette réalité. En plus des besoins inhérents à sa condition d'enfant, ce dernier peut avoir des besoins de rattrapage qui impliquent, de la part du milieu substitut, des rendez-vous avec des spécialistes, des déplacements réguliers, des participations aux PI d'autres établissements élaborés dans un PSI, etc. Pour favoriser le cheminement du parent et le développement harmonieux de l'enfant, l'intervenant doit régulièrement le ramener sur les besoins de celui-ci, les actions mises en place pour y répondre et les difficultés personnelles et parentales déjà identifiées. De plus, l'intervenant peut aider le parent à faire le parallèle entre son histoire de vie et celle de son enfant. Par exemple, le parent souhaite-t-il que son enfant vive les mêmes difficultés que lui et en subisse les mêmes répercussions?

Dans le même sens, il apparaît indiqué de demander au parent de traduire les réactions de l'enfant lors des visites et d'échanger, par la suite, sur les perceptions respectives de chacun (parent et intervenant). Cet échange peut donner lieu à des mises au point fort révélatrices quant aux interprétations pouvant être faites par le parent sur le vécu de l'enfant en sa présence. Les verbalisations, les attitudes, les gestes, les jeux, les acceptations et les rejets de l'enfant sont souvent objets de perceptions erronées de la part du parent. Le fait de donner l'opportunité au parent de discuter de ses perceptions peut l'aider à cheminer et à mieux décoder les besoins de son enfant et par le fait même de s'en préoccuper davantage.

Afin de poursuivre la validation et la normalisation du projet de vie de l'enfant, l'intervenant amène le parent à partager avec son enfant le projet de vie choisi. Plus le parent est clair dans le fait qu'il « permet » à son enfant de vivre dans une autre famille, plus celui-ci a des chances d'être stable dans son milieu de vie et ainsi se développer harmonieusement.

Le partage du choix du parent avec l'enfant doit se faire lorsque le projet de vie de l'enfant est actualisé, au moment opportun, selon son cheminement. L'intervenant favorise que le parent exprime lui-même à son enfant le projet de vie qu'il privilégie pour lui et qu'il lui parle des raisons qui l'amènent à prendre cette décision. Même si le parent semble douter de la pertinence de cette démarche, l'intervenant maintient sa position, à savoir que le parent demeure la personne la mieux placée pour prendre position face à son enfant (autodétermination). Il revient à l'intervenant de sensibiliser le parent à assurer une cohérence de son message verbal et non verbal. La responsabilité du partage appartient à l'intervenant, mais l'éducateur (lorsque présent) et le milieu substitut peuvent collaborer ou assister à cette entrevue, selon le contexte et la situation.

Le but poursuivi par le partage du choix du parent est que l'enfant entende de son parent la décision prise au sujet de son projet de vie et que ce dernier lui donne, par le fait même, la permission de s'investir affectivement dans un milieu substitut.

La planification de cette intervention est cruciale et nécessite plusieurs entrevues de préparation afin de s'assurer du bon déroulement lors du partage du choix fait par le parent. Cette intervention concerne le parent, l'enfant et le milieu substitut et doit tenir compte des particularités de la situation. Par exemple, avec un nourrisson ou un enfant en bas âge, le parent peut décider d'écrire une lettre, de produire une vidéo ou de donner un objet qui pourrait symboliser son acceptation du projet de vie de l'enfant.

Il importe d'utiliser des stratégies pour assurer le bon déroulement de l'entrevue de partage en se préoccupant :

- Du lieu (de préférence à nos bureaux);
- Du moment de la journée (idéalement en se préoccupant de la routine de vie de l'enfant);
- De la date (une date qui n'est pas significative pour les parties);
- Des règles de fonctionnement propices à un échange respectueux;
- Des verbalisations de chacun des parents, le cas échéant;

Si le parent refuse de partager le choix du projet de vie à l'enfant, l'intervenant doit poursuivre une réflexion clinique avec celui-ci sur la signification précise de ce refus. Est-il pour l'instant incapable d'exprimer le choix fait? Est-il vraiment en désaccord avec celui-ci ou est-ce pour une autre raison?

Si le parent persiste dans son refus ou s'il est absent, la collaboration d'une personne significative pour l'enfant, apte à lui traduire adéquatement son histoire de vie, peut s'avérer une solution. Il demeure essentiel que l'intervenant assume cette responsabilité si aucune personne significative pour l'enfant ne peut le faire.

Malgré l'acceptation du parent de permettre à son enfant d'évoluer dans un autre milieu jusqu'à majorité, il demeure important de poursuivre la démarche du projet de vie et d'aborder la possibilité de l'adoption ou de la tutelle avec lui. Ceci l'incite parfois à donner un consentement à l'un ou l'autre de ces projets de vie parce qu'il est en mesure de demeurer centré sur l'intérêt de son enfant. Cependant, la souffrance du parent et l'échec qu'il vit concernant son rôle parental provoquent régulièrement l'émergence d'une attitude d'ambivalence le situant dans un rapport de rapprochement et d'éloignement avec son enfant, tantôt capable de comprendre les besoins de ce dernier, tantôt beaucoup plus centré sur ses propres besoins. La pression de la famille élargie et du milieu joue aussi un rôle important dans les difficultés du parent à assumer le choix qu'il a fait. C'est pourquoi les entrevues avec l'intervenant demeurent essentielles pour assurer la poursuite du cheminement du parent et pour faire un retour avec lui sur les contacts avec son enfant. Le vécu et le déroulement des visites (supervisées ou non) apportent un élément de réalité qui favorise le cheminement du parent.

2. Accompagner le parent qui ne peut ou n'accepte pas de poursuivre le cheminement

Cet axe d'intervention concerne une grande majorité de parents impliqués dans la démarche du projet de vie. Malgré la rigueur dans l'application de la démarche et malgré les constats faits, il s'agit d'un parent qui persiste dans l'idée de reprendre son enfant. Il peut parfois nier la réalité, ce qui se traduit par la contestation des interventions et des évaluations, nuisant ainsi à la stabilité des liens de l'enfant avec son milieu substitut. Mais comment accompagner ce parent? Il est proposé de :

- Sensibiliser le parent aux besoins de l'enfant;
- Demander au parent de traduire les réactions de l'enfant lors des contacts et échanger sur les perceptions respectives de chacun (parent et intervenant);
- Responsabiliser le parent dans la réalisation des contacts, en respectant les mesures ordonnées;

- Questionner l'irrégularité du parent quant à sa présence aux contacts, s'il y a lieu;
- Aborder l'alternative de l'adoption et de la tutelle.

Malgré les résistances du parent, l'intervenant doit poursuivre l'accompagnement de ce dernier dans son cheminement. Pour ce, des entrevues lui sont alors proposées dans le but de l'amener à ventiler sur l'ensemble de la situation. En parallèle, selon son cheminement personnel, il est important de continuer à le sensibiliser à la réalité de l'enfant en termes de développement général (voir annexe 7). Par la suite, l'intervenant pourra se permettre d'identifier clairement les besoins de l'enfant, qui peuvent être de l'ordre des besoins inhérents à sa condition d'enfant ou de besoins plus spécifiques.

Que le parent accepte ou non l'intervention, des visites supervisées parent-enfant sont presque toujours prévues dans la situation. Dans ces cas, un minimum de collaboration doit être obtenu du parent afin de favoriser la réalisation de la visite dans l'intérêt de l'enfant. De plus, l'intervenant doit susciter des réflexions chez le parent afin d'atteindre sa sensibilité parentale et de développer sa maturité.

En ce sens, il apparaît indiqué de demander au parent de traduire les réactions de son enfant lors des visites et d'échanger par la suite sur les perceptions respectives de chacun (parent et intervenant). Ces échanges peuvent donner lieu à des mises au point fort révélatrices quant à la compréhension vécue et aux interprétations pouvant être faites par le parent sur le vécu de son enfant en sa présence. Les verbalisations, les attitudes, les gestes, les jeux, les acceptations et les rejets de l'enfant sont souvent objets de perceptions erronées de la part du parent.

Stratégiquement, pour impliquer activement le parent, il est nécessaire de le responsabiliser dans la réalisation des contacts, en respectant les mesures ordonnées par la Chambre de la jeunesse. Après avoir élaboré la planification d'un horaire, conjointement avec l'intervenant, le parent se mobilise pour bénéficier des visites autorisées, par exemple, en téléphonant à l'intervenant pour confirmer la visite.

Pour le parent non régulier aux visites supervisées prévues, comme celui qui, après des semaines voire même des mois d'absence, réapparaît en réclamant des visites avec son enfant, l'intervenant se doit de proposer et d'encourager préalablement une ou quelques entrevues avec celui-ci. Si le parent se présente à l'entrevue préalable, l'intervenant axe son intervention sur différents aspects importants à clarifier avant la visite :

- Sa situation actuelle, sa conception de la visite avec l'enfant, sa motivation et sa persévérance;

- Les motifs de son absence (les motifs évoqués sont-ils en lien avec les difficultés déjà ciblées comme éléments de compromission?);
- Les conséquences de ces absences sur l'enfant (notion de temps : s'il est tout petit, il peut avoir oublié son parent et s'il est plus vieux, il peut vivre de l'anxiété);
- L'enracinement de l'enfant dans son milieu de vie substitut (notions de l'attachement);
- Le sens des visites pour lui versus le sens des visites pour l'enfant;
- L'importance de la régularité des visites (qu'est-ce que le parent peut soutenir comme rythme et régularité?).

Si le parent ne se présente pas à l'entrevue préalable, deux possibilités s'offrent à l'intervenant selon l'analyse qu'il fait de la situation. Cependant, dans les deux cas, il importe de bien évaluer l'impact d'une reprise de contact parent-enfant sur le bien-être de l'enfant. D'une part, il se pourrait qu'une discussion avec le réviseur s'impose afin d'envisager la nécessité de modifier la mesure ordonnée concernant les modalités de contacts surtout si l'absence de contact se mesure en mois. Il est possible de recommander au tribunal une suspension temporaire des contacts afin de permettre une mise au point avec le parent (mesures intérimaires au tribunal). D'autre part, le contact peut s'actualiser en présence de l'intervenant pour la totalité du temps prévu dans le but de :

- Vérifier sommairement l'état du parent;
- S'assurer du bon déroulement de la visite supervisée;
- Être sensible au vécu et aux réactions de l'enfant;
- Proposer à nouveau, à la fin de la visite supervisée, une entrevue avec le parent afin d'explorer les aspects cités auparavant.

Malgré la résistance du parent à finaliser la démarche du projet de vie, l'intervenant doit aborder la possibilité de l'adoption ou de la tutelle avec lui. De là l'importance de développer des stratégies d'intervention et de continuer à planifier des entrevues avec le parent.



3. Qualifier les contacts parent-enfant

Concernant ce moyen, l'intervenant est invité à se référer au guide de pratique concernant la visite supervisée (CJQ-IU, 2010).

- Garder une préoccupation concernant la fréquence, les modalités et l'impact des contacts en lien avec le sens du placement à majorité (improbabilité de retour dans le milieu familial);
- Documenter les contacts téléphoniques ou physiques, supervisés ou non, pour les qualifier.

Une recommandation de placement jusqu'à majorité pour la clientèle 0-5 ans doit être associée, dans la majorité des cas, à une diminution de la fréquence des contacts parent-enfant afin de favoriser l'enracinement de l'enfant dans son milieu substitut. Cette préoccupation est d'autant plus importante lorsque nous accompagnons un parent qui n'accepte pas le placement de l'enfant et n'admet pas les lacunes importantes de sa capacité parentale. Cependant, il peut arriver que le juge ordonne des contacts avec des modalités autres que celles recommandées par le DPJ. Il est essentiel de définir clairement les objectifs dans lesquels se situent ces contacts pour être en mesure de proposer des ajustements quant à la fréquence, la durée et la supervision, considérant l'intérêt de l'enfant et l'improbabilité de retour dans le milieu familial.

De plus, il est important de qualifier régulièrement ces contacts en lien avec l'intérêt de l'enfant, même s'ils ne sont pas nocifs, car ils s'inscrivent dans des stratégies d'intervention. Sont-ils significatifs? Contribuent-ils à son développement? Il y a lieu aussi de se questionner sur leur fréquence pour maintenir la cohérence des interventions.

Afin de qualifier ces contacts parent-enfant, il existe différents moyens pour les documenter. La supervision des visites représente un moyen incontournable pour être témoin des réactions de l'enfant avant, pendant et après ce contact. Selon l'objectif poursuivi et quelles que soient les modalités, il est nécessaire et très éclairant que l'intervenant assiste à ceux-ci pour constater, par lui-même, les réactions et les impacts sur l'enfant.

Voici quelques exemples de ce qui peut être observé ou investigué :

- Quel est l'état de l'enfant à son départ du milieu substitut?
- Comment vit-il la séparation avec le milieu substitut?
- Quel est son état et dans quel registre de sentiments se situent ses réactions lors de la visite?

- Comment se sépare-t-il de son parent?
- Quelles sont les réactions de l'enfant lors du retour dans son milieu substitut?

Les réactions de l'enfant, immédiatement après la visite ou dans les jours suivants, sont révélatrices de son vécu. Lors d'une visite supervisée, le transport de retour, s'il est fait par l'intervenant, peut être un moyen efficace d'avoir accès à cette information. Cependant, il demeure important de bien différencier les réactions d'un enfant suite à une visite avec son parent de celles reliées aux étapes normales de son développement (voir annexe 7). Il peut être indiqué de faire appel à un psychologue pour assister à une ou deux visites afin d'obtenir une autre perception du déroulement de ces dernières. Si des changements ou symptômes importants au niveau du sommeil, de l'alimentation, de l'humeur ou du comportement sont transmis à l'intervenant par le milieu substitut suite à quelques visites, il y a alors lieu de planifier une Table de révision, dans le but de recommander à la Chambre de la jeunesse une modification des modalités des visites, voire une suspension ou un interdit, dans les situations les plus graves.

Être témoin direct ou utiliser le matériel vidéo lors de la visite supervisée permet de décrire, de façon plus exhaustive et plus spécifique, les réactions de l'enfant. De plus, ces réactions fournissent aussi des éléments cliniques à reprendre avec le parent pour le faire cheminer. Il s'agit de moyens pour parvenir à qualifier les contacts parent-enfant afin de les adapter le plus adéquatement possible. Ces contacts sont-ils nocifs pour l'enfant? Sont-ils positifs? S'inscrivent-ils plutôt dans un contexte de compagnonnage, comme si le parent était un ami ou un oncle?

Un autre moyen de documenter les contacts est de demander au parent d'être actif et impliqué dans des actions concrètes lors de la visite supervisée. Par exemple : offrir un repas ou une collation, jouer avec l'enfant, lui donner les soins requis et le stimuler. Lorsque c'est possible, la variation de l'horaire des visites, pendant la journée, permet aussi de procéder à une meilleure documentation. Le parent peut démontrer plus d'habiletés à certaines périodes de la journée et est alors en mesure d'offrir un temps de qualité à son enfant.

Ces différents moyens proposés permettent à l'intervenant de documenter régulièrement les contacts parent-enfant dans le but de les ajuster et de les adapter aux besoins et à l'intérêt de l'enfant.

4. Accompagner l'enfant dans son milieu substitut

- S'assurer de l'enracinement de l'enfant dans son milieu substitut;
- Être témoin de son vécu et de son parcours de vie;
- S'il y a lieu, le préparer à l'entrevue de partage avec son parent concernant son projet de vie.

Cet axe d'intervention sous-tend l'idée de continuer de se préoccuper de l'enracinement de l'enfant dans son milieu substitut. Il est important qu'un intervenant soit une figure de stabilité auprès de l'enfant et qu'il puisse l'accompagner dans son cheminement et son histoire de vie. En fait, pour l'enfant, il sera important que l'intervenant devienne une personne significative pour lui, c'est-à-dire un intervenant qui se situe comme un témoin de son vécu et de son parcours de vie souvent difficiles. Il tente dans la mesure du possible de s'occuper de façon plus privilégiée des transitions, à savoir lors des moments d'incertitude, que peut vivre l'enfant.

L'intervenant joue ainsi un rôle de « contenant » pour l'enfant, diminuant ou annulant l'impact de l'éparpillement ou du morcellement que ce dernier a pu vivre. La constitution d'un album retraçant son parcours de vie, par des photos ou des histoires, devient une activité ayant un sens positif et rassembleur pour le tout-petit. C'est la trace de son parcours et de son vécu. Ceci constitue un avantage certain dans l'adaptation de l'enfant, d'autant plus que l'intervenant est en mesure de s'assurer aussi de la poursuite du développement de celui-ci, en lien avec la récupération qu'il peut avoir à faire par rapport à certaines sphères identifiées à partir du GED (langage, motricité).

De plus, en lien avec la continuité du développement de l'enfant, l'application de l'approche S'occuper des enfants (SOCEN) (Lemay, Ghazal, 2008) favorise une réponse optimale aux besoins de ce dernier surtout s'il s'agit d'un placement en famille d'accueil. L'approche permet également de cibler, entre autres, des objectifs plus précis en regard de la régulation des émotions et des habiletés sociales de l'enfant et nécessite une plus grande implication de la famille d'accueil.

Par ailleurs, compte tenu du cheminement qui peut être fait par le parent, il s'avère judicieux de préparer l'enfant à l'entrevue de partage du projet de vie actualisé. Le parent accepte alors de communiquer à l'enfant les motivations qui sous-tendent son choix et, en contrepartie, accepte aussi que celui-ci le questionne et réagisse à ses propos. La technique du jeu de rôle peut être utilisée, tant pour préparer le parent que l'enfant, car ce partage représente souvent un moment très émotif, imprégné de sentiments profonds et bouleversants. Pour les tout-petits, le partage du choix du parent peut se concrétiser de différentes façons : une entrevue avec l'enfant en présence de l'intervenant, une lettre adressée à son enfant qui lui sera lue ou remise au moment opportun, un cadeau significatif qui pourra symboliser la rupture des liens relationnels, un vidéo, etc.

5. Accompagner le milieu substitut

- Informer régulièrement le milieu substitut de l'évolution de la démarche du projet de vie;
- Travailler de concert avec l'intervenant des ressources responsable du milieu substitut;
- Préciser ou révéifier l'engagement réel du milieu substitut envers l'enfant;
- Sensibiliser le milieu substitut à différencier les réactions de l'enfant suite à un contact avec son parent de celles reliées aux étapes normales de son développement;
- Soutenir le milieu substitut par rapport aux réactions possibles de l'enfant et à sa souffrance.

Il est nécessaire d'informer régulièrement le milieu substitut de l'évolution de la démarche du projet de vie. Plus ce milieu comprendra le but des interventions et saura à quoi s'en tenir, moins les frictions et les intolérances seront présentes. Pour ce faire, l'arrimage avec l'intervenant responsable de la famille d'accueil devient essentiel pour travailler de concert et favoriser une compréhension éclairée de la situation de l'enfant par le milieu substitut.

Il existe des moments-clés dans le déroulement de l'intervention. Par exemple, lorsque l'ordonnance ne correspond pas à l'orientation prévue au départ en terme de durée de placement ou de fréquence de contacts. Il importe alors d'accompagner le milieu substitut dans les déceptions vécues. Celles-ci peuvent s'exprimer par des incompréhensions, des blâmes, voire même la remise en question de leur projet. Dans ces moments difficiles, une bonne communication entre les parties s'avère primordiale, permettant d'aplanir les difficultés, de dédramatiser et, tout compte fait, de préserver la stabilité du placement de l'enfant. Il est d'autant plus important de rencontrer le milieu substitut, de lui offrir le soutien dont il a besoin pour poursuivre son projet avec l'enfant. La création d'un espace de parole et d'expressions affectives représente une opportunité d'exprimer leurs joies, leurs peines, leurs souffrances et leurs espoirs envers l'enfant dont il s'occupe. Cet espace de parole contribue à ce que le milieu substitut soit entendu et qu'il puisse prendre le recul nécessaire face à la situation. Il permet aussi à l'intervenant de confirmer l'engagement du milieu substitut et son implication dans le projet de vie de l'enfant.

Plusieurs enfants placés à long terme dans des milieux substituts sont en grande difficulté et marqués par une profonde insécurité, provoquant souvent l'apparition de signes de dysfonctionnement ou de retards importants. Le soutien direct au milieu substitut, en collaboration avec des partenaires et des ressources du milieu, devient alors essentiel. Il

importe de lui fournir des stratégies d'intervention pouvant l'aider à faire face aux écueils liés à la relation avec l'enfant ou à la récupération dans les retards de développement. Il demeure important de sensibiliser le milieu substitut aux réactions normales de l'enfant, reliées aux étapes de son développement (voir annexe 7), comparativement à celles qui sont réactionnelles à sa situation.

6. Procéder à la révision du PSI-PI

Le PSI et le PI sont des outils cliniques obligatoires à la base de la planification de l'intervention. Ils indiquent à l'intervenant et au parent ce qui est attendu et l'évolution vers la situation désirée. Ils assurent une pratique rigoureuse et structurée, tout en gardant le cap sur le projet de vie de l'enfant dans un milieu exempt de compromission. Le parent impliqué, en alliance avec l'intervenant, sera sensible aux preuves concrètes de son cheminement personnel.

Les objectifs et les moyens sont évalués par les parties impliquées afin de faire le bilan de l'évolution de la situation.

7. Produire un rapport de révision

Le rapport de révision permet de synthétiser les actions réalisées par l'ensemble des acteurs et fournit au parent, à l'intervenant et au réviseur, un portrait de l'évolution de la situation. Il témoigne du travail accompli, sert de point de repère pour les interventions subséquentes et laisse une trace importante concernant le bilan de la situation à ce moment en vue d'un ajustement à la planification de l'intervention. Il permet de s'y référer, au besoin, pour assurer une continuité clinique dans l'intervention.

De plus, la Table de révision est également l'occasion de s'interroger sur le projet de vie de l'enfant en lien avec la possibilité de se diriger vers l'adoption ou la tutelle et si l'un de ces projets se concrétise, le réviseur met fin à l'intervention en protection.

En conclusion, l'actualisation du projet de vie de l'enfant dans un milieu substitut amène l'intervenant à travailler de façon plus intensive avec l'enfant et ce milieu tout en accompagnant le parent dans son cheminement.

Conclusion

L'intervention proposée dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans* soulève un enjeu de taille. Elle exige, chez l'intervenant, rigueur et intensité dans l'intervention tout autant que l'engagement dans les services à offrir à la clientèle vulnérable que sont les enfants âgés de 0 à 5 ans. À travers la systématisation de la démarche du projet de vie chez les tout-petits, l'enfant se situe au cœur des préoccupations alors que les interventions s'adressent principalement aux deux parents.

Dans les principes qui sont contenus dans ce guide, tout est mis en œuvre pour interpeler le parent et lui donner une véritable chance de se reprendre en main et de faire en sorte que son enfant puisse continuer à vivre et à se développer avec lui. Toutefois, nous devons tenir compte que le temps qui s'écoule peut devenir un facteur de risque important pour l'enfant. Ceci se traduit par un travail d'encadrement structuré, intensif et soutenu dans un délai d'intervention précis, ce qui devient un « incontournable » pour rester centré sur l'intérêt de l'enfant.

L'intervention avec les tout-petits interpelle rapidement et directement les valeurs personnelles de l'intervenant. Ces valeurs doivent être objectivées afin de ne pas interférer dans le choix d'un milieu de vie permanent et exempt de compromission ou encore, dans le choix d'un projet de vie telle que l'adoption.

Ce guide exige de la rigueur et de la vigilance dans son application. Il a la prétention de s'intéresser, de façon tout aussi importante, tant à l'aspect de la sécurité de l'enfant qu'à l'aspect de la poursuite de son développement, dans une vision qui s'inscrit à plus long terme, tout en respectant le mandat de protection.



Références bibliographiques

Association des centres jeunesse du Québec (2008). *Compétences fondamentales pour intervenir auprès des familles en difficulté : Cadre conceptuel de l'intervention auprès des familles en difficulté*. Programme national de formation. Montréal : ACJQ.

Association des centres jeunesse du Québec (2009). *Cadre de référence Un projet de vie, des racines pour la vie*, Montréal : ACJQ.

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2003). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer (0 à 5 ans)*. Montréal : CJM-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2002). *Définition trajectoire continue de services*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2005). *Cadre de référence sur le retrait et le placement d'un enfant*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2010). *Guide de pratique concernant la visite supervisée*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2011a). *Guide de pratique sur le choix du milieu familial substitut*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2011b). *Rapport d'activités 2010-2011 du CJQ-IU : Voir autrement pour faire une différence*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2012). *Démarche d'accompagnement clinique vers l'Adoption / Tutelle*. Québec : CJQ-IU.

Compas, B. E., Dairs, G. E., Forsythe, C. J., Wagner, B. M., (1987). Assessment of Major and Daily Stressful Events during Adolescence : the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4) 534-541.

Janosz, M. (1998). La prévention de l'inadaptation sociale : approche développementale. *Criminologie*, 31(1), 3-5.

Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Columbia University Press.

Lazarus, R. et Folkman, S. (1991). The Concept of Coping. Dans A. Monat & R. S. Lazarus (Eds), « *Stress and coping : an anthology* » (p.189-206). New York : Columbia University Press.

Lemay R. et Ghazal H. (2008). *S'occuper des enfants. Guide de l'intervenant*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34.1, Québec : Éditeur officiel du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec : Éditeur, p. 694.

Nadeau, D. (2010). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire : suivi préliminaire d'implantation de l'offre de service en santé mentale du CJQ-IU*. Québec : CJQ-IU, p. 63.

Pronovost, J., Leclerc, D., et Dumont, M. (2003). *Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse*. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 179-200.

Tarabulsy, G., Pilote, C., Cabot, I., Feliziani, M., Goulet, M., Harvey, M., Maranda, J., Massé, V., Noreau, V. et Rochette, C. (2006), *Évaluation de l'intervention multidimensionnelle, précoce et intensive auprès des enfants de 0 à 5 ans*. Québec : CJQ-IU.

Autres références pertinentes

Berger, M. (2001). Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale (première version). *Dialogue*, 152, 33-62.

Berger, M. et Rigaud, C. (2001). Les visites médiatisées. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 49, 159-170.

Corneau, S., Godin, M.-C., et La Rochelle, M. (1992). Programme *Faire des racines ou la clarification d'un projet de vie permanent*. Centre de services sociaux de Québec (Direction des services professionnels).

Annexes

Annexe 1 : Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE).....	79
Annexe 2 : Inventaire du soutien social et familial (ISSF)	81
Annexe 3 : Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED).....	83
Annexe 4 : Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant.....	85
Annexe 5 : Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et Guide d'accompagnement de la grille.....	87
Annexe 6 : Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse	115
Annexe 7 : Développement de l'enfant et effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant	119
Annexe 8 : Indicateurs du retrait de l'enfant.....	129



Annexe 1:

Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE)

L'ICBE est une grille servant à mesurer le bien-être de l'enfant et la capacité des parents à remplir leurs responsabilités.

Il donne un portrait de la situation familiale à un moment précis, portrait qui couvre une période approximative d'un mois. Il s'agit d'un outil dont la fiabilité a été démontrée et qui objective le jugement professionnel. Il permet notamment d'évaluer les dispositions parentales dans le contexte du travail avec la clientèle 0-5 ans (l'implication du parent, la reconnaissance des problèmes ainsi que la collaboration avec les intervenants et avec les services). Il s'agit d'un outil intéressant pour l'élaboration de stratégies et de moyens d'action à intégrer au PSI-PI.

La passation de l'ICBE à différents moments de l'intervention permet de comparer les résultats. Ces derniers peuvent alors indiquer différentes tendances : une tendance vers la diminution des éléments problématiques, vers l'augmentation de ces éléments ou encore, une stagnation. La mise en lumière de ces résultats peut permettre de déterminer la priorité des interventions à mettre en place, de mesurer l'évolution de la situation familiale, de faciliter la réalisation du bilan.

Annexe 2 :

Inventaire du soutien social et familial (ISSF)

L'ISSF est un outil inspiré de Sarason (1991) et Assis (1984) qui fut adapté par le CJQ-IU en 2003. Il fournit la connaissance sur le réseau de l'enfant et de son parent. Les données obtenues donnent à l'intervenant un aperçu assez complet des ressources du parent, de son insertion dans la communauté et de ses liens avec la famille élargie. Cet outil peut être utilisé à n'importe quel moment de l'intervention à l'Orientatation ou à l'Application des mesures. Il peut s'employer de manière comparative, en demandant au parent de le compléter à plus d'une reprise lors du suivi.

Très facile d'utilisation, il fournit des renseignements sur différentes sphères de vie du parent, à savoir :

- Le soutien affectif;
- Le soutien financier et matériel;
- Le soutien informationnel;
- La valorisation personnelle;
- Le soutien instrumental;
- Le soutien à la socialisation;
- Les interactions négatives.

Pour chacune de ces sphères, la description faite par le parent est nominative (inscription du nom de la ou des personnes à qui il réfère) et permet de documenter la proximité avec cette personne, les contacts avec elle pendant le dernier mois ainsi que le degré de satisfaction du parent à cet égard. En fait, les données fournissent un portrait de la quantité, de la qualité et de la diversité du soutien dont bénéficie le parent. De plus, ces données rendent la situation sociale et familiale plus évidente aux yeux du parent lui-même.

L'ISSF peut également servir de levier pour développer, renforcer, augmenter et consolider l'insertion sociale, qui s'avère un facteur de protection significatif lorsqu'un travail se fait dans un but de maintien ou de retour de l'enfant avec son parent. Les données recueillies permettent également de cibler certains objectifs et moyens du PSI et du PI. L'outil peut aussi être utile à quelques mois d'une fermeture de dossier, lorsque le parent manifeste certaines résistances à l'approche de la fin du processus d'intervention entre autres :

- La crainte de se retrouver seul face aux difficultés;
- La crainte de changer d'intervenants;
- La crainte de perdre une relation qui lui fait du bien et qui l'aide;
- Le manque d'énergie pour s'impliquer avec un intervenant d'un autre organisme;
- Etc.

L'ISSF peut donc s'avérer un outil fort utile pour favoriser une cessation de services en douceur et éviter la possibilité d'un nouveau signalement. Il aide le parent à accepter véritablement la fin du service en le positionnant dans sa communauté et dans ses liens sociaux et familiaux.

Annexe 3 :

Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED)

Le GED est un outil de détection précoce des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans. Le niveau de développement de l'enfant est évalué selon trois échelles :

- Échelle cognitive et langagière;
- Échelle motrice;
- Échelle socioaffective.

Le GED n'est pas un outil de diagnostic. Il permet à l'intervenant de dépister les retards que l'enfant peut présenter et de diriger le parent vers des ressources spécialisées, au besoin. Des objectifs, des moyens et des activités sont précisés au PSI et au PI, en lien avec les résultats obtenus.

Cet outil clinique, d'utilisation obligatoire au CJQ-IU, est particulièrement recommandé pour l'intervenant de première ligne. Il possède de bonnes qualités psychométriques.

Annexe 4 :

Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant

Ce guide, conçu et réalisé par les membres de la Table de réflexion clinique sur l'abandon du CJQ-IU en 2003, sert d'abord et avant tout à outiller l'intervenant qui entreprend avec un parent une démarche du projet de vie. Ce guide aide aussi l'intervenant à accompagner et à soutenir le parent dans cette démarche.

En fait, il vise à approfondir une réflexion sur le type d'implication actuelle et future que souhaite entretenir le parent avec son enfant. Il constitue donc un soutien à l'intervenant, lors des entrevues avec le parent sur :

- Les thèmes abordés avec celui-ci;
- L'ordre dans lequel les thèmes doivent être abordés;
- Les choix que le parent peut faire;
- L'impact prévisible du comportement du parent sur l'enfant;
- Les droits et les responsabilités du parent en lien avec les besoins de l'enfant;
- Les réponses à offrir à l'enfant.

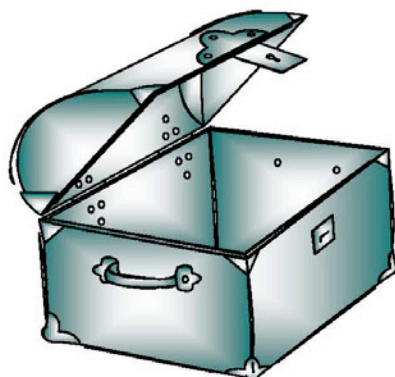
Le guide contient également des exercices que le parent peut compléter à la maison ou avec l'intervenant afin d'approfondir certains thèmes ou en faciliter la verbalisation. Ces entrevues deviennent une opportunité supplémentaire pour le parent afin de démontrer la cohérence entre ses intentions, ses verbalisations et ses actions.

Annexe 5 :

Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et guide d'accompagnement

Protocole d'intervention
auprès des enfants dont la situation est à risque
d'instabilité ou de discontinuité

*Guide accompagnant la Grille de dépistage
du risque d'instabilité ou de discontinuité*



Annexe 5 (suite)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	2
1. Généralités pour la compréhension de la grille	3
2. Utilisation de la grille et instructions pour la remplir	4
3. Première section de la grille : Identification	5
4. Deuxième section de la grille : Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité.....	6
4.1 Facteurs problématiques chez les parents	6
4.2 Facteurs reliés aux difficultés de l'enfant	12
4.3 Facteurs reliés à l'attachement	14
4.4 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés aux parents dans la réponse aux besoins de l'enfant	17
4.5 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés à la situation de placement.....	19
Bibliographie	20
5. Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité	21

Annexe 5 (suite)

INTRODUCTION

La grille d'évaluation permettant d'identifier les enfants dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité et le guide accompagnant cette grille ont été inspirés de documents que vous trouverez dans la section bibliographie de cette annexe. Le contenu reflète la pratique des intervenants des centres jeunesse et des centres de santé et de services sociaux.

Soulignons que ces instruments ne font pas l'inventaire des capacités parentales. Il s'agit plutôt d'outils complémentaires pour dépister le risque d'instabilité ou de discontinuité de l'enfant et planifier plus rapidement une intervention appropriée. Ils peuvent donc être utilisés à différentes étapes du processus d'intervention auprès des enfants et leurs parents.

Annexe 5 (suite)

1. GÉNÉRALITÉS POUR LA COMPRÉHENSION DE LA GRILLE

LA GRILLE COMPORTE DEUX SECTIONS :

- Une section intitulée « Identification »;
- Une section intitulée « Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité ».

La section *IDENTIFICATION* permet de lire la situation de l'enfant à travers son histoire de placement, la position des parents et le cadre légal de la mesure actuelle. Il ne s'agit pas ici de remplacer les données factuelles du dossier habituel, mais plutôt de condenser des informations très pertinentes à la problématique des enfants dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité. Cette étape d'identification réalisée permet de commencer une analyse en saisissant une vue globale de l'histoire de l'enfant.

La section *FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ* comporte des informations sur les éléments qui peuvent laisser croire si effectivement les enfants sont à risque de délaissement.

Les cotes suggérées n'ont qu'une valeur relative. Les résultats obtenus servent d'indicateurs et doivent être interprétés avec une certaine réserve. Cependant, à partir des constats observés, l'intervenant pourra plus judicieusement préparer un plan d'intervention et assurer, s'il y a lieu, un projet de vie stable pour l'enfant.

Notons également que la grille tient compte des deux parents. Si l'un des deux parents est absent, on cote l'information disponible. Portez attention de ne pas substituer un conjoint à un parent.

Même si un parent n'exerce plus son rôle ou est absent de la vie de l'enfant, on ne peut parler d'abandon si l'autre parent exerce encore certaines responsabilités envers son enfant. On devra considérer davantage les attitudes, les comportements et les intentions de ce dernier.

Pour compléter la grille, il n'est pas nécessaire, quoique souhaitable, de rejoindre le parent absent. Cependant, ce parent absent, qui pourrait se manifester suite à une relance, ne peut pas être écarté advenant la nécessité de réaliser la démarche du projet de vie pour l'enfant.

Annexe 5 (suite)

2. UTILISATION DE LA GRILLE ET INSTRUCTIONS POUR LA REMPLIR

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA GRILLE :

- Lire attentivement les explications relatives à chacun des facteurs;
- Encercler le chiffre correspondant le plus près possible à la situation de l'enfant ou des parents;
- Noter seulement quand l'information est disponible, sinon, aucune cote n'est inscrite (éviter les déductions afin de garder le caractère objectif de la grille);
- Ajouter, s'il y a lieu, de brefs commentaires pertinents justifiant votre décision;
- *INDICES DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ*: plus il y a présence de facteurs cotés à un niveau important (1) ou très important (2), plus il y a risque d'instabilité ou de discontinuité. Sans oublier également les facteurs non cotés et tout aussi importants.

Annexe 5 (suite)

3. PREMIÈRE SECTION DE LA GRILLE : IDENTIFICATION

Cette collecte de données contribue à cerner certains aspects majeurs de la vie de l'enfant et de sa famille associés généralement à un risque d'instabilité ou de discontinuité.

Concernant le portrait familial pour l'information sur le réseau, considérer :

- Le conjoint(e);
- Ami(e);
- Famille élargie.

Concernant la partie historique des placements et déplacements, mise en garde sur deux points :

- Répertorier les différents placements privés (gardiennage varié et répétitif) de façon à donner un aperçu le plus juste possible des discontinuités dans la garde de l'enfant;
- Porter attention à bien identifier les différents types de placement.

EXEMPLE

Il s'agit de Sophie, âgée de 3 ½ ans, née prématurément le 5 novembre 1997 à 28 semaines de gestation. Elle a intégré son milieu familial à 3 mois.

Jusqu'à l'âge de 2 ans, elle fut confiée privément soit à la grand-mère ou à une tante pour des périodes plus ou moins longues variant de quelques jours à quelques semaines. Ces placements privés totaliseraient environ une durée de six mois de vie.

À l'âge de 27 mois, elle fut placée en famille d'accueil régulière pour une période de 6 mois. Une réintégration s'est actualisée sur une durée de 4 mois et a échoué en raison de l'état dépressif de la mère et de l'absence du père.

La façon de compléter la grille serait donc :

Placement actuel depuis le: <u>2000</u> <u>10</u> _____			Date du premier placement: <u>naissance</u>							
An Mois Jour			An Mois Jour							
Type de placement: Privé (P) Centre de réadaptation (CR) Famille d'accueil (FA) Hospitalisation (H)										
Type:	H	+	P	+	FA	+	FA	+		4 et + (Nombre)
Durée:	3 mois		6 mois		6 mois		5 mois			= 20 mois (Durée totale)
Milieu familial:	<u>2 ans</u>		<u>4 mois</u>				42 mois de vie			

Annexe 5 (suite)

4. DEUXIÈME SECTION DE LA GRILLE : FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

4.1 Facteurs problématiques chez les parents

A) PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

- Problème de santé mentale et antécédents psychiatriques diagnostiqués;
- Problème non diagnostiqué s'apparentant à un trouble de santé mentale.

Dans la mesure où il y a diagnostic psychiatrique ou antécédent psychiatrique connu, nous détenons une information relative à la capacité parentale d'assurer les soins de l'enfant.

Dépendamment de la gravité du problème, de sa récurrence, de sa chronicité, le parent peut ne pas être en mesure d'exercer ses responsabilités à court, moyen ou long terme.

Il s'agit ici de percevoir jusqu'à quel point le parent est limité indépendamment du contrôle volontaire qu'exerce le parent sur le problème.

NOTE : Concernant un problème non diagnostiqué s'apparentant à un trouble de santé mentale, ne pas coter.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Cote 1 IMPORTANT

Problème sérieux mais contrôlé par médication ou épisodique.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Problème identifié comme majeur, permanent ou récurrent.
Il exige un suivi et un traitement médical à long terme.

Annexe 5 (suite)

B) DEGRÉ D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

L'autonomie fonctionnelle fait ici référence à la « capacité des parents d'assumer leurs propres besoins quotidiens » aux plans physique, alimentaire, vestimentaire et hygiénique

On aborde également la notion de sécurité physique reliée à l'assurance d'un lieu de résidence stable adéquat, à la propreté des lieux, au gardiennage responsable.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Autonomie adéquate. Suivi non nécessaire.

Cote 1 IMPORTANT

Autonomie modérée ou acceptable pouvant nécessiter un support lors de crise ou de difficulté.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Incapacité d'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne. Prise en charge permanente ou prise en charge partielle avec environnement supervisé.

Annexe 5 (suite)

C) PROBLÉMATIQUE DE TOXICOMANIE

Définition de la toxicomanie: consommation régulière et abusive d'alcool, de drogues, de médicaments. Assuétude présente.

Il faut tenir compte à la fois des produits consommés, de l'accoutumance, de la dépendance physique et psychologique ainsi que de la motivation et de la capacité à mettre fin aux abus.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Consommation acceptable et responsable. Il n'y a jamais d'écart de conduite.

Cote 1 IMPORTANT

Il y a accoutumance ou un désir (mais non une obligation) de continuer à boire ou à prendre de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre. Peu ou pas de tendance à augmenter les doses. Une certaine dépendance psychique, mais une absence de dépendance physique. La consommation est régulière ou sporadique, mais les abus ne semblent pas excessifs, la personne peut généralement accomplir ses rôles sociaux et parentaux, mais il se produit parfois des écarts de conduite dangereux pour l'enfant.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Consommation chronique avec une dépendance d'ordre physique et généralement d'ordre psychologique. Des effets nuisibles à l'individu et à la société qui rendent le parent généralement non fonctionnel au travail et aux tâches parentales.

Annexe 5 (suite)

D) *LIMITES PARENTALES*

Limites intellectuelles, sociales et culturelles

Cet item réfère aux limites intellectuelles d'un parent qui sont reliées à de la déficience, à des manques ou à des carences en regard de la stimulation, limites qui viennent interférer sur le fonctionnement du parent dans les rôles qu'il a à jouer auprès de son enfant.

Cote 0 **ABSENCE DE PROBLÈME**

Aucune limite observée.

Cote 1 **IMPORTANT**

Le parent a besoin d'un environnement ou d'un support spécialisé pour mieux remplir certains rôles. Le parent peut être attentif à l'enfant sans toutefois être efficace dans la réponse aux besoins de celui-ci.

Cote 2 **TRÈS IMPORTANT**

Le parent démontre une incapacité de fonctionner dans un ou plusieurs de ses rôles majeurs en raison d'une limite intellectuelle (troubles de jugement, d'apprentissage, d'adaptation). Celui-ci ne peut pas présumer des besoins de l'enfant.

Annexe 5 (suite)

E) IMMATURITÉ PARENTALE

«La maturité est définie comme le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne par rapport au support qui est requis pour faire un usage adéquat de ses moyens physiques, émotifs, intellectuels, etc.» (Centre Rosalie Jetté, 1993).

L'immaturité se caractérise par les comportements suivants : intolérance à la frustration, satisfaction immédiate des besoins, incapacité de nommer les sentiments, inaptitude à la planification, absence chronique de motivation à résoudre les problèmes, tendance à la dépendance passive, absence d'empathie : incapacité de se décentrer de soi-même.

L'immaturité se remarque également par de l'instabilité, qu'elle soit financière, affective, locative et par des antécédents de carences affectives (abus, négligence, placements antérieurs, suivis antérieurs, absence de démonstration affective, de valorisation, de reconnaissance, de stimulation et d'encouragement).

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Il est sensible aux émotions, assume ses responsabilités, reconnaît les besoins des autres et de son enfant. Il trouve beaucoup de satisfaction dans son rôle de parent.

Cote 1 IMPORTANT

Le parent est capable occasionnellement de reconnaître ses émotions et celles des autres, mais il a plutôt tendance à fuir ou à se protéger. Il fait des efforts pour répondre à certains besoins des autres ou de son enfant, mais cela ne lui est pas facile. Il a tendance à fuir les responsabilités non valorisantes ou trop exigeantes. Il a occasionnellement besoin de l'encouragement et du soutien de son milieu pour persister dans ses responsabilités sociales et parentales.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Le parent tolère peu ou aucunement les frustrations, nie ses émotions, ne reconnaît pas les besoins des autres, particulièrement ceux de son enfant. Il recherche constamment les gratifications auprès des autres et de son enfant. Il ne trouve pas de satisfaction dans les tâches qu'il doit assumer auprès de son enfant qui représente pour lui un fardeau. Il a le sentiment d'être persécuté et ne reconnaît jamais ses responsabilités et ne veut pas assumer les conséquences de ses gestes ou de ses crises fréquentes. Il est très instable et ses réactions sont toujours imprévisibles.

Annexe 5 (suite)

F) *CONDUITES DÉLINQUANTES*

Parents ayant des conduites délinquantes, si oui :

☐ Délinquance reconnue légalement • Précisez :

☐ Délinquance existante mais non reconnue • Précisez :

Cote 0 **ABSENCE DE PROBLÈME**

Cote 1 **IMPORTANT**

Délinquance périodique sans violence contre la personne

Cote 2 **TRÈS IMPORTANT**

Délinquance reconnue ou non, mais récidive et absence fréquente et prolongée, suite à de l'emprisonnement, de la vie de l'enfant. Également présence de violence contre la personne. Fréquentation de milieu délinquant.

G) *MALTRAITANCE PARENTALE*

Maltraitance connue d'un parent envers un autre enfant.

Fait référence à toute forme d'abus physique ou sexuel et à de la négligence grave.

Annexe 5 (suite)

4.1 Facteurs reliés aux difficultés de l'enfant

A) LA PROBLÉMATIQUE DE L'ENFANT

La problématique de l'enfant

L'enfant présente-t-il des difficultés particulières (oui ou non).

Ces facteurs réfèrent ici aux difficultés ou limites de l'enfant, lesquels ont un impact significatif sur la relation parents-enfant et leur motivation à répondre aux besoins de l'enfant.

Identifier d'abord la ou les problématiques en cochant les cases appropriées.

☐ **a) Maladie physique ou handicap physique**

☐ **b) Hospitalisation par naissance prématurée et autre**

☐ **c) Retard développemental**

- Trouble du langage
- Problème d'autonomie fonctionnelle
- Immaturité affective
- Problème de motricité

☐ **d) Problème émotionnel diagnostiqué**

- Hyperactivité
- Trouble de l'humeur (dépression)
- Troubles anxieux : angoisse, refoulement, phobies scolaires ou autres
- Troubles névrotiques : obsession, hystérie
- Énurésie
- Encoprésie
- Anorexie
- Boulimie
- Toxicomanie
- Troubles narcissiques
- Troubles de l'attachement

☐ **e) Problème d'apprentissage spécifique**

- Écriture
- Graphisme
- Retard scolaire
- Motricité fine

Annexe 5 (suite)

☐ f) Problème de conduite de l'enfant

- Les troubles réfèrent à des conduites d'extériorisation : agressivité, colère, fugue
- Les troubles réfèrent à de la violence : résistance à l'autorité, abus de drogue
- Les troubles réfèrent à la délinquance : vol, vandalisme, prostitution
- Les troubles réfèrent à des conduites d'intériorisation : retrait, tendance suicidaire, faible estime de soi, isolement, difficulté d'affirmation et d'expression de ses besoins.

La cote indique l'attitude du parent face à l'incapacité ou à la difficulté ci-haut décrite.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Pas de problème.

Cote 1 IMPORTANT

Parent plus ou moins acceptant avec réserve, mais pas ouvertement rejetant ou hostile.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Problème non perçu ou parent ouvertement rejetant.

Annexe 5 (suite)

4.3 Facteurs reliés à l'attachement

Cotes 0 - 1 - 2

Plus il y a manifestation et intensité des éléments mentionnés en A, B et C, plus la cote est sévère.

Si l'information n'est pas connue, ne rien indiquer.

A) PENDANT LA GROSSESSE (à remplir pour le enfants de 0 à 5 ans)

(Voir 3.1 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) Grossesse antérieure problématique

(avortement, mort-né, enfant handicapé, enfant abandonné à la naissance)

- Le parent a déjà eu un enfant qu'il n'a pas gardé, soit qu'il ait été laissé en adoption à la naissance, soit qu'il ait été confié à une autre famille
- La mère a eu un ou plusieurs avortements, un bébé mort-né, prématuré ou handicapé
- Les deuils non résolus qui ont eu une influence sur la difficulté d'attachement pendant cette grossesse

b) Difficulté à s'adapter aux changements physiques pendant la grossesse, a des habitudes de vie inadéquates pour le développement du fœtus, absence de planification, refuse de verbaliser sur la grossesse

- Consommation d'alcool ou de drogues, plus de 10 cigarettes par jour
- Alimentation inadéquate, peu de gain de poids
- Surpréoccupée par les changements physiques (ou ne les accepte pas), être excessivement préoccupée par son image corporelle (ou la rejette)
- Peu d'organisation matérielle en vue de l'arrivée du bébé
- Peu d'adaptation de son régime de vie (ex. : exercice physique excessif, travail effréné)

c) Projet d'interruption volontaire de grossesse ou adoption non réalisée sous les pressions de l'entourage

- Continue la grossesse pour faire plaisir aux autres, mais ne s'attache pas au bébé

d) Attentes irréalistes à l'égard de l'enfant

- Quête du « bébé-objet », prolongement de soi-même, refus du « bébé-sujet »
- Propos incohérents et contradictoires quant à la place de l'enfant dans sa vie
- Projection irréaliste de l'enfant à naître

e) Perçoit très négativement sa capacité d'être parent, peur d'être violent, se dévalorise

- Le parent est très insécure, se sent incompetent
- Difficile à rassurer pendant la grossesse
- Planifie pendant la grossesse la prise en charge de son enfant par une autre personne qu'elle juge plus compétente

Annexe 5 (suite)

B) INDICES DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT CHEZ LE PARENT

(Voir 3.2 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) Antécédents parentaux problématiques

- Père ou mère a connu un vécu familial difficile (mauvais traitement, placement en famille d'accueil, négligence, rejet)

b) Ne démontre pas d'intérêt pour son enfant, ni de plaisir en sa présence

- Le parent ne crée pas de place dans sa vie pour l'enfant, n'assiste pas aux rencontres à l'école, ne démontre pas d'intérêt au progrès de son enfant, ne crée pas de situation où ils ont du plaisir ensemble

c) Manque d'interaction positive avec l'enfant

- Contact visuel peu fréquent et fuyant, regard hostile, peu de contact chaleureux, a des commentaires négatifs
- Le parent, lorsqu'il parle, ne fait ressortir que des aspects négatifs de son enfant

d) Surprotection de l'enfant ou manque de protection dans les situations de danger où l'enfant en aurait besoin

- Négligence dans les soins de base de l'enfant
- Relation fusion-rejet
- Gardiennages multiples, différentes personnes plus ou moins appropriées gardent l'enfant ou encore ne fait confiance à aucune personne

e) Difficulté à décoder les besoins de l'enfant

- Insensible à la détresse émotionnelle de l'enfant, manque de connaissance de son enfant (ses goûts, ses intérêts...)
- Manque d'empathie

f) Déception face à l'enfant réel versus l'enfant idéalisé

- Le parent est déçu du sexe de son enfant
- Qu'il soit prématuré ou handicapé
- N'accepte pas son tempérament ou que l'enfant ne soit pas gratifiant

g) Ne distingue pas l'enfant comme une personne distincte

- Ne reconnaît pas le besoin d'autonomie chez l'enfant
- Vit difficilement l'étape de séparation-individuation

Annexe 5 (suite)

C) INDICES DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT CHEZ L'ENFANT

(Voir 3.3 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) L'enfant est hypervigilant

- Il a peur du parent et ne recherche pas le réconfort ou la sécurité lorsque dans le besoin
- Il est anxieux, craintif, aux aguets constamment

b) L'enfant a de la difficulté à s'attacher, à s'enraciner

- Il n'accepte pas l'amour des autres personnes
- Il a un comportement agressif, il provoque le rejet
- Il refuse la proximité

c) L'enfant s'attache à n'importe quelle personne sans discrimination

- Il est prêt à partir facilement avec un inconnu et s'il le fait il n'a aucune réaction d'insécurité ou d'anxiété

Annexe 5 (suite)

4.4 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés aux parents dans la réponse aux besoins de l'enfant

A) ENGAGEMENT DES PARENTS À RÉPONDRE AUX BESOINS DE L'ENFANT

Besoins physiques

Soins requis pour la santé (dentistes, vaccins, visites médicales, blessures); l'alimentation adéquate en regard de la quantité et de la qualité : l'habillement convenable selon la température et des vêtements suffisamment propres; respect d'une bonne hygiène corporelle, salubrité et sécurité des lieux physiques.

Pour l'enfant placé: coter lors des sorties de l'enfant chez son parent ou les responsabilités assumées par le parent.

Besoins psychoaffectifs

Manifestations d'affections verbales et physiques; encouragement à communiquer et à établir des contacts physiques avec soi et les autres; stimulation de l'enfant dans l'acquisition des apprentissages sociaux, éducatifs, scolaires; surveillance, contrôle et guidance de l'enfant dans ses tâches quotidiennes et ses rapports sociaux; discipline adéquate en fonction de l'âge de l'enfant.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Cote 1 IMPORTANT

Le parent est conscient, mais il fait preuve de négligence, soit en retardant ou minimisant la réponse à ceux-ci.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Le parent est plus ou moins conscient et peu préoccupé par les besoins de l'enfant et il y répond de façon très inappropriée.

Annexe 5 (suite)

B) *DISCONTINUITÉ DE LA PRÉSENCE AUPRÈS DE L'ENFANT*

Cote 0 **ABSENCE DE PROBLÈME**

Il n'y a pas d'absence significative de la figure parentale.

Cote 1 **IMPORTANT**

Il y a eu au moins une ou deux ruptures inattendues mais temporaires dans la garde. L'enfant a dû recevoir les soins d'une personne qui ne s'en occupe pas normalement, et ce, pour une période de temps assez longue. Les parents ont maintenu une certaine forme de contact durant leur absence. Les parents manifestent une intention de reprendre l'enfant sans résultat concret ou avec un retour à risque.

Cote 2 **TRÈS IMPORTANT**

L'enfant est abandonné par ses parents ou encore l'enfant a subi une série de ruptures dans la garde au cours de sa vie. Les parents sont partis pour de longues périodes de temps, avec peu d'indication d'un désir de retour dans la vie de l'enfant.

C) *CONTACTS PARENTS-ENFANT PENDANT LE PLACEMENT ACTUEL*

La deuxième partie de cette section met en évidence les contacts parents-enfant en termes quantitatifs et qualitatifs. Notons qu'ici l'enfant est placé et qu'il peut garder des contacts sporadiques ou plus fréquents avec ses parents.

Indiquer s'il y a eu des contacts dans les derniers six mois ou la dernière année ainsi que la nature de ces contacts avec la fréquence la plus significative.

Note : Mettre en rapport les contacts actualisés et ceux autorisés.

Réactions de l'enfant face à ses parents

Cote 0 **ABSENCE DE PROBLÈME**

Réaction positive de l'enfant.

Cote 1 **IMPORTANT**

L'enfant accepte les contacts avec ses parents, s'il y est encouragé et sans toutefois s'engager à fond ou tenir compte de ses besoins.

Cote 2 **TRÈS IMPORTANT**

L'enfant refuse ou ne manifeste pas le désir de voir ses parents, soit par crainte ou soit par manque d'attachement envers eux.

Annexe 5 (suite)

4.5 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés à la situation de placement

Il n'y a pas de cote pour ces facteurs. Rappelons toutefois les informations suivantes liées aux données à saisir.

Âge au premier placement	Près de 54 % des enfants abandonnés ou à risque d'abandon vivent un premier placement avant l'âge de 5 ans.
Cumul des placements	80 % des enfants en situation d'abandon cumulent 2 ans et plus de placement.
Projet de placement à long terme envisagé	En lien avec l'abandon, environ 90 % des parents ne s'impliquent pas ou n'ont pas de projet de retour de l'enfant dans son milieu naturel.
Depuis le placement, le parent a-t-il modifié son style de vie afin de pouvoir reprendre son enfant ?	Toujours en lien avec la problématique, les parents ne modifient pas ou modifient peu leur style de vie afin de pouvoir reprendre leur enfant.
Antécédents de placement ou de délaissement dans la fratrie de l'enfant	Les parents ayant d'autres enfants placés ou délaissés représentent également un indicateur de risque d'abandon.
Antécédents de placement ou de délaissement chez les parents ou les grands-parents	Les parents ou les grands-parents ayant déjà vécu eux-mêmes de l'abandon ou du délaissement d'enfant peuvent représenter également un risque d'abandon.

Annexe 5 (suite)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Centre jeunesse Montréal métropolitain (1991). *L'identification des facteurs associés à l'abandon et au délaissement d'enfants*. Montréal : CJM.

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Saguenay / Lac St-Jean. (1993). *Enfants en situation d'abandon au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse*. Québec : CPEJ – Saguenay / Lac St-Jean.

Centre de recherche sur les services communautaires. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Québec : Université Laval.

Centre de services sociaux de Québec (1992). *Programme «Faire des racines» ou La clarification d'un projet de vie permanent. Cahier no 1 - Cadre théorique et conceptuel*. Québec : Centre de services sociaux de Québec.

Centre de services sociaux de Québec. (1992). *Programme «Faire des racines» ou La clarification d'un projet de vie permanent. Cahier no 2 - Modèle de pratique*. Québec : Centre de services sociaux de Québec.

Centre Rosalie Jetté (1992). *L'évaluation de la capacité parentale*. Québec : Centre Rosalie-Jetté.

Les Centres jeunesse de l'Estrie. (1993). *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. Estrie : Centre jeunesse de l'Estrie.

Les Centres jeunesse de la Montérégie. (?) *Les enfants en situation d'abandon. Phase I - Synthèse des critères pour permettre le dépistage des dossiers*. Montérégie : Centres jeunesse de la Montérégie.

Les Centres jeunesse du Saguenay / Lac St-Jean (1995). *Guide pour l'identification des enfants en situation d'abandon ou en voie de l'être*. Québec : Centres jeunesse du Saguenay Lac St-Jean.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'adoption : un projet de vie. Cadre de référence en matière d'adoption au Québec*. Québec : MSSS.

Grille d'identification des risques chez la femme enceinte et la nouvelle famille.

Guide de dépistage des difficultés d'attachement parent-enfant durant la période prénatale et postnatale. Lise Cyr, Romaine Malenfant.

Annexe 5 (suite)

5. GRILLE DE DÉPISTAGE DU RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

Annexe 5 (suite)

IDENTIFICATION (SUITE)

PORTRAIT PARENTAL

Génogramme facultatif

Vivent ensemble ☐ Oui ☐ Non

Séparation • Divorce ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre (ex. : cure, prison, etc.)

Parent qui a la garde légale ☐ Père ☐ Mère

Père reconnu légalement ☐ Oui ☐ Non

Père connu ☐ Mère décédée ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Père inconnu ☐ Père décédé ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Tuteur (s'il y a lieu) ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Réseau ☐ Déchéance parentale ☐ date: _____ | _____ | _____
(voir guide p. 3) An Mois Jour

COMPOSITION FAMILIALE

Nombre d'enfants (famille d'origine): _____ Rang de l'enfant: _____

Nombre d'enfants (famille recomposée): _____ Rang de l'enfant: _____

MÈRE:

Nombre d'enfants placés par le CSSS: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

Nombre d'enfants placés par le CJQ-IU jeunesse: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

PÈRE:

Nombre d'enfants placés par le CSSS: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

Nombre d'enfants placés par le CJQ-IU jeunesse: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

3. CADRE LÉGAL DE LA MESURE ACTUELLE

LSSSS ☐

LPJ Alinéa(s) de l'article de loi _____

Mesure volontaires ☐ Chambre de la jeunesse ☐

Annexe 5 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

LÉGENDE POUR LA COTATION

0 - Absence de problèmes 1 - important 2 - très important

• Veuillez encercler le chiffre qui vous convient le mieux •

1. FACTEURS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES PARENTS (GUIDE P.6)

	Père	Mère
A) ☐ Problème de santé mentale et antécédents psychiatriques diagnostiqués. ☐ Problème non diagnostiqué mais s'apparentant à un trouble de santé mentale (ne pas coter)	0 1 2	0 1 2
B) Degré d'autonomie fonctionnelle	0 1 2	0 1 2
C) Toxicomanie	0 1 2	0 1 2
D) Limites intellectuelles, sociales et culturelles	0 1 2	0 1 2
E) Immaturité	0 1 2	0 1 2
F) Parents ayant des conduites délinquantes Si oui ☐ Délinquance reconnue légalement • Précisez : _____ ☐ Délinquance existante mais non reconnue • Précisez : _____	0 1 2	0 1 2
G) Maltraitance connue d'un parent envers un autre enfant	Père ☐	Mère ☐

2. FACTEURS RELIÉS AUX DIFFICULTÉS DE L'ENFANT (GUIDE P. 12)

L'enfant présente des difficultés particulières : ☐ Oui ☐ Non	ATTITUDE DU PARENT FACE À LA PROBLÉMATIQUE	
La problématique de l'enfant :	Père	Mère
☐ A) Maladie physique chronique ou handicap physique	0 1 2	0 1 2
☐ B) Hospitalisation pour naissance prématurée et autres	0 1 2	0 1 2
☐ C) Retard développemental	0 1 2	0 1 2
☐ D) Problème émotionnel diagnostiqué	0 1 2	0 1 2
☐ E) Problème d'apprentissage spécifique	0 1 2	0 1 2
☐ F) Problème de conduite de l'enfant	0 1 2	0 1 2

Annexe 5 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

3. FACTEURS RELIÉS À L'ATTACHEMENT (GUIDE P. 14)

3.1 Pendant la grossesse

- A) Grossesse antérieure problématique
(avortement, mort-né, enfant handicapé, enfant abandonné à la naissance)
- B) Difficulté à s'adapter aux changements physiques pendant la grossesse, a des habitudes de vie inadéquates pour le développement du fœtus, absence de planification, refuse de verbaliser sur la grossesse
- C) Projet d'interruption volontaire de grossesse ou adoption non réalisée sous les pressions de l'entourage
- D) Attentes irréalistes à l'égard de l'enfant
- E) Perçoit très négativement sa capacité d'être parent, peur d'être violent, se dévalorise

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

3.2 Indices des problèmes d'attachement chez le parent

- A) Antécédents parentaux problématiques
- B) Ne démontre pas d'intérêt pour son enfant, ni de plaisir en sa présence
- C) Manque d'interaction positive avec l'enfant
- D) Surprotection de l'enfant ou manque de protection dans les situations de danger où l'enfant en aurait besoin
- E) Difficulté à décoder les besoins de l'enfant
- F) Déception face à l'enfant réel versus l'enfant idéalisé
- G) Ne distingue pas l'enfant comme une personne distincte

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

3.3 Indices de problèmes d'attachement chez l'enfant

- A) L'enfant est hypervigilant
- B) L'enfant a de la difficulté à s'attacher, à s'enraciner
- C) L'enfant s'attache à n'importe quelle personne sans discrimination

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

Annexe 5 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

4. FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DISCONTINUITÉ RELIÉS AUX PARENTS DANS LA RÉPONSE AUX BESOINS DE L'ENFANT (GUIDE P. 17)

A) Engagement des parents à répondre aux besoins de l'enfant

	Père	Mère
Besoins physiques		
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2
Besoins psychoaffectifs		
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2

B) Discontinuité de la présence auprès de l'enfant

	Père	Mère
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2

C) Contacts parents-enfants pendant le placement actuel

	Père	Mère
L'enfant a-t-il eu des contacts avec ses parents		
Dans la dernière année	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Dans les derniers six mois	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Nature du contact

	Fréquence (Père)			Fréquence (Mère)		
	Semaine	Mois	Année	Semaine	Mois	Année
Téléphone	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cadeau	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Visite à la ressource	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sortie	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note : Mettre en rapport les contacts actualisés et ceux autorisés.

	Père	Mère
Réaction de l'enfant face à ses parents	0 1 2	0 1 2

Annexe 5 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

5. FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ RELIÉS À LA SITUATION DE PLACEMENT (GUIDE P. 19)

Âge du premier placement : _____

Cumul de tous les types de placement : _____ans _____mois

Projet concret de retour chez les parents ☐ Oui ☐ Non

Projet de vie alternatif envisagé ☐ Oui ☐ Non

Depuis le placement, le parent a-t-il modifié son style de vie
afin de pouvoir reprendre son enfant ? ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de placement ou délaissement

Dans la fratrie de l'enfant ☐ Oui ☐ Non

Chez les parents ou les grands-parents ☐ Oui ☐ Non

Signature : _____

date : _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Annexe 6 :

Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse

Art. 2.3.

b) privilégier, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui permettent à l'enfant et à ses parents de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent.

Participation de l'enfant

Une personne, un organisme ou un établissement à qui la présente loi confie des responsabilités envers l'enfant et ses parents doit favoriser la participation de l'enfant et de ses parents ainsi que l'implication de la communauté.

Implication des parents

Les parents doivent, dans la mesure du possible, participer activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant et pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Art. 2.4.

5° de favoriser des mesures auprès de l'enfant et de ses parents en prenant en considération qu'il faut agir avec diligence pour assurer la protection de l'enfant compte tenu que la notion de temps chez l'enfant est différente de celle des adultes ainsi qu'en prenant en considération les facteurs suivants :

- a) la proximité de la ressource choisie;
- b) les caractéristiques des communautés culturelles;
- c) les caractéristiques des communautés autochtones.

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

Personnes significatives

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.

Continuité des soins

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.

Art. 38.2. toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants :

- a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;
- b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;
- c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;
- d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

Art. 51. lorsque le directeur est d'avis que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, il prend la situation de l'enfant en charge et décide de son orientation. À cette fin, avant de proposer l'application de mesures volontaires ou de saisir la Chambre de la jeunesse, le directeur privilégie, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui favorisent la participation active de l'enfant et de ses parents.

Art. 53.0.1. lorsqu'à l'intérieur de la durée maximale prévue à l'article 53, une ou plusieurs ententes comporte une mesure d'hébergement visée au paragraphe j du premier alinéa de l'article 54, la durée totale de cet hébergement ne peut excéder, selon l'âge de l'enfant au moment où est conclue la première entente qui prévoit une mesure d'hébergement:

- a) 12 mois si l'enfant a moins de deux ans;
- b) 18 mois si l'enfant est âgé de deux à cinq ans;
- c) 24 mois si l'enfant est âgé de six ans et plus.

Demande au tribunal

Lorsqu'à l'expiration de la durée totale de l'hébergement prévu au premier alinéa, la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le directeur doit en saisir le tribunal.

Art. 57. le directeur doit réviser, aux conditions prévues par règlement, le cas de chaque enfant dont il a pris la situation en charge. Il doit vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer un retour de l'enfant chez ses parents. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel retour n'est pas possible, le directeur doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Art. 57.2. la révision a pour fin de déterminer si le directeur doit:

- a) maintenir l'enfant dans la même situation;
- b) proposer d'autres mesures d'aide à l'enfant ou à ses parents;
- c) proposer des mesures d'aide aux parents en vue d'un retour de l'enfant chez ses parents;
- d) saisir le tribunal, notamment en vue d'obtenir une ordonnance d'hébergement pour la période que ce dernier déterminera;
- e) saisir le tribunal pour se faire nommer tuteur, pour faire nommer toute personne qu'il recommande pour agir comme tuteur à l'enfant ou pour remplacer le tuteur de celui-ci;
- f) agir en vue de faire adopter l'enfant;
- g) mettre fin à l'intervention.

Le directeur doit, lorsqu'il met fin à l'intervention et que la situation le requiert, informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. Il doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense ces services l'information pertinente sur la situation. Il peut, le cas échéant, les conseiller sur le choix des personnes ou des organismes pouvant les accompagner et les assister dans leur démarche.

Art. 91.1. lorsque le tribunal ordonne une mesure d'hébergement visée au paragraphe j du premier alinéa de l'article 91, la durée totale de cet hébergement ne peut excéder, selon l'âge de l'enfant au moment où est rendue l'ordonnance:

- a) 12 mois si l'enfant a moins de deux ans;
- b) 18 mois si l'enfant est âgé de deux à cinq ans;
- c) 24 mois si l'enfant est âgé de six ans et plus.

Durée d'autres mesures

Le tribunal doit, lorsqu'il détermine la durée de l'hébergement, tenir compte, s'il s'agit de la même situation, de la durée d'une mesure d'hébergement contenue dans une entente sur les mesures volontaires visées au paragraphe j du premier alinéa de l'article 54 ainsi que de la durée d'une mesure d'hébergement antérieure qu'il a lui-même ordonnée en vertu du premier alinéa.

Il peut également prendre en considération toute période antérieure où l'enfant a été confié ou hébergé en vertu de la présente loi.

Continuité des soins

À l'expiration des délais prévus au premier alinéa, lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le tribunal doit rendre une ordonnance qui tend à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Retour imminent dans le milieu familial

Toutefois, le tribunal peut passer outre aux délais prévus au premier alinéa si le retour de l'enfant dans son milieu familial est envisagé à court terme, si l'intérêt de l'enfant l'exige ou encore pour des motifs sérieux, notamment dans le cas où les services prévus n'auraient pas été rendus.

Continuité des soins

À tout moment, à l'intérieur d'un des délais prévus au premier alinéa, lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le tribunal peut rendre une ordonnance qui tend à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Annexe 7 :

Développement de l'enfant et effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant

Développement normal de l'enfant et de l'adolescent

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
PHYSIQUE	• Contrôle et maîtrise de la motricité globale et fine • Acquisition de la marche	• Perfectionnement de la motricité • Équilibre, stabilité, coordination exploration • Plus fort, maîtrise du milieu, apprentissage de la propreté	• Motricité globale est acquise • Exerce et perfectionne les habiletés acquises • Motricité fine se perfectionne • Utilise sa motricité dans des situations de plus en plus complexes et exigeantes	• Maîtrise sa motricité globale et fine • Développe l'intégration de tous ses sens soit la coordination perceptivo-motrice • Possibilité de prépuberté	• Premiers signes de pensée opératoire formelle (pensée abstraite) qui peut devenir acquise ensuite • Capacité de penser de façon hypothétique • Tient compte de plusieurs points de vue • Développement de la moralité

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
COGNITIF	• Vivacité d'esprit • Prise de conscience, reconnaissance et intérêt pour les différents stimuli • Permanence de l'objet	Pensée Symbolique • Langage réceptif puis expressif • Explosion du vocabulaire	• Le langage se développe rapidement et véhicule la pensée • Progression du vocabulaire • Pensée égocentrique • Résolution de problème est illogique • Pensée magique et imagination prévalent	• Pensée opératoire concrète • Pensée devient plus logique et rationnelle • Reconnaît la différence entre le comportement et l'intention • Développe sa capacité à comprendre le point de vue des autres	• Premiers signes de pensée opératoire formelle (pensée abstraite) qui peut devenir acquise ensuite • Capacité de penser de façon hypothétique • Tient compte de plusieurs points de vue • Développement de la moralité

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
SOCIAL	• Premier sourire • Interaction avec le pourvoyeur de soin • Différencie le pourvoyeur de soin et les gens familiers • Peur de l'étranger	• Développer relations avec autrui • Jeu parallèle • Imiter des rôles sociaux • Internalisation des attentes/ règles sociales (ex : propreté)	• Étend ses relations à l'extérieur de la famille • Jeux interactifs et coopératifs • Comprend, explore, imite et exerce des rôles sociaux • Apprend la notion de bien et de mal et peut en ressentir de la culpabilité	• Relations avec l'extérieur de la famille prennent de l'importance • Imiter, apprend, adopte des rôles sociaux attribués à chacun des sexes • Comprend les règles et les utilise pour ajuster son comportement et régir ses relations et activités	• Relations centrées sur le groupe • Valeurs du groupe motivent le comportement • Acceptation du groupe/ estime de soi • Individualise et intériorise ses valeurs • Transfert des amis aux amitiés individuelles • Expérimentation des rôles sociaux

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
AFFECTIF	• Patron d'attachement s'installe • Confiance de base si attachement sécurisant	• Autonomie • Établit des relations affectueuses et empreintes de confiance • Plaisir à être gentil • Honte et détresse à ne pas être gentil	• Initiative/culpabilité (Erikson) • Est dérangent, curieux, tente de nouvelles choses, façonne son milieu • Fait preuve d'autonomie dans ses activités • Développe son estime de lui par le regard de l'autre	• Travail/infériorité (Erikson) • Activités sont orientées vers une production • Estime de soi en lien avec la perception de ses aptitudes • Développe des compétences • Confiance en lui et autonome • Prise de conscience de lui-même • Exprime ses goûts et opinions • Capable d'introspection • Capable de s'évaluer	• Identité/diffusion de rôle (Erikson) • Dépend de ses amis en lien avec son identité • Instabilité affective, sautes d'humeur • Identité s'individualise • Estime de soi en lien avec les normes de comportement intériorisé • Auto-évaluation, introspection

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 – 12 mois	12 – 36 mois	3 – 5 ans	6 - 12 ans	13 – 18 ans
PSYCHOSEXUEL	- Être sexuel - Succion premier plaisir - Explore tout avec la bouche - Réflexe lubrification vaginale érection	- Intérêt marqué pour les parties génitales - Lubrification vaginale et érection deviennent des réactions sexuelles - Prise de conscience de son identité sexuelle	- Explore son corps - S'intéresse aux différences entre le garçon et la fille - Ajoute des mots sexuels à son vocabulaire et y prend plaisir - Complexe d'Oedipe	- Période de latence - Exploration sexuelle est un besoin - Ressent le besoin d'intimité - Pose des questions et regarde des livres - Utilise un vocabulaire sexuel approprié - Possibilité de prépuberté	- S'intéresse aux relations sexuelles - Contact sexuel au sein du groupe - Ambivalence face aux relations sexuelles - Orientation sexuelle expérimentée

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
PHYSIQUE	• Retards de croissance, lésions cérébrales, retard intellectuel • Œdème cérébral ou hématome sous-dural • Blessure à l'oreille interne ou perte d'audition • Complications suite à des infections non-traitées • Ne développe pas de motricité de base optimale	• Enfants de petite taille et ayant des retards de croissance • Vulnérable aux maladies, surtout des voies respiratoires et troubles digestifs • Faible tonus musculaire coordination motrice déficiente et démarche maladroite • Retard dans la motricité globale nécessaire au jeu	• Retards de développement physiques généralisés • N'a pas les habiletés et la coordination pour se livrer à des exercices qui exigent une coordination perceptivomotrice • Maladies chroniques	• Peut souffrir de maladies chroniques • Habiletés sensorielles, motrices et perceptivo-motrices peuvent être retardées • Retard de la puberté

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
COGNITIF	• Interfère sur la croissance et l'organisation du cerveau : câblage et élagage • Retard d'apprentissage et de langage • Silencieux, placide, inactif • Manque d'exploration nuit à l'acquisition de résolution de problème • Retard dans l'acquisition de certaines notions de base comme la causalité	• Le langage peut être inexistant ou retardé • Mauvaise prononciation phrases incomplètes ou mots inappropriés • Manque de vocabulaire • Aptitudes cognitives d'un enfant plus jeunes • Faible capacité • Manque de concentration et d'intérêt	• Structure de pensée d'un enfant d'âge préscolaire telle la pensée égocentrique • Difficultés à résoudre des problèmes simples • Difficultés à organiser et structurer sa pensée • Retard de langage • Incapable de se concentrer à l'école • Difficultés d'apprentissage	• Pensée opérationnelle formelle peut être retardée • Difficulté à résoudre des problèmes • Capacité d'introspection déficiente • Difficulté à tenir compte de l'autre • Difficultés scolaires d'apprentissage • Développement moral peut-être retardé

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
SOCIAL	• Difficulté à créer des relations avec les pairs • Manque de discrimination envers les personnes significatives • Passif amorphe indifférent et insensible aux autres • Pas de contact visuel avec les autres • Peu d'habileté au jeu	• Difficultés relationnelles • Isolement • Immaturité sociale agressive manipulateur, compétitif avec les autres enfants • Préférence pour le jeu solitaire ou parallèle • Jeu créatif absent, peu d'exploration • Incapable d'attendre son tour, de partager	• Méfiance face à l'adulte, ou accaparant • Parle de sa famille de façon exagérément chaleureuse ou le contraire • Prend un rôle parental avec ses parents • Ne réagit pas aux éloges et à l'attention qu'on lui porte, ou recherche à outrance l'approbation ou l'attention des adultes • Se sent inférieur, incapable face aux autres	• Difficulté à établir et maintenir des relations avec les pairs • Méfiant avec les adultes • Peu d'intérêt envers les autres • Ne se conforme pas aux normes sociales • N'adopte pas de rôles sociaux

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
AFFECTIF	• Troubles d'attachement • Pas de confiance de base • Replié sur lui-même, amorphe, déprimé et indifférent à leur milieu • Passif et immobile, mais aux aguets • Craintif, anxieux • Faible estime de soi • Dépendant, opposant et rebelle	• Troubles d'attachement • Manque d'initiative, a sentiment de culpabilité (Erikson) • Exagérément craintif • Impulsif, besoin de gratification immédiate • Crises de rage et d'agressivité • Affect plat, indifférent • Anxiété, opposition, insécurité	• Messages dévalorisants des parents portent et atteinte à l'estime de soi • Impulsif, crise de nerfs, pas capable d'attendre la gratification • Pas de stratégies d'adaptation • Manifeste une anxiété généralisée, dépression, troubles émotifs • Manifeste des sentiments d'incapacité et un manque de contrôle de soi • Apprend que l'affirmation de soi constitue un danger • S'exprime peu, ne manifeste pas de goût, ne se livre pas à des activités orientées vers un but • Manque d'initiative • Abandonne rapidement	• Présence de troubles de comportement et troubles de la conduite • Difficulté à gérer les émotions intenses • Difficulté à se faire une identité positive • Confusion d'identité et faible estime de soi • Perd confiance en l'avenir

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 18 ans
PSYCHOSEXUEL	• Évitement de ou fixation sur l'exploration des parties génitales • So abus sexuel à ce jeune âge, peut affecter le développement psychosexuel durant l'enfance et adolescence	• Malaise dans son corps • Intérêt exagéré à ses parties génitales • Dégoût ou agressivité envers ceux de son sexe ou du sexe opposé • Douleur physique/ infections • Surinvestissement sexuel	• Cherche à créer des relations avec autrui par une approche sexualisée • Excessivement préoccupé par la sexualité • Peut connaître des expériences pour lesquelles il n'est pas prêt • Enfant mal à l'aise dans son corps • Peut commencer à se questionner sur son orientation sexuelle	• Mal à l'aise avec son corps • Évitement de tout contact sexuel ou, au contraire, promiscuité • Difficultés à avoir des relations sexuelles • Sexualité prend une place exagérée • Questionnement sur son identité sexuelle

Annexe 8 :

Indicateurs de retrait de l'enfant

SECTION B ● LE CHOIX D'UN PROJET DE VIE

31

Si les incapacités des parents font qu'ils ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de leur enfant et d'assurer sa sécurité et son développement, malgré l'ensemble des services, ressources et interventions offerts à la famille, le maintien de l'enfant dans son milieu familial ne peut être envisagé et il y a donc lieu d'opter pour le retrait.

« En effet, il faut préciser qu'en lui-même le non-retrait d'un enfant de son milieu ne peut jamais être un indicateur valable de réussite. Il faut donc (...éviter) l'acharnement en vertu duquel il faudrait maintenir à tout prix un enfant dans son milieu en l'absence de résultat probant ou malgré des indicateurs négatifs au regard de son développement. Il faut aussi (...éviter) la méthode essai-erreur à travers une gradation des mesures. Il faut plutôt faire correspondre directement les services aux besoins définis, tout en visant en priorité les mesures les plus légères et les plus susceptibles d'offrir des conditions de vie normales à l'enfant⁹ ».

Certains indicateurs peuvent nous aider à mieux cerner la situation quant aux problèmes personnels des parents, à l'exercice de leur rôle parental et aux difficultés particulières observées chez l'enfant. Il ne s'agit pas ici d'additionner les indicateurs, mais plutôt d'énumérer les éléments sur lesquels on doit se questionner, qui amèneront à établir un tableau clinique permettant de cerner la dynamique de la situation et d'évaluer le niveau de collaboration et de mobilisation des parents et leurs besoins. Cette analyse, jointe aux moyens mis en œuvre dans l'établissement (comme la consultation et le comité de placement), peut servir d'appui à la décision.

Voici donc un certain nombre d'indicateurs, concernant les parents et l'enfant, relatifs au retrait du milieu familial.

• Difficultés personnelles des parents¹⁰

- Ils présentent de sérieux troubles mentaux non contrôlés (ex. : délire, paranoïa, hallucinations, discours ou comportements suicidaires, personnalité *limite*).
- Ils font une consommation abusive d'alcool ou de drogues.
- Ils sont très instables : déménagements fréquents, partenaires multiples.

9. Madeleine Dionne et al., *Les projets de vie aux CJ Chaudière-Appalaches*, Orientations cliniques, juillet 2007.

10. Il peut s'agir ici d'un parent ou des deux.

- Ils ne contrôlent pas leurs impulsions.
- Ils refusent de se reconnaître la moindre part de responsabilité dans la situation.
- Les tentatives de services antérieures se sont soldées par des échecs; les parents ont refusé l'aide ou ne se sont pas impliqués; ou le peu de progrès réalisé a rapidement fait place à un retour en arrière.

Au-delà de l'évaluation des difficultés personnelles des parents, il importe aussi de prendre en considération les conséquences pour l'enfant. Celles-ci peuvent varier selon son degré de vulnérabilité et d'autonomie, de même qu'en fonction de la présence de facteurs de risque ou de protection dans son milieu immédiat.

• **Difficultés liées à l'exercice du rôle parental**

- L'aide a été acceptée, mais après un délai raisonnable d'intervention suffisamment intensive, aucun changement significatif n'est apparu dans les comportements éducatifs et dans l'attitude affective des parents.
- Les parents n'arrivent à porter que brièvement attention aux besoins physiques de leur enfant. Il s'agit d'une incapacité de se décentrer de soi pour se préoccuper de l'enfant et répondre à ses signaux.
- Les parents ne démontrent pas d'affect et sont incapables d'avoir des échanges émotionnels avec leur enfant.
- Les parents ont des projections massives, ce qui les empêche de se représenter leur enfant comme étant différent d'eux-mêmes.
- Les parents présentent une instabilité des affects avec retournements imprévisibles de l'amour en haine, le désir fusionnel alternant avec le rejet.
- Les parents adoptent des comportements sociaux qui semblent parfaitement adaptés, mais qui présentent une pathologie psychotique, exprimée uniquement dans la relation avec leur enfant.
- Les parents établissent une relation sans limite avec l'enfant, soit par une absence totale de limites éducatives ou par une relation fusionnelle.
- L'enfant est soumis à une violence verbale, physique, psychologique ou sexuelle, ou il est témoin et impliqué dans des scènes violentes ou sexuelles entre adultes.

- L'enfant est associé de trop près et de façon abusive aux difficultés des parents ou des adultes de son entourage.
- La relation parent-enfant est érotisée.
- Les parents manifestent une agressivité démesurée ou sont sous l'effet d'une pathologie grave qui a un impact sur la sécurité ou le développement de l'enfant.
- Certains indices tendent à prouver que les parents ont eu recours systématiquement à des méthodes disciplinaires tout à fait inappropriées à l'égard du comportement de l'enfant et compte tenu de son âge. Dans ce cas, il faut s'assurer que le risque est toujours présent.
- La présence d'abus physiques ou sexuels est évidente ou le risque d'abus est tel que l'enfant pourrait souffrir physiquement ou mentalement s'il demeure dans son milieu.
- L'environnement physique du foyer constitue une menace et un danger imminents pour l'enfant pour des raisons de salubrité, à cause d'un chauffage inadéquat ou du risque élevé d'accident ou de sinistre. On constate que la situation ne peut être corrigée par aucune autre mesure.

• Difficultés observées chez l'enfant

Chaque enfant a des besoins qui lui sont propres, de par son âge, mais aussi de par sa situation particulière et sa personnalité. La réponse des parents doit s'adapter, les enfants ayant de plus grands besoins demandant davantage à leurs parents. C'est pourquoi la situation de chaque enfant doit faire l'objet d'une attention particulière, eu égard à la capacité des parents de répondre à ses besoins.

Voici quelques éléments à considérer :

- L'enfant présente un retard de développement marqué qui n'est pas justifié par un diagnostic médical ou psychologique.
- L'enfant présente des manifestations de type autistique ou psychotique ou des troubles caractériels auxquels les parents sont incapables de faire face.
- Les blessures physiques ou émotionnelles de l'enfant ou la présence chez lui d'incapacités découlant d'une déficience nécessitent des traitements immédiats ou un environnement particulier que les parents refusent d'offrir à l'enfant ou sont incapables de lui assurer.
- Les troubles de comportement de l'enfant ont des effets tels que son intégrité physique ou psychologique ou celle de ses proches est menacée. En outre, ses parents ne peuvent plus faire face à la situation malgré l'aide qu'on peut leur apporter.

34

CADRE DE RÉFÉRENCE Un projet de vie, des racines pour la vie

Dans toutes situations, il s'agit d'agir avec beaucoup de prudence, sans conclure trop vite, ni faire de lien automatique entre les difficultés d'un enfant et une incapacité possible des parents, et d'évaluer avec grand soin ces éléments en vue de décider s'il y a lieu de retirer ou non l'enfant de son milieu familial.

Lexique des acronymes

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DDPPAU	Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse ou Directeur de la protection de la jeunesse
DSJF	Direction des services aux jeunes et à leur famille
GAPI	Groupe d’aide aux personnes impulsives
GED	Grille d’évaluation du développement de l’enfant
GRAPE	Groupe de recherche en animation et planification économique
ICBE	Inventaire concernant le bien-être de l’enfant
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
ISSF	Inventaire de soutien social et familial
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
PI	Plan d’intervention
PSI	Plan de services individualisé
SSP	Système de soutien à la pratique



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013

0 - 5 ans

