

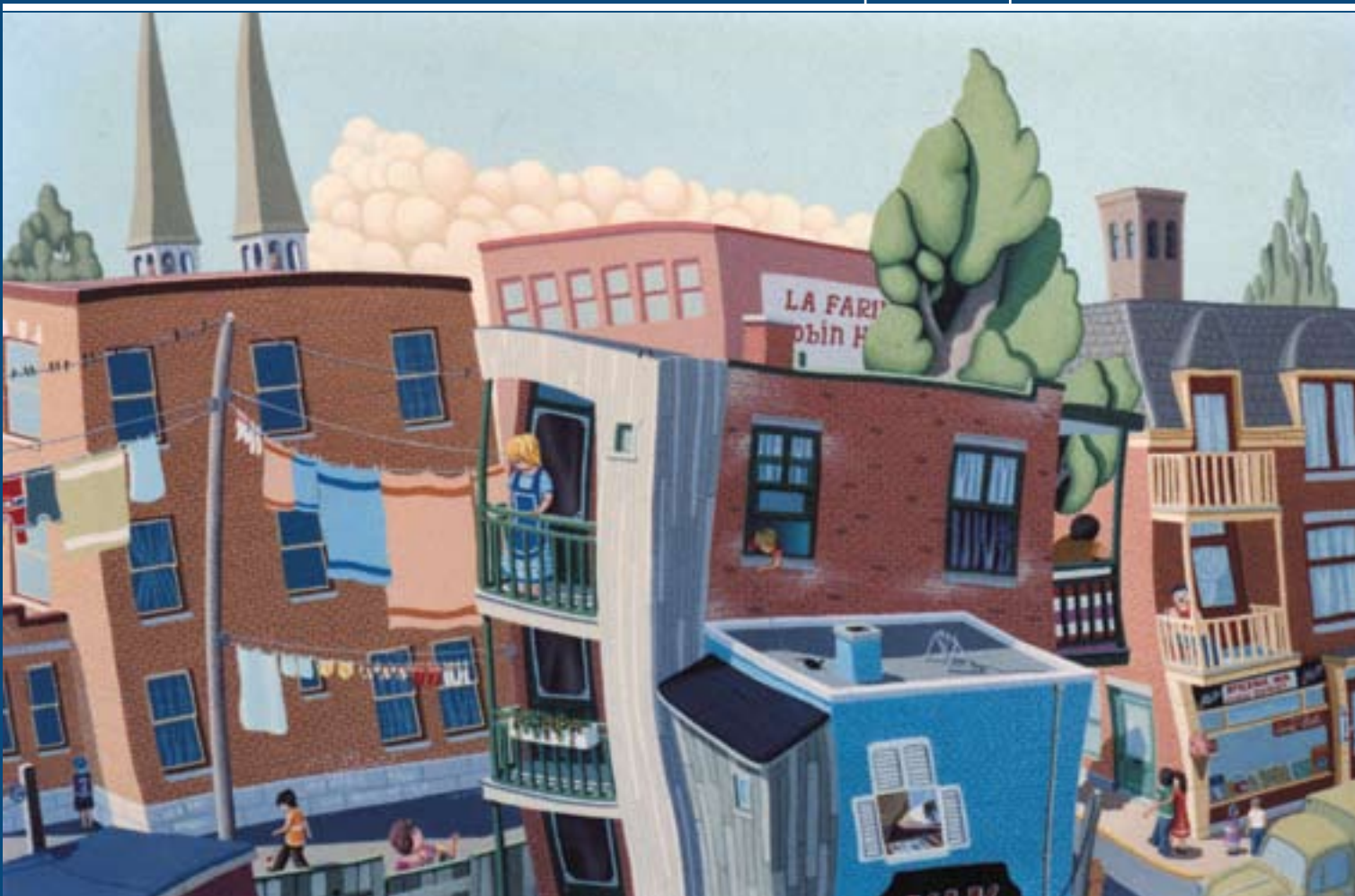
Défi Jeunesse →

Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

VOL. XVI

NO 3

MAI 2010



Accompagnement thérapeutique

Attachement, pratiques parentales et culture

Interventions auprès des immigrants



Sommaire

Éditorial

- 

» **La spirale des services... Comment en sortir?**
Koffi Folly 2
- 

» **Accompagnement thérapeutique et adolescence en crise
Le cas de Mlle B.**
Jacinthe Levesque et Dr Gilbert Levet 4
- 

» **Le développement des troubles de la personnalité et les services de réadaptation
avec hébergement offerts aux adolescents : suite, distinctions et précisions**
Alain Dumas 14
- 

» **L'intervention auprès des enfants et des familles issus de l'immigration
– un processus clinique sensible à la réalité ethnoculturelle**
Jean-Marie Daigneault 19
- 

» **Attachement, pratiques parentales et culture**
Tina Candela 23
- 

» **Les impacts du placement en famille d'accueil de parenté :
les objets de controverse et les réponses de la recherche**
Geneviève Turcotte et Danièle Bélanger 28

COMITÉ DE LA REVUE

Louise Blouin, Koffi Folly, Josette Laframboise,
Sébastien Nadeau, Jean-Luc Secours,
Geneviève Turcotte

Photo de la ruelle sur la couverture
Pierre Raza, artiste peintre

Rédacteur en chef
Jean-Luc Secours

Révision linguistique
Danièle Gauthier

Graphisme et impression
ACOR

Secrétariat
Murielle Bouchard, Vicky Bouchard

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1201-009-X
Mai 2010
Le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire



Imprimé sur papier recyclé.

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle *Défi jeunesse* est publiée par le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire à raison de trois numéros par année.

Les objectifs visés par la publication de cette revue sont :

Promouvoir le développement professionnel en lien avec l'intervention et la réflexion. Dans un contexte multidisciplinaire, assurer et valoriser l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline. Permettre l'intégration des nouvelles orientations du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel. Accroître le sentiment d'appartenance au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

Critères de publication :

CONTENU / La revue publie des articles de fond (théorie, réflexions, études, recherches, recherches-action, analyses...), des textes portant sur des expériences professionnelles pratiques (projets, nouveaux modes d'intervention) et diverses chroniques à contenu clinique telles des notes de lecture, des chroniques juridiques, des chroniques événements et des entrevues. **MANUSCRIT INÉDIT** / La revue ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits ne doivent pas avoir été publiés dans une autre revue. **FORMAT** / Les articles doivent être dactylographiés à double interligne, sur feuilles format lettre dans une police 12 points. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur envoie au comité de la revue un fichier électronique sur traitement de texte compatible avec Word Office à l'adresse mentionnée plus bas. Un guide pour la présentation des articles est disponible sur demande. **ÉVALUATION** / Tous les articles sont soumis au comité de la revue, qui a l'entière responsabilité de décider de publier ou non un article. Le comité se réserve aussi le droit de changer les titres et les sous-titres des articles sans avis à leur auteur. **OPINION DE L'AUTEUR** / Les opinions contenues dans les articles n'engagent que leur auteur. **REPRODUCTION** / Toute reproduction est autorisée avec mention de la source. **REDEVANCES** / Toute soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique le transfert des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

Pour obtenir une
information ou pour
soumettre un article,
veuillez vous
adresser à :

COMITÉ DE LA REVUE DÉFI JEUNESSE

4675, rue Bélanger Est
Montréal (Québec) H1T 1C2

Code de courrier interne : 40

Téléphone : (514) 593-2118
Télécopieur : (514) 593-2113

Courrier électronique :
conseilmulti@cjm-iu.qc.ca



LA SPIRALE DES SERVICES... COMMENT EN SORTIR?

Koffi Folly, agent de relations humaines, DPJ



Le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) est une de ces organisations qui comporte plusieurs services aussi diversifiés les uns que les autres. Cette pluralité de services constitue, à bien des égards, un engrenage dont on ne peut se dégager, à défaut de communications interservices.

Comme pour bien d'autres questions liées à notre organisation, la spirale des services n'a que rarement été inscrite dans une réflexion spécifique. Au niveau des services, la réflexion des intervenants aboutit à un même constat largement partagé : il arrive parfois que l'on ne soit pas

la plupart d'entre nous, une chose complexe. Au sein même de ces entités distinctes que sont les services, on a l'impression qu'il y a autant de pratiques différentes que de services différents. Les raisons en sont relativement simples : les contextes d'implantation des services sont très variés, ce qui a un impact certain sur les pratiques et les collaborations possibles. Cette diversité des pratiques rend parfois le travail des intervenants plus difficile. On y voit parfois plus des signes de disparités, voire d'incohérences, que des signes de spécificités. Cela est souvent un indice de mauvaises communications internes. Certes, la spécificité et la logique internes de chaque service doivent être reconnues, mais les services ne doivent pas être entièrement étrangers les uns aux autres.

**IL EST TEMPS QUE LES RELATIONS INTERSERVICES
PRENNENT LEUR SENS, CELUI D'UNE SYNERGIE ET
D'UNE INTÉGRATION ACCRUE ENTRE LES SERVICES.**

en mesure d'avoir réponse aux demandes d'informations assez rapidement dû à la difficulté d'accès à un service, à l'ignorance même de ce service ou encore au « travail en vase clos ». Or, des interventions gagneraient à être plus efficaces, s'il y avait une relation d'échange, de circularité qui se noue entre les protagonistes engagés dans ces interventions. Bien qu'ayant la même mission et des moyens très différents, les services au CJM-IU sont parfois inaccessibles les uns aux autres. Se retrouver dans les rouages et les méandres des services est pour

Certaines personnes établissent souvent des normes d'attitudes et de comportement qui leur sont propres au sein des services et, sans pour autant être mal intentionnées, peuvent retenir l'information par inadvertance, et porter ainsi entorse au continuum de l'intervention. C'est précisément ici que se situe le défi d'élaborer une collaboration interservices et de briser la spirale des services. Pour sortir de cette spirale, il faut maintenir de bons rapports interservices. La meilleure façon pour y parvenir, c'est de simplement permettre l'intégration des expériences dans un ensemble où chacun puisse se reconnaître, autrement dit, renoncer au « travail en silo ».

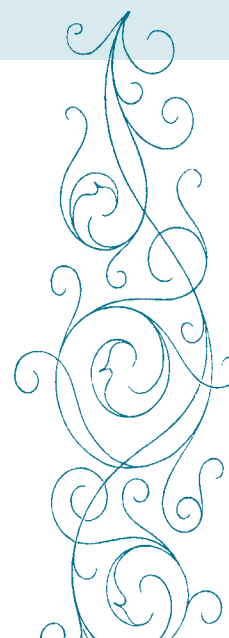


Il est temps que les relations interservices prennent leur sens, celui d'une synergie et d'une intégration accrue entre les services. Nous ne pourrions sortir de la spirale des services, tant que n'a pas été acceptée la référence à un double travail commun à tous les services : la communication entre les services et la réunification des éléments de nos expériences et expertises qui ont été séparés par la force du « travail en vase clos ». La recherche de la communication interservices doit demeurer une tendance forte de notre organisation et se traduire avec la même évidence dans la pratique. Notre organisation, le CJM-IU, a une culture de travail d'équipe établie et, par conséquent, nous devons partager l'attitude de coopération nécessaire au succès.

Conscients de cette spirale des services tissée par le défaut de communication et le « travail en silo », il est opportun que tous, engagés, unis et coordonnés selon un même schéma organisateur, nous parvenions à briser cette spirale.

Cette réflexion se veut une occasion de réaffirmer l'importance de la communication, de l'échange d'informations interservices par opposition au « travail en silo ». Ce faisant, elle apporte une contribution essentielle à la construction d'une nouvelle culture de travail d'équipe au sein de notre organisation. <

Qu'il nous soit permis, dans cet éditorial, de rendre, au nom du comité de la revue *Défi Jeunesse*, un hommage mérité à notre collègue Jean-Luc Secours qui, pendant plusieurs années, n'a ménagé aucun effort pour assurer la qualité et la pérennité de cette revue. Homme de rigueur et de vision, il fut parmi les premiers acteurs à contribuer à la naissance de cette revue. C'est à titre de rédacteur en chef de la revue qu'il a finalement tiré sa révérence. L'ensemble de la communauté clinique du CJM-IU le remercie pour sa noble contribution.



ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET ADOLESCENCE EN CRISE

→ LE CAS DE MLLE B.

Jacinthe Levesque, spécialiste en activités cliniques, DSREA
Dr Gilbert Levet, psychologue superviseur

Il arrive que des adolescents placés fassent une crise soudaine avec des passages à l'acte qui surprennent, interrogent les intervenants et les obligent à des décisions qu'ils n'auraient pas souhaité prendre. Les rencontres d'accompagnement thérapeutique peuvent alors être précieuses pour l'avenir affectif et social de ces jeunes. Le texte qui suit présente une telle crise d'une adolescente, en même temps qu'il suggère l'utilisation du cadre théorique inspiré de la proposition de Daniel Puskas (2009) définie dans un article publié dans *Défi Jeunesse*¹ et dans son dernier livre, *Capteur de rêves*². Daniel Puskas y parle de : « L'écoute du monde intérieur, le travail sur le sens, l'analyse des phénomènes du transfert et contre-transfert » comme outils de travail et « tout en tenant compte des psychopathologies, l'éducateur va observer, révéler et s'appuyer sur des forces et des potentialités pour progressivement, avec le sujet, tenter d'en généraliser les acquis » et encore qu'« il y a des effets thérapeutiques à prendre soin de la relation et de la vie psychique et il y a des conséquences thérapeutiques à tout ce travail éducatif organisé et animé avec le modèle psychoéducatif ».

C'est avec ce cadre théorique que l'éducatrice va assurer l'accompagnement thérapeutique de l'adolescente en crise, guidée par un psychologue superviseur, lui-même

psychanalyste donc parfaitement familier avec l'analyse du transfert et du contre-transfert, le travail sur le sens... L'éducatrice rencontre l'adolescente deux fois par semaine puis, dans la même semaine, rencontre le superviseur à qui elle rend compte du contenu des séances et des sentiments, impressions, sensations, réflexions qui l'ont animée à ces moments-là. Le superviseur aide alors l'éducatrice à faire émerger le sens de ce qui s'est passé pour elle et pour l'adolescente.

CE QUE NOUS NOMMONS ICI ADOLESCENCE EN CRISE N'EST PAS DE CONSIDÉRER LA BANALITÉ DE LA VIE DE L'ADOLESCENCE QUI EST D'ÊTRE SOUVENT EN OPPOSITION, EN RÉBELLION CONTRE L'ADULTE.

Ce que nous nommons ici adolescence en crise n'est pas de considérer la banalité de la vie de l'adolescence qui est d'être souvent en opposition, en rébellion contre l'adulte. Cette opposition lui est nécessaire pour se construire. Ici, nous considérons une véritable crise vécue par une adolescente, c'est-à-dire un accident de parcours, un moment caractéristique, un changement dans un équilibre, fusse l'équilibre oppositionnel de l'adolescence.

PRÉSENTATION DE LA SITUATION

Mlle B. a été placée dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* vers l'âge de 3 ans, la mère n'étant pas en mesure d'assurer ni ses besoins, ni sa sécurité. Cette



mère lui sera, semble-t-il, présentée très tôt comme prostituée, polytoxicomane et mauvaise mère. Vers l'âge de cinq ans, la petite fille, en conséquence de ces propos, va refuser de revoir sa mère durant onze années. Il y a dans ce long refus quelque chose de tout à fait étonnant. On sait bien,

en quelque sorte, quelqu'un qu'elle puisse accuser de tous ses malheurs. Or, elle rencontre une dame brisée, abîmée par des années de prostitution et de consommation importante de drogues et d'alcool; une victime plus qu'un monstre; une dame qui, elle-même, sans doute

une demande d'accès à la table de niveau 2, c'est-à-dire l'interface entre le terrain et la pédopsychiatrie.

C'est à ce moment que l'idée germe entre l'éducatrice de référence de Mlle B. et un psychologue, de faire un suivi de rencontres d'accompa-

dans la clinique de l'enfance, que la mère, quelle qu'elle soit, jouit toujours d'une position privilégiée au regard de l'enfant. Renier la mère, c'est se renier. Toujours est-il que, durant cette période, elle va être hébergée, soit dans des familles d'accueil, soit dans des unités d'hébergement spécialisées, enfin, dans des foyers de groupe. Dans cette itinérance institutionnelle, le climat se détériore assez rapidement et, à chaque fois, elle est déplacée, car la situation devient intolérable pour l'équipe ou la famille d'accueil, le plus souvent pour les mamans d'accueil. L'itinérance institutionnelle est aussi due à des raisons dramatiquement administratives (âge, école...). Les années passent. Aujourd'hui, à l'âge de 16 ans, elle vit dans un foyer de groupe lorsqu'elle décide, à la suite d'un long cheminement, de revoir sa mère, après plus de 11 années de refus.

La rencontre a lieu en présence de la travailleuse sociale. Cette rencontre va être catastrophique et déclenchera chez la jeune fille une crise psychologique grave. En effet, Mlle B. s'attendait à rencontrer une maman telle qu'elle avait eu le temps d'en construire une mentalement, imaginativement, pendant onze années : une maman méchante, tellement dangereuse qu'on a dû lui enlever ses enfants, un monstre

terrorisée par cette rencontre, sans doute craignant les possibles accusations de sa fille ou peut-être envahie de culpabilité, va parler, parler et encore parler pour se justifier, pour promettre un avenir radieux, un arrêt de la consommation et du reste. Mais Mlle B. n'était pas venue pour écouter, ni même entendre sa mère. Mlle B. était venue pour dire quelque chose à sa mère. Et pour lui dire quoi précisément? Pour lui dire la formule qui la résume le mieux à ce moment-là, celle où elle se reconnaît elle-même : « Regarde le mal que tu m'as fait ». Mais Mlle B. quittera la rencontre sans avoir pu dire ce qu'elle avait à dire, sans que sa demande ni son attente n'aient été entendues.

Elle dira par la suite à son éducatrice qu'elle « avait le sentiment d'être à côté de son corps, envahie et en-dessous de l'eau ». Son éducatrice dit : « Et si elle ouvre la bouche, elle se noie ». Destabilisée aussi par l'image de la mère réelle (abîmée) en comparaison de l'image de la mère imaginaire (méchante, mais belle comme les mamans), Mlle B. rentre dans son foyer et explose. Aucune éducatrice ne va pouvoir calmer sa fureur ni sa confusion. Plusieurs solutions vont être envisagées : les urgences de Sainte-Justine ou une unité de stabilisation. C'est la seconde solution qui est préférée avec, peu de temps après,

gnement thérapeutique dans l'esprit de ce que décrit l'ouvrage de Daniel Puskas déjà cité. L'éducatrice est convaincue de l'utilité de ce cadre théorique et veut de l'aide pour affronter Mlle B. avant la catastrophe, c'est-à-dire une énième éjection de Mlle B. vers une énième unité. Nous allons ensemble considérer que la clé de la crise de Mlle B. tient dans cette formule : « Regarde le mal que tu m'as fait », formule non entendue ni écoutée par la mère, pire, formule non énoncée par Mlle B., car la mère l'a noyée de mots. Qu'il y a-t-il de tragique dans cette formule? Mlle B. s'est construite autour de cette idée que sa mère, la toxico, la prostituée, était responsable de son malheur, mais ces vocables étaient attachés à une mère imaginativement méchante et indigne. Or, le drame, c'est que cette formule « Regarde le mal que tu m'as fait » ne peut pas correspondre à la femme que Mlle B. a rencontrée, une femme abîmée par la prostitution, l'alcool, la pauvreté, le désespoir, la drogue, la violence. Cette femme délabrée par la vie ne peut pas être plus accablée qu'elle ne l'est déjà, même par sa fille. On comprend aussi que Mlle B. a toujours été prise dans un conflit de loyauté, car ayant une « mauvaise mère », il lui était interdit de fréquenter de manière satisfaisante toute autre mère de substitution, surtout si elles

étaient de « bonnes mères ». C'est ainsi qu'elle agressait et mettait en échec toute « mère », provoquant ainsi un éternel ballottage d'unité de vie en famille d'accueil et de famille en unité de vie. Avec sa mère, durant la rencontre, elle n'a pas eu l'interlocutrice à qui elle pensait adresser sa plainte et sa demande. Les paroles de Mlle B. seront donc à jamais indicibles et inaudibles, et c'est ce qu'a compris Mlle B., et c'est ce trou qui l'a fait hurler de rage. Ce trou, elle cherche de manière forcenée à le combler. Dans l'unité de stabilisation où elle a été momentanément placée, elle écrit une longue lettre à sa mère où elle ne déploie qu'une chose à longueur de lignes : « Regarde le mal que tu m'as fait ». Elle cherchera à faire lire cette lettre aux éducatrices, mais aucune ne veut entendre cette demande. Elle crie dans un désert humain où on ne lui répond que par des remarques sur ses comportements.

Les rencontres thérapeutiques et les séances de supervision commencent à ce moment-là. C'est la chronologie de ces séances de supervision qui est résumée ici. Y alternent de petits récits de la vie quotidienne de Mlle B. et ses propos ramenés en séance par l'éducatrice, qui permettent de suivre son cheminement, les interventions cliniques de l'éducatrice, et enfin les remarques du superviseur.

SÉANCE 1

Au foyer, à son retour de stabilisation, l'éducatrice organise les deux rencontres hebdomadaires : 30 minutes pour la rencontre d'accompagnement thérapeutique, payée par un dessin que Mlle B. fait de ses mains et apporte, puis on parle de son vécu à l'unité.

Superviseur : C'est Françoise Dolto qui avait institué dans les séances d'analyse avec les enfants et adolescents le

paiement par un dessin ou un objet, par exemple, une feuille d'arbre, un joli caillou que l'enfant choisissait. En effet, la plupart du temps, les enfants sont envoyés en séance sans qu'on leur demande vraiment leur avis. Le paiement par l'enfant a pour but de marquer l'accord de l'enfant. Par ce geste, il montre sa propre demande de thérapie, indépendamment de la demande des parents. C'est un accord entre l'analyste et l'enfant, hors du contrôle des parents.

Mlle B. : « Je veux que tu me parles du foyer, je ne veux pas que tu me parles de ma mère 24 heures sur 24 heures. »

Éducatrice : Elle veut quitter la rencontre. Elle est très agressive dans ses propos et me dit que je suis toujours à lui faire des liens, que je n'ai pas à être psychologue avec elle.

Superviseur : La problématique pour l'éducatrice est double. D'abord, séparer clairement les temps et les discours entre le thérapeutique, seulement dans les rencontres, et l'éducatif, au quotidien. Ensuite, gérer la question posée par Mlle B. concernant la place de la mère pour elle : « Je ne veux pas que tu me parles de ma mère 24 heures sur 24 heures ». De fait, le travail de l'éducatrice n'est pas de lui parler de sa mère mais, au contraire, d'aider Mlle B. à parler de sa mère.

Réflexions de l'éducatrice : J'ai été confrontée rapidement à ma réalité d'éducatrice en vécu partagé et d'éducatrice en relation thérapeutique. Cette adolescente m'a fait clairement voir que je ne devais pas mélanger les deux, car le tout provoquait d'énormes crises. Mais le vécu partagé est l'essence de mon intervention, les liens sur le « plancher », c'est ma principale force. Un gros déséquilibre s'installe, je dois arriver à faire la

différence entre la relation thérapeutique et le partage du quotidien. Je ne dois pas prendre une éternité à me réajuster et à comprendre mon rôle, car j'ai une adolescente qui est le baromètre de mes émotions et qui me les retourne de façon claire, directe, et me met face à mon propre déséquilibre. Avec la supervision, j'arrive à reconnaître les zones à préserver en rencontre d'accompagnement, à identifier ce qui est confidentiel et appartient à la rencontre et ce qui est du vécu partagé. Cela me demande une grande ouverture à accepter le changement, à accepter de regarder mon propre vécu, à mettre des mots sur le contre-transfert que je vis.

SÉANCE 2

Mlle B. arrive sans le dessin (paiement). L'éducatrice reformule cet élément du cadre de la rencontre d'accompagnement thérapeutique. Mlle B. s'engage à le faire après la rencontre. Mlle B. passe ensuite sur la nécessité que sa mère doive signer ses autorisations. Cette nécessité légale lui apparaît soudain comme une présence permanente de la mère, présence qu'elle avait occultée. Puis, elle refuse à nouveau de parler de sa mère et de reconnaître l'éducatrice comme thérapeute.

Superviseur : les deux éléments « parler de la mère » et « rencontre thérapeutique » sont une seule et même chose, c'est pour cela qu'elle refuse les deux, d'un coup.

Mlle B. : « T'es pas une psy, t'es une éduc. »

Éducatrice : « C'est quoi, une éducatrice ? »

Mlle B. : « C'est comme une mère. »

Éducatrice : « C'est quoi, une mère ? »

Mlle B. reste silencieuse puis, à nouveau : « Je ne veux pas que tu me parles de ma mère. »

Éducatrice : dans cette boucle, l'éducatrice se sent impuissante.

La réponse vient au dîner. Mlle B. clame devant tout le monde que son éducatrice n'est pas une vraie mère.

« Pourquoi ? », demande l'éducatrice.

Mlle B. : « Je ne te vois pas mère, car tu n'iaises avec tes enfants. »

Superviseur : Il est important pour Mlle B. de se raccrocher à l'image de la mauvaise mère. C'est à elle que l'on peut dire : « Regarde le mal que tu m'as fait ». En effet, sa structuration psychique est nouée à l'image de la mauvaise mère. C'est pour avoir touché à cette image en voyant la mère réelle si différente, si pathétique, que Mlle B. s'est effondrée. De même, Mlle B. a toujours entretenu des rapports agressifs et répulsifs avec « les mères ». Néanmoins, depuis la crise et le début du travail thérapeutique, elle a repensé à sa dernière mère de famille d'accueil, une dame, semble-t-il, assez rigide dans ses exigences. Est-ce cela une mère? Puis, à l'éducatrice, mère qui niaise avec ses enfants : est-ce cela une mère?

On note ici une des particularités du travail thérapeutique avec l'éducatrice, ce que Daniel Puskas nomme le **vécu partagé**, c'est-à-dire que, contrairement à une relation thérapeutique classique avec un psy dont on ne connaît rien, sauf si celui-ci se met à bavarder à tort et à travers, ici le client partage beaucoup du vécu de son éducatrice dans la vie quotidienne. Cependant, ce vécu est utilisé différemment, en particulier dans les rencontres.

Par ailleurs, Mlle B. a peur de perdre à nouveau le contrôle et de se retrouver

en stabilisation, un peu à l'image de la mère qui rechute toujours dans la consommation. Elle craint que de parler de la mère en rencontre augmente pour elle le risque de se désorganiser à nouveau. Le travail de l'éducatrice est de lui montrer qu'au contraire, c'est de parler de sa mère réelle qui la réorganise.

SÉANCE 3

C'est Mlle B. qui vient demander elle-même sa rencontre. L'éducatrice, qui est, à ce moment-là, dans un contre-transfert négatif fort, ne veut pas la voir; Mlle B. n'a pas beaucoup respecté les règles de vie du foyer. Elle a beaucoup agressé les gens et tous les éducateurs se retournent contre l'éducatrice sur le mode : « Ta fille de rencontre a fait ceci », « Ta fille de rencontre a fait cela ». L'éducatrice réagit comme une mère. Mlle B. essaie de renouer le contact en venant parler de ses bobos. La rencontre a alors lieu dans une autre salle que la salle de rencontre d'accompagnement thérapeutique. L'éducatrice lui réclame son dessin et Mlle B. lui lance alors : « Quoi, on était en rencontre ? ».

Superviseur : Ce qui montre que le client est toujours plus attentif, plus sensible au cadre que ne le pense le thérapeute.

Réflexions de l'éducatrice : Je réalise que le maintien du cadre est essentiel et aide Mlle B. à s'installer dans une relation thérapeutique. Malgré les revendications, les colères de l'adolescente, je dois maintenir les balises solidement pour arriver à la sécuriser, à favoriser sa confiance et lui permettre de vivre et de mettre des mots sur son monde intérieur. Cela me demande une bonne sécurité personnelle, car Mlle B. est toujours à ébranler le cadre, à ébranler mon rôle : « Arrête de faire ton

psychologue », à me rendre ambivalente : « Tu vas toi aussi me laisser tomber comme le raconte mon histoire », à me faire jouer des rôles que je n'ai pas nécessairement choisis. Plus je règle mes propres conflits intérieurs, plus elle va bien. Les rencontres d'accompagnement thérapeutique me demandent un investissement de moi, investissement de temps, investissement d'un cadre.

SÉANCE 4

Mlle B. : « Pourquoi veux-tu que je parle de ma mère? Ça fait trop mal. J'ai réussi à refouler mes émotions, quand je pense à elle, je suis déçue à cause d'elle. Quand je pense à elle qui n'a pas de vie normale, j'ai peur moi aussi de pas avoir de vie normale, de rechuter. Moi, je suis capable, mais pas elle. »

Superviseur : On voit dans cette phrase la bascule dans la pensée de Mlle B. : la mère méchante devient une victime de la vie.

Mlle B. : « De toute façon, je fais toujours pareil : quand je suis prête à aller bien, je gâche tout, toutes mes bonnes choses finissent mal. Le mal est déjà fait, je n'ai pas le droit d'être heureuse, ça ne marche pas comme ça. Je suis faite de même. »

Superviseur : Seconde étape de Mlle B. : elle s'identifie à sa mère en associant son destin tragique au sien.

Mlle B. : « Tu sais, je ne me rappelle plus rien de mon passé, mais mon intervenante m'a raconté ce qui est arrivé (la prostitution maternelle, la drogue..., puis le placement). »

Superviseur : À nouveau la bascule : dans la phrase ci-dessus, il est question de la mère imaginaire. Imaginaire puisque « imaginée » à partir des récits des intervenants. Puis, dans la phrase

qui suit, la recherche dans sa mémoire d'éléments refoulés qui vont l'aider à reconstruire la mère réelle.

Mlle B. : « J'ai juste dans ma tête des événements heureux avec ma mère et ma petite sœur qui ne marchait pas encore, mais je n'ai pas le droit, et ce n'est pas normal d'avoir des moments heureux dans ma tête avec ma mère. »

Éducatrice : « Pourquoi ? »

Mlle B. : « Ben, parce qu'elle est folle »... puis, après un long silence : « J'ai mal à mon ego, je me frustre contre tout. La rechute me ramène à la déception, je me sens dégoûtée, ce n'est pas un modèle pour moi, elle (en fait, Mlle B. ne dit jamais « ma mère » mais emploie, soit son prénom, soit « elle »). Jamais je vais l'appeler ma mère, ce n'est pas ça une mère. Je me suis dit un jour que c'est pas un modèle et depuis ce temps, c'est fini. »

Superviseur : « Ce n'est pas ça un modèle : on voit maintenant apparaître clairement la différence entre la mère imaginaire (le modèle) et la mère réelle (ça).

Superviseur : Avec l'éducatrice, nous avons déterminé une feuille de route pour les rencontres d'accompagnement thérapeutiques, avec des objectifs :

1) Dissocier la mère réelle (la mère en difficulté) de la mère imaginaire (la méchante mère);

2) cette mère réelle fait partie de sa vie, c'est son « karma »;

3) Mlle B. est malgré tout en dette avec cette mère qui lui a donné la vie (c'est une dette symbolique);

4) éviter la pitié à l'égard de cette mère, car ce n'est qu'un maquillage de la haine.

L'éducatrice met ces objectifs au travail. Elle cherche maintenant à faire entendre à Mlle B. qu'elle doit la vie à cette mère et qu'elle a, à ce titre, une dette à son égard : « Mais elle t'a mise au monde? ».

Mlle B. : « Oui et elle ne mérite rien, elle n'est pas ma mère, elle serait mieux morte, elle a gâché sa vie, elle ne gâchera pas la mienne. »

Mlle B. enchaîne sur sa vie avec les autres mères : « Quand j'étais en famille d'accueil, je me sentais comme vide, je n'étais pas normale, je n'avais pas de mère, moi, comme les autres. Chez la famille d'accueil X, je souffrais, je voulais avoir une mère à moi et elle ne m'aimait pas. »

Superviseur : Notez la confusion des mères : « Elle ne m'aimait pas » désigne autant la mère de Mlle B. que la mère d'accueil. De plus, Mlle B. avait transféré sur Mme X., mère d'accueil, toute la colère qu'elle avait contre sa propre mère et « les mères », et il semble bien que les attaques répétées contre Mme X. aient entraîné un rejet total, chez celle-ci, de Mlle B., encore aujourd'hui.

Éducatrice : « Est ce que tu avais encore ta mère en tête ? »

Mlle B. : « Oui et j'avais de beaux souvenirs de ma mère (elle donne quelques exemples). Je sais qu'elle était souriante, toujours contente de me voir, ses yeux étaient comme une lumière, à me voir, et elle me protégeait beaucoup. »

Superviseur : On note à nouveau la contradiction entre les beaux souvenirs de Mlle B. à propos de sa mère et les « images » de sa mère, telles que racontées par les intervenantes. Quelles sont les « vraies » images? Prenons la question à l'envers : du point de vue psychopathologique, la structuration psychique de Mlle B., telle que compréhensible d'après la

réunion dans son unité, la table de 2ème niveau, les propos des intervenants de l'unité de stabilisation et enfin, les propos de l'éducatrice, semblait indiquer une personnalité relativement peu perturbée sur le fond. Ainsi, les hypothèses de borderline ou de personnalité narcissique sont assez peu crédibles. De cela, on peut penser, qu'effectivement, les premières années de vie relationnelle de Mlle B. ne se sont pas si mal passées que cela. Certes, les conditions sociales et morales étaient très discutables, mais les conditions de l'attachement ont probablement été relativement satisfaisantes.

SÉANCE 5

Mlle B. arrive en retard, sans son dessin-paiement, et refuse de parler de sa mère sous prétexte que tout a été dit. L'éducatrice lui demande d'abord d'aller faire le dessin et redéfinit le cadre, c'est-à-dire un temps pour sa problématique personnelle et un temps pour le vécu au foyer.

Mlle B. : « Je ne veux plus retourner vivre près de la dernière mère d'accueil, j'aimerais plutôt vivre à Montréal près de ma famille. »

Superviseur : Cette phrase est intéressante. Il faut probablement l'entendre, non pas comme un rejet de plus de la mère, mais plutôt comme le signe que son problème n'est plus « la mère », mais sa vie à venir; la suite le confirme.

Mlle B. : « J'ai peur de ne pas y arriver. »

Éducatrice : « Pas arriver à quoi? »

Superviseur : L'éducatrice joue parfaitement le rôle de thérapeute. Elle ouvre la question plutôt que de faire du colmatage du genre : « Mais oui, tu vas y arriver », qui ne fait qu'éviter la question.

Mlle B. : « À être autonome. C'est juste que je n'ai jamais eu de l'argent à moi et que je ne suis pas capable de le gérer quand j'en ai un peu. J'ai plein de besoins et je suis obligée de m'occuper de mes affaires toute seule. J'ai peur de ne pas avoir assez d'argent. De toute façon, personne ne veut m'engager, personne n'a confiance en moi, je ne suis pas assez disponible. »

Éducatrice : Ma crainte dans ce discours c'est que Mlle B. soit attirée par la prostitution, soit du fait du désir d'argent, soit par identification à la mère c'est-à-dire une tentative pour la comprendre.

Superviseur : Cette partie est intéressante car elle permet de saisir comment tout thérapeute est lui-même pris dans des clichés sociaux. En effet, rien, dans le discours de Mlle B. ne permet de parler de prostitution. C'est l'éducatrice qui connaît des éléments de l'histoire familiale et qui projette cette notion de prostitution sur Mlle B., qui l'étiquette un peu en quelque sorte, de la même manière que certains thérapeutes étiquettent d'un diagnostic leur patient et en sont ensuite prisonniers, thérapeute et patient.

Mlle B. : « J'ai fait le rêve qu'une amie était enceinte et qu'elle gardait le bébé. »

Superviseur : Ce rêve désigne la mère de Mlle B. comme l'amie, et Mlle B. elle-même comme le bébé. Elle réalise ainsi un des objectifs de la thérapie, à savoir reconnaître la dette de vie et la dette symbolique qu'elle a envers sa mère, ce qu'a entendu l'éducatrice.

Éducatrice : « Est-ce que tu crois que ton amie peut s'occuper d'un bébé, est-ce que tu crois que tout le monde peut s'occuper d'un bébé, car la semaine dernière, tu disais que ta mère aurait dû se faire avorter? »

Mlle B. : « Ce n'est pas du tout la même chose, ce n'est pas la même vie. Moi je suis certaine que je vais être capable de prendre soin d'un bébé. Pas tout de suite, car quand je vais quitter l'unité, je vais faire ma vie, sortir, *cluber*, voir mes amis. »

SÉANCE 6

La rencontre est calme. Elle parle d'elle-même plus volontiers, déclare d'emblée qu'elle ne veut pas parler de sa mère, ni de sa mère d'accueil. Néanmoins, elle ne parle que de cela, en particulier, à propos de sa mère et à la suite d'une question de l'éducatrice sur l'alcool.

Mlle B. : « Pour moi l'alcool, ça ne change rien. C'est juste que c'est légal et plus acceptable. Pour moi, ça ne change rien. La drogue, ce n'est pas légal. De plus, je ne consommerai jamais, car j'ai une mère *full* droguée. »

Éducatrice : « Explique-moi, je ne comprends pas la différence. »

Mlle B. : « La drogue, je l'ai à l'intérieur de moi, car ma mère était une droguée et elle a consommé enceinte de moi, je risque davantage d'être dépendante. »

Éducatrice : « Qu'est-ce qui fait qu'on devient dépendant? »

Mlle B. : « C'est quand on a plus de bonheur dans la vie, moi j'ai plein de bonheur, j'ai des amis, une famille, l'unité. »

Superviseur : On observe un glissement dans la définition de la mère : elle n'est plus la mère externe et mauvaise (« Regarde le mal que tu m'as fait ») mais une mère internalisée (la drogue = la mère, je l'ai en moi).

Mlle B. rajoute : « Pis, je ne sais pas c'est quoi, avoir une mère, je n'en ai jamais eu; quoi que je fasse, elle (la mère d'accueil décrite comme rigide et critique) va toujours me mettre des limites ».

Éducatrice : « Pourquoi la mère d'accueil fait ça? »

Mlle B. : « Elle ne me fait pas confiance, elle est inquiète, elle capote pour rien, je peux être en danger... Je perds mon lien avec la mère d'accueil, elle ne me fait plus confiance, je ne sais pas ce que je gagne. La mère



d'accueil m'empêche de respirer, je veux vivre mes erreurs, au lieu de m'empêcher. »

Superviseur : Toute l'ambiguïté à l'égard de la mère se retrouve ici. Elle reconnaît que la « bonne mère » doit se soucier de la sécurité de sa fille. Elle identifie la caractéristique du lien qu'elle a entretenu avec les mères : la confiance ou le manque de confiance. Et conclut par un discours que peut tenir n'importe quelle adolescente à propos des parents (je veux vivre mes erreurs...).

SÉANCE 7

(dernière séance avant les vacances de l'éducatrice)

Dans cette rencontre, l'éducatrice est inquiète et Mlle B., peut-être aussi. Elle culpabilise « d'abandonner » Mlle B. et Mlle B. revit l'abandon. Il reste aussi l'interrogation sur l'attitude de l'équipe durant les vacances. Enfin, l'éducatrice espérait la présence de la mère d'accueil durant son absence; or, celle-ci va elle-même « abandonner » Mlle B.

Superviseur : Autrement dit, l'éducatrice, dans le contre-transfert, agit, pense et culpabilise en bonne mère. Mlle B., elle, comme souvent les clients en thérapie dans ces moments-là, prend une position défensive et demande à l'éducatrice de lui poser des questions. Celle-ci y va franchement :

Éducatrice : « Alors dis-moi, pour toi, c'est quoi une bonne mère? »

Mlle B. : « Je ne sais plus. »

Superviseur : Notez ce : « Je ne sais plus ». Avant, elle « savait » ce qu'était une mauvaise mère et une bonne mère imaginaire. Le travail accompli fait que les schémas, les imagos sont en cours

de modifications. C'est un signe très encourageant de la bonne marche de la thérapie. On retrouve une partie de la réalisation des objectifs 1,2 et 4 de la thérapie.

Mlle B. : « Avant la dernière chicane avec ma mère d'accueil, je pouvais dire : quelqu'un qui me contrôle, mais pas trop, quelqu'un avec qui j'ai un bon lien, quelqu'un à qui je dis tout, quelqu'un qui me conseille. Mais depuis cette chicane, je ne sais plus. Parce que, quand je suis en chicane, elle n'existe plus. Je sais que, quand tu as une bonne mère, elle cadre, mais moi je fais tout plein de choses pour la décevoir, pour briser sa confiance, je suis faite comme ça et je ne peux pas changer ça. »

Superviseur : Maintenant, les attaques contre la mère sont dites sous l'angle de la culpabilité (« Mais je fais tout plein de choses pour la décevoir, pour briser sa confiance »). C'est un des grands problèmes à résoudre avec les enfants abusés ou abandonnés ou... c'est que, in fine, le vrai responsable, c'est eux, à leurs propres yeux. On pourrait considérer que, dans cette dernière partie, Mlle B. régresse, annule une partie du travail thérapeutique. Pas du tout, il s'agit pour elle de dire à son éducatrice : « Reste, ne pars plus en vacances, tu vois, je ne vais pas encore suffisamment bien ».

Éducatrice : « Et avec ta vraie mère, quel lien fais-tu? »

Mlle B. : « Je ne veux plus la voir, elle n'est pas normale, il lui manque une coche dans le cerveau, ce n'est pas une bonne mère. Ça me frustre là, je suis toute mélangée, je ne sais plus c'est quoi, la mère idéale. »

Éducatrice : « Comment vois-tu ta mère d'accueil? »

Mlle B. : « Elle est contrôlante, belle, prend soin d'elle, organisée. Ma vraie

mère, je suis fâchée, elle n'a pas fait son rôle, elle a pensé juste à elle. Ma mère d'accueil pense pas juste à elle. »

Éducatrice : « Si tu étais une mère, tu ferais quoi ou dirais quoi à ta fille de 16 ans? »

Mlle B. : « Eh ben, je la laisserais faire tout ce qu'elle veut (avec un grand sourire). Non, je serais en tabarnac et je me dirais : " Elle m'a laissé une chance (elle inverse les rôles et redevient ado) et je l'ai mal utilisée ". Moi, si j'étais sa mère, je l'empêcherais de vivre. En fait, ça n'existe pas, une mère idéale, car si elle existait, elle m'accepterait comme je suis. »

Superviseur : Elle est à nouveau le mauvais objet. La problématique de Mlle B. s'est modifiée. Elle change d'accusée. Auparavant, c'était la mère (« Regarde... ») maintenant, une sorte de pardon s'installe et, en conséquence, l'accusée, c'est elle.

SÉANCE 8

(juste après le retour de vacances de l'éducatrice)

Mlle B. est agressive à l'égard de l'éducatrice et fait une longue liste de réclamations présentées comme des agressions de l'extérieur, des agressions des éducateurs... En plus de l'absence de l'éducatrice, la travailleuse sociale et la mère d'accueil sont aussi parties en vacances. Moi aussi, j'ai l'impression que la mère d'accueil l'a abandonnée. L'analyse de Mlle B. est celle d'un abandon généralisé. Malgré tout cela, elle a commencé à travailler à l'extérieur, cela se passe très bien et elle en est très contente. Cependant, le foyer continue à avoir les mêmes exigences à son égard, comme si elle ne travaillait pas.

Mlle B. est la seule jeune fille du foyer à travailler à l'extérieur. La réaction de Mlle B. devant la difficulté du foyer à s'adapter, tant à son travail à l'extérieur qu'à la pacification de sa personnalité, est vive, mais contenue. Aucune crise. Elle tient le coup.

SÉANCE 9

Mlle B. : « Je n'ai plus envie de parler de ma mère. Ah, oui!, elle m'a écrit sur Facebook : " Ne lâche pas, ma grande, même si la vie n'est pas toujours facile, je serai toujours là pour toi ". Elle est folle si elle pense qu'elle va gâcher ma vie comme ça!... Ça, il est trop tard, je ne veux plus en parler, de ma mère. J'en ai parlé dimanche avec ma tante E. et c'est assez. »

Éducatrice : « Ce n'est pas la première fois que tu dis " ma mère ", d'habitude, tu nommes son prénom. »

Mlle B. : « Tu te trompes complètement, je parle toujours de ma mère ainsi. »

Éducatrice : « Si tu me parlais de ce que tu peux discuter avec ta tante. »

Mlle B. : « Ce n'est pas de tes affaires, arrête de faire ta psychologue avec moi, tu ne m'obligeras pas à en parler. Ma tante et moi, on parle de quand j'étais petite, de ma mère et de... (le compagnon de la mère à l'époque de sa naissance). On parle de bons moments, par exemple, Noël. »

Superviseur : On voit que l'attitude de Mlle B. à l'égard de la mère se modifie. Elle peut, maintenant, l'appeler « ma mère », elle peut parler de bons moments passés avec elle lorsqu'elle était petite. Autrement dit, Mlle B. est en train de réparer l'image maternelle en reconnaissant les bons moments et, ce faisant, la mauvaise mère imaginaire s'estompe, se dissout comme du brouillard le matin.

SÉANCE 10

Dans cette séance importante, Mlle B., spontanément, avoue à l'éducatrice un certain nombre de ses comportements qui sont répréhensibles. Elle marque ainsi la grande confiance qui s'est instaurée entre l'éducatrice et elle-même. Dans la relation transférentielle, cela signifie aussi qu'elle commence à faire confiance à la mère.

SÉANCE 11

Éducatrice : Elle est frustrée car sa sœur lui a dit hier qu'elle avait consommé du speed.

Mlle B. : « Si elle refait ça et qu'elle devient accro, je te jure que je vais l'amener de force en désintox. Elle est conne. Tout ça, c'est à cause de ma mère. Je vais le dire à ma mère, elle, elle pense que tout est beau, elle va savoir ce qu'elle fait à ma sœur. »

Superviseur : L'inquiétude à l'égard de la consommation de sa sœur fait resurgir la mauvaise mère, celle de « Regarde le mal que tu me fais ». Cependant, la mère est aussitôt innocentée : « Elle, elle pense que tout est beau ».

Éducatrice : Elle refait la demande de faire une vidéo qui reprendrait les idées listées dans la lettre qu'elle avait écrite et déchirée et ré-écrite.

Superviseur : ... Et que personne n'avait voulu lire pour protéger son propre confort, à part l'éducatrice, après le retour à l'unité et le début des rencontres thérapeutiques.

Mlle B. : « Avant je pensais que ça me gênerait, mais là, c'est pas pareil. »

Superviseur : Cette déclaration montre que la place de la fille comme celle de la mère dans l'esprit de la fille, ont changé.

SÉANCE 12

Mlle B. : « Je veux te parler de la lettre de ma mère, ça ne me tente plus de le faire. J'ai passé à autre chose. J'ai écrit ce que j'avais accumulé, je voulais qu'elle se rende compte de ce qu'elle a fait. Je veux qu'elle voie la vidéo; comme ça, elle ne pourra pas faire autre chose que de m'écouter. »

Éducatrice : « Quelle garantie as-tu qu'elle la verra? »

Mlle B. : « Ben, la TS va l'obliger à la regarder. Ma mère a toujours dit aux intervenants sociaux qu'elle ne les croyait pas quand ils lui parlaient de moi, petite. Là, elle n'aura pas le choix de la croire. Pis, en plus, elle a besoin de soutien, elle va être trop émotive. »

Superviseur : Deux éléments importants dans ce discours. Tout d'abord, on apprend que même la « surdité » de la mère a été évoquée, voire construite par les intervenantes. Autrement dit, Mlle B., lorsqu'elle est venue à la rencontre avec la mère, « savait » déjà que sa mère ne l'écouterait pas. Elle en a simplement eu la confirmation. Dans l'esprit de la petite Mlle B., la mère imaginaire était donc doublement méchante parce que méchante et sourde à la douleur de sa fille. Le second aspect est donné dans la dernière phrase : « Elle a besoin de soutien, elle va être trop émotive », qui marque le chemin parcouru par Mlle B. Certes, elle veut tout lui dire mais, aujourd'hui, sans lui faire mal, c'est-à-dire que l'autre existe maintenant comme personne réelle, sensible et aimée.

Mlle B. : « Penses-tu qu'on peut changer les choses et ne pas faire comme ma mère ? »

Éducatrice : « Oui, je crois qu'à partir du moment où tu te questionnes, tu changes déjà les choses. »

Mlle B. : « C'est la faute à X; si X ne m'avait pas tout conté en détail ce que ma mère m'a fait... »

Superviseur : Cette parole est très importante. En effet, elle est en train d'extérioriser, d'extirper d'elle-même la formule : « Regarde ce que tu m'as fait », et de la rendre à X, qui lui avait raconté des choses laides à propos de sa mère. En quelque sorte, elle rend à César ce qui est à César.

SÉANCE 13

L'éducatrice propose à Mlle B. de rencontrer la tante E., car elle voit cette tante comme un témoin des événements à sa naissance : « Je suis certaine qu'il y a eu des moments positifs et que tu as possiblement le droit d'entendre que tout n'est pas mauvais ». Mlle B. se met à pleurer et à pleurer. Elle est incapable de mettre des mots, mais pleure.

Superviseur : L'éducatrice permet encore une fois à Mlle B. de se décaler par rapport à une enfance imaginaire, fruit de ce qu'elle a construit sur la base de ce qu'elle a retenu de ce qu'on lui a raconté. Le résultat est qu'une autre histoire de son enfance est possible, et donc une autre vision de sa mère et d'elle-même.

Mlle B. regrette le décès de K. qui était présent avec sa mère dans les premières années et qui aurait pu lui raconter son enfance, en témoin. Elle a une autre sœur qu'elle aimerait rencontrer, mais l'institution s'y oppose.

Superviseur : Cette opposition de l'institution est le signe de la lutte inconsciente que les « bonnes mères » font aux « mauvaises mères ».

Superviseur : À ce point de l'évolution de Mlle B., on peut noter l'absence

totale de présence paternelle pour elle. La suggestion qui est faite, c'est que l'un des éducateurs de l'unité s'adresse dorénavant à Mlle B. comme un « bon père de famille » le ferait, par exemple, en donnant son avis sur certaines questions. Un éducateur qui, de plus, a une certaine position hiérarchique, va accepter cette proposition. D'ailleurs, quelque temps plus tard, il offre à Mlle B. des vêtements que ses propres filles ne portent plus, ce qui va réjouir Mlle B.

SÉANCE 14

Simplement des histoires d'ado rapportées à une « mère » autour de l'organisation de la fête de Mlle B.

L'éducatrice va réaliser qu'à partir de là, Mlle B. n'apporte plus le dessin en paiement, qu'elle-même ne le demande plus, qu'on ne parle plus de la mère, que le rythme des rencontres va se ralentir.

Réflexions de l'éducatrice : Le danger ici est de laisser tomber le cadre. Quand tout va bien, on devient plus « lousse ». C'est cette tendance à n'intervenir que sur le comportement. Je n'ai pas maintenu la stabilité du cadre, du moins, j'aurais dû le nommer et refaire une entente avec Mlle B. Ça fait possiblement mon affaire (inconsciemment) car c'est un travail intense qui demande beaucoup d'énergie.

SÉANCE 15

Suite des discussions à propos de la fête à venir de Mlle B. : elle rappelle que ce sera la dernière fête qu'elle passera dans l'institution. Autrement dit, à l'occasion de cette fête, d'une certaine manière, elle va enterrer sa vie de jeune fille dans l'institution.

SÉANCE 16

L'éducatrice est inquiète de ce qui lui semble être une désorganisation de Mlle B. pour la préparation de sa fête. L'éducatrice change d'opinion sur un point : après avoir accepté et fait les démarches nécessaires pour que la sœur de Mlle B. soit invitée à la fête et reste à coucher, elle interdit maintenant cette invitation. Elle pense que Mlle B. annule par sa propre désorganisation les bénéfices de sa fête.

Superviseur : C'est un mode de fonctionnement « classique » : ne pas s'autoriser le bonheur... surtout avec le fantasme d'avoir eu une mauvaise mère. Et l'éducatrice s'aperçoit qu'elle-même est prise dans ce mouvement d'annulation, mais une partie d'elle-même résiste à ce mouvement d'annulation car l'éducatrice, « par hasard », « oublie » de prévenir la sœur, qui arrive comme convenu le jour de la fête. Un autre aspect de l'attitude de l'éducatrice est qu'elle-même est peinée par l'idée du départ, programmé dans l'année, de Mlle B. En effet, Mlle B. va bien mieux. L'éducatrice sent venir la fin de sa mission, mais aussi la fin d'une belle aventure. Cela me rappelle ce que m'avait dit mon analyste lorsque je lui avais posé la question, après des années de psychanalyse : « Comment se termine une analyse? ». Et il m'avait répondu : « Comme une histoire d'amour qui se finit bien ». Et c'est ce qui se passe ici.

En ce qui concerne le travail de l'éducatrice, ses réflexions, consignées tout au long du texte, permettent de prendre la mesure de la nécessité constante de garder un cadre clair, que les choses aillent bien ou mal. En second lieu, du point de vue contre-transférentiel, Mlle B. vient sans cesse solliciter l'éducatrice comme une bonne mère ou une mauvaise mère. Par exemple, « Regarde le mal que tu m'as fait » s'adresse à toutes les mères, y compris l'éducatrice. Et

c'est à la personne qui effectue les rencontres d'accompagnement thérapeutique de savoir reconnaître ces aspects transférentiels chez le « client », ainsi que les aspects contre-transférentiels chez elle.

Pour l'éducatrice, le plus difficile a été de gérer toute l'ambivalence qui s'installe dans le lien affectif : une Mlle B. qui projette toutes ses réactions affectives, ses colères, ses angoisses, son agressivité; les rôles, tantôt de mauvaise mère, tantôt de bonne mère, tantôt de psy, tantôt d'éducatrice. Il est simple de dire que, dans la relation affective, l'ambivalence est un incontournable, mais qui accepterait de vivre avec : « Regarde le mal que tu m'as fait » ?

C'est par l'espace clinique des supervisions que l'intervenant arrive à faire sens, à identifier ses propres peurs, ses propres réactions inconscientes (ou même conscientes) pour mieux gérer ses attitudes et réactions émotionnelles. La supervision, c'est apprendre, reconnaître, accepter de jouer un rôle. Plus l'intervenant arrive à faire sens, plus Mlle B. arrive à mieux se gérer.

Pour revenir sur l'aspect de la crise, c'est-à-dire du moment catastrophique, on peut penser que le travail effectué avec l'éducatrice a permis à Mlle B. d'éviter de sombrer dans des schèmes de pensée pathologiques, des patterns comportementaux inadéquats qui lui auraient porté un grave préjudice, non seulement dans l'institution, mais tout au long de sa vie. Mais il faut bien reconnaître que Mlle B. est redevenue une adolescente classique, c'est-à-dire souvent rebelle, souvent dans l'opposition à l'adulte. Mais cela ne dure qu'un temps... <



Notes bibliographiques

- 1 Puskas D., (2008). « Espace clinique : la place de la psychothérapie et de la rencontre d'accompagnement clinique en centre jeunesse », *Défi jeunesse*, vol. XIV, no 2, 4-11.
- 2 Puskas D., (2009). *Capteurs de rêves, Rencontre d'accompagnement clinique psychoéducative*, Montréal, Éditions Béliveau.



LE DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

ET LES SERVICES DE RÉADAPTATION AVEC HÉBERGEMENT OFFERTS AUX ADOLESCENTS : SUITE, DISTINCTIONS ET PRÉCISIONS

PARMI LES ADOLESCENTS QUI REÇOIVENT DES SERVICES DE RÉADAPTATION AVEC HÉBERGEMENT, CERTAINS SONT EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ. NOUS AVONS TRAITÉ DE CE SUJET DANS UN ARTICLE DE LA PRÉSENTE REVUE, PARU EN MARS 2007.

Alain Dumas, agent de planification, de programmation et de recherche, DSPAU



Nous avons démontré, croyons-nous, que les services offerts sur les sites de réadaptation du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) peuvent contribuer de façon concrète à prévenir la consolidation du trouble de personnalité en émergence. Cette orientation s'inscrit très bien dans l'esprit du plan d'action de l'établissement, qui comporte un volet important concernant les problèmes de santé mentale de la clientèle.

Dans le même esprit, l'hôpital psychiatrique Douglas de Montréal a développé en 2003 un programme de services externes « pour les adolescents à risque de développer un trouble de la personnalité ». Cette façon de nommer le programme indique que les autorités de cet hôpital considèrent, comme nous, qu'il est possible de changer le cours des choses chez ceux qui présentent des caractéristiques permettant de croire à l'émergence d'un tel trouble.

Dans la littérature et dans la pratique, un trouble de la personnalité se démarque de tous les autres par sa prévalence : c'est le trouble de personnalité limite, aussi appelé **borderline**. De plus, comme ses manifestations ont un impact souvent percutant sur l'adaptation de la personne atteinte et sur son entourage, ce trouble est devenu objet de beaucoup d'attention.

Un autre facteur a contribué à donner aux yeux de plusieurs au trouble de personnalité limite une place toute spéciale dans le registre des troubles de la

personnalité. C'est la similitude de son vocable avec la notion d'**état-limite** qui, elle, est pourtant commune à tous les troubles de la personnalité.

CADRE THÉORIQUE

L'état-limite est une notion psychodynamique d'organisation pathologique de la personnalité, soit celle qui sert d'assise au développement d'un trouble de la personnalité.

En langage psychodynamique, la personnalité de type état-limite se distingue nettement de la structure de personnalité dite névrotique et de celle dite psychotique. La personnalité de type état-limite est une entité pathologique propre et spécifique et elle est définie comme étant à la base du développement d'un trouble de la personnalité. À partir de cette prémisse, il y a lieu de préciser quel est le facteur qui, dans cette entité spécifique, enclenche un trouble aussi important et percutant.

Notre revue de la littérature d'orientation psychodynamique indique clairement que ce facteur est celui d'une perturbation majeure de la relation objectale, c.-à-d. de la capacité d'entrer en relation avec autrui sur un mode normal, un mode qui ne soit pas pathologique. C'est donc sur le plan relationnel que la personne est d'abord atteinte de façon déterminante. Cette atteinte relationnelle engendre ensuite une atteinte plus globale, qui

touche l'individu dans toutes ses dimensions et plusieurs des sphères de sa vie.

Il est difficile de distinguer les traits de personnalité qui sont indices d'un trouble de personnalité en émergence de ceux qui ne le sont pas. C'est pourquoi on ne peut s'en tenir seulement aux comportements observables pour faire cette distinction. En effet, il importe de chercher à savoir avec autant de précision possible dans quel contexte le jeune a grandi, surtout quelle sorte de liens se sont établis entre lui et les figures parentales qui ont gravité autour de lui, au début puis au cours de son développement.

Ce sont ces informations qui doivent être analysées et interprétées pour définir quelle est l'importance de l'atteinte au développement. L'intensité, la précocité et la durée des facteurs adverses sont les dimensions déterminantes permettant d'évaluer l'importance de cette atteinte et la probabilité de l'émergence d'un trouble de personnalité. Ces facteurs adverses concernent toujours les expériences relationnelles. Ils peuvent être aussi liés à l'instabilité du cadre de vie.

Enfin, c'est en fonction de cette analyse que l'on définira la signification des traits de personnalité observables, à savoir s'ils sont indicateurs d'un trouble de la personnalité en émergence. Il est à prévoir que le travail à faire soit plus exigeant et plus long, si tel est le cas.

LA CLIENTÈLE ADOLESCENTE

Dans le cadre de l'intervention applicable à la clientèle adolescente du CJM-IU, trois troubles de la personnalité en émergence sont utiles à considérer en plus du trouble de personnalité limite. Ce sont les troubles de personnalité narcissique, schizoïde et antisociale.

Le contenu de notre article de mars 2007 est essentiellement applicable au trouble de personnalité limite. Bien que ce trouble ait en commun avec ceux que nous venons d'évoquer une structure de personnalité de type état-limite et la perturbation de la relation objectale, il y a des distinctions qui nous imposent de parler de façon spécifique des trois autres.

Notre participation récente aux travaux menant à l'élaboration d'un *Guide des pratiques en santé mentale* du CJM-IU nous a amené à préciser ce qui était spécifique à ces trois autres formes du trouble de personnalité. Les contenus qui suivent sont donc parfaitement compatibles avec ceux que l'on trouvera dans ce Guide ou en sont largement inspirés. Pour quelques passages, ils sont une transcription de ce que l'auteur de cet article avait lui-même rédigé pour le Guide.

Dans les pages qui suivent, nous allons évoquer trois troubles de la personnalité. À cause de l'âge de nos clients en centre de réadaptation, des adolescents pour la majorité, plusieurs auteurs et médecins refuseraient de parler de trouble de personnalité. Ils évoqueraient plutôt des **traits** de personnalité, narcissique, schizoïde ou antisociale.

Nous respectons cette distinction, puisque nous visons justement, en travaillant sur des traits de personnalité déjà importants, à en prévenir la consolidation qui en ferait un trouble véritable. Le lecteur doit donc considérer que ce qui suit s'adresse à ceux qui sont à risque de (ou en voie de) développer un tel trouble.

Dans les lignes qui suivent, nous allons préciser ce qui distingue chacun. Nous allons également formuler les indications et contre-indications qui en découlent, relatives à l'intervention.

Le trouble de personnalité narcissique

Le trouble de personnalité narcissique se caractérise surtout par des idées grandioses sur soi, un besoin excessif d'être admiré et un manque d'empathie pour les autres. On l'attribue à une atteinte majeure et précoce à l'image de soi, que le jeune tentera constamment de compenser.

Le narcissique est souvent insatisfait de l'appréciation dont il est l'objet. Souvent, il ne se sent pas assez reconnu. Ainsi, *a priori*, il se méfie de l'autre, qui pourrait ne pas l'apprécier suffisamment; cela lui confère un caractère paranoïde. Tout cela génère chez lui une nette propension au conflit interpersonnel.

Dépistage

Pour le reconnaître parmi les jeunes qui nous sont confiés pour fins de réadaptation avec hébergement, nous observerons un jeune qui :

- Parle de soi en surestimant sa valeur, son talent, son mérite ou son statut;
- manifeste une sensibilité particulière et excessive à la critique;
- dénigre souvent les autres, croyant à tort rehausser ainsi sa propre image;
- manifeste peu d'empathie pour l'autre, car la centration sur soi prend toute la place;
- se montre méfiant *a priori*, tant qu'il ne sera pas rassuré de la position de l'autre à son égard;
- se retrouve souvent en conflit, en lien avec cet enjeu de la reconnaissance de sa valeur et du statut qui en découle;
- fait porter aux autres les situations d'échec qu'il vit;
- éprouve parfois de l'anxiété ou de la tristesse, qu'il essaiera le plus souvent de masquer, pour ne pas se montrer vulnérable.



Le trouble de personnalité narcissique, dans sa forme extrême seulement, vient rejoindre le trouble de personnalité antisociale. Pour ce qui en est de notre clientèle, rappelons seulement que les traits narcissiques sévères, dans certains cas, favorisent l'émergence de traits antisociaux.

Plus probablement, les traits narcissiques favoriseront l'émergence de traits d'opposition, car le jeune perçoit le commentaire comme une critique, et même l'intervention dans sa globalité, comme du dénigrement.

Quand on a des indices de traits narcissiques, il y a d'abord lieu d'évaluer avec une personne porteuse de l'expertise requise, la gravité et la portée des traits narcissiques observés.

Indications cliniques

En tenant compte de cette évaluation, l'intervenant :

- vise auprès du jeune la prise de conscience de son grand besoin de se revaloriser;
- cherche avec lui quelle est la fonction (véritable) des comportements qui sont indices de traits narcissiques;
- vise une hausse de l'estime de soi véritable, par le biais de mises en situation concrètes où le jeune puisse vivre des succès tangibles;

- introduit dans l'esprit du jeune qu'il est valable et aimable sans être parfait et même avec ses difficultés;
- fait vivre au jeune d'autres expériences relationnelles lui indiquant qu'il peut être apprécié sans être parfait ou supérieur;
- introduit chez le jeune des perceptions nuancées de soi, qui se situent entre celle d'être grandiose et celle d'être sans valeur.

En contrepartie, il faut éviter d'écraser, de dominer ou d'humilier le jeune narcissique. Il faut également éviter de le survaloriser.

Le trouble de personnalité schizoïde

Le trouble de personnalité schizoïde est moins fréquent au sein de notre clientèle que les trois autres troubles évoqués dans ce texte. Il est difficile de le reconnaître, car parmi les troubles de la personnalité, il présente une forme relativement intériorisée. Il est toutefois important de savoir le dépister pour ne pas le confondre avec d'autres problèmes et pour s'y adresser de façon appropriée.

Les comportements par lesquels il se manifeste risquent, en effet, d'être confondus avec des traits d'opposition, un trouble de l'humeur (dépression), voire le prélude d'un épisode psychotique.

Comme les autres troubles de la personnalité, celui-ci implique une perturbation importante de la relation d'objet, qui affecte de façon déterminante le mode d'entrée en relation avec les autres. Dans ce cas-ci, la crainte du rapprochement est prévalente, de façon stable, sur le désir d'entrer en relation.

On dit de ce jeune qu'il se cantonne dans un exil relationnel. On attribue le développement du trouble de personnalité schizoïde à des expériences traumatiques précoces et importantes, qui se situent dans le champ relationnel. Un mode relationnel agressant, voire sadique, serait un déterminant privilégié de ce trouble.

Dépistage

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par un retrait social, un désinvestissement de la vie relationnelle et un surinvestissement du monde intérieur et fantasmatique. Le jeune se tient à distance, mais son contact avec la réalité est toutefois préservé. Quand on observe chez un jeune des traits d'allure schizoïde, il y a d'abord lieu d'en évaluer la portée avec le soutien d'une personne qui a l'expertise requise pour ce faire.

Indications cliniques

En tenant compte de cette évaluation, l'intervenant :

- Vise l'appropriation du jeune à la relation interpersonnelle en ayant en tête qu'il s'agit d'un jeune traumatisé sur le plan relationnel;
- respecte le besoin de garder une distance que le jeune manifeste, surtout en début d'intervention; respecte ensuite les étapes d'un rapprochement graduel et difficile pour le jeune;
- vise l'alliance thérapeutique, un processus durant lequel l'enjeu de la crainte du rapprochement est nommé;
- vise à faire voir au jeune tous les avantages qu'il y a à utiliser l'aide offerte par les adultes;
- vise à faire voir au jeune tous les avantages qu'il y a à se rapprocher des autres jeunes et à briser son isolement;
- soutient et guide concrètement le jeune dans sa démarche de socialisation;
- développe à cette fin les habiletés sociales spécifiques et essentielles du jeune, comme les habiletés de communication, de résolution de problèmes et de conflits.

À l'opposé, l'intervenant évitera le conflit avec le jeune, même s'il s'oppose à ce qui lui est demandé. En effet, le conflit, la contrainte et la punition seront ressentis par ces jeunes comme une nouvelle agression, qui viendra lui dire à nouveau qu'il faut se méfier et rester à distance.

Le trouble de personnalité antisociale

Le trouble de personnalité antisociale est considéré par plusieurs comme étant le plus grave des troubles de la personnalité. Cela est dû à ce que ce trouble est, comme le trouble de personnalité limite, massivement extériorisé, c.-à-d. très manifeste au niveau de l'agir. Par surcroît, les passages à l'acte liés au trouble de personnalité antisociale sont souvent agressifs et dangereux pour les autres.

Sur le plan psychodynamique, les personnes qui développent un véritable trouble de personnalité antisociale sont présumées ne pas avoir reçu ce qu'il fallait sur le plan affectif pour développer un sens de la mutualité dans leurs rapports interpersonnels avec les autres.

Cette forme de carence favorise chez eux l'émergence de pulsions agressives. Puis, l'absence de mutualité implique que l'autre n'existe pas comme personne, ce qui soustrait la personne atteinte à un inhibiteur important du passage à l'acte. C'est à cause de ces facteurs qui touchent la relation objectale qu'il est recommandé de ne pas aborder d'emblée le jeune sur le plan relationnel ou affectif.

D'autres facteurs sont à prendre en considération dans la genèse de ce trouble, toutefois, comme l'identification du jeune à des figures parentales aux attitudes antisociales et l'intériorisation d'un système de valeurs antisociales prévalant dans le milieu social où il se développe.

Heureusement, très peu parmi les jeunes qui nous sont confiés sont porteurs d'un trouble de personnalité antisociale consolidé. Plusieurs, toutefois, sont porteurs de traits de personnalité antisociale. Cette distinction permet d'envisager pour ceux-là la possibilité de prévenir la consolidation de ces traits de personnalité.

Dépistage

Le trouble de personnalité antisociale se caractérise par un mépris des règles sociales, des droits d'autrui, des facteurs de sécurité pour soi et pour autrui, des conséquences à moyen ou long terme des gestes posés. Ce trouble implique aussi un manque d'empathie et de considération pour le sort de l'autre. Il s'ensuit une propension au passage à

l'acte. Ce profil correspond à celui du criminel en devenir.

Au niveau comportemental, l'intervenant pourra le reconnaître chez un jeune qui :

- Se conforme assez bien aux règles en début d'intervention, pour ensuite mieux les contourner;
- essaie de s'éviter des conséquences désagréables, de façon calculée, sans pour autant renoncer au passage à l'acte;
- sait contrôler ses pulsions agressives, durant un certain temps, soit jusqu'à ce qu'il estime qu'il ne trouve plus son compte à les contrôler.

Lorsque des indices de traits de personnalité antisociale se profilent en vertu des motifs de placement (surtout ceux sous la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*) et en vertu de telles observations, l'intervenant prend les moyens pour en évaluer la portée et la gravité. Pour cela, il utilise les instruments mis à sa disposition et le soutien clinique spécialisé qui lui est requis.

Cette évaluation doit notamment cerner dans quelle mesure le jeune a développé un trouble de personnalité antisociale véritable ou à l'opposé, dans quelle mesure, ses conduites antisociales sont réactionnelles et ponctuelles. La façon d'aborder le jeune en sera marquée. Plus le trouble est consolidé, plus il est approprié d'aborder le jeune par la voie cognitive et de renoncer à la voie relationnelle.

Indications cliniques

En tenant compte de ce qui ressort de cette évaluation, l'intervenant :

- Privilégie d'emblée l'intervention par le cadre;

- assure la cohérence réelle et apparente de ce cadre;
- établit des limites claires et les fait respecter;
- explique clairement le sens de ces limites;
- vise la neutralité affective, surtout en début d'intervention;
- s'adresse d'abord au jeune par la voie cognitive;
- établit une motivation d'abord liée à l'évitement des conséquences fâcheuses des conduites antisociales (démêlés avec la justice, conflits avec des pairs, obstacles à certains projets);
- met en lumière l'intérêt des voies socialement adaptées;
- met en lumière les distorsions cognitives du jeune, en lien avec son propre intérêt;
- s'adresse à ces distorsions cognitives en lui proposant des raisonnements alternatifs qui lui sont et lui paraissent avantageux;
- vise à développer leur empathie, chez ceux qui y sont disponibles.

En contrepartie, il est déconseillé d'aborder d'emblée le jeune par la voie relationnelle, celle des émotions et des traumatismes passés. On aborde ces dimensions que lorsque le jeune y est ouvert, au terme de l'évaluation mentionnée plus haut et lorsque celle-ci se confirme dans l'interaction.

Il est fortement contre-indiqué d'établir avec le jeune un rapport de domination ou de glisser dans une escalade du conflit avec lui. Cela viendrait lui confirmer que le monde est hostile et ne mérite pas mieux que les conduites antisociales qu'il a développées pour lui faire face.

Pour conclure, mentionnons que les jeunes qui sont en voie de développement d'un trouble de la personnalité semblent être de plus en plus nombreux au sein de la clientèle des adolescents desservis en centre de réadaptation. La consolidation de leurs traits de personnalité limite, narcissique, schizoïde ou antisociale varie beaucoup, selon la précocité, l'intensité et la durée des atteintes à leur développement.

C'est pourquoi une évaluation éclairée est requise pour définir la façon appropriée d'aborder ces jeunes. Pour cela, il y a lieu de s'adresser à son consultant, qui référera possiblement à l'équipe de soutien multidisciplinaire en santé mentale dont il fait partie, voire aux services de pédoopsychiatrie offerts par les milieux hospitaliers.

Comme il est à prévoir que ces jeunes continuent de faire partie de la clientèle desservie, il devient essentiel de développer à leur intention des façons d'intervenir qui sont adaptées à leurs caractéristiques et à leurs besoins.

Une bonne compréhension de la genèse du trouble de la personnalité en cause permet d'identifier des pistes d'intervention spécifiques.

Ce texte vise à compléter l'exposé amorcé en 2007, pour le trouble de personnalité limite. Nous espérons que ce texte-ci, comme le précédent, convaincra le public lecteur, dont les intervenants et les gestionnaires, que ces jeunes au développement sévèrement atteint peuvent être aidés dans nos services. Nous espérons aussi que ces textes comportent pour tous des indications éclairantes. <



Références bibliographiques

- Brenas, A. et F. Ladame (1985). « Les adolescents borderline, diagnostic et traitement », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 28, no 2, 485-512.
- Chabrol, H., Schmitt, L. et H. Sztulman (1996). « Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites : une réflexion critique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 54, no 4, 238-244.
- Guilé, J.-M. (1999). « Les états limites et les troubles de la personnalité », dans E. Habimana et al. (dir.), *Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Éd. G. Morin, 257-278.
- Guzder, J. et P. Zerkowicz (2005). « Le diagnostic de pathologie borderline chez l'enfant », *Prisme*, vol. 45, 114-125.
- Masterson, J.E. (1971). « Diagnostic et traitement du syndrome borderline chez les adolescents », *Confrontations psychiatriques*, no 7, 125-155.
- Morissette, L. et M. Parisien (1997). « Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 1, 30-42.
- Richelieu, G. (2004). « Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux », *Défi jeunesse*, vol. 10, no 3, 17-28.
- Dumas, A. (2007). « Le développement des troubles de la personnalité et les services de réadaptation avec hébergement offerts aux adolescents », *Défi jeunesse*, vol. 13, no 2, 8-14.
- Bélisle, M.-C. (2005). « Thérapie familiale avec des parents porteurs de personnalité limite ou narcissique », *Défi jeunesse*, vol. 12, no 1, 14-29.

→ L'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS ET DES FAMILLES ISSUS DE L'IMMIGRATION

UN PROCESSUS CLINIQUE SENSIBLE À LA RÉALITÉ ETHNOCULTURELLE

LA CLIENTÈLE DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE (CJM-IU) EST DE PLUS EN PLUS DIVERSIFIÉE SUR LES PLANS ETHNOCULTUREL ET LINGUISTIQUE.

Jean-Marie Daigneault, agent de planification, de programmation et de recherche, DSPAU



Environ 30 % des enfants qui reçoivent des services de l'établissement proviennent de familles issues de l'immigration. L'organisation des services pour cette clientèle comporte des défis majeurs qui ont des impacts importants, tant sur les familles que sur les intervenants eux-mêmes et sur l'établissement dans son ensemble.

Comment s'assurer d'une bonne communication et d'une compréhension mutuelle lorsqu'on n'utilise pas les mêmes mots ou qu'on leur donne un sens différent? Comment donner un sens à l'intervention lorsqu'elle confronte les valeurs et les méthodes éducatives des uns avec celles des autres? Comment agir une intervention d'autorité tout en respectant et favorisant la poursuite de l'autorité parentale dans un cadre ou un contexte méconnu ou parfois même déroutant pour les intervenants?

Le CJM-IU a donc eu le souci d'intégrer la dimension ethnoculturelle dans la poursuite de ses travaux sur le développement clinique de l'établissement. Pour ce faire, il a mandaté un groupe de travail en mars 2008 pour :

- Apporter tous les ajustements requis au processus clinique intégré afin que la dimension ethnoculturelle soit considérée systématiquement, à chaque fois qu'il est pertinent de le faire, pour assurer les meilleurs services possibles à cette clientèle;
- identifier les indicateurs qui alertent les intervenants sur la nécessité de solliciter un avis auprès d'un professionnel détenant une expertise concernant les

clientèles issues de l'immigration;

- réviser les outils utilisés à tous les moments-clés de concertation du processus clinique intégré afin qu'ils tiennent compte des dimensions spécifiques à considérer lorsque l'intervention concerne un enfant issu d'une communauté culturelle.

Au terme de ces travaux, l'établissement s'est doté d'un document de référence sur les *Enjeux à considérer dans l'application du processus clinique intégré auprès de la clientèle issue de l'immigration*.

Ce document énonce les grands enjeux à considérer pour réaliser une intervention de qualité auprès des enfants issus de l'immigration et vient préciser les orientations adoptées par l'établissement pour qualifier ses services. Évidemment, toutes ces orientations ne sont pas encore implantées dans les pratiques, mais elles sont désormais au cœur de tout le développement clinique du CJM-IU.

PRINCIPAUX DÉFIS

Pour les intervenants

Les principaux défis que doivent relever les intervenants consistent à intégrer et à mettre en équilibre dans leur pratique quotidienne leurs savoirs, leur savoir-être et leur savoir-faire, pour harmoniser les enjeux de protection avec les valeurs et les méthodes éducatives auxquelles adhèrent les enfants et les parents issus de l'immigration.

Pour les enfants

Le principal défi pour les enfants est de réussir à harmoniser les attentes et les méthodes éducatives de leurs parents avec les nouvelles valeurs et le nouveau cadre normatif offert par la société d'accueil. Ils doivent réussir à se donner à la fois des racines et des ailes. Des racines pour définir leur identité de base à partir des valeurs acquises dans leur famille et des ailes pour prendre leur essor et s'intégrer dans le nouvel environnement de leur société d'accueil.

Pour les parents

Pour leur part, les parents sont appelés à adapter leurs valeurs, leurs croyances, leurs convictions et leurs méthodes éducatives pour continuer à exercer leur autorité parentale en harmonie avec les nouvelles balises et exigences de la société d'accueil.

Pour l'établissement

En ce qui concerne l'établissement, le principal défi consiste à traduire concrètement, dans l'application quotidienne de son processus clinique intégré, une philosophie d'intervention clairement basée sur l'accueil, l'ouverture et l'intégration qui favorise le « vivre ensemble ».

Le CJM-IU veut aussi donner rapidement accès, à l'ensemble de son personnel, à la formation requise et à des interprètes, consultants ou médiateurs ethnoculturels pour offrir des services de qualité à cette clientèle.

PRÉMISSSES DE L'INTERVENTION INTERCULTURELLE

Avec cette clientèle, plusieurs prémisses doivent être considérées pour asseoir une démarche d'intervention de qualité et éviter de tomber dans les préjugés, les *a priori* ou les jugements hâtifs.

En premier lieu, il est nécessaire de tenter d'établir une réciprocité au

niveau de l'échange d'informations. Les intervenants doivent partir du principe qu'ils en ont autant à apprendre de l'enfant et de sa famille qu'ils en ont à apprendre d'eux-mêmes. Une telle réciprocité favorise grandement une compréhension commune du sens et de la finalité de l'intervention.

Étant donné que les mots et les concepts peuvent avoir un sens différent pour chacun (autonomie, liberté d'expression, autorité parentale, responsabilité, majorité), il est nécessaire de s'assurer d'un langage commun et d'une compréhension commune des mots et concepts utilisés pour garantir que



tous les partenaires parlent bien des mêmes choses.

Il existe parfois des sujets qui sont difficiles à aborder pour certains immigrants à cause de la méfiance, de tabous ou de règles particulières de confidentialité et dont ils ne parleront pas facilement, non par mauvaise volonté ou refus de collaborer, mais simplement pour des motifs liés aux valeurs auxquelles ils adhèrent.

En tout temps, les intervenants doivent appliquer les lois avec un esprit d'ouverture, de compréhension mutuelle, d'humanité et de respect.

En tout temps, les parents doivent ressentir, de la part des intervenants, une reconnaissance de leurs compétences spécifiques.

Comme chaque famille immigrante a un rythme d'adaptation différent, les intervenants doivent prendre le temps nécessaire et déployer les efforts requis pour bien amorcer la démarche d'intervention et établir la confiance et l'alliance thérapeutique.

Contrairement à certains préjugés souvent véhiculés, tout immigrant sait qu'il aura à vivre des changements, à s'adapter à de nouvelles réalités et à composer avec de nouvelles règles et exigences.

Toute immigration implique de nombreux deuils qui peuvent avoir des impacts importants sur la

capacité d'adaptation des enfants, des parents et des familles.

CONNAISSANCES SPÉCIFIQUES À UN ENFANT ET À SA FAMILLE

Afin d'atteindre les objectifs visés par l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) tout en respectant les particularités et les valeurs propres à chaque enfant et à sa famille, les intervenants doivent s'assurer d'avoir une connaissance précise de leurs particularités et de leurs valeurs.

Étant donné que chaque culture est vivante et en constante évolution, il est important de se rappeler que l'enfant et les membres de sa famille peuvent le mieux faire découvrir les valeurs dont ils sont porteurs et auxquelles ils adhèrent. Ils sont donc souvent la meilleure source d'information pour

mieux les connaître et comprendre leurs façons de faire.

Voici différentes questions que les intervenants doivent se poser pour dresser un portrait exhaustif de la situation d'un enfant et de sa famille.

- Au-delà des dates et des grandes étapes, quel est leur parcours migratoire au niveau du vécu, des émotions, des sentiments et des traumatismes du passé?
- Quels étaient les motifs du départ du pays d'origine et quelles étaient les attentes de chacun des membres de la famille par rapport à ce projet de départ?



- Quel est le niveau d'intégration de chacun des membres de la famille à l'école, au travail et dans les autres sphères de la société?
- Y a-t-il des enjeux particuliers liés aux gains et pertes de chacun par rapport au statut social et aux revenus?
- Est-ce qu'ils se perçoivent toujours comme des immigrants?
- Est-ce que l'âge de l'enfant et son rang dans la famille lui confèrent certains droits, libertés, responsabilités, attentes, exigences ou obligations?
- Quelle est la ligne d'autorité dans la famille et quelles sont les modalités de transfert de l'autorité en l'absence d'un parent (avec qui doit-on discuter et qui prend les décisions)?
- Quelles sont les façons habituelles de faire dans le pays d'origine,

notamment au niveau des méthodes éducatives, de la surveillance et de l'encadrement des enfants, de la gestion des problèmes de santé mentale?

- Quelle est la qualité du réseau social de la famille et quel est son niveau d'intégration ou d'isolement au sein de la communauté québécoise et de sa propre communauté?
- Quels sont les impacts de leurs croyances religieuses (symboles, pratiques, rites et fêtes)?
- Et surtout, quel est le niveau de confort réel des intervenants et des partenaires à intervenir auprès de cette famille (méconnaissance, malaises, préjugés, désarroi, besoin

d'encadrement ou de soutien) et quel est leur degré d'ouverture à être déstabilisé par leur travail auprès de cette famille?

À la lumière de toutes ces questions, il apparaît clairement que le processus d'acquisition de connaissances sur un enfant issu de l'immigration et de sa famille demande du temps, des efforts et du tact. Par contre, ces efforts sont incontournables pour asseoir l'intervention sur des bases solides et pour créer l'alliance thérapeutique recherchée.

MODALITÉS D'INTERVENTION

Le principal objectif ici est de réussir à travailler avec l'enfant, ses parents et la famille élargie sur la base de la réciprocité des échanges et du soutien mutuel.

À la lumière des connaissances acquises sur l'enfant et sa famille, tout intervenant doit donc avoir le souci de s'assurer, tout au long de son intervention, de bien distinguer les difficultés d'adaptation de l'enfant et de sa famille du dysfonctionnement ou de la pathologie.

De reconnaître les compétences parentales existantes et préservées et d'appuyer et de soutenir l'autorité parentale par la recherche conjointe de moyens adaptés pour répondre aux besoins de l'enfant.

De laisser le plus de place possible aux enfants et aux parents dans la prise de décision.

En situation de conflit familial, de chercher à comprendre comment chacun peut se définir dans une recherche d'harmonie en fonction de son âge, de sa réalité et de son rôle dans la famille pour arriver à délimiter ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas.

D'anticiper les réactions prévisibles à l'intervention du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), à l'application de l'entente multisectorielle, à l'intervention de la police ou du tribunal (incompréhension, stress, choc des valeurs, gêne, sentiment de dépossession de l'autorité parentale, inquiétudes au sujet des impacts sur le statut d'immigrant).

De faire preuve d'une grande transparence dans la façon de donner de l'information et d'annoncer des orientations légales et cliniques à l'enfant et aux parents.

Lorsqu'un retrait de milieu doit être envisagé, de prévoir ses éventuels impacts immédiats et à plus long terme sur l'enfant, ses parents, sa famille immédiate et sa famille élargie, tant ici que dans le pays d'origine.

De préserver les liens avec ses parents, sa famille, son mode de vie, ses valeurs et sa communauté tout au long du retrait de milieu.

De mettre en place toutes les conditions requises pour favoriser le retour de l'enfant dans sa famille immédiate ou élargie et de prévenir un potentiel bannissement.

INDICATEURS DE LA NÉCESSITÉ D'UNE CONSULTATION ETHNOCULTURELLE

Devant tous ces défis et tous ces enjeux à considérer, les intervenants ne doivent pas hésiter à utiliser des ressources de soutien ethnoculturel.

Règle générale, il est plus rentable d'utiliser la consultation ethnoculturelle le plus tôt possible et sur une base continue. Une telle consultation s'avère souvent essentielle pour les clientèles fragiles, les problèmes de santé mentale, les situations suicidaires, les enfants exposés à la violence organisée, les traumatismes, les situations de migration récente et les situations complexes.

Voici quelques indicateurs de la nécessité d'une consultation ethnoculturelle :

- La présence de malaises chez l'intervenant, de réactions ou d'inquiétudes importantes par rapport à l'origine ethnoculturelle ou relativement à la situation particulière de l'enfant ou de la famille;
- des réactions étonnantes ou déroutantes de l'enfant ou de la famille et une incapacité de l'intervenant à trouver ou à donner un sens à certaines attitudes, certains agirs, comportements ou façons de faire;
- des zones d'incompréhension mutuelles face à certaines façons de faire qui sont acceptables aux yeux de la famille, mais problématiques aux yeux de l'intervenant;
- des questions spécifiques ou des préoccupations importantes sur les aspects à aborder en priorité avec l'enfant ou les parents, sur des sujets éventuellement tabous, sur les irritants potentiels des méthodes habituelles d'intervention sur l'enfant et les parents;
- de la méfiance, de l'opposition, des désaccords persistants, une impasse qu'on n'arrive pas à dénouer, des échecs répétés à faire progresser l'intervention ou à l'ajuster à partir des pratiques habituelles;
- des questions spécifiques sur la préparation de l'enfant et des parents à une mesure d'hébergement;
- une méconnaissance des ressources soutien de la communauté.

Dès que l'un ou l'autre de ces critères sont présents, l'intervenant doit recourir à une consultation le plus rapidement possible pour bien camper l'intervention et éviter d'avoir à corriger ultérieurement des erreurs qui auraient pu être évitées dès le départ.

ACTIONS SPÉCIFIQUES À POSER DANS L'APPLICATION DU PROCESSUS CLINIQUE INTÉGRÉ

Pour s'assurer que toutes ces orientations ne demeurent pas au stade des vœux pieux et des bonnes intentions, tout intervenant doit toujours se demander, à chaque nouvelle étape de son intervention, s'il existe des enjeux particuliers à considérer pour la clientèle issue de l'immigration. Il doit aussi identifier les questions particulières à se poser pour bien orienter son intervention auprès de cette clientèle et surtout, identifier les actions spécifiques à poser concrètement, au quotidien, pour prendre en compte la dimension ethnoculturelle et offrir les meilleurs services possibles.

Il est important de noter qu'une telle démarche de personnalisation de l'intervention doit se faire pour l'ensemble des enfants recevant des services du CJM-IU. Toutefois, pour la clientèle issue de l'immigration, ces enjeux présentent un défi particulier au niveau de l'échange d'informations et de l'explication du sens des interventions. En tout temps, l'intervenant doit s'assurer que ni la langue, ni les références culturelles différentes ne font obstacle à la démarche d'intervention.

Pour conclure, mentionnons qu'il va de soi que les travaux complétés et en cours dans l'établissement ne suffisent pas à eux seuls à modifier complètement, du jour au lendemain, toute l'approche d'intervention du personnel du CJM-IU. Par contre, ils viennent camper clairement la position de l'établissement face aux besoins particuliers de cette clientèle. Ils viennent donner des balises et des repères aux intervenants sur la façon d'accueillir un enfant issu de l'immigration et sa famille et pour installer un cadre d'intervention efficace et mobilisateur où parents et intervenants sont de réels partenaires pour répondre aux besoins de l'enfant et assurer sa sécurité et son développement.

Pour caricaturer un peu, nous nous permettons de dire qu'actuellement, même si l'établissement n'est pas encore arrivé à la destination choisie, le voyage est bien engagé, les bagages ont été préparés avec soin et l'itinéraire est bien établi. <

→ ATTACHEMENT, PRATIQUES PARENTALES ET CULTURE



Tina Candela, M. Ps., agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'expertise sur la maltraitance, DSPAU



À Montréal, chaque année, plus de 8 000 mères immigrantes donnent naissance à un nouveau-né, ce qui compte pour 44,1 % des naissances totales¹. Entre 1997 et 1999, près de 52 % des nouveau-nés avaient un de ses parents né à l'extérieur du Canada². Dans certains quartiers, le pourcentage de nouveau-nés ayant un parent né à l'extérieur du Canada est particulièrement élevé. On note par exemple les répartitions suivantes : dans le quartier Parc Extension, ce taux est de 91,4 %, de 72,8 % dans St-Michel et de 55,9 % dans le quartier St-Henri/Petite-Bourgogne³.

La diversité culturelle est de plus en plus présente dans notre quotidien. Elle vient questionner nos valeurs, nos pratiques et nos croyances. Elle pousse à dépasser nos acquis, confrontant les différents milieux.

Cet article s'inspire des questionnements émergeant du travail des spécialistes en réadaptation psychosociale de la Clinique externe du Centre spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille ayant comme mandat spécifique l'évaluation des capacités parentales. Les variations culturelles dans les conceptions parentales et les pratiques éducatives sont un aspect incontournable dans l'évaluation et l'intervention auprès des familles immigrantes référées à ce service spécialisé.

L'objectif principal de cet article est de rendre compte de la diversité des pratiques parentales propres à chacune des cultures et de leur incidence sur la relation parent-enfant. Dans un premier temps, les notions propres à l'attachement et aux différents types de relations d'attachement seront présentées. Une attention particulière

L'ATTACHEMENT EST UNIVERSEL, IL N'EXCLUT AUCUNE RACE NI CULTURE; C'EST UN PHÉNOMÈNE INSTINCTIF ET BIOLOGIQUE.

sera accordée à la notion de culture et à ses décalages sur les pratiques parentales. Finalement, nous nous attarderons aux pistes d'intervention possibles, afin de mieux tenir compte de l'impact de la culture sur la relation parent-enfant.

PRINCIPES DE BASE DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement repose sur certains principes. En fait, l'attachement est universel, il n'exclut aucune race ni culture; c'est un phénomène instinctif et biologique. L'attachement repose sur une compréhension tacite qui ne s'acquiert ni par le raisonnement ni par l'apprentissage; il est donc intuitif. L'enfant développe des liens d'attachement multiples selon un ordre d'importance; donc, il est possible de dire que l'attachement est hiérarchique.

Le type d'attachement teinte et organise la vie; il a des effets durables. L'attachement a une fonction biologique puisqu'il assure les chances de survie du nourrisson en l'incitant à rechercher la proximité avec une personne qui s'occupe de lui.

L'attachement repose sur la réceptivité et l'accessibilité du donneur de soins à décoder et à répondre aux besoins de l'enfant. La qualité de cette première relation est déterminante puisqu'elle permet de prédire d'autres aspects du développement infantile, tels que les compétences interpersonnelles et les aptitudes à la résolution de problèmes (Bowlby, 1979).

Ainsworth (1969; 1971) établit une typologie de mode d'attachement à la suite d'une expérimentation appelée *Situation étrangère*, laquelle consiste à mettre en place une suite de séparations avec le donneur de soins, de mises en contact avec une personne étrangère et de retrouvailles avec le donneur de soins. Trois schémas d'attachement sont déterminés : **sécurisant (B)**, **évitant (A)** et **ambivalent (C)**. Ces types d'attachement définissent la capacité des donneurs de soins à répondre aux besoins de l'enfant.

L'attachement sécurisant (B) apparaît lorsque le donneur de soins est disponible, affectueux, comprend les besoins de l'enfant et est en mesure de répondre aux situations de détresse de celui-ci (réconfort). Dans ce contexte, l'enfant se montre disponible à l'exploration et recherche le contact avec sa figure d'attachement. En situation de détresse, l'enfant est capable de rechercher le réconfort chez son parent; il se calme rapidement et est en mesure de poursuivre l'exploration de son environnement.

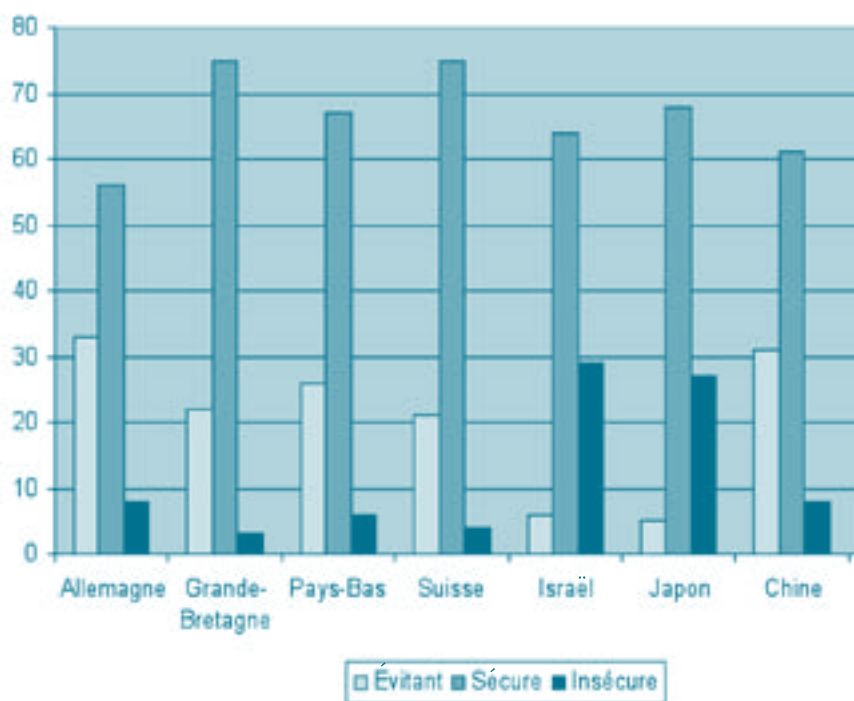
Il arrive, par contre, que l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant ne soit pas possible. Les difficultés de certains parents rendent parfois difficile l'émergence d'une relation basée sur la disponibilité à l'autre. Le donneur de soins a de la difficulté à comprendre les besoins de l'enfant. L'attachement insécurisé prend diverses formes selon le degré de négligence démontré par les principaux donneurs de soins. L'une de ces formes est l'attachement **ambivalent (C)**, qui survient lorsque les principaux donneurs de soins ont des réactions teintées par un manque de prévisibilité et de cohérence. Par moment, ils se montrent réceptifs aux besoins de l'enfant et à d'autres, les ignorent. Confrontés à ce type de relation, les enfants cherchent désespérément la proximité avec l'adulte sans toutefois trouver réponse à leurs besoins. En situation de séparation, ils deviennent perturbés mais ils se calment au retour de l'adulte.

Quant à l'attachement **évitant (A)**, il caractérise plutôt une relation où les donneurs de soins sont peu réceptifs et disponibles à l'enfant. Ces parents adoptent parfois des comportements de rejet par rapport à lui. Les enfants ainsi traités ont tendance à se replier sur eux-mêmes afin de répondre à leurs propres besoins. Ils ne cherchent pas de réconfort auprès de l'adulte et apprennent rapidement qu'il leur est plus bénéfique de compter sur leurs propres ressources.

CULTURES ET ATTACHEMENT : DES PRATIQUES PARENTALES DIVERSIFIÉES

La culture peut être définie comme un « ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et

Répartition des différents types d'attachement



distincte»⁴. Ainsi, la culture influence la perception et l'interprétation des expériences vécues par les membres d'un groupe. La culture organise, elle porte l'essence même du rapport au monde. Les unités de sens propres à une culture sont construites et acquises; elles sont partagées par tous les membres d'un même groupe.

Le rapport à l'enfant et donc, le rôle de donneur de soins ne peut être « évalué » sans tenir compte des aspects culturels de ce rapport à l'autre, des modalités particulières d'être au monde. En fait, « chaque culture façonne [...] l'enfant selon la représentation qu'elle construit de sa place dans la famille, de son rôle dans la société et surtout de l'adulte qu'il doit devenir »⁵. Les croyances, les valeurs et le rôle des parents par rapport au développement infantile influent sur la façon dont ils décident d'élever leurs enfants dans les paramètres imposés par la culture d'appartenance.

La compréhension des différentes pratiques parentales peut influencer notre évaluation de l'interaction parents-enfants et du développement infantile. Les différences culturelles influencent les attitudes et les comportements des donneurs de soins et façonnent aussi leur manière d'interagir avec les enfants. Les différentes études portant sur les liens entre l'aspect culturel et l'attachement permettent de constater que dans les rapports avec le nourrisson, les mères adoptent des attitudes similaires quant à la stimulation corporelle, la proximité physique, l'interaction face à face et la sollicitation au jeu. Par contre, le temps et l'intensité consacrés à chacun de ces comportements varient fortement selon les cultures. On note un plus grand nombre d'échanges de types vocal et ludique et une communication favorisée par le regard en face à face dans les milieux occidentaux.

Par contre, les contacts cutanés et les stimulations motrices sont moins marqués que dans d'autres cultures. Dans de nombreux pays africains, les soins sont souvent donnés directement sur le corps de la mère et l'enfant est souvent en contact avec celle-ci (Harkness et Super, 2002). Au Brésil, la proximité entre la mère et son bébé est favorisée par l'usage du hamac. Le bébé brésilien s'endort dans les bras de sa maman, qui se berce dans le hamac. Dans cette culture, la mère cherche plus à apaiser le bébé qu'à le stimuler. Dans ce contexte, la proximité mère-bébé est perçue comme la meilleure protection contre la mortalité infantile, fort importante dans cette région du monde.

Des différences culturelles ont également été observées quant à l'expression de la sensibilité maternelle, facteur déterminant de l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant. La sensibilité maternelle se définit comme « la capacité de percevoir et d'interpréter correctement l'expression des signaux de détresse des enfants et d'y répondre rapidement et adéquatement (Ainsworth, 1967). Cette définition semble influencée par des considérations culturelles. En effet, lorsque les enfants sont en situation de détresse, les mères japonaises tentent d'attirer l'attention des enfants vers elles alors que les mères américaines déplacent l'attention de l'enfant vers des objets (Friedlmeier et Trommsdorf, 1998; Trommsdorf et Kornadt, 2003). Il a également été observé que les mères japonaises répondent aux signaux de détresse avant leurs manifestations tandis que les mères américaines réagissent après leurs manifestations. Ces deux modes d'expression de la sensibilité maternelle ont permis de dégager deux types de réaction : une forme proactive où les mères anticipent les besoins du nourrisson et une forme

réactive où les mères répondent rapidement aux besoins du bébé dès leurs manifestations.

Les interactions parent-enfant, dans un contexte interculturel, permettent également d'observer deux rapports différents face au jeu. Bornstein et Cote (2006) constatent que les mères américaines et européennes favorisent le jeu exploratoire en lien avec les valeurs d'une culture plus axée sur la réussite personnelle, l'autonomie et l'exploration de l'environnement. Les mères japonaises ou latines, quant à elles, font plus souvent appel au jeu symbolique, valorisant l'interdépendance et les relations personnelles.

Les études interculturelles ont aussi dégagé deux modèles distincts quant à la conception du développement chez l'enfant. Certaines cultures mettent l'accent sur les dimensions d'interdépendance valorisant l'appartenance au groupe, le soutien mutuel et l'allégeance à la famille. Le modèle indépendant valorise l'autonomie et accorde une importance accrue au développement de l'initiative (Greenfield *et al.*, 2003). Ces deux modèles semblent aussi s'appuyer sur la structure familiale. En fait, dans la famille élargie, caractéristique des sociétés traditionnelles, la coopération entre les femmes est favorisée. Au contraire, dans les familles nucléaires des sociétés occidentales, la jeune mère a souvent moins de repères quant aux soins à donner à son bébé.

Les travaux portant sur les enjeux culturels de l'attachement indiquent que la majorité des enfants à travers le monde présentent un attachement sécurisé (van Ijzendoorn, 2005). À ce sujet, de multiples études analysant les rapports entre culture et attachement démontrent le caractère universel de l'attachement. Une méta-analyse, menée à partir des

études réalisées aux États-Unis entre 1977 et 1990, démontre que 67 % des nourrissons avaient un attachement de type sécure, 21 % étaient dans la catégorie évitants et 12 % dans la catégorie ambivalents. La répartition des styles d'attachement semble constante au-delà des cultures. Selon une étude réalisée en Chine par Hu et Meng (1996), la distribution des types d'attachement est la même que dans les pays occidentaux, soit 68 % de sécurisés, 16 % d'ambivalents et 16 % d'évitants.

On peut donc constater que l'établissement du lien d'attachement constitue une réalité universelle, de même que la répartition des styles d'attachement. Toutefois, les pratiques éducatives employées pour développer une relation avec un enfant et répondre à ses besoins diffèrent d'une culture à l'autre.

IMPLICATIONS SUR LA PRATIQUE... VERS UNE APPROCHE INTERCULTURELLE

Les variations culturelles des pratiques parentales doivent être prises en compte dans l'évaluation des capacités parentales et dans l'évaluation de la qualité du lien d'attachement. L'intervenant, dans la rencontre avec l'autre, cet étranger, doit reconnaître et respecter l'identité personnelle et culturelle. Afin de

mieux travailler ensemble, reprenons simplement ici les trois grands principes de base de la démarche interculturelle énumérée par Cohen-Emerique (1993) : se décentrer par rapport à soi, mieux se connaître permet une relativité culturelle; s'appropriier la culture de l'autre, se mettre à sa place (empathie); reconsidérer le problème à résoudre à la lumière des deux premières démarches : c'est la négociation.

Le premier postulat suppose que notre culture n'est qu'un des scénarios humains possibles; il n'est pas nécessairement le meilleur. En effet, selon les cultures, certains comportements et attitudes seront valorisés dans l'établissement du lien parent-enfant. Il est donc nécessaire de se méfier des apparences et des premières impressions. Il faut être attentif au système de valeurs qui sous-tend notre action. « Quand une autre culture ne se sent pas comme nous, nous devons réaliser une autocritique, relativiser : ceci constitue l'axe essentiel pour la compréhension interculturelle » (Cohen-Emerique, 1993).

Il devient donc important dans le processus d'évaluation des capacités parentales de départager ce qui appartient à la « compétence » et ce qui a trait à une caractéristique cultu-

relle. Par exemple, une mère pourrait être plus à l'aise dans les interactions avec son enfant concernant des sphères de soins (alimentation, hygiène) que dans les activités plus ludiques. Cette plus grande aisance pourrait s'expliquer par une compréhension différente du rôle de parent. Il est donc important de tenir compte des aspects culturels dans l'établissement de la relation parent-enfant et d'axer l'évaluation et les interactions selon des modèles qui font sens pour le parent selon sa culture.

Pour **s'approprier la culture de l'autre**, il faut adapter son message et développer sa capacité d'observation dans tous les sens, c'est-à-dire donner de l'importance à la communication non verbale; s'informer, poser des questions à l'autre; remettre toutes les informations dans leur contexte (migration, histoire de la famille, du peuple); être attentif aux expressions de l'autre; demander à l'autre comment il explique la situation; prendre du temps. La construction du génogramme permet avec plusieurs familles d'aborder certaines questions de leur l'histoire personnelle qui ne pourraient être adressées autrement. En fait, l'individu se raconte à travers l'histoire de sa famille; le sens de la problématique émerge parfois de ce récit narratif.



Finalement, la rencontre devient possible lorsque les deux premiers postulats sont atteints et qu'il y a coconstruction des deux mondes de représentation. En d'autres termes, l'intervention et l'évaluation auprès de personnes issues de l'immigration nécessitent, d'une part, **de reconnaître l'autre comme différent en prenant conscience de son identité culturelle et d'autre part, de le reconnaître comme semblable en acceptant sa dimension sociale.** Ce troisième postulat repose sur l'idée de tisser un pont, un espace « entre-deux » où les deux parties se sentent respectées et comprises. À titre d'exemple, il arrive parfois que les intervenants se sentent coincés entre la façon de faire de certains parents qui, de par leur culture, les traitent comme des représentants de l'autorité en leur offrant des présents (cadeaux, nourriture en abondance) et leur désir de maintenir une distance professionnelle. Ces deux mondes de représentation de l'autorité et du rapport à l'autre se côtoient de plus en plus fréquemment. La question se pose : Comment intervenir? Quoi faire?

Les pistes de réflexion doivent tenir compte de la singularité des gens et de la situation. Mais, il est souhaitable de comprendre les enjeux et le sens de certains comportements. Certains gestes marquent l'ouverture à l'autre et donc, peuvent faciliter l'intervention. Il est important de demeurer sensible à ces **autres** façons de faire, tout en respectant notre propre rapport aux choses.

Au terme de cet article, rappelons simplement que les études interculturelles ont démontré l'universalité de l'attachement et de la sensibilité maternelle. Des différentes observations de dyades parent-enfant, les études mettent en valeur des modalités d'expression variées de la sensibilité maternelle, du rapport au corps, au jeu et au langage. Dans la pratique professionnelle, il paraît indispensable pour les intervenants de se familiariser avec d'autres façons de faire, de penser et d'être.

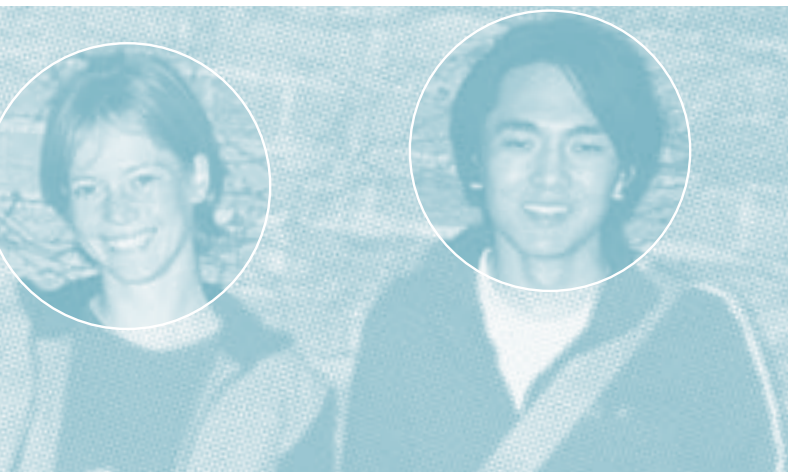
Bien que la dimension culturelle des comportements de soins aux bébés ait une importance primordiale dans les pratiques parentales, il est important de considérer également l'apport de la dimension psychique individuelle de chaque parent en lien avec l'unicité de l'enfant. <

Notes bibliographiques

- 1 Nouveau-nés selon le lieu de naissance des parents : www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/naissance/lieuparents.htm, dans Saulnier, G. et A. Quéniart. *Les conceptions parentales et les pratiques éducatives de mères d'immigration récente*.
- 2 Nombre et proportion de nouveau-nés dont au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada : www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Clsc/clsc/_mc.html, idem.
- 3 Idem.
- 4 Rocher, G. (1995). *Introduction à la sociologie*, Montréal, Les Éditions Hurtubise HMH ltée, 3e édition.
- 5 Groud-Dahmane, F. « Les conceptions parentales et les pratiques éducatives de mères d'immigration récente », dans G. Pronovost (dir.), *Comprendre la famille*, PUQ, 93.

Références bibliographiques

- Cohen-Emerique, M. (1993). « Travailleurs sociaux et interculturel : quelle démarche? », dans F. Groud-Dahmane (dir.), *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*, Les recherches du Grape, Éditions Éres, 117-119.
- De Plaen, S. (2003). « Attachement et culture : des modèles théoriques à complexifier », *Prisme*, no 41, 42-57.
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau M. et al. (2008). *Visages multiples de la parentalité*, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, 476 p.
- Rocher, G. (1995). *Introduction à la sociologie*, Montréal, Les Éditions Hurtubise HMH ltée, 3e édition, 685 p.
- Rothbaum, F. et coll. (2000). « Attachment and culture; security in the United States and Japan », *American Psychologist*, 1093-1104.
- Saulnier, G. et A. Quéniart. « Les conceptions parentales et les pratiques éducatives de mères d'immigration récente », dans G. Pronovost (dir.), *Comprendre la famille*, PUQ, 91-108.
- Stock, H. (1989). « Aspects culturels des techniques de maternage », *Migrations-Santé, Revue du Comité médico-social pour la santé des migrants*, no 60, Juillet.
- Stock, H. (1993). « Variations culturelles des techniques de maternage et de prévention » dans F. Groud-Dahmane (dir.), *Enfants d'ici, enfants d'ailleurs*, Les recherches du Grape, Éditions Éres, 53-56.



LES IMPACTS DU PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL DE PARENTÉ :

LES OBJETS DE CONTROVERSE ET
LES RÉPONSES DE LA RECHERCHE

Geneviève Turcotte, chercheuse,
Danièle Bélanger, professionnelle de recherche, DSPAU



La prise en charge d'un enfant par des membres de son réseau familial est une réalité qui n'est pas nouvelle. De tout temps et dans toutes les sociétés, la famille élargie a pris soin des enfants lorsque les parents naturels étaient dans l'incapacité d'assumer la responsabilité de leurs enfants pour une raison ou une autre. Au fil des ans, cette tradition est restée bien vivante dans certaines collectivités où la parentalité partagée est un trait de culture. Dans la plupart des cas, ce type de prise en charge se fait sans aucune implication des services de protection de l'enfance. C'est ce qu'on appelle la prise en charge « spontanée » ou le placement privé ou informel dans la famille élargie. Il s'agit de la forme la plus répandue de prise en charge intrafamiliale¹.

Ce qui a changé au cours des deux dernières décennies c'est que le placement dans la famille élargie fait désormais partie de l'offre de services des systèmes de protection de l'enfance. C'est ce qu'on désigne sous le terme de placement officiel ou formel dans une famille de parenté². Non seulement des politiques et des législations sont-elles venues conférer une légitimité à cette pratique, mais il y a aujourd'hui une tendance internationale à prescrire une préférence pour ce type de placement voire, dans certains cas, à prioriser cette option lorsque la famille naturelle est incapable d'assurer elle-même les soins aux enfants. Ce type de prise en charge intrafamiliale attire davantage

l'attention des décideurs politiques, des statisticiens et des chercheurs parce qu'elle implique une intervention de l'État.

Plusieurs facteurs sociaux, économiques et politiques sont à l'origine de l'intérêt grandissant pour cette forme de placement. L'importance de chacun d'entre eux varie selon les contextes géopolitiques. On attribue généralement ce regain d'intérêt aux facteurs suivants (Connolly, 2003; Cuddeback, 2004; Gough, 2006; Hunt, 2003).

- L'adoption, dans plusieurs pays d'Amérique du Nord et d'Europe, de politiques mettant l'accent sur la sauve-

LA TENDANCE À RECOURIR AU PLACEMENT FORMEL DANS
LA FAMILLE DE PARENTÉ POSE DE NOMBREUX DÉFIS POUR
LA PRATIQUE, LES POLITIQUES SOCIALES ET LA RECHERCHE.

garde de la famille et les approches centrées sur les forces de la famille;

- la surcharge des systèmes officiels de placement familial dans plusieurs de ces pays, résultant de la conjugaison de trois facteurs : d'importantes difficultés de recrutement des familles d'accueil, un contexte social marqué par la croissance du nombre d'enfants en besoin de protection et une histoire de recours parfois exagéré au placement en milieu substitut pour les enfants en besoin de protection;

- les impératifs de préservation de l'héritage culturel des enfants placés : l'émergence de cette pratique est pour une large part le résultat de pressions exercées par les communautés afro-américaines aux États-Unis, amérindiennes en Amérique du Nord et aborigènes en

quel point le placement en famille d'accueil de parenté est-il une option viable comparativement au placement dans une famille non apparentée? Est-ce que les avantages l'emportent sur les risques pour tous les acteurs impliqués? Pour quel type d'enfants est-ce une bonne solution

de la croissance rapide du placement en famille de parenté dans certains pays, force est de constater que la recherche empirique sur les impacts de cette option de placement demeure embryonnaire. Jusqu'à tout récemment, la discussion autour des avantages et des limites de cette forme



Nouvelle-Zélande qui, constatant que leurs enfants étaient surreprésentés dans les soins d'accueil, cherchaient une solution alternative pour favoriser le maintien du lien avec la collectivité d'origine;

- l'adhésion à des philosophies politiques visant à diminuer le coût des services publics. Dans certains pays, le placement en famille d'accueil de parenté a, jusqu'à ces dernières années, constitué la forme de placement la moins coûteuse pour l'État, soit parce que la famille d'accueil ne recevait pas de compensation financière ou recevait une compensation moins importante ou parce qu'elle ne recevait pas autant de soutien des services sociaux.

La tendance à recourir au placement formel dans la famille de parenté pose de nombreux défis pour la pratique, les politiques sociales et la recherche. Le phénomène soulève plusieurs questions : jusqu'à

et dans quelles circonstances cette pratique peut-elle être considérée? Toutes ces questions continuent à être au centre des débats dans la communauté clinique des pays les plus touchés par la croissance du phénomène. Au moment où, au Québec, les modifications apportées à la *Loi sur la protection de la jeunesse* viennent encourager cette forme de pratique, il apparaît important de jeter un regard sur les réponses que fournit la recherche scientifique à ces questions. Il s'agit là d'un enjeu majeur dans le processus de décision entourant le recours à cette forme de placement.

C'est dans ce contexte que s'inscrit cet article. L'objectif est de dresser un bilan des connaissances sur la façon dont le placement en famille d'accueil de parenté contribue à la stabilité, au bien-être et au développement des enfants, ceci, à la lumière des principaux résultats de la recherche empirique sur la question³. En dépit

de placement s'est surtout articulée autour d'arguments théoriques, de croyances normatives ou d'impressions cliniques. La première partie de cet article pose un regard sur les avantages et les limites théoriques ou présumés du placement dans la famille élargie. La deuxième partie propose de vérifier si ces hypothèses sont soutenues par les résultats de la recherche empirique.

AVANTAGES ET RISQUES PRÉSUMÉS DU PLACEMENT EN FAMILLE DE PARENTÉ

Plusieurs experts en matière de services sociaux à l'enfance estiment que le placement dans la famille élargie présente *a priori* d'importants avantages pour les enfants. Les principaux arguments en faveur du placement dans la parenté sont les suivants (Connolly, 2003; Cuddeback, 2004; Geen, 2003) :

- Il réduirait le traumatisme associé à la séparation d'avec le parent en

permettant aux enfants de vivre avec des personnes qu'ils connaissent et en qui, ils ont confiance;

- il favoriserait la préservation du capital social de l'enfant en permettant la continuité relationnelle dans la vie de l'enfant, le maintien des liens avec le parent biologique, la fratrie, la communauté d'origine, l'école et les amis. Ce faisant, il ferait en sorte que les jeunes ne soient pas isolés lorsqu'ils entrent dans l'âge adulte;
- il constituerait une façon souple de répondre aux besoins des enfants en s'appuyant sur les forces du réseau familial et en redonnant à la communauté la responsabilité de prendre soin de ses enfants;
- il permettrait la continuité au plan culturel (traditions, rites culturels et religieux) et serait favorable au sentiment d'appartenance et au développement de l'identité de l'enfant;
- il serait plus favorable à l'estime de soi des enfants parce que moins stigmatisant, l'enfant étant moins susceptible d'être étiqueté comme étant un enfant placé;
- il permettrait d'éviter les déplacements et le ballotement des enfants placés.

Cette forme de placement n'est cependant pas dénuée de risques si l'on en croit certains de ses détracteurs. Deux types de préoccupations ressortent de la littérature clinique sur la question. La principale préoccupation touche à la sécurité des enfants et à la qualité des soins qu'ils y reçoivent. Cette crainte trouve sa source dans trois facteurs :

- L'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Sur la base de cette hypothèse et de croyances selon lesquelles les problèmes parentaux ayant nécessité le placement de l'enfant sont le résultat de carences présentes au sein de la

génération précédente, certains observateurs doutent des compétences de la famille élargie à offrir des soins de qualité et craignent que les parents d'accueil puissent se montrer violents ou négligents.

- les impacts potentiels des facteurs démographiques. Le débat américain sur la qualité des soins offerts par les familles d'accueil de parenté est en grande partie basé sur les indicateurs indirects que sont les caractéristiques sociodémographiques des parents d'accueil. Les résultats de la recherche montrent en effet que, en comparaison avec les parents d'accueil non apparentés, les parents d'accueil apparentés sont plus âgés, moins scolarisés, sont plus susceptibles de vivre seuls, d'être exposés au stress engendré par la pauvreté, d'avoir des problèmes de santé et de vivre dans des quartiers non sécuritaires. L'inquiétude vient de ce que les caractéristiques sociodémographiques de parents d'accueil apparentés constituent des facteurs de risque pour le bien-être des enfants, bien documentés dans la littérature scientifique. La question de l'âge des parents d'accueil est particulièrement controversée.

- les impacts potentiels de la complexité de la dynamique familiale impliquant au moins trois personnes liées entre elles et appartenant souvent à trois générations, dans un contexte marqué par les redéfinitions de rôle. Certains experts évoquent les risques pour l'enfant des tensions familiales pouvant résulter d'une division ambiguë des responsabilités et de l'autorité sur l'enfant; des conflits de loyauté ou de l'intégration de la famille dans le système public de protection de l'enfance. Certains craignent que les conflits de loyauté ne fassent en sorte que les grands-parents laissent se

produire des contacts non autorisés entre les petits-enfants et leurs parents naturels.

La deuxième source de préoccupation relevée dans la littérature clinique et scientifique touche les enjeux de réunification familiale. Plusieurs auteurs estiment que ce type de placement comporte le double risque que les parents d'accueil apparentés ne soient pas enclins à encourager le retour de l'enfant chez ses parents naturels à cause du lien d'attachement qu'ils ont développé avec celui-ci ou parce qu'ils craignent pour la sécurité de l'enfant. D'autres craignent que les agences de services sociaux ne consacrent moins d'efforts et de ressources à la réunification familiale parce qu'ils en voient moins l'urgence dans ce type de placement.

EST-CE QUE LE PLACEMENT EN FAMILLE DE PARENTÉ FONCTIONNE BIEN POUR LES ENFANTS? LES RÉPONSES DE LA RECHERCHE

Est-ce que les craintes des uns et l'enthousiasme des autres sont avérés à la lumière des principaux résultats de la recherche empirique? C'est ce que nous tentons de voir dans cette deuxième partie de l'article. Cette section propose une synthèse des études empiriques qui ont tenté de mesurer les effets du placement en famille élargie sur les dimensions suivantes du bien-être et du développement des enfants : la sécurité et le bien-être de enfants; la continuité, la stabilité et la permanence des liens et, l'adaptation socioaffective des enfants.

Un regard global sur les caractéristiques des études recensées nous permet de constater que la recherche empirique à propos des avantages et des limites de cette option de placement reste embryonnaire et origine en grande partie des États-Unis où elle est centrée

sur les enfants de familles afro-américaines, surreprésentées dans ce type de familles d'accueil. De plus, les études recensées ont en grande majorité été réalisées dans les États américains les plus touchés par le phénomène, soit l'Illinois, la Californie et New-York.

d'être l'objet d'un nouveau signalement dans les mois qui suivent le placement. L'étude la plus récente sur le sujet (Winokur *et al.*, 2008) a été réalisée au Colorado auprès d'un échantillon de 636 enfants placés dans les deux types de familles d'accueil et appariés selon le genre,

La qualité des conduites parentales et de la relation à l'enfant

En dépit des craintes suscitées par la qualité des soins et de la relation à l'enfant dans les familles d'accueil de parenté, très peu de chercheurs se sont spécifiquement intéressés à cette question. Pour l'instant,



Les effets sur la sécurité et le bien-être des enfants

Sont regroupés ici les résultats des études qui se sont intéressées aux effets du placement en famille de parenté sur trois groupes de variables : le taux d'incidence des mauvais traitements en cours de placement, la qualité de soins offerts par les parents d'accueil et la qualité de la relation à l'enfant.

L'incidence des mauvais traitements en cours de placement

Peu de chercheurs ont tenté de vérifier l'hypothèse d'un impact négatif du placement en famille de parenté sur la sécurité des enfants telle que mesurée par le taux d'incidence des mauvais traitements en cours de placement. Les résultats obtenus jusqu'ici ne confirment pas les craintes des critiques de la mesure. Ils montrent que les enfants placés en famille d'accueil régulière sont plus susceptibles que ceux qui sont placés auprès de proches

le groupe ethnique, l'âge à l'entrée en placement et la sévérité du mauvais traitement. Les résultats sont à l'avantage du placement dans la famille élargie : ils montrent que, comparativement aux enfants qui se retrouvent dans ce type de placement, les enfants placés dans une famille d'accueil régulière sont proportionnellement dix fois plus susceptibles d'être signalés en cours de placement pour une forme ou l'autre d'abus ou de négligence. Ici, certains biais de sélection peuvent être à l'œuvre : il est possible, par exemple, que les parents d'accueil apparentés aient moins tendance à rapporter des faits qui impliquent leurs proches. Il est aussi possible que ces résultats soient en partie attribuables au fait que, dans plusieurs pays, le placement en famille d'accueil de parenté fait moins souvent l'objet de supervision que son équivalent extrafamilial.

les résultats de leurs recherches ne sont guère concluants parce que la diversité des méthodes utilisées, des sources de données et des dimensions analysées ne permet pas la comparaison. Actuellement, les résultats de la recherche ne permettent donc pas de confirmer que la qualité des conduites parentales et de la relation à l'enfant est inférieure dans les familles d'accueil de parenté pas plus, d'ailleurs, qu'elle ne permet d'affirmer qu'elle est meilleure dans les familles d'accueil régulières (Cuddeback, 2004).

Une grande part de ce que nous savons de la qualité des conduites parentales des parents d'accueil apparentés nous provient d'enquêtes descriptives auprès d'intervenants qui ont une expertise clinique dans l'accompagnement de ce type de familles (Beeman *et al.*, 1999; Farmer et Moyers, 2005; 2008; GAO, 1999; Geen, 2003). Selon l'évaluation qu'en font les intervenants, les familles

d'accueil de parenté ne seraient pas différentes des familles d'accueil régulières en ce qui concerne la qualité des conduites parentales et de la relation à l'enfant, sauf sur trois dimensions du rôle parental : la planification et le suivi des soins de santé physique et mentale; les pratiques de discipline et, le réalisme des attentes à l'égard des enfants. Les différences sont au désavantage de la famille d'accueil de parenté. Si les intervenants sont relativement positifs à l'égard de la capacité des parents d'accueil apparentés à prendre soin des enfants, ils estiment cependant que le travail auprès de ces familles exige plus de temps et s'avère plus difficile, notamment à cause de la plus grande vulnérabilité des parents d'accueil et de la complexité de la dynamique familiale.

Parmi les études recensées, rares sont celles qui sont basées sur des mesures standardisées prises auprès des parents d'accueil eux-mêmes. Leurs résultats sont contradictoires. Trois d'entre elles ont comparé les deux types de familles d'accueil sur la base des scores obtenus à différentes échelles de mesure du fonctionnement familial (capacité de résolution des problèmes, niveau de tolérance, engagement à long terme et conflit). Les résultats obtenus montrent que le niveau de fonctionnement familial observé dans les familles d'accueil de parenté est comparable ou supérieur à celui qui est rapporté pour les familles d'accueil régulières. Une quatrième étude, celle de Harden *et al.* (2004), compare un groupe de 51 familles d'accueil de la parenté et de 50 familles d'accueil régulières sur la base cette fois des attitudes à l'égard du rôle parental. Les chercheurs concluent que les parents d'accueil de la famille élargie ont, à l'égard du rôle parental, des attitudes plus problématiques que les parents d'accueil : valorisation des pratiques disciplinaires

coercitives, tendance à la surprotection et à l'intolérance, attitudes moins favorables aux manifestations d'affection et à la sensibilité à l'enfant. Les différences observées ne se vérifient pas lorsqu'on contrôle pour l'âge du parent d'accueil et son statut marital (avec ou sans conjoint). Les chercheurs en concluent que les attitudes problématiques à l'égard du rôle parental sont plus un effet des caractéristiques démographiques du parent d'accueil que celui de la forme de placement.

Étonnamment, en dépit de l'importance de cette variable pour la prise de décision en matière de placement en famille de parenté, une seule étude (Cole, 2006) a comparé la qualité du lien d'attachement dans les deux types de familles d'accueil : aucune différence significative n'est notée entre les deux types de placement. L'étude de Norwood (2007), réalisée à la même époque, observe que les parents d'accueil apparentés manifestent moins d'acceptation et d'engagement émotionnel à l'égard des enfants. Cette conclusion contredit les résultats des recherches qualitatives réalisées auprès des parents d'accueil apparentés : si ces études font ressortir la lourdeur de la tâche que cela représente, elles montrent aussi leur engagement à l'égard des enfants ainsi que la satisfaction qu'ils retirent de la relation à l'enfant (Farmer et Moyers, 2005, 2008; Hunt, 2003).

Et qu'en disent les enfants? Les études qualitatives centrées sur l'expérience concrète des enfants ainsi que sur le sens qu'ils confèrent à cette expérience constituent une contribution importante à la compréhension de la pratique du placement en famille d'accueil de parenté aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Altshuler, 1999; Broad, 2007; Farmer et Moyers, 2008; Messing, 2006). Ces études font état de relations très

positives avec les parents d'accueil apparentés. Elles montrent que les enfants et les adolescents ont tendance à se sentir appréciés, aimés et protégés dans la famille d'accueil de parenté. Leurs récits témoignent de l'affection qu'ils éprouvent à l'égard des parents d'accueil et d'un fort sentiment d'appartenance à la famille.

Les effets sur la continuité, la stabilité et la permanence des liens

La continuité dans la vie de l'enfant

Un des principaux arguments en faveur du placement dans la parenté est le fait qu'il minimise la discontinuité dans la vie de l'enfant et diminue les traumatismes liés à la séparation. Les résultats de la recherche empirique tendent jusqu'ici à confirmer cette hypothèse. Ils montrent que, comparativement aux enfants vivant dans une famille d'accueil régulière, les enfants placés dans une famille d'accueil de parenté sont plus susceptibles d'être familiers avec le parent d'accueil au début du placement au point même d'avoir déjà vécu avec celui-ci (GAO, 1999); de maintenir un contact avec la famille naturelle, un facteur généralement reconnu comme favorable à la réunification familiale mais qui peut aussi constituer un risque pour sa sécurité si le parent n'est pas adéquat (GAO, 1999; Holtan *et al.*, 2005); de vivre avec un frère ou une sœur (GAO, 1999; Holtan *et al.*, 2005) de vivre dans le même quartier, de fréquenter la même école et de maintenir le contact avec les amis suite au placement (Brooks et Barth, 1998; GAO, 1999; Holtan *et al.*, 2005).

La stabilité du placement

Plusieurs définitions et mesures de la stabilité sont utilisées dans les études recensées : taux de rupture du placement, nombre de déplacements

et durée du placement. Quel que soit le type de mesure utilisée, les résultats de la recherche empirique tendent à indiquer que les placements auprès d'une personne significative sont plus stables que les placements en famille d'accueil régulière : les enfants placés dans la famille élargie

ont de minimiser la durée du séjour en soins d'accueil, idéalement, en favorisant un retour auprès des parents biologiques ou, si cela n'est pas possible, en encourageant le recours à l'adoption ou à la tutelle. Les résultats de la recherche tendent à conclure à un effet négatif du

des spécialistes sur cette question dépend en partie de la définition que chacun se donne de la notion de permanence. Deux définitions sont au cœur du débat, l'une fondée sur le lien psychologique, l'autre sur le lien légal. Si certains pensent que l'objectif de permanence est mieux



connaissent un taux de rupture du placement moins élevé, sont moins susceptibles de connaître des déplacements au cours de leur séjour en soins d'accueil ou ont des durées de placement plus longues (Chamberlain *et al.*, 2006; Webster *et al.*, 2000; Winokur *et al.*, 2008; Zinn *et al.*, 2006). Il s'agit là d'un des résultats les plus constants de la recherche sur les impacts du placement dans la famille élargie. Compte tenu de ce que l'on sait des conséquences potentiellement délétères de la séparation et des déplacements sur les enfants, ces résultats constituent l'un des arguments les plus souvent utilisés à l'appui du placement en famille d'accueil élargie.

Les enjeux de permanence

Si la stabilité du placement est une bonne nouvelle, les données sur la durée du placement suscitent cependant des inquiétudes chez certains experts qui estiment que l'objectif des services sociaux devrait

placement en famille élargie sur ces trois options de permanence : les enfants placés dans la famille élargie sont moins susceptibles de retourner vivre avec leurs parents, d'être adoptés ou d'être placés sous la tutelle de la famille d'accueil après quelques années en placement. Par contre, la recherche montre que, parmi les enfants qui sont retournés vivre avec leurs parents naturels, ceux qui ont initialement été placés dans la famille élargie sont moins susceptibles de retourner plus tard dans le système de soins d'accueil.

L'effet apparemment négatif sur les indicateurs de permanence doit-il être interprété comme un résultat négatif? Cela pose la question de savoir si le placement à majorité dans une famille d'accueil de parenté devrait être considéré comme une option de permanence en soi. Cette question est au centre des débats depuis de nombreuses années aux États-Unis (Geen, 2003). La position

réalisé par l'entremise de liens légaux, d'autres estiment que, dans la mesure où le placement dans une famille d'accueil de parenté semble pouvoir assurer une stabilité à l'enfant, une continuité des liens, un sentiment d'appartenance et une identité, il pourrait être considéré comme une option de permanence en soi. Cette position conduit à s'interroger sur la nécessité d'appliquer les mêmes efforts à la réalisation des objectifs de permanence dans le cas d'un placement en famille de parenté que dans celui d'un placement traditionnel.

Les effets sur le développement et l'adaptation des enfants

Comparaison avec le placement en famille d'accueil régulière

Notre connaissance des impacts du placement en famille élargie sur le développement et l'adaptation des enfants reste très parcellaire. Une majorité des études recensées tend à montrer que les enfants placés dans

la famille élargie ont sous plusieurs aspects un meilleur fonctionnement que les enfants placés en famille d'accueil régulière : leur performance scolaire est comparable ou supérieure à celle des enfants placés dans d'autres formes de placement; ils sont moins susceptibles d'adopter des comportements agressifs et colériques (problèmes externalisés) ou de présenter des manifestations d'anxiété, de dépendance ou d'isolement (problèmes internalisés) (Holtan *et al.*, 2005, Lawrence *et al.*, 2006; Winokur *et al.*, 2009); ils obtiennent de meilleurs résultats aux échelles de mesure de l'autonomie, des habiletés de communication et de socialisation (Winokur *et al.*, 2009). Les chercheurs voient dans ce meilleur fonctionnement des enfants placés en famille d'accueil de parenté un effet de la continuité des liens avec le milieu social, familial et scolaire.

Là encore, certains biais peuvent être à l'œuvre. À quelques exceptions près (Lawrence *et al.*, 2006), les études recensées utilisent des mesures auprès des parents d'accueil qui pourraient avoir tendance à moins rapporter les comportements problématiques d'enfants auxquels ils sont liés. Par ailleurs, plusieurs de ces études ne tiennent pas compte des caractéristiques des enfants à l'entrée dans les deux types de placement. Or, il est tout à fait possible que les enfants placés auprès de proches aient moins de problèmes au départ, plusieurs études ayant montré que les agences de services sociaux sont plus hésitantes à y placer des enfants ayant des besoins complexes. L'étude de Lawrence *et al.* (2006) confirme toutefois le meilleur fonctionnement des enfants placés en famille de parenté, une fois contrôlé l'effet du statut socioéconomique et des caractéristiques de l'enfant antérieures au placement.

Comparaison avec la population générale

Si les enfants placés en famille d'accueil de parenté semblent mieux fonctionner que ceux qui sont placés en famille d'accueil régulière, les résultats obtenus à divers instruments de mesure de la performance scolaire ainsi qu'aux différentes échelles du *Child Behavior Check List* tendent, par contre, à indiquer qu'ils présentent plus de difficultés que la moyenne des enfants du même âge dans la population générale.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION ET LA RECHERCHE

Que nous apprennent les résultats des recherches sur les impacts du placement en famille d'accueil de parenté? Nous savons que certaines caractéristiques des parents d'accueil apparentés et du contexte dans lequel se réalise ce type de placement constituent des facteurs de risque pour le bien-être des enfants. Est-ce que ce risque est avéré? Nos connaissances sur ce plan restent fragmentaires. Les études sont peu nombreuses et leurs résultats doivent être interprétés avec prudence au vu des limites méthodologiques de plusieurs d'entre elles. Il faut également être très prudent avant de généraliser à la situation québécoise des conclusions issues de recherches réalisées dans des contextes différents du nôtre.

Les résultats obtenus n'en constituent pas moins des contributions importantes à la compréhension du phénomène et à ses implications pour la pratique. La comparaison avec les enfants placés en familles d'accueil régulières est sous plusieurs aspects à l'avantage du placement en famille d'accueil de parenté. Cette forme de placement semble davantage en mesure d'assurer la sécurité, la stabilité et le développement des enfants. Tout semble indiquer aussi que le placement en famille d'accueil

de parenté permet la continuité relationnelle dans la vie de l'enfant, le maintien des liens avec le parent biologique, la fratrie, la communauté d'origine, l'école et les amis.

Un des désavantages du placement dans la famille d'accueil de parenté est qu'il semble moins susceptible que son équivalent extrafamilial de faciliter la réalisation rapide de l'objectif de permanence légale pour l'enfant. Par ailleurs, il faut se rappeler que, si les enfants placés en famille d'accueil de parenté semblent mieux fonctionner que ceux qui sont placés en famille d'accueil régulière, les résultats obtenus à divers instruments de mesure de la performance scolaire, de l'adaptation et des comportements des enfants montrent qu'ils présentent plus de difficultés que la moyenne des enfants du même âge dans la population générale.

Il est difficile, à la lumière des résultats de recherche dont nous disposons, de se prononcer sur la qualité des soins et de la relation à l'enfant offerte dans les familles d'accueil de parenté ou sur la qualité du lien d'attachement dans les deux types de placement. Pour l'instant, rien ne nous permet de confirmer les appréhensions des détracteurs de la mesure sur ce plan, pas plus qu'ils ne permettent d'affirmer qu'elle est la meilleure solution pour tous les enfants.

Les études disponibles tendent donc à indiquer que le placement en famille de parenté a le potentiel de favoriser le bien-être des enfants qui y sont placés, à condition toutefois que la pratique soit implantée de façon adéquate. Pour cela, trois conditions doivent être réunies :

- Un soutien important à tous les acteurs impliqués dans ce type de placement. Parce qu'elles ont plus de besoins et sont plus exposées

au stress engendré par la pauvreté, les familles d'accueil de parenté doivent recevoir au moins autant d'informations, de services et de soutien que les familles d'accueil régulières. Force est de constater que cela n'a pas été le cas jusqu'à présent, du moins aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Cuddeback, 2004).

- des évaluations rigoureuses. Tous les experts s'entendent pour affirmer que le même soin doit être apporté à l'évaluation des familles d'accueil de parenté qu'à celle des familles d'accueil régulières, mais ils estiment que les critères d'évaluation devraient être adaptés à la situation particulière de la famille d'accueil de parenté. Ils recommandent le recours à des normes de pratique identiques à celles qui prévalent pour l'évaluation des familles d'accueil régulières pour tout ce qui touche à la sécurité et à la protection de l'enfant, mais appellent à plus de souplesse dans la prise en compte d'autres dimensions telles que l'environnement physique dans lequel vit la famille, l'âge du parent d'accueil, son état de santé et son revenu, à condition toutefois que le lien d'attachement soit présent. Certains domaines spécifiques d'évaluation de ces familles sont également proposés dans la littérature clinique et scientifique : la qualité du lien d'attachement avec l'enfant, la qualité de la relation avec les parents biologiques, la capacité de faire face aux conflits de loyauté, la volonté de collaborer au plan d'intervention, incluant les objectifs de réunification avec la famille naturelle (Shlonsky *et al.*, 2001).
- la capacité à travailler avec la famille pour trouver la meilleure solution pour l'enfant (Broad, 2007). Pour relever le défi de l'évaluation, de la supervision et de l'accompagnement des familles d'accueil de parenté, plusieurs auteurs consultés font la promotion des approches qui placent le réseau familial et social au cœur des décisions concernant le projet d'un enfant. On pense par exemple à des pratiques telles que les cercles familiaux ou les conférences familiales (*Family Group Conferencing*).

Au plan de la recherche, notre recension fait ressortir le besoin d'études québécoises adoptant une perspective longitudinale permettant de mieux comprendre les liens entre les facteurs contextuels, les décisions d'orientation, la stabilité, le style d'attachement et le développement des enfants. Elle montre l'importance de développer des recherches qui conjuguent plusieurs méthodologies et plusieurs perspectives et qui, notamment, donnent la parole aux enfants et aux jeunes qui vivent cette expérience. Le véritable test pour le placement en famille d'accueil de parenté pourrait venir de la comparaison des histoires des enfants qui ont vécu dans les deux formes de placement.

Parce que la recherche empirique a jusqu'ici été centrée sur la comparaison entre deux types de placement, nous avons très peu de données sur les facteurs associés au succès ou à l'échec des placements en famille élargie : nous savons très peu de choses, à l'heure actuelle, des caractéristiques des enfants les plus susceptibles de profiter du placement dans une famille d'accueil de la parenté (Connolly, 2003; Geen, 2003; Hunt, 2003). En l'absence de données probantes sur ces questions, le placement en famille d'accueil ne doit pas être vu comme une panacée. Il ne saurait y avoir de solution unique quant au type de dispositif à privilégier. Les décisions relatives doivent être prises en tenant compte des besoins, des caractéristiques et de la situation de chaque enfant et des deux familles impliquées. <

Notes bibliographiques

- 1 Dans le reste du texte, nous utiliserons indistinctement les notions de placement dans la famille d'accueil de parenté, de placement dans la famille élargie et de placement auprès de personnes significatives pour désigner cette réalité.
- 2 La notion de placement formel en famille élargie peut englober des situations très variables. Les chercheurs américains distinguent en particulier deux types de placement formel en famille élargie : la prise en charge « volontaire » avec implication de services sociaux (*Voluntary Kinship Care*) et le placement en famille d'accueil de parenté (*Kinship Foster Care*). Dans le premier cas, la prise en charge par la famille élargie peut résulter d'une décision administrative, avoir été conseillée et planifiée par une agence de services sociaux, mais l'enfant n'est pas sous la responsabilité légale de l'État et de ses représentants. Dans le deuxième cas, le placement en famille d'accueil de parenté résulte d'une entente formalisée par un organisme public de protection de l'enfance qui détient la garde légale de l'enfant. La famille élargie assume les soins et la responsabilité de l'enfant en partenariat avec l'État et elle est intégrée au système public de ressources de placement. À ce titre, elle doit, en principe, satisfaire aux exigences de l'évaluation et de l'accréditation. Au Québec, la notion de famille d'accueil spécifique entre dans cette catégorie.
- 3 Cet article est extrait d'une recension des écrits sur le phénomène du placement en famille élargie. Cette recension porte sur une centaine d'articles scientifiques et de monographies publiés en langues française et anglaise, à partir de 1996, dans un contexte géopolitique nord-américain ou européen. Le repérage des documents a été réalisé à l'aide des descripteurs *kinship foster care* et *kinship care* qui se sont révélés directement opérationnels. Les bases de données suivantes ont été interrogées : *psycinfo*, *social service abstract*, *sociological work abstract* et *sociofile*.
- 4 Pour éviter d'alourdir le texte, nous avons dû limiter le nombre de références à l'appui des conclusions de la recherche ainsi que les références citées en bibliographie. Pour plus de détails, voir Turcotte et Bélanger (2010).
- 5 Cette même fluidité peut cependant faire en sorte que les parents d'accueil apparentés aient plus de difficultés à établir des limites dans les visites parentales. Si le maintien des contacts avec les parents naturels a en général une influence positive sur les enfants, il peut aussi constituer un risque pour sa sécurité si le parent n'est pas adéquat.

Références bibliographiques (sélection d'ouvrages)

- Altshuler, S.J. (1999). « Children in kinship foster care speak out: We think we're doing fine », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 16, no 3, 215-235.
- Beeman, S. et L. Boisen (1999). « Child welfare professionals' attitudes toward kinship foster care », *Child Welfare*, Vol. 78, no 3, 315-337.
- Broad, B. (2007). « Kinship care: What works? Who cares? », *Social Work and Social Sciences Review*, Vol. 13, 59-74.
- Brooks D. et R.P. Barth (1998). « Characteristics and outcomes of drug-exposed and non drug-exposed children in kinship and non-relative foster care », *Children and Youth Services Review*, vol. 20, no 6, 475-501.
- Chamberlain P, Price J.M., Reid J.B., Landsverk J., Fisher P.A. et M. Stoolmiller (2006). « Who disrupts from placement in foster and kinship care? », *Child Abuse & Neglect*, vol. 30, no 4, 409-424.
- Cole, S.A. (2006). « Building secure relationships: Attachment in kin and unrelated foster caregiver-infant relationships », *Families in Society* 2006, vol. 87, no 4, 497-508.
- Connolly, M. (2003). *Kinship Care. A Selected Literature Review*, New-Zealand, Department of Child, Youth and Family.
- Cuddeback, G.S. (2004). « Kinship family foster care: a methodological and substantive synthesis of research », *Children and Youth Services Review*, vol. 26, 623-639.
- Farmer, E. et S. Moyers (2008). *Kinship Care: Fostering Effective Family and Friends Placements*, Londres, Jessica Kingsley.
- Farmer, E. et S. Moyers (2005). *Children Placed with Family and Friends: Placement Patterns and Outcomes*, London, Department for Education and Skills.
- GAO (1999). *Foster Care : Kinship Care Quality and Permanency Issues*, Report to the chairman, Subcommittee on human resources, Committee on ways and means, House of representatives, Washington, United States Accounting Office.
- Geen, R. (2003). *Kinship Care. Making the Most of a Valuable Resource*, Washington, The Urban Institute Press.
- Gough, P. (2006). *Le placement dans la famille élargie*, Feuille d'information du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, no 42F, Faculté de service social, Université de Toronto, Téléchargé le 29 février 2009 de www.cccw-cepb.ca/DocsFra/KinshipCare42F.pdf.
- Harden, B. J., Clyman, R.B., Kriebel, D.K. et M.E. Lyons (2004). « Kith and kin care: Parental attitudes and resources of foster and relative caregivers », *Children and Youth Services Review. Special Issue: Kinship Foster Care: Filling the Gaps in Theory, Practice, and Research*, Vol. 26, no 7, 657-671.
- Holtan, A., Ronning J.A., Handegard B.H. et A. Sourander (2005). « A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care », *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 14, no 4, 200-207.
- Hunt, J. (2003). *Friends and Family Care – A Scoping Paper for the Department of Health*, London, The Stationery Office. <http://www.doh.gov.uk/carers/familyandfriends.htm>
- Lawrence, C.R., Carlson, E.A. et B. Egeland (2006). « The impact of foster care on development », *Development and Psychopathology*, vol. 18, 57-76.
- Messing, J.T. (2006). « From the child's perspective: A qualitative analysis of kinship care placements », *Children and Youth Services Review*, vol. 28, 1415-1434.
- Norwood, R. (2007). *Comparing Kin and Non-Kin Foster Parents' Emotional Investment in Their Young Children*, Thèse de doctorat inédite, Université de Louisiane.
- Shlonsky A.R. et J.D. Berrick (2001). « Assessing and promoting quality in kin and nonkin foster care », *Social Service Review*, vol. 75, no 1, 60-81.
- Simard M., Vachon J. et S. Bérubé (1998). *Les familles d'accueil pour jeunes en difficulté au Québec, Étude comparative des familles spécifiques et non spécifiques*, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Turcotte, G. et D. Bélanger (à paraître, 2010). *Le placement dans la famille d'accueil de parenté : principaux constats d'une recension des écrits scientifiques*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Webster D., Barth R.P. et B. Needell (2000). « Placement stability for children in out-of-home care: A longitudinal analysis », *Child Welfare*, vol. LXXXIX, no 5, 614-632.
- Winokur, M., Holton, A. et D. Valentine (2009). « Kinship care for the safety, permanency and wellbeing of children removed from the home for maltreatment », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, John Wiley and Sons.
- Winokur, M.A., Crawford, G.C., Longobardi, R.C. et D.P. Valentine (2008). « Matched comparison of children in kinship care and foster care on child welfare outcomes », *Families in Society*, vol. 8, no 3, 338-346.
- Zinn, A., DeCoursey, J., George, R. et M. Courtney (2006). *A Study of Placement Stability in Illinois*, A Chapin Hall Working Paper, Chicago, USA, The Chapin Hall Center for Children, University of Chicago.

ERRATUM

Nous avons omis de mentionner dans la page des crédits du dernier numéro de *Défi jeunesse* (vol. XVI, no 2) que les photos étaient de Sarah Cousineau et Marc-Olivier Secours. Nous les remercions de leur collaboration et nous nous excusons de cet oubli.

« La diversité culturelle est de plus en plus présente dans notre quotidien. Elle vient questionner nos valeurs, nos pratiques et nos croyances. Elle pousse à dépasser nos acquis, confrontant les différents milieux. »

(Tina Candela, M. Ps.)