Centre jeunesse
de la Montérégie

L'expertise au service de la jeunesse.

GUIDE DE PRATIQUE EN MATIÈRE DE CONTACTS SUPERVISÉS AU CJM

ADOPTÉ PAR LE COMITÉ DE DIRECTION LE 22 JUIN 2010 | N/RÉF. : 090 005

Rédigé dans le cadre des travaux du comité contacts supervisés 2009-2010.

Ce document est tiré en grande partie du *Programme visites supervisées* du Centre jeunesse des Laurentides et du *Programme d'intervention en abandon* du Centre jeunesse de la Montérégie.

Nous souhaitons remercier les membres du comité contacts supervisés de leur précieuse collaboration :

Jackie Beaudet, DPJ
Sylvie Côté, DSJF
Nathalie Desnoyers, DPJ
Marie-Claude Paquet, DSJF
Jean Pinsonneault, DG
Yolande Racine, DSJF
Mélanie Roy, Contentieux
Josée Savoie, DSP
Ghislain Théberge, DSA
Lucie Thivierge, DSJF

Jean Martin
Coordonnateur des services à l'enfance
Direction des services aux jeunes et à leur famille

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. POSTULATS DE BASE 1

2. DÉFINITION, PRINCIPES CLINIQUES, CRITÈRES D'UTILISATION D'UN CONTACT SUPERVISÉ 2

2.1 Définition 2

2.2 Principes cliniques des contacts supervisés 2

2.3 Critères d'utilisation des contacts supervisés 3

3. ASPECTS CLINIQUES D'UNE VISITE SUPERVISÉE 4

3.1 La rencontre préparatoire 4

3.2 Pré/post visite supervisée 5

3.3 Les occasions spéciales 6

3.4 La fratrie 7

3.5 La famille élargie et autres 8

3.6 Personnes significatives 8

3.7 Suspension/interruption temporaire des contacts 9

3.8 Motifs permettant de mettre fin à la mesure des contacts supervisés 10

3.9 Les autres types de contacts 11

3.10 Capacité parentale vs compétences parentales 12

3.11 Types de visites en fonction de l'objectif clinique 14

3.12 Types de visites en fonction des objectifs cliniques poursuivis 15

A. Observer la relation et les interactions parent(s)-enfant 15

B. Évaluer les compétences parentales 17

C. Maintenir les contacts parent(s)-enfant 18

D. Favoriser le développement des compétences parentales 20

E. Reprise de contact parent(s)-enfant 21

F. Accompagner l'enfant et le parent dans la rupture du lien 22

4. ASPECTS ORGANISATIONNELS 23

4.1 Le transport/ arrivée et départ 23

4.2 Le lieu de la visite 24

4.3 Durée et fréquence 25

4.4 Les horaires 26

4.5 La confirmation du parent ou autre personne significative 26

5. CADRE LÉGAL 27

5.1 Les contacts supervisés dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 27

5.2 Les courants jurisprudentiels 28

5.3 Contacts ordonnés suivant l'entente entre les parties 29

5.4 Contacts supervisés ordonnés par le Tribunal 30

5.5 Contacts sous le contrôle et la supervision de la DPJ 30

5.6 La suspension de contacts supervisés 31

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 33

ANNEXES 35

ANNEXE 1 — Tableau synthèse des types de visites supervisées 37

ANNEXE 2 — Règlements des visites supervisées 39

ANNEXE 3 — Visites supervisées (grille d'observation) 41

ANNEXE 4 — Grille d'observation pré/post visite à l'intention du milieu de vie de l'enfant 47

ANNEXE 5 — Grille d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer - 0 à 5 ans 51

INTRODUCTION

Les contacts supervisés représentent une activité clinique importante dans le travail des intervenants du Centre jeunesse de la Montérégie et requièrent des orientations et des balises claires à cet égard. Le présent document se veut un guide pour outiller les intervenants en regard des contacts supervisés et ce, peu importe à quelle étape du processus clinique elles se situent.

1. POSTULATS DE BASE

Lorsque nous nous questionnons à propos des contacts supervisés, c'est qu'il y a déjà eu, dans un premier temps, le retrait d'un enfant de son milieu familial et/ou que la garde de l'enfant est confiée à un seul des parents et que la question des modalités de contact parent-enfant a été abordée. **Dans le présent document, il est question de contacts supervisés afin d'englober non seulement les visites supervisées mais également la supervision des autres formes de contacts lorsque cela est pertinent. Cependant, ce guide traite plus spécifiquement de la visite supervisée comme activité principale pour les intervenants**.

Rappelons que les contacts supervisés ne sont pas des rencontres sociales ou des loisirs offerts aux parents et à l'enfant, mais bien une activité clinique permettant de travailler des objectifs ciblés par l'intervention. Les contacts supervisés peuvent se tenir à la suite d'une décision judiciaire, suivant entente entre les parties ou encore être prévues aux mesures volontaires.

Ainsi, au moment où la supervision devient une forme de modalité de contact, plusieurs facteurs ont été au cœur des réflexions concernant l'enfant et sa famille. La préoccupation fondamentale est alors de s'assurer que *l'intérêt et les besoins de l'enfant* sont répondus tout en respectant les connaissances scientifiques sur les aspects cliniques en jeu, le cadre légal et le cadre organisationnel.

Parmi les facteurs cliniques, certains peuvent interférer dans le processus de prise de décision, d'autres servent de point de référence afin d'objectiver et de mieux soupeser l'impact des décisions à prendre afin de faire des choix éclairés. Les réflexions relatives

aux contacts supervisés tiennent compte, notamment, de différents facteurs tels que l'idéologie du lien biologique, les valeurs de chacun des acteurs dans la chaîne décisionnelle, le lien d'attachement, les liens affectifs positifs significatifs, la notion de temps de l'enfant, les besoins fondamentaux (physiologique, sécurité physique et affective, etc.), le processus de séparation d'un parent toujours vivant, l'idéalisation d'un parent absent, les réactions post-traumatiques d'enfants ayant été témoins ou victimes de mauvais traitements.

2. DÉFINITION, PRINCIPES CLINIQUES, CRITÈRES D'UTILISATION D'UN CONTACT SUPERVISÉ

2.1 Définition

- Un contact supervisé est une activité clinique qui s'inscrit dans un processus d'intervention; cette activité permet de travailler des objectifs spécifiques et d'adapter l'intervention en fonction de l'évolution de la situation.

- Le contact supervisé est un moyen mis à la disposition de l'enfant, permettant les contacts avec ses parents en présence d'une tierce personne. Il peut aussi s'agir d'un contact avec toute personne significative pour l'enfant.

- Le contact supervisé est une mesure qui vise à assurer la sécurité physique et/ou psychologique de l'enfant.

2.2 Principes cliniques des contacts supervisés

- La supervision des contacts doit d'abord être fondée en priorité sur les besoins et l'intérêt de l'enfant. Puisqu'elle est liée à la vulnérabilité de l'enfant, elle devrait varier en fonction de l'âge et/ou du niveau de développement de l'enfant concerné et être en lien avec le motif de compromission.

- On doit favoriser que l'enfant soit accompagné par une personne significative dès qu'il quitte son milieu de vie jusqu'à son retour d'une visite supervisée (*avant, pendant et après*), de façon à assurer sa sécurité affective.

- Le lieu de la visite supervisée doit être le plus près possible du lieu d'hébergement de l'enfant. Il est essentiel de s'assurer que le lieu choisi soit sécurisant pour l'enfant.

- Les contacts supervisés doivent s'inscrire dans une intervention concertée avec les parents, l'enfant et le milieu de vie de celui-ci. Les contacts doivent être planifiés et préparés autant avec les parents qu'avec l'enfant et son milieu de vie afin d'en préciser les modalités, les objectifs et les comportements attendus.

- Le contact supervisé a un **caractère exceptionnel**; la nécessité d'utiliser cette mesure doit, dans chacun des cas, être analysée et révisée en fonction de l'évolution de la situation et des besoins de l'enfant.

2.3 Critères d'utilisation des contacts supervisés

Le risque de menace à l'intégrité physique et psychologique est déterminé en fonction de la dangerosité du parent, de son impulsivité, de ses actions inappropriées et en fonction de la vulnérabilité de l'enfant. A titre d'exemple, un contact supervisé est nécessaire dans les situations suivantes :

- Lorsqu'on a raison de croire que l'enfant risque d'être victime d'abus physique, sexuel ou psychologique pendant la visite;

- Lorsque l'enfant visite une personne à risque, soupçonnée ou reconnue coupable d'abus physiques ou sexuels;

- Lorsqu'on a raison de croire que le comportement du parent pourrait être inapproprié ou imprévisible, par exemple lorsque le parent souffre d'un problème de santé mentale, de toxicomanie, est perturbé affectivement ou fait preuve d'une négligence importante au niveau des réponses aux besoins à apporter à l'enfant;

- Lorsque le parent fait usage de violence verbale envers l'enfant, ou encore place l'enfant en conflit de loyauté, fait preuve d'aliénation parentale et/ou de dénigrement (ex. : à l'égard de la famille d'accueil);

- Lorsque la déficience intellectuelle du parent vient compromettre sa capacité parentale.

Lorsqu'un risque de menace à l'intégrité physique et/ou psychologique est établi et qu'une supervision des contacts s'impose, le superviseur ne peut, en aucun temps, laisser l'enfant seul avec son parent.

3. ASPECTS CLINIQUES D'UNE VISITE SUPERVISÉE

Rappelons ici que la distinction doit être faite entre un contact et une visite supervisée. Les contacts supervisés englobent toutes les formes de contacts (visite supervisée, appels téléphoniques, écrits, etc.) mais la visite supervisée comme activité en soi demeure pour les intervenants, l'activité clinique majeure de leurs interventions.

Considérant que la visite supervisée est une activité clinique avec plusieurs enjeux, la présence de deux intervenants pourrait être indiquée.

3.1 La rencontre préparatoire

Avant de débuter le processus des contacts supervisés, une rencontre préparatoire devrait avoir lieu peu importe l'objectif visé par ces contacts. Cette rencontre est animée par la personne autorisée. En voici les objectifs :

- Clarifier avec le parent les motifs qui justifient l'utilisation d'une telle modalité de contact;
- Clarifier l'objectif principal des visites supervisées;
- Discuter des attentes mutuelles;
- Préciser le déroulement des visites, le rôle et la responsabilité de la personne autorisée ou celui de la tierce personne qui supervisera;
- Clarifier les situations sur lesquelles on interviendra et pour quelles raisons on peut mettre fin à la visite;
- S'entendre avec le parent sur les aspects organisationnels (lieu, heure, durée, confirmation, annulation, transport, etc.);

- Clarifier qui pourra être présent (fratrie, conjoint, famille élargie, etc.);
- Expliquer les 3 étapes de la visite supervisée (pré-visite, visite et post-visite).

A la rencontre préparatoire, il pourrait être pertinent, selon les situations, de convenir avec les parents des règlements pour les visites supervisées. Le document Règlements des visites supervisées (voir en annexe) demeure facultatif. Il pourrait être utilisé à tout moment du processus des visites supervisées selon l'évolution de la situation et selon le jugement de l'intervenant.

3.2 Pré/post visite supervisée

Chaque visite supervisée devrait comprendre 3 étapes : la rencontre pré-visite, la visite entre le parent et l'enfant, et la rencontre post-visite.

<u>La rencontre pré-visite</u>

Le parent doit se présenter pour une rencontre avant la visite, selon une période déterminée par la personne autorisée et/ou le superviseur. Différents objectifs sont visés par cette rencontre :

- Bien connaitre l'état dans lequel se trouve le parent afin de bien pouvoir anticiper l'atmosphère dans laquelle se déroulera la visite;
- Transmettre au parent des informations importantes au sujet de son enfant, qui sont nécessaires au bon déroulement de la visite. Ceci nécessite que l'intervenant ait eu une communication avec le milieu de l'enfant au préalable (famille d'accueil, centre de réadaptation, autre parent ou milieu) afin de bien connaitre son état. L'objectif est que le parent s'adapte à son enfant, et d'observer l'attitude ou le comportement du parent en lien avec l'information qu'il possède;
- Le parent se fixe des objectifs spécifiques précis et concrets pour la visite avec son enfant, ce qu'il souhaite travailler quant à ses compétences parentales (par ex. : être à l'écoute des demandes de son enfant), ce qu'il souhaite faire quant aux besoins de son enfant (par ex. : faire de la stimulation avec son enfant, pratiquer sa motricité…);
- L'intervenant précise si nécessaire les comportements ou attitudes à éviter;

- La rencontre permet d'observer la capacité du parent à intégrer les apprentissages (ex. : se rappelle-t-il ce qu'il doit améliorer en lien avec la dernière visite?).

La rencontre post-visite

Le parent rencontre la personne autorisée et/ou le superviseur afin de discuter du déroulement de la visite. Les objectifs de cette rencontre sont :

- Le parent partage son appréciation de la visite, quelles ont été ses forces, quelles ont été ses difficultés;
- L'intervenant partage ses observations, les forces et les difficultés, apprécie l'atteinte des objectifs fixés par le parent, sa motivation et la mobilisation de celui-ci;
- L'intervenant partage également ses observations quant à l'enfant (son état, ses réactions, ses difficultés);
- L'intervenant discute de moyens avec le parent pour les difficultés identifiées, en utilisant des exemples ou séquences concrètes qui se sont passées durant la visite;
- L'intervenant guide le parent vers une réflexion pour les objectifs spécifiques de la prochaine visite et planifie et/ou confirme la prochaine visite.

Il ne faut pas oublier que le principal acteur de la visite est l'enfant. En fonction de son âge et de ses besoins, il peut être indiqué (si ce n'est pas le superviseur qui effectue le transport) de le rencontrer un moment seul avant et/ou après la visite dans le but de connaître ses préoccupations, ses inquiétudes ou ses questions. Les observations recueillies quant à sa réaction avant et après la visite ainsi que les informations colligées par le superviseur pendant la visite sont déterminantes afin de s'assurer constamment que les contacts ne lui causent pas de préjudices mais, au contraire, lui sont bénéfiques.

3.3 Les occasions spéciales

Chaque demande où il est question d'une « occasion spéciale » (Noël, anniversaires…) devra inciter la personne autorisée à réfléchir sur le sens d'une telle rencontre pour l'enfant, à se pencher sur les besoins de celui-ci et à se distancer par

rapport à ses propres valeurs. Il ne faut pas oublier que les éléments qui nous inquiètent le reste de l'année sont toujours présents et peuvent même être exacerbés lors d'événements spéciaux. Cela invite également à la prudence avant d'envisager que le « tiers » superviseur puisse alors être quelqu'un de la famille lors de ces événements. Il est également question des membres de la famille élargie, dont les grands-parents qui, lors de ces occasions, demandent à être présents lors des visites alors qu'ils ont eu très peu sinon aucun contact avec l'enfant depuis fort longtemps. Toutes ces préoccupations sont cependant plus facile à résoudre lorsqu'on se questionne sur : **« Quel est le sens pour l'enfant? Ça sert à qui? Ça sert à quoi? »**.

3.4 La fratrie

Il est ici question de **fratrie significative pour l'enfant**. Avant de considérer comme fratrie des enfants qui n'ont vécu ensemble que quelques mois et de mettre de côté les enfants qui n'ont pas de « liens biologiques » mais qui ont été placés plusieurs années ensemble, il importe de se demander qui est la fratrie significative pour l'enfant.

Lorsqu'il est question de superviser des contacts parent-enfant, dans la plupart des cas, la présence de plusieurs enfants alourdira la tâche pour un parent qui a souvent peu de capacité. La décision d'inclure ou d'exclure la fratrie dans la visite avec le parent n'est pas indissociable de l'objectif clinique de la visite, on ne peut donc pas en faire une règle générale pour toutes les visites. La question du sens demeure donc au centre de la réflexion à faire avant de se prononcer quant à la fratrie, il faut donc se demander : **« Quel est le sens pour l'enfant? Ça sert à qui? Ça sert à quoi? »**. Par exemple, si l'objectif est d'observer la dynamique familiale, les rôles de chacun, la présence de la fratrie est tout à fait indiquée. Si l'objectif est de bâtir la relation avec le parent, de maintenir ou de recréer un lien, cela doit se faire avec chaque enfant en individuel. Si l'objectif est d'observer la sensibilité et la capacité du parent à répondre aux besoins de ses enfants lorsqu'ils sont ensemble, cela peut être indiqué. Si on veut favoriser le développement des compétences parentales, il peut être plus adéquat de commencer avec un enfant à la fois avant d'augmenter graduellement les défis pour le parent.

Enfin, il y a les contacts entre la fratrie qui font parfois l'objet d'une supervision. Les questions de la menace à l'intégrité physique et psychologique ainsi que du sens pour chacun des enfants doivent également faire l'objet d'une réflexion qui déterminera la fréquence et les modalités de visite.

3.5 La famille élargie et autres

Les mêmes préoccupations énoncées quant à la fratrie s'appliquent à la famille élargie et à toute autre personne manifestant l'intérêt d'avoir des contacts qui nécessiteraient une supervision, incluant les conjoints et les nouveaux conjoints. Il est donc question de ne considérer que les personnes significatives pour l'enfant et de voir quel est le sens de ce contact pour l'enfant : **« Quel est le sens pour l'enfant? Ça sert à qui? Ça sert à quoi? »**.

3.6 Personnes significatives

Tel que mentionné précédemment, il peut arriver que des contacts supervisés aient lieu entre l'enfant et une personne significative. Il est donc important de bien établir ce qu'on entend par personne significative.

L'article 4 de la *Loi sur la protection de la jeunesse* introduit la notion de « personne significative », de continuité des soins et de stabilité des liens. Mais cet article précise bien qu'il s'agit ici « des personnes qui lui sont (à l'enfant) les plus significatives ».

Selon le *Guide de pratique relatif à l'orientation et à la prise de décision concernant les mesures : « confié à », placement à majorité, tutelle* (CJM, 2008), deux volets sont à considérer pour identifier si une personne est significative ou non. Il faut préciser que ces critères s'appliquent aux cas où l'on envisage de confier un enfant à une personne qui serait significative, non aux contacts supervisés. Toutefois, on peut s'inspirer des critères dégagés par la jurisprudence, essentiellement le volet subjectif, afin de déterminer l'opportunité du contact.

Le volet subjectif

Il s'agit de se placer dans la même position que l'enfant et de regarder qui fait partie de la sphère quotidienne de ce dernier.

- Quel espace occupe ces personnes dans la vie de l'enfant?
- Quelle est la fréquence des contacts?
- Quels sont les liens en fonction de l'âge ? Vérifier auprès de l'enfant et s'enquérir auprès des parents.

3.7 Suspension/interruption temporaire des contacts

Suspension temporaire des contacts

Malgré l'importance du maintien des contacts entre l'enfant et ses parents, il peut s'avérer impossible de les poursuivre. L'enfant est alors notre guide **(Il est important ici de se référer à la section 5.6 du cadre légal pour la suspension des contacts supervisés)**. Bien qu'un certain bouleversement soit normal, surtout lorsque la séparation est récente, il se peut que l'enfant soit tellement perturbé à la suite des contacts qu'il faille les interrompre de façon temporaire pour réévaluer la situation. Il se peut aussi que l'enfant demande l'interruption parce qu'il ne s'y sent pas bien. On devrait encore une fois respecter sa volonté et l'accompagner dans la résolution de ses difficultés. S'il demande à reprendre les contacts parce qu'il se sent prêt ou qu'il a besoin de valider certaines choses, il est aussi essentiel de l'assister à travers ce processus.

De façon plus spécifique, lorsque les visites supervisées sont problématiques, il convient de reprendre la situation avec les parents. Si un travail de prise de conscience plus long doit être entrepris avec eux, il convient de suspendre les visites pour une courte période prédéterminée. Par ailleurs, si les parents ont d'autres formes de contacts avec l'enfant (téléphones, lettres) alors que les visites sont suspendues, ils pourraient transmettre des messages contradictoires sur le sens de l'intervention.

Lorsque les parents ne respectent pas les ententes, en s'absentant de façon répétée par exemple, les contacts peuvent être suspendues. Il est souvent indispensable d'en

discuter d'abord avec l'enfant. Le comportement des parents soulève probablement de vives réactions chez lui, mais il doit être accompagné afin d'en arriver à faire ses choix. Il sera par contre toujours nécessaire de revoir les modalités avec les parents et de les amener à comprendre l'impact de leurs actions sur l'enfant.

Si, malgré le fait que les contacts soient supervisés, les parents se comportent de manière inappropriée ou que la seule présence des parents terrorise l'enfant lors d'une visite, les contacts devraient être suspendus. Les parents devront être rencontrés et accompagnés pour qu'ils comprennent l'impact de leurs propos, ou à tout le moins qu'ils apprennent à se contenir en présence de l'enfant.

Interruption en cours de visite supervisée

Il peut arriver que l'intervenant ait à interrompre une visite supervisée en cours ou sur le point de débuter. Les motifs pour interrompre une visite supervisée sont expliqués au parent lors de la rencontre préparatoire. Parmi ceux-ci, notons le non respect des attentes nommées avant le début des visites (sobriété, stabilité émotive, etc.), toute forme de violence envers l'enfant ou le personnel, verbale ou physique, tout comportement inapproprié. De plus, les réactions et les manifestations de l'enfant pourraient également être des motifs permettant d'interrompre une visite supervisée.

3.8 Motifs permettant de mettre fin à la mesure des contacts supervisés

Dès que, lors de la révision de cette activité clinique, il apparaît ne plus y avoir de menace à l'intégrité physique et/ou psychologique de l'enfant, il faut mettre fin à cette activité et permettre un autre type de contact. En ce sens, la supervision peut progressivement devenir partielle afin de permettre une transition entre les contacts supervisés et non supervisées lorsque le parent a atteint les objectifs permettant de croire qu'il ne représente plus un danger pour son enfant.

Pour certains types de contacts supervisés, par exemple lorsqu'il s'agit d'une situation où le projet de vie est à l'extérieur du milieu familial ou que l'enfant est dans un processus de séparation, la fin d'une mesure de contact supervisé ne pourrait se faire qu'après une longue période de temps. Berger et Rigaud (2001)[1] identifient un certain nombre d'indices suggérant qu'il n'est plus nécessaire de superviser les contacts parents-enfants. C'est souvent à la suite de plusieurs années de travail, alors que l'enfant est devenu adolescent, qu'il est possible d'en arriver à ces contacts non supervisés. Ces indices sont :

- L'enfant ne montre plus de perturbations liées aux rencontres avec ses parents;
- l'enfant peut s'affirmer face à ses parents même quand ils expriment une divergence de points de vue;
- l'enfant peut repérer le moment où il vit des malaises en présence de ses parents;
- le lien entre l'enfant et la famille d'accueil est bien établi et il n'y a pas de situation conflictuelle;
- les apprentissages scolaires ne sont pas trop envahis par les préoccupations de l'enfant concernant ses parents;
- les parents peuvent se contenir verbalement et physiquement.

Rappelons que l'intervenant s'assurera de faire modifier les mesures s'il y a une ordonnance de contacts supervisés.

3.9 Les autres types de contacts

Il importe de rappeler que les ordonnances du Tribunal de la jeunesse ne parlent pas de visites supervisées mais bien de contacts, ce qui inclut les visites, les téléphones, la correspondance postale et électronique, etc.

Lorsqu'une décision est prise de superviser les contacts directs parent-enfant, une réflexion s'impose automatiquement quant aux autres types de contacts (téléphonique, électronique, postal, etc.). En effet, selon les motifs sous-jacents à l'évaluation de la « menace à l'intégrité…», il peut s'avérer essentiel de superviser également ces types

[1] Tiré de Bordeleau, S. et D. Genest, 2006.

de contacts. Par exemple, si la supervision du contact direct requiert que le tiers superviseur entende l'ensemble des échanges entre parent et enfant afin d'éviter certains propos, il est impossible d'envisager que les contacts téléphoniques et électroniques ne soient pas également supervisés. Dans le même ordre d'idées, il faut également réfléchir à l'accompagnement à prévoir lors des rendez-vous médicaux. La famille d'accueil, comme gardien de fait de l'enfant, doit s'assurer du suivi médical régulier de l'enfant. Elle aura donc la responsabilité de se présenter aux visites médicales avec l'enfant. Toutefois, le parent doit en tout temps être informé des démarches qui concernent son enfant comme, par exemple, les rendez-vous médicaux. L'intervenant psychosocial doit prévoir y être dans le cas où le parent manifeste le désir de se présenter au rendez-vous médical de son enfant afin d'assurer la supervision de ces contacts et ne pas déléguer cette trop lourde responsabilité aux responsables de la famille d'accueil.

3.10 Capacité parentale vs compétences parentales

Dans le cadre des contacts parents-enfants, les objectifs de nos rencontres ont pour but de travailler des aspects précis en lien avec les objectifs ciblés à l'intervention.

Pour ce faire, les notions de compétence et de capacité parentale nous apparaissent importantes à distinguer. Souvent confondus, une meilleure connaissance de chacun des concepts nous permettra de mieux préciser les objectifs du plan d'intervention et de faire le lien avec les objectifs de nos contacts parents-enfants.

La capacité parentale[2]

« Les capacités parentales réfèrent à l'aptitude ou au potentiel des parents à exercer leur rôle. Ce potentiel peut être actualisé ou latent (Lalande & Paquette, 2004). Par exemple, une personne sans enfant peut avoir des capacités parentales. Les capacités parentales sont des capacités de base et, en ce sens, elles ont un caractère

[2] Selon les auteurs, on parlera de la capacité parentale ou des capacités parentales, selon que l'on considère la capacité d'exercer une fonction parentale dans son sens le plus large ou à partir de déterminants plus spécifiques. Le sens demeure toutefois le même tel que défini ici, en référant à une potentialité. (Programme d'intervention en Négligence, CJM, 2010.)

de permanence. Par exemple, un parent qui a des limites cognitives importantes aura aussi des limites dans ses capacités parentales.

Dans une perspective développementale, la présence de capacités parentales est considérée comme l'aboutissement d'un processus en trois stades : l'accès à l'autonomie personnelle, la capacité de se situer confortablement par rapport à un lien amoureux ou un couple et enfin, le développement des capacités parentales (Ranger, 2004). L'autonomie personnelle réfère, entre autres, à la stabilité dans la vie des parents (logement, travail, conjoint, budget, relations sociales) et à la capacité de maintenir les moyens mis en œuvre pour solutionner ses problèmes personnels. Un adulte qui réussit à prendre soin de lui-même est plus en mesure de prendre soin de son couple et mieux préparé et disposé à prendre soin de son enfant. Plus les stades antérieurs se sont développés adéquatement, plus les capacités parentales risquent d'apparaître et de s'exercer. »[3]

Au CJM, l'outil privilégié pour évaluer la capacité parentale est l'adaptation de l'outil de Steinhauer, dans lequel on retrouve les principales dimensions à considérer dans l'évaluation. Totalisant neuf dimensions, le guide d'évaluation nous permet d'identifier la capacité actuelle du parent à procurer à son enfant un minimum vital pour son développement normal, considérant ses forces et ses difficultés (dans chacune des dimensions).

Le guide nous permet également d'évaluer la capacité du parent à modifier (son potentiel de changement) sa conduite dans un délai raisonnable (pronostic) sans qu'il y ait préjudice pour le développement de l'enfant. Le parent peut-il apprendre et peut-il maintenir ses apprentissages dans le temps?

Les compétences parentales

« Les compétences parentales ou les habiletés parentales réfèrent aux attitudes et conduites favorisant le développement de l'enfant. Les compétences parentales concernent les actions des parents envers l'enfant. Elles peuvent s'améliorer ou se détériorer selon les circonstances de la vie. L'actualisation des compétences

[3] Tiré du *Programme d'intervention en abandon*, Centre jeunesse de la Montérégie, 2005.

parentales exige deux éléments fondamentaux : la capacité et la volonté d'exercer leur rôle de parent. Il y a des compétences générales et des compétences spécifiques associées à l'âge de l'enfant. »[4]

Les compétences parentales correspondent à la quatrième dimension de l'adaptation de l'outil d'évaluation de Steinhauer et font donc partie intégrante de la capacité parentale.

Cadre des visites supervisées

Dans ce contexte, les objectifs en lien avec les visites supervisées nous permettront d'identifier la nature du lien parent-enfant, les habiletés du parent à répondre aux besoins de son enfant, travailler à ce que le parent puisse acquérir certaines compétences ou encore à développer ou renforcir un lien d'attachement avec son enfant. La spécificité de ces objectifs découle directement d'une planification rigoureuse de l'intervention et de la nécessité d'évaluer la capacité parentale afin de bien déterminer la capacité du parent à répondre aux besoins de son enfant et aussi, de sa capacité à faire de nouveaux apprentissages, et ce, le plus rapidement possible.

Par ailleurs, il est important de bien saisir que le processus clinique des visites supervisées est d'abord et avant tout un processus dynamique qui sert à la fois d'évaluation continue et aussi d'intervention. Nous devons toujours avoir en tête que, malgré la nécessité d'observer et de documenter certaines dimensions de la capacité, il nous sera nécessaire d'intervenir afin de développer des compétences chez le parent, minimalement les compétences nécessaires durant la visite, afin que l'enfant se sente toujours en sécurité, c'est-à-dire qu'il ait confiance qu'il aura toujours réponse à ses besoins et ce, peu importe l'objectif de nos contacts.

3.11 Types de visites en fonction de l'objectif clinique

Les visites supervisées, pour être utiles et pertinentes, doivent faire l'objet d'une planification rigoureuse et, conséquemment, apparaître au plan d'intervention lorsque le dossier est à l'étape de l'application des mesures. Les différents objectifs cliniques

[4] Ibid

doivent donc découler, dans un premier temps, du but du plan d'intervention et être en lien avec un objectif inscrit au plan. « Pour s'assurer que le déroulement des visites correspond aux objectifs de l'intervention, l'intervenant psychosocial doit faire des retours avec l'enfant et le parent. La famille d'accueil ou l'éducateur de la ressource intermédiaire (RI) ou du centre de réadaptation sont aussi mis à contribution pour connaître les réactions de l'enfant suite aux visites ou ce qu'il peut en dire par la suite. »[5] En ce sens, il est important de préciser aux collaborateurs concernés nos attentes, le rôle attendu de leur part, les observations que l'on souhaite qu'ils réalisent et les besoins de l'enfant dans ce processus. À cet égard, il pourrait être pertinent dans certaines situations que le milieu de vie de l'enfant documente les observations des comportements de l'enfant (pré/ post-visite) à l'aide de la grille d'observation mise en annexe. Rappelons ici que la visite supervisée doit s'inscrire dans une intervention partagée avec les parents, l'enfant et le milieu de vie de celui-ci. S'il y a un changement dans la mesure ou l'ordonnance ou un changement dans l'objectif poursuivi par la visite supervisée, l'information doit être partagée avec les parties concernées.

Les visites supervisées peuvent donc servir à atteindre un ou plusieurs des objectifs suivants :

A. Observer la relation et les interactions parent(s)-enfant
B. Évaluer les compétences parentales
C. Maintenir les contacts parent(s)-enfant
D. Favoriser le développement des compétences parentales
E. Reprise de contact parent(s)-enfant
F. Accompagner l'enfant et le parent dans la rupture du lien

3.12 Types de visites en fonction des objectifs cliniques poursuivis

A. OBSERVER LA RELATION ET LES INTERACTIONS PARENT(S)-ENFANT

Rôle de la personne autorisée

Ce type de visite est un préalable autant à l'étape évaluation/ orientation qu'à l'application des mesures. Il s'agit ici d'observer les parents en interaction libre avec

[5] Cadre de référence de matière de (…), Centre jeunesse de la Montérégie, 2007.

leur enfant afin d'identifier les forces et les limites en présence. En lien avec les compétences requises par le superviseur et dans le meilleur intérêt de l'enfant, la personne autorisée semble donc être la personne à privilégier à titre de superviseur pour ce type de visite.

Ainsi, avant de déterminer le type de visite en fonction de l'objectif clinique poursuivi, il importe que la personne autorisée ait fait elle-même un certain nombre de supervisions afin de s'assurer qu'un autre type de visite ne répondrait pas mieux aux besoins de la situation vécue par l'enfant. Elle pourra décider par la suite de confier le mandat de superviseur à un autre partenaire advenant un changement d'objectif clinique de la visite. Ce type de visite devrait inclure quelques rencontres afin de statuer rapidement si une intervention au niveau des compétences parentales est requise ou si on passe à l'objectif clinique de favoriser le contact parent(s)-enfant. Une fois les observations colligées, l'intervenant devra partager ses observations avec le(s) parent(s) et réviser ses modalités de visites supervisées selon les conclusions tirées.

Rôle du superviseur

Ce type de visite doit être supervisé par des personnes qui possèdent les habiletés cliniques nécessaires pour observer la relation parent(s)-enfant en tenant compte, notamment, de la théorie sur le lien d'attachement. De plus, le superviseur pourra être interpellé par la Chambre de la Jeunesse pour rendre compte de ses observations; il doit donc être habilité à témoigner de ses observations en termes cliniques et, le cas échéant, à formuler des recommandations en lien avec son analyse clinique.

Les mandats d'évaluation du lien d'attachement, soit de la base de sécurité affective de l'enfant, nécessitent une connaissance de ce concept et des outils pour évaluer cette dimension de la relation entre l'enfant et son parent. Ce type d'évaluation doit être fait par des professionnels qualifiés et c'est pourquoi il est surtout question ici d'observer la qualité de la relation parent(s)-enfant et non pas de statuer sur le type d'attachement de l'enfant envers son parent. Ces observations donneront cependant de bons indices permettant de formuler des hypothèses à ce sujet et de demander une investigation plus approfondie si nécessaire afin d'évaluer et de qualifier le lien d'attachement entre l'enfant et les personnes significatives.

Durée et fréquence de ce type de visite

La durée et la fréquence des visites doivent d'abord être déterminées en fonction de l'âge de l'enfant, de son intérêt et de ses besoins. Ce type de visite ne devrait pas perdurer dans le temps mais plutôt être utilisé seulement le temps nécessaire, généralement de 4 à 5 rencontres, pour que le superviseur observe suffisamment la relation afin de déterminer si un support et un accompagnement sont pertinents à cet effet et de préciser les objectifs à travailler en lien avec la relation parent(s)-enfant.

Outil préconisé

- Grille d'observation
- Grille de Steinhauer (dimension 3)

B. ÉVALUER LES COMPETENCES PARENTALES

Rôle de la personne autorisée

Le rôle de la personne autorisée est d'évaluer la relation parent(s)-enfant en se centrant sur les compétences parentales. La personne autorisée, l'éducateur ou le TAS sont les personnes à privilégier à titre de superviseurs pour ce type de visite.

Rôle du superviseur

Ce type de visite doit être supervisé par des personnes qui possèdent les habiletés cliniques nécessaires pour observer les compétences parentales, soit de connaître les critères pour documenter la capacité du parent à répondre adéquatement aux besoins de son enfant. De plus, le superviseur pourra être interpellé par la Chambre de la Jeunesse pour rendre compte de ses observations; il doit être habilité à témoigner de ses observations en termes cliniques et, le cas échéant, à formuler des recommandations en lien avec son analyse clinique.

L'appréciation de la capacité du parent à se préoccuper de son enfant, de son vécu et de ses besoins doit se faire par du personnel qui possède les connaissances nécessaires du développement, des besoins des enfants et des réactions normales et

dysfonctionnelles de ceux-ci dans des contextes artificiels. Les dimensions de la qualité des soins et de la compétence parentale doivent être maîtrisées.

Durée et fréquence de ce type de visite

La durée et la fréquence des visites doivent d'abord être déterminées en fonction de l'âge de l'enfant, de son intérêt et de ses besoins. Ce type de visite ne devrait pas perdurer dans le temps mais plutôt être utilisé seulement (le temps nécessaire) pour que le superviseur documente suffisamment les compétences parentales afin de déterminer si un support et un accompagnement sont pertinents à cet effet et de préciser des objectifs à travailler en lien avec cet aspect.

Outils préconisés

- Grille d'observation
- Grille de Steinhauer (dimension 4)

C. MAINTENIR LES CONTACTS PARENT(S)-ENFANT

Ce type de visite implique des activités de contrôle et de surveillance et permet à l'enfant de maintenir un lien avec son parent.

Rôle de la personne autorisée

Avant d'en arriver à ce type de visite, il importe que la personne autorisée ait fait elle-même un certain nombre de supervisions afin d'observer et de pouvoir témoigner sur l'état de la relation du parent avec son enfant, sur la qualité des réponses aux besoins de l'enfant et sur l'évolution de la situation afin de s'assurer qu'un autre type de visite ne répondrait pas mieux aux besoins de la situation vécue par l'enfant. La supervision de ces visites pourrait être effectuée par d'autres intervenants que la personne autorisée (TAS, éducateur), soit, par un organisme communautaire offrant ce type de service, ou par une tierce personne (ex. : famille élargie) identifiée par la personne autorisée ou par le tribunal de la jeunesse.

Rôle du superviseur

Le mandat du superviseur est donc d'assurer la sécurité de l'enfant en :

- Assurant un environnement sécuritaire;
- Contrôlant les gestes et les paroles inappropriés envers l'enfant;
- Contrôlant les comportements inappropriés du parent (affecté par des drogues, l'alcool, propos dénigrants…);
- Contrôlant la présence ou l'absence de certains individus dans le milieu que fréquente l'enfant.

Les exigences suivantes concernent le superviseur des visites qui impliquent des activités de contrôle et de surveillance :

- Capacité de composer avec les problématiques vécues par les enfants supervisés;
- Adhérer aux objectifs de l'établissement en regard de cette fonction;
- Capacité d'empathie envers les enfants et les parents en difficulté;
- Capacité d'affirmation de soi;
- Bon jugement;
- Être en mesure de communiquer ses observations à la personne autorisée;
- Respecter la confidentialité en tout temps;
- Avoir reçu la formation en lien avec l'exercice sa fonction;
- Avoir la capacité de compléter la grille d'observation;
- Avoir la capacité de collaborer avec la personne autorisée.

Durée et fréquence de ce type de visite

La durée et la fréquence des visites doivent être déterminées en fonction de l'âge de l'enfant, du but identifié au plan d'intervention et du type de relation à privilégier avec le parent. En plus de l'âge de l'enfant, ses réactions avant, pendant et après la visite sont de bons indices pour déterminer si la fréquence et/ou la durée répondent ou non à ses

besoins. Quant au but visé au plan d'intervention, il est important que la fréquence des visites soit cohérente avec la finalité de l'intervention.

Outil préconisé

- Grille d'observation

D. FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PARENTALES

Rôle de la personne autorisée

La personne autorisée, l'éducateur ou le TAS sont les personnes à privilégier à titre de superviseurs pour ce type de visites.

Avant chaque révision du plan d'intervention et des contacts supervisés, la personne autorisée doit superviser au moins un contact afin de valider la pertinence de maintenir ou de changer le type de visite en fonction de l'objectif clinique poursuivi. C'est également la personne autorisée, accompagnée ou non du superviseur, qui doit rendre compte de l'évolution de la situation au parent supervisé.

Rôle du superviseur

Ce type de visite doit être supervisé par des personnes qui possèdent les habiletés cliniques nécessaires pour favoriser le développement des compétences parentales. De plus, le superviseur pourra être interpellé par la Chambre de la Jeunesse pour rendre compte de ses observations; il doit donc être habilité à témoigner de ses observations en termes cliniques et, le cas échéant, à formuler des recommandations en lien avec son analyse clinique.

L'apprentissage de nouvelles façons de faire par le biais du « *modelling* », du support, des conseils, de la rétroaction sur les succès et les erreurs doit être généré par du personnel maîtrisant ces techniques d'intervention. Au fur et à mesure que les visites progressent, le superviseur se doit également de réévaluer les compétences parentales afin de mesurer l'impact des interventions et le progrès du parent.

Durée et fréquence de ce type de visite

La durée et la fréquence peuvent varier en fonction de la capacité d'intégration et de la réceptivité du parent, ainsi que des besoins de l'enfant. Lorsqu'un parent démontre des compétences, nous pouvons mettre en place des visites plus longues, jusqu'à une demi-journée par exemple, quand nous devons observer le parent dans divers moments (biberon, jeu, sieste, etc.). Ce type de visite doit être utilisé seulement le temps nécessaire pour que le parent développe suffisamment de compétences pour qu'il n'y ait plus de menace à l'intégrité physique et/ou psychologique de l'enfant.

Outils préconisés

- Grille d'observation
- Grille de Steinhauer (dimension 4)

E. REPRISE DE CONTACT PARENT(S)-ENFANT

Rôle de la personne autorisée

Avant d'en arriver à ce type de visite, il importe que la personne autorisée ait rencontré le parent à quelques reprises afin d'évaluer ses intentions, son degré de mobilisation, le rôle qu'il souhaite jouer auprès de son enfant, sa sensibilité au vécu de son enfant suite à la rupture de contact, sa stabilité, etc. La personne autorisée doit également bien connaître l'enfant en question afin de pouvoir émettre des hypothèses quant à l'impact de la reprise de contact sur ce dernier. Elle doit connaître ses besoins, sa vulnérabilité et ses attentes face à son parent.

La personne autorisée doit rendre compte de la situation de l'enfant à son parent et doit décider du déroulement des visites en respectant l'intérêt et les besoins de l'enfant. Il est à noter qu'une reprise de contact doit se faire de façon graduelle, en fonction de l'intérêt de l'enfant et peut commencer par des échanges de photos, de lettres, etc. L'expérience nous montre que, souvent, il faut aller au-delà des verbalisations de l'enfant à l'effet qu'il veut « voir son parent » pour identifier le besoin réel (savoir qu'il existe, avoir des nouvelles, avoir une photo, savoir qu'il ne l'a pas oublié, etc.).

Rôle du superviseur

Ce type de visite doit être supervisé par des personnes qui possèdent les habiletés cliniques nécessaires pour actualiser le mandat de favoriser une reprise de contact parent(s)-enfant. Ce type de visite devrait être supervisé par quelqu'un de significatif pour l'enfant. Cela peut être la personne autorisée ou tout autre intervenant connu de l'enfant. Le superviseur doit avoir des habiletés en relation d'aide puisqu'il devra également accompagner l'enfant avant et après les visites en lien avec son vécu affectif.

Durée et fréquence de ce type de visite

La durée et la fréquence des visites doivent d'abord être déterminées en fonction de l'âge de l'enfant, de ses besoins et de son intérêt. Ce type de visite doit être utilisé seulement le temps nécessaire et une évaluation du risque de menace à l'intégrité physique et/ou psychologique de l'enfant doit être refaite après quelques rencontres afin de déterminer si la supervision est toujours indiquée. Le lieu choisi pour tenir ce type de visite supervisée devrait faire l'objet d'une attention particulière.

Outils préconisés

- Grille d'observation
- Livre de vie (pour préparer l'enfant à la reprise de contact) [facultatif]

F. ACCOMPAGNER L'ENFANT ET LE PARENT DANS LA RUPTURE DU LIEN

Rôle de la personne autorisée

Avant d'en arriver à ce type de visite, il est plus que probable que d'autres types de visites aient préalablement été mis en place mais que, pour diverses raisons, une rupture du lien entre le parent et son enfant est imminente. Ainsi, il importe que la personne autorisée ait fait elle-même un certain nombre de supervisions afin de s'assurer qu'un autre type de visite ne répondrait pas mieux aux besoins de la situation vécue par l'enfant. La personne autorisée doit accompagner le parent et l'enfant, individuellement, dans ce processus de rupture.

Rôle du superviseur

Ce type de visite devrait être supervisé par des personnes qui possèdent les habiletés cliniques nécessaires pour actualiser le mandat d'accompagner l'enfant dans cette rupture relationnelle importante. Ce type de visite devrait être supervisé par quelqu'un de significatif pour l'enfant. Cela peut être la personne autorisée ou tout autre intervenant connu de l'enfant. Le superviseur doit accompagner l'enfant avant et après les visites en lien avec son vécu affectif. Il devra également accompagner le parent, en lien également avec son vécu (sentiment de culpabilité et d'incompétence dans les cas d'adoption, etc.) afin de le guider dans ce processus de rupture (donner la permission à l'enfant de s'investir ailleurs, etc.) lorsque c'est possible.

Durée et fréquence de ce type de visite

Ce type de visite implique une réduction graduelle des contacts avec le parent en fonction des besoins et de l'intérêt de l'enfant.

Outils préconisés

- Grille d'observation
- Livre de vie

4. ASPECTS ORGANISATIONNELS

Malgré le fait que l'on traite ici d'aspects plus organisationnels, il ne faut pas perdre de vue que toutes ces décisions s'appuient sur des principes cliniques.

4.1 Le transport/ arrivée et départ

Les parents doivent se déplacer par leurs propres moyens pour se rendre aux visites supervisées. Il est plus que souhaitable que l'enfant, surtout s'il est en bas âge, soit transporté par une personne significative (intervenant psychosocial, famille d'accueil, parenté, le tiers superviseur, transporteur qui demeure inchangé, etc.). En effet, la période précédent et suivant directement la visite peut susciter différentes émotions et l'enfant doit sentir qu'il peut compter sur la personne qui l'accompagne pour accueillir

ses réactions. Il s'agit d'un moment clinique important, permettant de préparer ou de reprendre le contenu de la rencontre. Dans ces moments, l'enfant exprime souvent ses préoccupations et ses craintes à l'égard des visites mais aussi en regard de sa situation. Il est donc essentiel qu'une personne de confiance soit présente pour recevoir tout ce qu'il peut exprimer. **Dans les situations où ce n'est pas l'intervenant psychosocial qui assume le transport de l'enfant, celui-ci doit s'assurer d'obtenir les informations recueillies auprès de l'enfant par la personne qui aura fait le transport**. Il est également important de contacter le milieu de vie de l'enfant suite à la visite supervisée afin de transmettre différentes informations, notamment le déroulement général de la visite, l'état de l'enfant, les éléments perturbateurs…

4.2 Le lieu de la visite

En règle générale, les visites supervisées se déroulent dans les locaux prévus à cet effet au Centre jeunesse de la Montérégie. Le choix du lieu des rencontres doit se faire en fonction des besoins spécifiques de l'enfant. Considérant l'âge de l'enfant, il est essentiel de s'assurer que le lieu choisi sera prévisible et sécurisant pour celui-ci. Ce lieu est aussi déterminé en fonction des objectifs cliniques spécifiés au plan d'intervention. Le point de service où se déroulera la visite est déterminé en fonction du lieu d'hébergement de l'enfant afin d'éviter de faire subir à l'enfant de longs parcours en automobile.

Selon la situation, les visites pourraient avoir lieu à la résidence des parents. Cependant, la résidence des parents sera à éviter lorsque le lieu pourrait faire resurgir les traumatismes qui y ont été vécus par l'enfant ou encore lorsque les parents n'offrent pas leur collaboration à l'intervention.

Il est possible de faire les rencontres dans le milieu d'accueil si la relation entre les parents et les parents d'accueil permet des échanges constructifs. Un suivi vigilant est toutefois nécessaire pour éviter que la relation ne se détériore. Le partage des rôles parentaux peut susciter de la compétition entre eux et générer un conflit de loyauté chez l'enfant. D'autre part, ce dernier pourrait avoir besoin de sentir qu'il a un milieu de vie bien à lui, protégé de l'intrusion de ses parents.

Les endroits publics n'étant pas indiqués pour le travail clinique se déroulant lors de ces rencontres et pour respecter le caractère confidentiel de nos interventions, ce type de lieu ne devrait être utilisé que de façon exceptionnelle.

Au cours du processus, selon l'évolution, il sera aussi possible que les visites se fassent dans les bureaux d'un organisme spécialisé dans la supervision des contacts parents-enfants.

4.3 Durée et fréquence

La durée et la fréquence des visites sont à établir en tenant compte de l'âge de l'enfant, de la nature du lien affectif entre l'enfant et ses parents, de ses besoins et de l'étape du processus clinique d'intervention. Selon Berger et Rigaud (2001)[6], le plus important pour un enfant qui a établi une relation affective avec ses parents est de vérifier si ses parents pensent toujours à lui. La régularité de la présence des parents aux visites est toute aussi importante que la fréquence des rencontres. Une visite manquée heurtera l'enfant et risque d'avoir des effets importants sur lui.

L'intervenant doit suggérer un rythme de visites qui tienne compte de la situation et des objectifs fixés, tout en s'ajustant aux besoins de l'enfant. Par exemple, des visites trop fréquentes pourraient réactiver les angoisses de l'enfant sans qu'il ait assez de temps pour progresser entre elles. De même, un manque de contacts entre les parents et l'enfant pourrait conduire à une rupture de la relation s'il s'agit d'un nourrisson ou à des réactions de détresse s'il est plus âgé. La fréquence établie doit aussi tenir compte de la capacité des parents. Si, pour diverses raisons, ces derniers ne peuvent soutenir le rythme, parents et enfants ressentiront des déceptions inutiles.

[6] Tiré de Bordeleau, S. et D. Genest, 2006.

La durée des visites dépend du comportement des parents et des besoins de l'enfant. Il est préférable pour l'enfant et les parents de profiter d'une visite plus courte qui se passe bien, plutôt que d'une visite plus longue où les bons moments sont éludés par une fin de visite difficile.

Lorsque les contacts sont ordonnés, il faut s'adresser rapidement à la Cour pour demander une modification d'ordonnance si les contacts ne répondent plus aux besoins de l'enfant. La modalité quant à la fréquence et à la durée des visites est une responsabilité clinique assujettie à l'évaluation constante de la situation.

4.4 Les horaires

Afin de s'assurer de la sécurité du superviseur, il est recommandé que les visites supervisées se déroulent durant les heures d'ouverture des points de service afin d'éviter que le superviseur se retrouve seul avec un parent pouvant exprimer de l'agressivité ou être menaçant. Lorsque cela n'est pas possible, une attention particulière devrait être apportée afin d'assurer la sécurité du superviseur.

L'horaire de l'enfant doit également être tenu en compte, c'est-à-dire sa routine de vie, l'horaire des siestes, s'il fréquente l'école, etc. L'horaire doit être ajusté en fonction de ces aspects.

4.5 La confirmation du parent ou autre personne significative

Le parent devrait confirmer avec l'intervenant qu'il sera présent à sa visite selon les modalités convenues à cet effet entre le parent et l'intervenant lors de la rencontre préparatoire.

Dans les situations où le parent cumule des absences ou est irrégulier, il est alors possible de demander à ce dernier de se présenter en avance au point de service où aura lieu la visite, soit pour la durée requise au déplacement de l'enfant, afin d'éviter de déplacer ce dernier inutilement. Cela peut également permettre de vérifier l'état du parent avant la visite si jugé nécessaire (consommation, état affectif, etc.). Cette consigne doit cependant être cohérente avec l'objectif clinique des visites. Par

exemple, si l'objectif clinique concerne l'accompagnement de l'enfant dans la rupture du lien avec son parent, il peut être cliniquement indiqué de travailler avec l'enfant sur l'absence de son parent à la visite.

5. CADRE LÉGAL

5.1 Les contacts supervisés dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1 (ci-après, la « Loi »), le législateur a introduit, à l'occasion des amendements entrés en vigueur le 9 juillet 2007, une référence expresse au pouvoir du Tribunal d'autoriser le maintien des relations personnelles de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou une autre personne. Le Tribunal pourra ainsi intervenir, sur demande ou d'office, et autoriser par ordonnance le maintien des relations personnelles des personnes visées avec l'enfant selon les modalités qu'il déterminera, par le biais de droits de visites, de téléphones ou autres :

> Article
> **91.** *Si le Tribunal en vient à la conclusion que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, il peut, pour la période qu'il détermine, ordonner l'exécution de l'une ou de plusieurs des mesures suivantes :*
>
> *[…]*
>
> *n) que l'exercice de certains attributs de l'autorité parentale soit retiré aux parents et qu'il soit confié au directeur ou à toute autre personne que le Tribunal aura désignée;*
>
> *[…]*
>
> *Le Tribunal peut ordonner plusieurs mesures dans une même ordonnance, en autant que ces mesures ne soient pas incompatibles les unes avec les autres et qu'elles soient ordonnées dans l'intérêt de l'enfant. Il peut ainsi, dans son ordonnance, autoriser le maintien des relations personnelles de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou une autre personne, selon les modalités qu'il détermine.*

Tel qu'il sera précisé plus loin, les ordonnances relatives aux contacts, supervisés ou non par une tierce personne, peuvent être regroupées sous trois formes, soit selon un calendrier spécifique déterminé par le Tribunal, selon les modalités et la fréquence déterminées par la Directrice de la protection de la jeunesse (ci-après, la « Directrice »), ou selon entente convenue entre les parties, cette entente pouvant s'étendre au degré de supervision requis.

De façon générale, toute décision prise quant au maintien de ces relations personnelles entre les personnes visées par l'alinéa 3 de l'article 91 de la Loi et l'enfant devra être dans l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits. Notons toutefois que par le biais de l'article 611 du Code civil du Québec, le législateur crée une présomption qu'il est dans l'intérêt de l'enfant d'entretenir de telles relations avec ses grands-parents en l'absence de motifs graves.

5.2 Les courants jurisprudentiels

Deux courants se dégagent d'un examen de la jurisprudence relative à la question du maintien des relations personnelles de l'enfant. Le premier courant attribue au Tribunal un pouvoir exclusif d'ordonnance, qu'il ne peut déléguer à la Directrice, de statuer sur le maintien des relations interpersonnelles. La Directrice ne peut, en cas de désaccord, déterminer sans l'intervention du Tribunal les droits et modalités d'accès, y inclus le degré de supervision par une tierce personne[7]. Le Tribunal peut donc ordonner que les contacts soient déterminés selon entente entre les parties ou, à défaut d'entente, déterminer un calendrier de contacts et préciser le degré de supervision par une tierce personne requise, le cas échéant.

Le deuxième courant jurisprudentiel reconnaît que, bien que le Tribunal puisse déterminer les contacts pour l'enfant, il existe toujours une possibilité pour le Tribunal d'autoriser la Directrice à exercer certains droits de l'autorité parentale permettant de déterminer les modalités d'exercice des droits d'accès, y inclus le degré de

[7] Voir notamment les décisions suivantes de la Cour supérieure : 2007 QCCS 2702 (J.A. Léger le 30 mai 2007) et aussi 2009 QCCS 1937 (J. Frappier le 19 février 2009).

supervision par une tierce personne. Le Tribunal peut ainsi assujettir les contacts au contrôle de la Directrice[8].

5.3 Contacts ordonnés suivant l'entente entre les parties

Il est toujours loisible aux parents de s'entendre avec la Directrice et, selon son âge, l'enfant afin de déterminer les contacts quant à leur fréquence, modalités et degré de supervision par une tierce personne. Plus particulièrement, un contact supervisée entre un enfant et ses parents peut avoir lieu suivant l'entente entre les parties, c'est-à-dire que le parent, la Directrice, et l'enfant, s'il y lieu conviennent ensemble par exemple que les visites seront supervisées par une tierce personne.

L'entente entre les parties devrait être favorisée par le Tribunal et la DPJ lorsqu'elle est possible et ce, notamment en lien avec les principes généraux de la LPJ et plus particulièrement l'article 2.3 qui énonce ce qui suit :

> **2.3.** *Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents en vertu de la présente loi doit :*
> *[…]*
> *b) privilégier, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui permettent à l'enfant et à ses parents de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent.*

Ainsi, une ordonnance de contacts suivant l'entente entre les parties prévoit que toutes les parties, soit l'enfant, ses parents et la DPJ doivent s'entendre sur la fréquence et les modalités de contacts. Les parties pourront ainsi s'entendre sur le choix de la personne qui pourra superviser les contacts ainsi que de leur durée et fréquence.

[8] Voir notamment les décisions suivantes de la Cour supérieure : 2007 QCCS 1086 (R. Legris le 29 janvier 2008) et aussi 2008 QCCS 5318 (M. Lesage le 31 octobre 2008).

5.4 Contacts supervisés ordonnés par le Tribunal

En l'absence d'entente, le Tribunal pourra déterminer des modalités de supervision dans le cadre de son ordonnance. Si le Tribunal intervient pour ordonner la supervision des contacts entre l'enfant et ses parents ou ses grands-parents ou une autre personne, il pourra aussi intervenir quant à la fréquence, la durée, les modalités, ainsi que le degré de supervision par une tierce personne.

Le Tribunal peut, dans le cadre de son ordonnance, encadrer une partie ou l'ensemble des contacts supervisés.

Fréquence : Le Tribunal peut aussi désigner la fréquence des contacts ainsi que leur durée. Par exemple, le juge pourrait ordonner une fréquence de deux visites par mois pour une durée d'une (1) heure ou encore fixer la durée des visites à quatre (4) fois par semaine pour une durée de trente (30) minutes.

Modalités : Le Tribunal peut aussi rendre une ordonnance quant aux modalités des contacts. Le juge pourrait par exemple prévoir une visite supervisée dans un lieu particulier ou encore ordonner qu'une partie seulement d'une visite fasse l'objet d'une supervision par une tierce personne.

Degré : Le Tribunal peut ordonner la supervision des contacts par une personne désignée par la DPJ, par une autre personne qu'il désignera ou par un organisme spécialisé dans les visites supervisées.

5.5 Contacts sous le contrôle et la supervision de la DPJ

Enfin, le Tribunal pourrait aussi laisser le contrôle et la supervision des contacts à la Directrice qui en fixerait la fréquence et les modalités entre l'enfant et ses parents ou ses grands-parents ou une autre personne.

Conséquemment, le Tribunal pourrait restreindre l'exercice de l'autorité parentale pour permettre à la Directrice de fixer la fréquence et les modalités de contacts de même que la nécessité de supervision. Ainsi, guidée par son analyse clinique de la situation, la Directrice pourra établir des contacts supervisés entre l'enfant et ses parents et en fixer les modalités, la fréquence et le degré de supervision requis.

Toutefois, en général, lorsque le Tribunal délègue à la Directrice le contrôle et la supervision des contacts, il prend le soin d'ordonner expressément que ces contacts devront être supervisés par une tierce personne lorsque jugé nécessaire. En l'absence d'une telle ordonnance (donc lorsque le Tribunal ordonne seulement que les contacts parents-enfants soient « sous le contrôle et la supervision de la Directrice »), la supervision par une tierce personne devrait se faire de façon ponctuelle par l'intervenant(e) psychosocial(e).

5.6 La suspension de contacts supervisés

Lorsque que le Tribunal ordonne spécifiquement des contacts supervisés entre l'enfant et une personne visée par l'alinéa 3 de l'article 91 et qu'il en fixe la fréquence, la DPJ doit saisir le Tribunal s'il survient des faits nouveaux nécessitant une suspension des contacts supervisés. Il n'y a pas lieu de saisir en urgence le Tribunal lorsque surviennent des faits nouveaux comme, par exemple, pour une situation de suspension temporaire des contacts supervisés, toutefois, dans tous les cas, il devrait y avoir consultation auprès du Contentieux afin d'évaluer cas par cas la situation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

À chaque enfant son projet de vie permanent, Un programme d'intervention (2003). Montréal : Centre jeunesse de Montréal -Institut universitaire.

Bordeleau, S. & Genest, D. (2006) Les visites supervisées. In *Saviez-vous que… Des réponses à vos préoccupations cliniques.* Québec : Centre jeunesse de Québec. 63-66.

Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial (2007). Longueuil (Québec) : Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels.

L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables (2008). Sous la direction de George M. Tarabulsy, Marc A. Provost, Sylvie Drapeau et Émilie Rochette. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gouvernement du Québec. *Loi sur la protection de la jeunesse*. L.R.Q., c. P-34.1.

Guide de pratique relatif à l'orientation et à la prise de décision concernant les mesures de : «confié à», placement à majorité, tutelle (2008). Longueuil (Québec) : Centre jeunesse de la Montérégie, Direction de la protection de la jeunesse.

Paquette, F., Rainville, S., Gauthier, L., Desjardins, de Rancourt, L. & Bouchard, L. (2003, 2006). *Adaptation du Guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer*. Montreal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Pour chaque jeune, un lien, un lieu pour s'épanouir : Programme d'intervention en abandon (2005). Longueuil (Québec) : Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels.

Programme visites supervisées – version 8. St-Jérôme (Québec) : Centre jeunesse des Laurentides.

ANNEXES

ANNEXE 1 — Tableau synthèse des types de visites supervisées

ANNEXE 2 — Règlements des visites supervisées

ANNEXE 3 — Visites supervisées (grille d'observation)

ANNEXE 4 — Grille d’observation pré/post visite à l’intention du milieu de vie de l’enfant

ANNEXE 5 — Grille d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer - 0 à 5 ans

ANNEXE 1

Tableau synthèse des types de visites supervisées

Observation de la relation parent-enfant

Vise à évaluer la qualité de la relation

Qui ? Personne autorisée

Évaluation des compétences parentales

Vise à évaluer la relation parent(s)-enfant en se centrant sur les compétences parentales

Qui ? Personne autorisée, éducateur, TAS

Maintenir le contact parent-enfant	Favoriser le développement des compétences parentales	Favoriser la reprise de contact	Accompagner l'enfant dans la rupture de lien avec son parent
Vise à maintenir le lien.	**Vise à** outiller le parent par des techniques d'intervention : modeling, support, conseils, rétroaction, etc.	**Vise à** permettre à l'enfant de voir son parent qu'il n'a pas vu depuis un certain temps.	**Vise à** aider l'enfant à faire le deuil d'un parent.
Qui ? • Personne autorisée • Autre intervenant (éducateur, TAS) • Organisme communautaire offrant le service de visites supervisées • Tierce personne identifiée par la personne autorisée ou par le tribunal de la jeunesse	**Qui ?** • Personne autorisée • Autre intervenant (éducateur, TAS) • Organisme communautaire offrant le service de visites supervisées	**Qui ?** • Personne significative pour l'enfant : personne autorisée ou autre intervenant connu de l'enfant	**Qui ?** • Personne significative pour l'enfant : personne autorisée ou autre intervenant connu de l'enfant

ANNEXE 2

Centre jeunesse de la Montérégie

Règlements des visites supervisées

Nom et prénom du parent : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____

Heures de visite : _____

Fréquence (hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle, ponctuelle) : _____

Jour de la visite : _____

Première visite le : _____

Règlements

1. Le parent visiteur doit toujours confirmer sa présence au plus tard _____ heures avant la visite et avant le vendredi midi si la visite se déroule le lundi suivant, sans quoi le Centre jeunesse de la Montérégie considère la visite comme étant annulée.

2. Le parent visiteur doit arriver _____ minutes avant l'heure de la visite et, après la visite, attendre l'autorisation de l'intervenant avant de quitter les lieux.

3. Advenant le retard du parent visiteur, un délai de 15 minutes après l'heure prévue du début de visite est accordé avant l'annulation de la visite (par ex. : si la visite est prévue à 13h00 et que le parent visiteur n'est pas arrivé à 13h15, la visite est annulée).

4. Le parent visiteur doit veiller aux besoins de l'enfant (collation, repas, changements de couche, hygiène, laver les mains, activités adaptées à l'âge de l'enfant, etc.).

5. Le parent visiteur doit *se centrer sur le moment présent* lors de la visite. Tout propos jugé inadéquat par l'intervenant(e) (par ex. : propos concernant l'ex-conjoint(e), la famille d'accueil ou une autre personne, ou toute référence à des événements du passé…) ne seront pas tolérés.

6. L'enfant va à la toilette en compagnie de son parent ET de l'intervenant(e).

7. À la fin de la visite, le parent visiteur s'assure que le matériel utilisé pendant la visite ainsi que la salle sont rangés et propres (remettre les jouets à leur place, passer le balais, nettoyer la table, etc.).

8. L'usage du téléphone cellulaire est interdit.

9. Les animaux ne sont pas autorisés lors des visites supervisées.

10. Aucune manifestation de violence (physique, verbale, psychologique) n'est tolérée. Dans le non-respect de cette règle, l'intervenant(e) peut mettre fin à une visite immédiatement.

11. Le parent visiteur s’engage à ne pas consommer de drogue ni d’alcool avant une visite supervisée. Dans le cas où cet engagement n’est pas respecté, la visite est annulée.

Attentes du parent :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Attentes envers le parent :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ententes convenues :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Autre(s) :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

En foi de quoi je signe : _____, le _____
(signature du parent) (date)

Intervenant du Centre jeunesse de la Montérégie : _____

CJM-20100506

ANNEXE 3

Centre jeunesse de la Montérégie

VISITES SUPERVISÉES
Grille d'observation

Aide-mémoire pour l'organisation, l'animation et l'utilisation clinique des visites

Rappel des types de visites en fonction des objectifs cliniques poursuivis	
☐ Observer la relation et les interactions parent(s)-enfant	☐ Favoriser le développement des compétences parentales
☐ Évaluer les compétences parentales	☐ Reprise de contact parent(s)-enfant
☐ Maintenir les contacts parent(s)-enfant	☐ Accompagner l'enfant et le parent dans la rupture du lien

Objectifs de la visite :

_____

_____

_____

Contexte légal : _____

Préparation de la visite :

_____

_____

_____

1. Organisation de la visite

Date et heure de la visite : _____ Durée : _____

Transport :
(Qui fait le transport) _____

Personnes présentes : _____

_____

_____

Intervenant(s) : _____

_____

Lieu de la visite : _____

Outils utilisés : _____
(Grille d'observation ou autre) _____

_____

Réactions et comportements de l'enfant avant la visite :

_____
_____
_____
_____

2. Déroulement de la visite

Heure d'arrivée du (des) parent(s) : _____

☐ **Phase de réunion :**

Réactions de l'enfant à l'arrivée du ou des parents :

- Sourit, va spontanément vers lui
- Embrasse son parent
- Pleure
- Se détourne (regard et/ou physiquement)
- Sans réaction apparente
- Autre

_____
_____
_____
_____
_____

Réactions du ou des parents à l'arrivée de l'enfant :

- Reste à distance
- S'accroupit près de l'enfant
- Sans réaction
- Va vers lui, se rapproche
- L'embrasse
- Autre

_____
_____
_____
_____
_____

Attitude du ou des parents avec le ou les intervenants :

- Souriant
- N'adresse pas la parole, ne regarde pas
- Paroles ou gestes agressifs
- Recherche la proximité
- Autre

_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ **Déroulement de la visite :**
(Le parent répond-t-il aux besoins, dispense-t-il les soins adéquatement ?
Description des activités et des interactions entre l'enfant et ses parents)

☐ **Phase de séparation :**

Réactions de l'enfant après la visite :

- Embrasse son parent
- Pleure
- S'accroche au parent
- Sans réaction
- S'en va sans mot dire
- Prend du temps à s'habiller
- Ne veut pas quitter le jeu
- Autre

Réactions du ou des parents à la séparation :

- Le parent embrasse l'enfant
- Le parent s'accroche à l'enfant
- Le parent prépare l'enfant, l'habille
- Le parent pleure
- Aucune réaction
- Le parent a des paroles ou gestes agressifs envers l'intervenant
- Autre

Commentaires, observations particulières de l'intervenant (émotions ressenties) :

3. L'utilisation de la visite

Le retour sur la visite avec l'enfant (date et contenu) :

Le retour sur la visite avec le parent (date et contenu) :

4. L'évaluation

Le retour avec le milieu substitut et les réactions de l'enfant dans les heures et les jours suivants la visite (porter une attention, s'il y a lieu, aux objets remis à l'enfant lors de la visite) :

Évaluation de la visite et des objectifs poursuivis :

À retenir les prochaines visites :

Grille d'observation pré/post visite à l'intention du milieu de vie de l'enfant

ANNEXE 4

Nom & prénom de l'enfant : Date de naissance de l'enfant : Date de la visite supervisée :	Avant	Jour de la visite	Lendemain	Surlendemain	Jours suivants (précisez)	Commentaires
Milieu de vie de l'enfant :						
Intervenant de l'enfant :						
L'enfant était-il au courant de la visite? ☐ OUI ☐ NON						
ALIMENTATION						
Mange moins qu'à l'habitude						
Mange plus qu'à l'habitude						
Refuse de s'alimenter						
Refuse de s'alimenter seul(e)						
Sans réaction apparente						
Autres (précisez) :						
SOMMEIL						
Refuse d'aller dormir						
Réclame une présence pour le dodo						
Crise avant le coucher						
Pleurs avant le coucher						
Agitation pendant la nuit						
Cauchemars						
Lever durant la nuit						
Pleurs durant la nuit						
Craintes durant la nuit						
Pleurs au réveil						
Se lève plus tôt qu'à l'habitude						
Sans réaction apparente						
Autres (précisez) :						
PROPRETÉ						
Énurésie diurne (jour) (4 ans et +)						
Énurésie nocturne (nuit) (4 ans et +)						
Encoprésie diurne (jour) (4 ans et +)						
Encoprésie nocturne (nuit) (4ans et +)						
S'échappe (urine) alors qu'il est propre (jour) (4 ans et +)						
S'échappe (urine) alors qu'il est propre (nuit) (4 ans et +)						
S'échappe (selle) alors qu'il est propre (jour) (4 ans et +)						
S'échappe (selle) alors qu'il est propre (nuit) (4 ans et +)						
SYMPTÔMES PHYSIQUES						
Mal au ventre (ou ailleurs précisez)						
Mal au coeur						
Mal à la tête						
Fièvre ou température plus élevée						
Symptômes grippaux						
Autres (précisez) :						

Grille d'observation pré/post visite à l'intention du milieu de vie de l'enfant

Nom & prénom de l'enfant : Date de naissance de l'enfant : Date de la visite supervisée :	Avant	Jour de la visite	Lendemain	Surlendemain	Jours suivants (précisez)	Commentaires
COMPORTEMENTS DANS LE MILIEU DE VIE						
Recherche la proximité						
Plus agité qu'à l'habitude						
Moins tolérant face aux autres (se chicane +)						
Paroles ou gestes agressifs (précisez)						
Fait davantage de crises						
Refuse de suivre les consignes						
Amorphe, renfermé						
Tristesse						
Pleure plus facilement						
Refuse de partager avec les autres						
Automutilation (précisez)						
Rocking (se berce, se balance)						
Sans réaction apparente						
Autres (précisez) :						
FONCTIONNEMENT À L'ÉCOLE/GARDERIE						
Plus agité qu'à l'habitude						
Moins tolérant face aux autres (se chicane +)						
Paroles ou gestes agressifs (précisez)						
Fait davantage de crises						
Refuse de suivre les consignes (précisez)						
Amorphe, renfermé						
Tristesse						
Pleure plus facilement						
Refuse de partager avec les autres						
Avertissement émis par l'école						
Difficultés d'attention et/ou de concentration						
Baisse dans les résultats scolaires						
Sans réaction apparente						
Autres (précisez) :						
VERBALISATIONS DE L'ENFANT						
En lien avec les souvenirs reliés aux parents (précisez) :						
En lien avec les peurs et craintes de l'enfant face à son parent (précisez) :						

Grille d'observation pré/post visite à l'intention du milieu de vie de l'enfant

Nom & prénom de l'enfant : Date de naissance de l'enfant : Date de la visite supervisée :	Avant	Jour de la visite	Lendemain	Surlendemain	Jours suivants (précisez)	Commentaires
Parle de son parent (précisez) :						
Raconte le contact, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas (précisez) :						
Demande et désir de l'enfant pour le prochain contact (précisez) :						
Ne parle pas de son parent ou refuse d'en parler quand on l'aborde :						
Autres (précisez) :						

Autres commentaires/ remarques :

Nom(s) de la/ des personne(s) ayant fait les observations

Date

Guide d'évaluation des capacités parentales :

Adaptation du guide de Steinhauer – 0 à 5 ans

3. L'attachement

La troisième dimension à considérer est l'évaluation de la capacité du parent à établir un lien d'attachement avec son enfant. La capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement constitue un facteur décisif du développement normal chez l'enfant. Il est essentiel au développement de la confiance en soi, de la capacité d'intimité et est capital dans le processus de socialisation. Un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement, gardera de graves séquelles tant au plan social que cognitif[3]. La présente section vise à dépister d'éventuels troubles de l'attachement. Les items qui suivent sont donc centrés sur les problèmes. Pour obtenir un portrait général, tant des aspects positifs que problématiques de la situation d'attachement, il faut, selon l'âge de l'enfant, compléter le Q-Sort ou le Q-Set.

Quatre facettes sont examinées afin de dépister un trouble d'attachement chez l'enfant ou une interaction entre le parent et l'enfant qui pourrait conduire à ces troubles. Ce sont : l'histoire d'attachement du parent, les indices des risque d'abandon, les interactions entre le parent et l'enfant et les indices de troubles de l'attachement chez l'enfant. Rappelons que ces indices doivent avoir été observés à plusieurs reprises et faire partie d'un mode de comportement généralisé pour être retenus dans l'analyse. Enfin, des connaissances de base sur la théorie de l'attachement sont essentielles pour interpréter les données recueillies dans cette section.

Indices sur le pattern d'attachement intériorisé du ou des parents

L'histoire d'attachement du parent s'effectue au moyen d'échanges avec le(s) parent(s) afin de recueillir de l'information sur les faits, les perceptions et la résolution des problèmes relationnels avec leurs parents. L'histoire d'attachement contribue, selon plusieurs études, à intérioriser un modèle d'attachement susceptible de se reproduire. Les informations recueillies aideront à identifier le pattern d'attachement intériorisé[4] par les parents, et qui pourrait être à l'origine d'un comportement problématique chez l'enfant. Quelques questions permettant de déceler ce pattern proviennent d'un protocole d'entrevue plus élaboré intitulé le AAI[5] .

Indices de risque d'abandon

Certains éléments sont reconnus dans la littérature scientifique comme étant des indices d'un risque d'abandon. La présence de tels indices constitue des signaux d'alarme sur la qualité du lien.

Interactions actuelles entre le parent et l'enfant

Pour déceler d'éventuels problèmes d'attachement chez l'enfant il faut aussi observer les interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement principale. Les observations se distinguent selon l'âge de l'enfant. Quel que soit l'âge de l'enfant, aucune conclusion valable ne peut être tirée à moins d'avoir fait l'objet d'observations à plusieurs reprises.

Enfants 0-12 mois	Dans le cas des enfants âgés entre 0 et 12 mois on observera l'interaction en vue de documenter la qualité de la sensibilité maternelle. La sensibilité maternelle est selon plusieurs études, susceptible d'influencer l'émergence et la qualité du lien dans la première année de vie de l'enfant. Certains indicateurs de déficits de sensibilité maternelle peuvent nous permettent d'identifier des pistes d'intervention et de mettre en place des mesures permettant d'éviter que l'enfant développe d'éventuels trouble de l'attachement.
Enfants de 1 an à 4 ans	Lorsque l'enfant est âgé entre 1 an et 4 ans, on observe les comportements de l'enfant dans le cadre de sa relation avec le parent afin de déceler la présence d'indices d'insécurité dans l'attachement de l'enfant.

Les indices de troubles de l'attachement chez l'enfant

Enfin, il se peut que l'enfant ait développé des troubles de l'attachement. La manifestation de ces troubles est également repérée à l'aide de certains indicateurs.

Lorsque le cumul des indices montre qu'il s'agit d'une préoccupation majeure, un second niveau d'évaluation devrait être entrepris au moyen du Q-Sort des comportements maternels pour les 0-12 mois ou du Q-Set sur les comportements d'attachement pour les enfants de 1 à 4 ans. Enfin, rappelons que, pour être considérés comme des indices, les situations doivent avoir fait l'objet de plusieurs séances d'observation, être un comportement fréquent et habituel chez le parent ou chez l'enfant. Il ne s'agit pas d'impressions mais de faits observés.

---

[3] Steinhauer, P. D. (1996). *Le moindre mal*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 463 p.

[4] Ce pattern est appelé «modèle opérationnel interne» tel que défini par Bowlby

[5] George, C., N Kaplan et M. Main. 1985. Adult Attachment Interview, manuscrit non publié, University of California, Berkeley.

Attribuez une cote **à tous les items**.
Non = 0 Oui = 1 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

Indices sur le pattern d'attachement intériorisé du ou des parents

Au cours de leur enfance le ou les parents ont-ils subi les situations suivantes ?

	Mère	Père
Victime d'abus psychologiques	☐ (1)	☐ (2)
Victime d'abus physiques	☐ (3)	☐ (4)
Victime d'abus sexuels	☐ (5)	☐ (6)
Victime d'abandon	☐ (7)	☐ (8)
Séparé des parents	☐ (9)	☐ (10)
Placé en famille d'accueil ou en centre de réadaptation	☐ (11)	☐ (12)
Placé en famille d'accueil spécifique	☐ (13)	☐ (14)

Le ou les parents conservent-ils des sentiments négatifs de leur enfance tels ?

	Mère	Père
Ne pas avoir été désiré	☐ (15)	☐ (16)
Ne pas faire partie de la famille	☐ (17)	☐ (18)
Ne pas avoir été accepté	☐ (19)	☐ (20)
Ne pas avoir été protégé	☐ (21)	☐ (22)

En entrevue, comment le ou les parents parlent-ils de leur relation avec leurs parents au cours de leur enfance ?

	Mère	Père
Idéalisation sans nuance de leur enfance?	☐ (23)	☐ (24)
Envahissement par le conflit encore présent?	☐ (25)	☐ (26)
Difficulté à en parler avec du recul?	☐ (27)	☐ (28)
Difficulté à donner des exemples concrets de ce qu'ils ont connu comme relation ?	☐ (29)	☐ (30)

Indices sur le risque d'abandon de l'enfant

Référez-vous à la **Grille de dépistage** des situations à risque de dérive du projet de vie pour remplir cette section (reportez simplement les résultats).

L'enfant a-t-il vécu une ou plusieurs des situations suivantes ?

L'enfant a été confié une ou plusieurs fois pour de longues périodes de garde (autre que pour une fin de semaine ou pour des vacances) chez quelqu'un de la parenté ou chez une connaissance	☐ (31)
L'enfant a eu un ou plusieurs placements dans un centre jeunesse	☐ (32)
La mère est peu ou pas présente dans la vie de l'enfant	☐ (33)
Le père est peu ou pas présent dans la vie de l'enfant	☐ (34)
La fratrie a déjà été placée	☐ (35)

Y a-t-il présence chez le ou les parents d'un ou de plusieurs des facteurs de risques d'abandon suivants ?

	Mère	Père
Problème de santé mentale ou d'antécédents psychiatriques	☐ (36)	☐ (37)
Problème d'autonomie fonctionnelle	☐ (38)	☐ (39)
Problème de toxicomanie	☐ (40)	☐ (41)
Limite intellectuelle et sociale	☐ (42)	☐ (43)
Mode de vie inapproprié	☐ (44)	☐ (45)

Y a-t-il présence chez le ou les parents d'un ou de plusieurs facteurs de risque d'abandon liés à une attitude problématique face aux difficultés suivantes de l'enfant ?

	Mère	Père
Maladie physique chronique ou handicap physique de l'enfant	☐ (46)	☐ (47)
Hospitalisation précoce par naissance prématurée ou autre…	☐ (48)	☐ (49)
Retard de développement de l'enfant	☐ (50)	☐ (51)
Problèmes émotionnels de l'enfant	☐ (52)	☐ (53)
Problèmes de conduite de l'enfant	☐ (54)	☐ (55)

S'il y a plus d'un enfant de la même famille concerné par l'évaluation, inscrire le nom du premier enfant évalué et utiliser l'annexe prévue à cette fin pour les autres enfants

Nom : _____

0- 1 an

Indices d'un déficit de la sensibilité maternelle[6]

Cochez s'il y a présence d'un ou plusieurs de ces indices. Complétez les données en fonction du principal donneur de soins.

La mère laisse peu de place aux initiatives du bébé (contrôlante)	☐ (56)
Les réponses de la mère sont imprévisibles.	☐ (57)
Lors des interactions, la mère ne semble pas capter les signaux du bébé indiquant «doucement» ou «arrête»	☐ (58)
Le contenu et le rythme des interactions semblent déterminés par la mère plutôt que par les réactions du bébé	☐ (59)
La mère semble avoir la « tête ailleurs » et ne prête pas attention aux demandes du bébé	☐ (60)
Les interactions de la mère ne sont pas en synchronisme avec le bébé, c'est-à-dire que le comportement de la mère est déphasé par rapport à celui du bébé	☐ (61)
La mère taquine le bébé au-delà de ce qu'il paraît apprécier	☐ (62)
La mère ne répond généralement pas aux signaux du bébé	☐ (63)
La mère répond seulement aux signaux de détresse fréquents, prolongés et intenses du bébé	☐ (64)
Le délai entre la demande du bébé et la réponse de la mère est tellement long que le bébé ne peut pas faire les liens de cause à effet	☐ (65)
La mère est importunée par les demandes du bébé	☐ (66)
La mère s'oppose activement aux désirs du bébé	☐ (67)

[6] Items du Q-Sort des comportements maternels version 3.1 de Pederson et Moran et Bento (1999).

1- 4 ans

Indices d'insécurité chez l'enfant[7]

Cochez s'il y a présence d'un ou plusieurs de ces indices Complétez les données en fonction du principal donneur de soins.

Quand l'enfant revient vers la mère après un moment de jeu, il se montre parfois contrarié ou difficile sans raison apparente	☐ (68)
Quand l'enfant est près de la mère et qu'il voit quelque chose avec lequel il veut jouer, il fait des difficultés ou tente de tirer la mère vers l'objet en question	☐ (69)
Lorsque l'enfant est bouleversé par le départ de la mère, il continue de pleurer ou même devient en colère après qu'elle soit partie	☐ (70)
Il est facile pour la mère de perdre la trace de l'enfant lorsque celui-ci joue hors de sa vue	☐ (71)
L'enfant indique quelques fois à la mère (ou donne l'impression) qu'il veut être déposé, mais ensuite il devient contrarié ou veut être aussitôt pris de nouveau	☐ (72)
Quand l'enfant est bouleversé parce que la mère le quitte, il s'assoit et se met à pleurer. Ne cherche pas à la suivre	☐ (73)
L'enfant est exigeant et impatient avec la mère. Fait des difficultés et insiste, à moins qu'elle ne fasse ce qu'il veut immédiatement.	☐ (74)
L'enfant reste plus proche de la mère ou il revient vers elle plus souvent que ne le requiert la simple tâche de la «garder à vue»	☐ (75)
L'enfant agit comme s'il s'attendait à ce que la mère interfère dans ses activités, alors qu'elle essaie simplement de l'aider à faire quelque chose	☐ (76)
L'enfant demande rarement l'aide de la mère	☐ (77)
Lorsque la mère ne fait pas immédiatement ce qu'il veut, l'enfant se comporte comme si elle n'allait pas le faire du tout. (Devient contrarié ou difficile, se met en colère, va faire autre chose, etc.)	☐ (78)
À la maison, l'enfant devient bouleversé ou pleure lorsque la mère sort de la pièce (peut ou non la suivre)	☐ (79)
L'enfant se met facilement en colère contre sa mère	☐ (80)
L'enfant utilise les pleurs pour obtenir de la mère ce qu'il veut	☐ (81)
Lorsque quelque chose le bouleverse, l'enfant reste là où il est et se met à pleurer	☐ (82)

[7] Items du Q-Set sur le comportement d'attachement d'Everett Waters

0- 2 ans

Indices d'un trouble d'attachement	
Cochez s'il y a présence d'un ou plusieurs de ces indices (comportement habituel) en fonction du principal donneur de soin.	
Ne regarde pas dans les yeux	☐ (83)
Ne babille, ni ne gazouille. Vocalise peu	☐ (84)
Ne veut pas que sa mère lui donne le biberon, mais l'accepte d'une autre personne	☐ (85)
Se réfugie dans le sommeil (dort beaucoup) ou éprouve des difficultés à dormir	☐ (86)
Son tonus musculaire est faible (difficulté de préhension / tête ballante)	☐ (87)
Se raidit lorsque sa mère le prend	☐ (88)
Sourit peu ou pas	☐ (89)
Ne rit pas dans des situations amusantes	☐ (90)
Ne s'intéresse pas spécialement à sa mère	☐ (91)
Ne la cherche pas du regard ou refuse le contact visuel	☐ (92)
Ne recherche pas à être consolé par elle	☐ (93)
Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire) en se montrant complètement inconsolable	☐ (94)
Ne tend pas les bras vers la mère	☐ (95)
Pas d'accrochage	☐ (96)
Ne témoigne d'aucune réserve ou prudence face aux personnes étrangères	☐ (97)
Passivité, inhibition de l'exploration	☐ (98)
Activités motrices intenses : passe d'un jouet à l'autre, bouge beaucoup, fouille continuellement, brise les objets. Peut alors se mettre en situation de danger	☐ (99)
Instabilité, pleurs fréquents, crises de colère chez l'enfant	☐ (100)
L'enfant ne se calme pas au contact de son parent	☐ (101)
Rampe ou marche tardivement [8]	☐ (102)
Autostimulation, mouvements de balancement « rocking », manies occupationnelles, tendance à se frapper la tête contre un mur	☐ (103)
Mange peu, pas du tout (anorexie du nourrisson) ou exagérément	☐ (104)
Vomissements fréquents	☐ (105)
Divers retards de développement : langage, motricité, socialisation, développement cognitif et affectif.	☐ (106)

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

2- 6 ans

Indices d'un trouble d'attachement	
Cochez s'il y a présence d'un ou plusieurs de ces indices (comportement habituel) en fonction du principal donneur de soin.	
Langage, motricité, cognition	
Retards du développement [9]	☐ (107)
Aspects physiques	
Problèmes de sommeil	☐ (108)
Problèmes de santé fréquents : asthme, infections…	☐ (109)
Problèmes de santé non traité	☐ (110)
Retard d'acquisition de la propreté	☐ (111)
Retard de croissance (taille, poids)	☐ (112)
Troubles d'alimentation	☐ (113)
Aspects social et affectif	
Absence de contact visuel direct avec son entourage	☐ (114)
Fuit le regard lorsqu'on s'adresse à lui	☐ (115)
Retiré, isolé, anxieux	☐ (116)
Instabilité, crises fréquentes : coups de pied, mord, hurle sans raison apparente	☐ (117)
Agressif avec les pairs	☐ (118)
Faible tolérance aux refus, aux délais d'attente, aux exigences de la réalité quotidienne	☐ (119)
Déambule constamment, obéit peu ou pas du tout, est opposant	☐ (120)
Difficulté d'attention, de concentration	☐ (121)
Hyperactivité	☐ (122)
Réduit la communication au minimum ou au contraire, la recherche auprès de n'importe quel adulte	☐ (123)
Expression faible ou nulle des émotions	☐ (124)
Émotions réprimées ou encore sans concordance avec la situation du moment	☐ (125)
Tentatives de séduction suivies de brusques éclats agressifs	☐ (126)
Facilement désemparé devant l'absence de sa mère et nécessitant beaucoup de temps pour être rassuré	☐ (127)
Ambivalent dans les contacts : les recherche et les fuit à la fois	☐ (128)
Refuse le réconfort	☐ (129)
Intrusif et accaparant	☐ (130)
Trop facilement familier avec les étrangers	☐ (131)
Détruit les bons moments passés avec l'adulte	☐ (132)
Ne conserve pas ou détruit les objets personnels	☐ (133)
Difficulté d'intégration à la garderie ou à la maternelle	☐ (134)
Réalise difficilement des apprentissages, peu intéressé	☐ (135)
N'arrive pas à se faire des amis	☐ (136)
Comportement agressif envers lui-même ou envers son entourage (parents et pairs)	☐ (137)
Affect superficiel (sourires excessifs, rires factices…)	☐ (138)
Attitudes « parentéifiées »	☐ (139)
Imprudence (témérité) excessive	☐ (140)
Vagabondage	☐ (141)

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

En résumé

Y a –t-il chez le parent un pattern d'attachement intériorisé problématique qui est susceptible d'être reproduit dans sa relation avec ses enfants?

L'histoire d'attachement de l'enfant est-elle marquée par des séparations et des pertes qui peuvent avoir affecté les capacités d'attachement de l'enfant?

Retrouve-t-on dans la vie de l'enfant la présence d'indicateurs de risques d'abandon?

Les indicateurs de la sensibilité maternelle (enfant de 0-12 mois) ou d'insécurité (enfant de 1 à 4 ans) semblent-ils suggérer la présence d'un problème chez le parent ?

Vous semble-t-il pertinent de faire une évaluation plus complète à l'aide d'un Q-Sort ou d'un Q-Set ?

Y a-t-il des indices suggérant la présence d'un problème sérieux d'attachement chez l'enfant ?

En conclusion, la capacité du parent à établir un lien d'attachement suffisamment adéquat est une :

- ☐ Préoccupation majeure
- ☐ Préoccupation mineure
- ☐ Force mineure
- ☐ Force majeure

4. Les compétences ou habiletés parentales

La quatrième dimension à considérer dans l'évaluation des capacités parentales est celle des compétences parentales. Les compétences parentales sont la somme des attitudes et des conduites favorables au développement normal d'un enfant. Leur évaluation se fonde sur l'examen des agissements actuels du parent envers l'enfant, ce qu'il fait, dans les faits, au moment de l'évaluation. Il ne faut pas confondre compétences parentales avec capacités parentales, c'est-à-dire ce que le parent serait capable de faire.

Les compétences parentales sont des attributs susceptibles de se modifier au cours du temps, alors que les capacités parentales ont un caractère de permanence (par exemple une limite associée à une déficience intellectuelle) ou de chronicité (par exemple un parent toxicomane qui aurait les capacités parentales mais ne les actualiserait pas en raison de sa problématique). L'actualisation des compétences parentales exige deux éléments fondamentaux : la capacité et la volonté d'exercer le rôle de parent.

La question examinée dans cette quatrième dimension consiste à savoir si l'exercice actuel du rôle parental (attitudes et conduites) est favorable ou défavorable au développement normal de l'enfant. Pour ce, nous allons considérer deux types de compétences. Les compétences générales qui demeurent essentielles à toutes les étapes du développement de l'enfant alors que les compétences spécifiques sont associées aux défis particuliers que doivent relever les enfants à certaines étapes de leur développement.

Compétences générales pour les enfants de 0 à 5 ans

Attribuez une cote **à tous les items**.

Jamais = 0 Rarement = 1 Souvent = 2 Très souvent = 3 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

Répondre aux besoins de base	**Mère**	**Père**
Nutrition adéquate (suffisante, accessible, adaptée à l'âge de l'enfant, repas réguliers) (échelle 2)	☐ (1)	☐ (2)
Sommeil adapté à l'âge de l'enfant	☐ (3)	☐ (4)
Vêtements adéquats (suffisants, adaptés à la saison, en bonne condition, adaptés à l'activité, de la bonne taille) (échelle 3)	☐ (5)	☐ (6)
Logement adéquat (échelles 6, 7, 8 et 9)	☐ (7)	☐ (8)
Soins de santé adéquats (voir dimension 2)	☐ (9)	☐ (10)
Hygiène adéquate (adaptée à l'âge de l'enfant, effectuée régulièrement) (échelle 4)	☐ (11)	☐ (12)
Sécurité (lieux physiques, surveillance et protection, gardiennage) (échelles 10, 12, 14 et 36)	☐ (13)	☐ (14)
Réponse aux besoins physiques spéciaux le cas échéant (voir dimension 2)	☐ (15)	☐ (16)

Offrir une réponse et un engagement affectif	**Mère**	**Père**
A des contacts physiques adéquats avec l'enfant (en fréquence suffisante, pas brusques, ni érotisés ou fusionnels)	☐ (17)	☐ (18)
A des contacts spontanés (pas forcés, ni robotisés ou mécaniques)	☐ (19)	☐ (20)
Réagit positivement lorsque l'enfant tente d'établir un contact	☐ (21)	☐ (22)
Communique à l'enfant le plaisir qu'il éprouve en sa compagnie	☐ (23)	☐ (24)
Répond aux demandes ou aux questions de l'enfant	☐ (25)	☐ (26)

Porte attention à l'enfant (l'enfant est présent dans la tête du parent)	☐ (27)	☐ (28)
Permet le jeu spontané (ne gêne pas, ne contrôle pas, ne décide pas pour l'enfant)	☐ (29)	☐ (30)
Laisse l'enfant diriger une situation de jeu	☐ (31)	☐ (32)

Attribuez une cote **à tous les items**.

Jamais = 0 Rarement = 1 Souvent = 2 Très souvent = 3 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

Avoir une attitude positive envers l'enfant	**Mère**	**Père**
Chaleureux et affectueux avec l'enfant (échelle 24)	☐ (33)	☐ (34)
Valorisant (souligne les qualités de l'enfant)	☐ (35)	☐ (36)
Intéressé aux réalisations de l'enfant	☐ (37)	☐ (38)
Patient et compréhensif (rarement irritable avec l'enfant)	☐ (39)	☐ (40)
Tolérant (peu d'agressivité)	☐ (41)	☐ (42)
Accepte l'enfant (pas de rejet) (échelle 24)	☐ (43)	☐ (44)
Attentes raisonnables et adaptées à l'âge de l'enfant (pas de rigidité) (échelle 26)	☐ (45)	☐ (46)

Considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte	**Mère**	**Père**
Est capable de distinguer ce qui appartient à l'enfant et ce qui lui appartient (tant en terme de besoins que de problèmes)	☐ (47)	☐ (48)
Favorise l'autonomie, la spontanéité, l'expression de l'enfant, lui donne de la place, de l'espace	☐ (49)	☐ (50)
Attribue à l'enfant des raisons d'agir appropriées à la situation (ne prête pas de fausses intentions)	☐ (51)	☐ (52)
Permet à l'enfant d'avoir des relations avec d'autres (pas possessif ou fusionnel)	☐ (53)	☐ (54)

Exercer son rôle avec pertinence	**Mère**	**Père**
Assume correctement sa position d'autorité (accorde des permissions et pose des interdits)	☐ (55)	☐ (56)
Assume son statut parental (ne considère pas l'enfant comme un ami ou un confident)	☐ (57)	☐ (58)
Assume ses responsabilités (ne requiert pas de l'enfant une aide inappropriée pour son âge) (échelle 35)	☐ (59)	☐ (60)
Est conscient de la différence de développement avec son enfant (ne considère pas l'enfant comme un pair, n'entre pas en compétition dans une situation de jeu)	☐ (61)	☐ (62)
Répond aux questions ou demandes de l'enfant d'une manière convenant à la maturité de l'enfant	☐ (63)	☐ (64)
Encourage l'enfant	☐ (65)	☐ (66)

Établir un cadre de vie	**Mère**	**Père**
Fixe des limites appropriées à l'enfant (échelle 27)	☐ (67)	☐ (68)
Assure le suivi relatif aux limites fixées (échelle 27)	☐ (69)	☐ (70)
Impose des conséquences proportionnées aux écarts de conduite (échelle 25)	☐ (71)	☐ (72)
Réagit en fonction de la situation (échelle 25)	☐ (73)	☐ (74)
Négocie fructueusement avec l'enfant (échelle 25)	☐ (75)	☐ (76)

Impose des conséquences de manière cohérente (échelle 25)	☐ (77)	☐ (78)
Utilise des stratégies pour éviter la confrontation ou l'escalade (échelle 25)	☐ (79)	☐ (80)
Fournit des explications adaptées à l'âge de l'enfant lorsqu'il donne des conséquences	☐ (81)	☐ (82)
Croit qu'il existe d'autres méthodes que des punitions physiques pour se faire écouter (échelle 29 et 34)	☐ (83)	☐ (84)

Attribuez une cote **à tous les items**.

Jamais = 0 Rarement = 1 Souvent = 2 Très souvent = 3 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

Favoriser la socialisation de l'enfant	**Mère**	**Père**
Connaît les besoins sociaux associés à l'âge de l'enfant	☐ (85)	☐ (86)
Considère que les contacts avec d'autres enfants sont enrichissants pour l'enfant	☐ (87)	☐ (88)
Profite des opportunités d'activités de groupe	☐ (89)	☐ (90)
Encourage et supporte l'enfant dans ses contacts sociaux	☐ (91)	☐ (92)
Aide à gérer ses contacts avec les autres enfants	☐ (93)	☐ (94)

Répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant	**Mère**	**Père**
Connaît les besoins intellectuels et éducatifs associés à l'âge de l'enfant (stimulation et socialisation)	☐ (95)	☐ (96)
Procure une stimulation adéquate, crée et s'approprie des occasions d'apprentissage (échelle 28)	☐ (97)	☐ (98)
Fournit du matériel, encourage les activités et le développement d'habiletés (échelle 28)	☐ (99)	☐ (100)
Réagit positivement face aux découvertes de l'enfant	☐ (101)	☐ (102)
Reconnaît les difficultés dans le rendement intellectuel ou l'apprentissage	☐ (103)	☐ (104)
Est sensible au retard de développement et va chercher de l'aide le cas échéant	☐ (105)	☐ (106)
Intérêt vis-à-vis de ce qui se passe à la garderie ou à l'école	☐ (107)	☐ (108)
A de la considération pour la garderie ou l'école (pas de blâmes pour les difficultés de l'enfant, pas de plaintes multiples, pas de demandes de changer l'enfant de groupe)	☐ (109)	☐ (110)
Valorise la garderie ou l'école aux yeux de l'enfant (pas de discrédits ou de compétition avec les éducateurs ou les professeurs)	☐ (111)	☐ (112)
Assiste aux rencontres de parents sur demande des éducateurs ou des enseignants	☐ (113)	☐ (114)
Tient compte de l'avis des éducateurs ou des enseignants	☐ (115)	☐ (116)
Favorise la continuité au groupe d'appartenance de l'enfant (garderie, école)	☐ (117)	☐ (118)
Soutient l'enfant dans ses activités ou ses devoirs en l'aidant au besoin	☐ (119)	☐ (120)

Compétences spécifiques pour les enfants de 0-3 mois

Enfant âgé entre 0 et 3 mois

☐ Oui, nom de l'enfant_____

☐ Non

Lorsqu'un enfant a entre 0 et 3 mois, le parent devrait soutenir la régulation interne du bébé en décodant les besoins de l'enfant, en les anticipant, en devinant ce qui ne va pas et en offrant une réponse sensible de telle sorte que l'action du parent empêche l'enfant d'être submergé par des sensations corporelles intensément déplaisantes, comme la faim, la soif, l'absence de soutien ou d'autres sensations physiques (fonction de pare-excitation).

Parmi les styles qui sont décrits dans le tableau suivant, cochez le ou les styles d'interactions parent-enfant les plus caractéristiques du parent évalué.

Inscrire le chiffre correspondant au(x) parent(s) évalué(s)
Cote 1 à 9 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

☐ Mère (121)

☐ Père (122)

Soutenir la régulation interne du bébé

Rarement disponible pour réconforter l'enfant	Disponible par intermittence	Parvient habituellement à réconforter l'enfant	Essaie de réconforter sans y parvenir	Exagérément stimulant et chaotique
1 2	3 4	5	6 7	8 9
Problématique ←		Adéquat		→ Problématique
Le parent est distant, absorbé en lui-même, très déprimé, renfermé. N'approche pas l'enfant et ne capte pas son intérêt. Par exemple : N'entend pas lorsque l'enfant pleure; n'habille pas suffisamment l'enfant lorsqu'il fait froid.	Peut offrir un réconfort pendant de brèves périodes de temps ou quand l'enfant n'est pas contrarié. Dans les moments où il est disponible, le parent utilise divers moyens (voix, regard, berce et autres mouvements) et une variété de réponses affectives reconnaissant l'individualité de l'enfant.	Décode adéquatement les besoins de l'enfant et y répond bien. Utilise divers moyens (voix, regard, berce et autres mouvements) et une variété de réponses affectives reconnaissant l'individualité de l'enfant. S'approche de l'enfant dans des moments appropriés en faisant des gestes ou en utilisant un objet (jouet) pour capter son intérêt. Capte l'attention d'une manière détendue et concentrée : aide l'enfant à se servir de sa vue, du toucher, du son, du mouvement pour explorer le parent et le monde extérieur. Cette capacité est rarement entravée, même dans des moments de stress.	Trop intrusif. Parfois hyperstimulant. Capte l'intérêt de l'enfant, mais accable ou distrait parfois l'enfant par des stimuli trop nombreux ou intenses.	Accable l'enfant par des stimuli constants et inopportuns. Mine la propre capacité d'autorégulation de l'enfant. Par exemple : ne permet pas que l'enfant pleure; réveille le bébé parce qu'il a envie de jouer avec lui alors que le bébé a besoin de dormir; persiste à nourrir l'enfant même s'il donne des signes qu'il n'a plus faim; joue un jeu qui dépasse les capacités de l'enfant; utilise l'enfant comme un objet inanimé à son service.

Compétences spécifiques pour les enfants de 3 à 10 mois

Enfant âgé entre 3 et 10 mois :

☐ Oui, nom de l'enfant_____

☐ Non

Lorsqu'un enfant a entre 3 et 10 mois, le parent devrait aider le bébé à faire une différence entre les besoins corporels, comme la faim et la soif et les besoins affectifs, comme le désir d'être proche, d'être réconforté ou rassuré en aidant l'enfant à donner un sens à ce qui se passe.

Parmi les styles qui sont décrits dans le tableau suivant, cochez le ou les styles d'interactions parent-enfant les plus caractéristiques du parent évalué.

Inscrire le chiffre correspondant au(x) parent(s) évalué(s) Cote 1 à 9 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X		
	☐ Mère	(123)
	☐ Père	(124)

Supporter l'enfant à différencier les sensations corporelles des émotions

Indifférent aux signaux de l'enfant	Réponse intermittente ou limitée	Réaction optimale	Réaction occasionnellement excessive aux signaux de l'enfant	Réaction excessive à tous les signaux
1 2	3 4	5	6 7	8 9
Problématique ←		Adéquat	→	Problématique
Ne reconnaît pas et ne répond d'aucune manière aux signaux de l'enfant comme les sourires, les regards, les vocalises, les bras tendus…	Réagit adéquatement seulement de façon intermittente. Ou Réagit à un seul signal du bébé (ex.: aux sourires mais pas au regard, aux vocalises ou aux bras tendus). Ou Interprète mal des domaines complets de l'affect (ex.: affirmation de soi, la tendresse).	Décode les signaux du bébé y répond avec empathie et réciprocité (sourires, vocalises, regards, physionomies, mouvements) et aide l'enfant à donner un sens à ce qui se passe. Ex.: au moment où l'enfant reçoit un vaccin, la mère console le bébé par des caresses et des mots doux. Décode toute une variété de signaux. Réagit à toute une gamme d'états affectifs. Demeure compréhensif face aux protestations et à l'affirmation de soi. Réponse sensible malgré la présence de stress du parent.	Dans les moments d'anxiété, le parent a tendance à confondre ses propres sentiments avec ceux du bébé. Cette tendance est limitée à certains états affectifs chez la mère. Ou À certains sentiments exprimés par le bébé. Ou À un état de stress chez le parent (ex.: peut réagir adéquatement aux sourires, mais réagit de manière excessive aux protestations en nourrissant trop le bébé, c'est-à-dire en prenant le stress pour de la faim.	A régulièrement une réaction excessive, intrusive et chaotique. Généralement incapable d'interpréter les signaux du bébé et d'y répondre avec empathie. Incohérence extrême des réactions.

Compétences spécifiques pour les enfants de 10 à 24 mois

Enfant âgé entre 10 et 24 mois :

☐ Oui, nom de l'enfant_____

☐ Non

Lorsqu'un enfant a entre 10 et 24 mois, le parent compétent supporte l'organisation du comportement, l'initiative et l'intériorisation chez l'enfant. Il aide l'enfant à fonctionner et à agir d'une manière organisée, à faire preuve d'initiative (exploration) et à exercer du contrôle sur l'environnement (tenir un verre de lait) et à établir des stratégies pour réaliser ses buts. Il montre à l'enfant comment s'y prendre tout en lui mettant des limites lorsqu'il le faut.

Parmi les styles qui sont décrits dans le tableau suivant, cochez le ou les styles d'interactions parent-enfant les plus caractéristiques du parent évalué.

Inscrire le chiffre correspondant au(x) parent(s) évalué(s)
Cote 1 à 9 Ne sait pas = ? Ne s'applique pas = X

☐ Mère (125)

☐ Père (126)

Supporter l'organisation du comportement, l'initiative et l'intériorisation chez l'enfant

Pas disponible	Disponible par intermittence	Réponse optimale	Réponse désorganisée	Réponse chaotique et excessivement dominatrice
1	2 3 4	5	6 7 8	9
Problématique ←		Adéquat		→ Problématique
N'encourage pas le développement de l'autonomie de l'enfant : Ne stimule pas Ne donne pas de rétroaction positive face aux initiatives de l'enfant	Encourage de façon intermittente le développement de l'autonomie de l'enfant. Ex.: jouera des jeux interactifs, lorsque l'enfant est affectueux, mais s'éloignera dès que l'affirmation de soi ou l'agressivité prendront le dessus. Se prête sporadiquement aux initiatives de l'enfant, selon le secteur. Peut aider l'enfant à jouer avec un casse-tête, mais se retirera face à l'intérêt de l'enfant pour le corps humain. Réponse facilement désorganisée par le stress.	Peur interagir d'une manière complexe et organisée et aider l'enfant à franchir chacune des étapes. Peut agir ainsi face à plusieurs éléments (l'amour, la dépendance, la séparation, la colère) en s'ajustant aux réactions de l'enfant. Résiste au stress et s'en remet bien. Tolère le négativisme de l'enfant et la frustration. Capable de suivre l'enfant et de demeurer disponible sans être trop dominateur. Admire les initiatives de l'enfant et peut laisser l'enfant diriger, tout en établissant des limites qui aident l'enfant à prendre des initiatives. Permet la distance, mais demeure disponible et sait quand se rapprocher de manière affectueuse.	Ses réactions deviennent confuses et ambivalentes face aux nouveaux comportements plus actifs et plus autonomes de l'enfant. Ex.: ne permet pas à l'enfant de passer d'un jeu à l'autre ou change d'activité (ou présente de nouvelles idées) trop rapidement, ce qui est déroutant ou désorganisant pour l'enfant. A tendance à exercer un contrôle excessif de l'enfant, en minant occasionnellement ses initiatives. Comportement anxieux et intrusif.	Comportement totalement chaotique et facilement désorganisé par l'enfant ou passablement désorganisant pour l'enfant. Ne procure aucune opportunité d'initiative à l'enfant. Tendance à exercer, physiquement, un contrôle excessif. Tend à prendre l'initiative dans tous les domaines.

En résumé

Actuellement, y a-t-il des secteurs où le rôle parental s'exerce avec compétence?

Actuellement, y a-t-il des secteurs où le rôle parental ne s'exerce pas avec compétence ?

Dans les secteurs problématiques, y a-t-il des actions envisageables en vue d'aider le parent à améliorer sa compétence parentale ?

Y a-t-il certains secteurs problématiques qui semblent chroniques, que rien ne semble pouvoir modifier ? Si oui, expliquez pourquoi ?

En conclusion, la dimension des compétences ou habiletés parentales est à votre avis une :

- ☐ Préoccupation majeure
- ☐ Préoccupation mineure
- ☐ Force mineure
- ☐ Force majeure

centrejeunessemonteregie.qc.ca