



Le programme en intervention relationnelle au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Myriam Leclerc

Agente de planification, de programmation et de recherche,
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire

Diane Rivard

Agente de planification, de programmation et de recherche
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire



Édition :

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Tous droits réservés, à l'exception de toute reproduction pour des fins non commerciales et sous une forme matérielle quelconque, à condition d'en mentionner la source.

© Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014

ISBN : 978-2-89218-288-0

Citation suggérée : LECLERC, Myriam et RIVARD, Diane. *Le programme en intervention relationnelle au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014.

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez communiquer avec la Bibliothèque du CJM-IU :

514 896-3396

bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Remerciements

Les diverses expérimentations sur le programme en intervention relationnelle au CJM-IU n'auraient pas été possibles sans la collaboration des gestionnaires, des équipes de soutien ainsi que des intervenants eux-mêmes. Tous ont contribué à ce document en partageant leurs réflexions et constats suite à leur expérience auprès de la clientèle. Nous les remercions sincèrement.

Clinique externe du Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et leur famille

Intervenants

- Chantal Bidegaré
- Alexandra Breton
- Annie Cinq-Mars
- Sonia Dubé
- Diane Germain
- Daniel Labbé
- Valérie Laplante
- Myriam Leclerc
- Sophie Ouellet
- Linda Parent
- Diane Rivard
- Chantal Tailly
- Stéphanie Verdon

Gestionnaires et équipe de soutien

- Pierre-Thérèse Jean chef de service
- Jean Philippe St-Louis chef de service
- Danielle Hotte adjointe clinique
- Michèle St-Antoine psychologue consultante
- Lily Gingras psychologue consultante

Unité d'hébergement Les Colibris et Le Phénix

Intervenantes

- Marie-Hélène Jodoin
- Linda Massé
- Lynn Maisonneuve
- Florida Sonier

Équipe de gestionnaire et de soutien

- Annie Charest chef de service
- Alain Deschambeault spécialiste en activités cliniques
- Isabelle Laviollette psychologue consultante

Équipe psychosociale Enfance 4

Intervenants

- Marc Belair
- Émilie Caron
- Marc Fontaine
- Marie-Pier Laliberté
- Claudine Vialle

Gestionnaire et équipe de soutien

- François Tremblay chef de service
- Anie Morin adjointe clinique
- Valérie Chagnon adjointe clinique
- Zahia Ayoub psychologue consultante

Nous voulons souligner leur contribution à la validation de ce document

- Pierre-Thérèse Jean chef de service
- François Tremblay chef de service
- Michèle St-Antoine psychologue consultante
- Isabelle Laviollette psychologue consultante
- Michel Carignan coordonnateur

Mise en page du document : Alina Dornescu, Centre d'expertise sur la maltraitance

Table des matières

Introduction	7
Le Centre d'expertise sur la maltraitance (CEM)	9
<i>Chapitre 1</i>	<i>11</i>
<i>Le programme en intervention relationnelle</i>	
1.1 Bases théoriques	12
1.2 Principes d'intervention	13
1.3 Structure de l'intervention	14
1.4 Résultats	16
<i>Chapitre 2</i>	<i>17</i>
<i>Services spécialisés d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille</i>	
2.1 Mandat	18
2.2 Origine	18
2.3 Bases théoriques	19
2.4 Mise en œuvre de l'intervention relationnelle	21
2.5 Facteurs facilitants et défis en lien avec l'implantation	22
2.6 Résultats	24
2.6.1 Constats des intervenants, de l'équipe de soutien et des gestionnaires à l'application des mesures à l'enfance	24
2.7 Résultats de la recherche	28
2.8 Conclusion de l'expérimentation à l'évaluation des capacités parentales	29
<i>Chapitre 3</i>	<i>32</i>
<i>Expérimentation à l'application des mesures dans une équipe à l'enfance</i>	
3.1 Origine	33
3.2 Constats des intervenants, de l'équipe et du gestionnaire à l'application des mesures à l'enfance	34
3.3 Conclusion de l'expérimentation à l'application des mesures	38
<i>Chapitre 4</i>	<i>40</i>
<i>Unités de réadaptation pour les enfants de 6 à 11 ans</i>	
4.1 Origine	41
4.2 Bases théoriques	42
4.3 Mise en œuvre de l'intervention relationnelle auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés en unité de réadaptation	44
4.4 Constats des intervenants, de l'équipe de soutien et du gestionnaire à l'hébergement 6 à 11 ans	45
4.5 Conclusion de l'expérimentation 6 à 11 ans	50
Conclusion générale des expérimentations	52
Bibliographie	55

Introduction

La mission première du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) est d'assurer le bien-être et la protection des enfants vivant une situation de négligence, de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle, ou qui présentent de graves troubles de comportement. Elle implique également la responsabilisation de jeunes ayant commis des délits dans une perspective de protection durable de la société.

L'intervention qui en découle induit donc un contexte d'autorité en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Elle repose sur le principe de primauté parentale et de ce fait, vise à soutenir, responsabiliser et impliquer les parents dans la recherche de solutions, tout en soutenant l'émancipation de leurs capacités parentales.

Une seconde mission associée au vocable d'institut universitaire s'ajoute, qui confère à l'établissement la responsabilité de contribuer au développement et au partage des connaissances, de même qu'à l'amélioration et à l'enrichissement des pratiques cliniques concernant les problématiques vécues par ces enfants, ces jeunes et leur famille.

Dès le début des années 2000, une volonté d'offrir la stabilité et la cohérence dans les services offerts aux familles se retrouve au cœur des plans stratégiques de l'établissement³². Alors que le milieu clinique soulevait d'importants enjeux relatifs à la prise de décision et à l'importance de situer rapidement un projet de vie permanent, la recherche appuyait par des données empiriques récentes, l'urgence d'offrir à l'enfant un milieu de vie stable. En effet, les résultats des recherches mettaient de plus en plus en évidence, les importantes difficultés d'adaptation des enfants tout au long de leur trajectoire de vie (à l'enfance – des retards de développement, des troubles de l'attachement et du comportement; à l'adolescence – le décrochage scolaire, la délinquance; à l'âge adulte – l'exclusion sociale, des troubles relationnels ou des troubles de santé mentale).

Plusieurs initiatives ont visé la stabilité et la cohérence entre les différents services et missions du CJM-IU. La mise en place de tables de concertation entre les usagers, les milieux cliniques et la recherche ont favorisé un meilleur arrimage entre les besoins de la clientèle et le développement de pratiques plus actuelles.

En 2007, les amendements effectués à la Loi sur la protection de la jeunesse réduisaient les délais de placement en mettant de l'avant l'urgence de situer rapidement un projet de vie pour l'enfant et en soulevant l'importance de déployer des services intensifs pour mieux les orienter. En même temps, les besoins grandissants de la communauté clinique pour parvenir à l'actualisation de ces amendements accroissent la demande au sein de la population scientifique en termes de contenu clinique pertinent, de soutien à l'intervention, de pratiques novatrices et de l'évaluation de leur mise en œuvre.

L'élaboration d'un plan stratégique, qui répond à ces besoins en croissance devient inévitable et ainsi, au cours de l'année 2007-2008³³, une programmation scientifique est élaborée. Cette programmation est à l'origine de la création d'un Centre d'expertise sur la

maltraitance et à la bonification du Centre d'expertise sur la délinquance en y ajoutant un axe de développement supplémentaire sur les troubles de comportement, les deux ayant comme mandat de faciliter et soutenir le développement et le rayonnement d'expertises spécifiques en favorisant l'innovation. Leur rôle consiste à œuvrer en tant que leader de la concertation dans leur domaine d'expertise respectif, de servir d'agent de liaison entre théoriciens et praticiens que ce soit par la recherche et l'enseignement de nouvelles pratiques, approches, instruments ou par leur expérimentation et validation.

Le Centre d'expertise sur la maltraitance (CEM)

Les axes d'expertise en maltraitance couvrent principalement des thématiques en lien avec les capacités parentales, la stabilité et les trajectoires de vie des enfants. Le cadre théorique soutenu par les chercheurs du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE), ainsi que les membres du CJM-IU lors d'une concertation en 2010, mettait de l'avant une vision très large de la maltraitance. Cette vision s'inscrit dans une perspective de polyvictimisation, incluant de multiples facteurs associés tels que les conditions de vie, l'environnement et le développement des pratiques parentales.

L'implication du CEM s'étend donc actuellement à divers secteurs d'activité et couvre plusieurs projets, dont « Supèrenova » qui vise l'implication des pères, « Moi et mon enfant » visant à développer un volet enfant basé sur une intervention existante qui s'adresse aux parents ayant des symptômes relatifs à divers troubles de santé mentale. Plusieurs travaux sont également en cours concernant l'aliénation parentale, le trauma chez les jeunes enfants, les visites supervisées, l'attachement à l'adolescence, l'approche de la réduction des méfaits en contexte de protection de la jeunesse.

À ses débuts, les capacités parentales se sont retrouvées au cœur de la majorité des activités réalisées par le CEM en raison de son importante implication dans le projet « Intervenir auprès des enfants de la grossesse à 6 ans »²⁹. Dans le cadre de ce projet, le CEM a contribué à développer un protocole d'évaluation et d'intervention efficace en matière de capacités parentales. Il a entre autres coordonné le transfert des connaissances par des formations, ainsi que la participation à plusieurs colloques riches en contenu sur les dernières données scientifiques et pratiques de pointe. Il a servi d'agent de liaison entre les intervenants et des partenaires d'expérience (Martin St-André, pédopsychiatre, Gloria Julius, pédiatre, Yvon Gauthier, pédopsychiatre et Gilles Fortin, neuropédiatre), pionniers et anciens chefs de file au sein de la clinique d'attachement du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Par ses liens avec les chercheurs du Centre de recherche du CJM-IU, le CEM a été en mesure d'établir des collaborations avec plusieurs professeurs affiliés à différentes universités québécoises. Ces chercheurs œuvrant dans le domaine de l'attachement (Georges Tarabulsy de l'Université Laval, Daniel Paquette de l'Université de Montréal, Ellen Moss et Chantal Cyr de l'Université du Québec à Montréal) ont non seulement contribué à l'élaboration du contenu, mais ils ont également évalué dans le cadre de recherches scientifiques, la mise en œuvre des projets et ainsi apprécié leur efficacité.

L'implication de Moss et Cyr a d'ailleurs favorisé l'utilisation de l'intervention relationnelle comme outil d'activation de la sensibilité parentale dans le cadre d'une première expérimentation au sein du *Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille*. Les résultats positifs obtenus dans le cadre de cette expérimentation ont justifié son exportation dans d'autres services du CJM-IU. Deux expérimentations ont été lancées afin d'utiliser l'intervention relationnelle. La première cible deux unités de réadaptation desservant une clientèle d'enfants de 6-11 ans hébergés, soit *Colibris* et *Phœnix*, ainsi que le Service de réinsertion sociale qui s'y rattache et la seconde s'adresse aux intervenants sociaux du Service de l'application des mesures œuvrant au sein d'une cellule négligence pour les 0-5 ans.

Le présent ouvrage vise à faire état des résultats obtenus à la Clinique externe du *Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille* ainsi que des constats préliminaires concernant ces deux unités de réadaptation (*Colibri et Phœnix*) et la cellule négligence. Mais d'abord il s'avère pertinent de définir l'intervention relationnelle en tant que pratique novatrice.

Chapitre 1

Le programme en intervention relationnelle¹⁶



1.1 Bases théoriques

Le programme en intervention relationnelle s'adresse aux enfants de 0-5 ans et leurs parents et cible la relation d'attachement dans l'objectif d'augmenter les comportements positifs du parent envers l'enfant.

Ce programme a été développé en réponse aux besoins énoncés par les gestionnaires des Centres Jeunesses de Lanaudière en quête d'intervention sur l'attachement pour la clientèle en contexte de protection. La conceptualisation, l'élaboration du contenu et la mise en œuvre se sont effectuées entre 2003 et 2006 et ont été financées par la Stratégie nationale de la prévention du crime du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

Le programme en intervention relationnelle a été développé à partir des écrits récents dans le domaine de l'attachement et de l'intervention qui s'y rattache (Moss et al. 2004²⁶, Bakermans-Kranenburg et al. 2003)². L'approche retenue pour le programme cible les comportements parentaux, puisqu'il s'agit du type d'intervention la plus efficace pour accroître la qualité des liens d'attachement, selon les résultats obtenus par Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn et Juffer, (2003)².

Plus spécifiquement, le programme d'intervention relationnelle a pour but :

- ✓ de soutenir les patrons d'interaction adaptés des dyades parent-enfant vulnérables ou les modifier lorsqu'ils sont problématiques;
- ✓ d'améliorer la sécurité affective de l'enfant en favorisant le développement d'une sensibilité parentale plus optimale;
- ✓ d'encourager le développement d'une estime de soi positive chez l'enfant;
- ✓ de fournir un soutien émotif au parent participant.

Les principes d'intervention reposent sur une revue de la littérature actuelle portant sur l'attachement. La prémisse de départ des auteurs du programme implique qu'une relation positive favorisant l'établissement d'un attachement sécurisant représente un facteur de développement et de protection significatif pour la résilience, particulièrement au sein des populations vulnérables.

Selon la théorie de l'attachement, l'enfant a besoin de créer un lien de confiance avec son parent pour se développer harmonieusement et trouver un équilibre entre son besoin de sécurité et celui d'exploration. Une relation d'attachement sécurisante implique que le parent agisse comme une source de réconfort et qu'il réponde aux besoins de sécurité, d'autonomie et d'exploration de l'enfant (Moss et al. 2004²⁶; Noël, 2003²⁷).

La théorie de l'attachement stipule que la relation se bâtit à travers les interactions entre l'enfant et son parent, c'est-à-dire que sa qualité dépend des réponses, des gestes et des attitudes qui sont répétés avec constance, persévérance, et congruence (Noël 2003²⁷). C'est donc à partir de ces interactions que l'enfant apprend s'il peut compter sur son parent et se construira des représentations de soi et des autres qui viendront teinter son interprétation

des relations sociales, de situations nouvelles et influenceront ses stratégies d'autorégulation émotionnelle. Avec le temps, ces représentations s'organiseront pour former des patrons d'attachement divisés dans la littérature en quatre types de relations : sécurisante, insécurisante-évitante, insécurisante-résistante ambivalente et désorganisée. La relation sécurisante permet à l'enfant d'intérioriser une image positive de lui-même, il se sent compétent et considère les autres comme des personnes fiables sur qui il peut compter. Inversement, la relation dite insécurisante a plus de risques d'entraîner des perceptions erronées quant aux représentations de soi et des motivations des autres (Main 1991²³).

Accent sur les forces et non sur les difficultés du parent

Le type d'attachement variant donc en fonction des comportements plus ou moins appropriés et sensibles de l'adulte qui répond à ses signaux, il devient l'élément le plus prédictif de la qualité de la relation parent-enfant (Desjardins et al 2005¹³; Noël 2003²⁷). La méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et al. (2003²) appuie d'ailleurs cette idée, car la

revue de littérature exhaustive réalisée par ces auteurs démontre que les interventions visant l'amélioration des comportements sensibles des mères étaient les plus efficaces pour favoriser l'établissement d'une relation saine.

Pour ce faire, quatre composantes sont considérées essentielles à l'établissement d'une relation sécurisante, soit la sensibilité, la proximité, l'engagement et la réciprocité. La sensibilité consiste en la capacité du parent à capter les signaux envoyés par l'enfant, à leur donner une signification adéquate, à sélectionner la bonne réponse et à répondre dans un délai raisonnable. La proximité se définit comme étant la capacité de se rapprocher de l'enfant autant sur le plan affectif que physique. L'engagement réfère au sentiment de responsabilité du parent à l'égard de la sécurité de son enfant, de sa croissance et de son développement. Enfin, la réciprocité s'illustre par la communication mutuelle et partagée, la reconnaissance par le parent du caractère unique de l'enfant et par le plaisir des partenaires à être ensemble.

1.2 Principes d'intervention

Le programme en intervention relationnelle se distingue par ses principes d'intervention fondamentaux qui doivent être assidûment respectés pour en assurer l'intégrité. Le premier principe implique le développement d'une relation de confiance de l'intervenant avec le parent dans l'optique de devenir un pôle de sécurité pour celui-ci, ainsi que pour l'enfant. En fait, l'intervenant doit se montrer empathique, il doit prendre soin du parent afin que celui-ci puisse avoir la disponibilité émotionnelle et l'ouverture nécessaire pour s'engager auprès de son enfant. L'intervenant doit être en mesure de démontrer une attitude de non-jugement et agir comme un guide d'observation afin d'éviter d'adopter une position de spécialiste. L'idée est que le parent demeure le premier spécialiste de son enfant et l'intervenant doit être convaincu qu'il est capable d'évoluer. Il doit être en mesure de l'accompagner et de faire preuve de souplesse afin de s'ajuster au niveau ainsi qu'aux résistances du parent.

Sensibilité, proximité, engagement et réciprocité

Le second principe fondamental à l'intervention relationnelle consiste à mettre l'accent sur les forces et non sur les difficultés du parent. L'intervenant a le mandat d'aider le parent à développer un sentiment de compétence parentale en renforçant les comportements positifs naturellement émis par celui-ci. Il a la responsabilité de déceler les forces déjà existantes afin de les mettre en valeur, de valoriser le moindre élément positif et appuyer ses stratégies d'intervention sur ce que le parent fait de bien, même s'il observe des lacunes. Il encourage ainsi le parent à répéter et consolider ces comportements positifs plutôt que cibler ce qu'il fait de mal.

Le troisième fondement exige la présence de l'enfant et du parent, car l'intervention vise la dyade en lui offrant des espaces d'interaction permettant de développer une relation positive. On vise donc à créer le plus d'occasions où les partenaires sont impliqués conjointement afin de vivre un moment positif et agréable.

Le quatrième fondement consiste à utiliser l'observation, que ce soit pendant les activités filmées ou à partir de situations quotidiennes qui surviennent spontanément, afin de définir le mode relationnel de la dyade. Il est essentiel que l'intervenant possède et développe ses habiletés à observer avec acuité les comportements significatifs dont il est témoin pour être en mesure de noter les répétitions, relever les incongruités et déceler les indices plus subtils afin de pouvoir les traduire ensuite au parent et soutenir sa propre capacité d'observation.

Enfin, le dernier principe fondamental de l'intervention relationnelle repose sur les quatre axes d'intervention directement reliés aux composantes essentielles au développement d'une relation sécurisante (la sensibilité, la proximité, l'engagement et la réciprocité) définies précédemment. L'intervenant doit d'abord identifier les forces et les difficultés relationnelles de la dyade en fonction de ces quatre axes. Il choisira ensuite les activités et les consignes qu'il proposera au parent en fonction de l'axe qui présente le plus de lacunes. L'objectif est alors de fournir des opportunités d'apprentissage qui permettent à la dyade de pratiquer les aspects problématiques de la relation et ainsi évoluer.

1.3 *Structure de l'intervention*

L'intervention implique huit rencontres au domicile familial, d'environ 90 minutes à intervalle hebdomadaire. Ces rencontres comprennent trois éléments cliniques indispensables à l'intervention, soit une discussion dirigée, une séquence d'interaction parent-enfant filmée et une rétroaction vidéo. On retrouve les mêmes étapes à chaque rencontre, soit une période d'accueil, une discussion, une activité, une rétroaction vidéo et le départ.

La période d'accueil est prévue afin d'aborder avec le parent les différents événements ou préoccupations survenus au courant de la semaine. L'intervenant enchaîne ensuite avec la discussion dirigée qui vise à aborder des thèmes importants pour l'amélioration de la relation parent-enfant. Ces discussions sont orientées en fonction des besoins de la dyade et des intérêts des participants à partir d'un des 14 thèmes suggérés dans le guide de l'utilisateur.

L'étape suivante consiste à filmer une activité permettant de placer la dyade en situation d'interaction. Ces activités ont une durée variable (entre 3 et 15 minutes), dépendamment de l'âge de l'enfant, des caractéristiques propres à la dyade ou à l'activité choisie. Une banque de 50 activités ainsi que plusieurs consignes s'y rattachant en lien avec l'axe à développer sont suggérées dans le guide. Il est également possible de combiner ces consignes avec d'autres jeux ou activités élaborées par l'intervenant selon les besoins spécifiques de la dyade. Quatre catégories d'âges (0-9 mois, 9-18 mois, 18-36 mois et 36 mois et plus) ont été déterminées afin de faciliter la sélection des activités dyadiques.

L'activité interactive se veut une occasion de vivre un moment agréable

L'activité interactive se veut une occasion de vivre un moment agréable, dégagé pendant quelques minutes, des soucis de la pression du quotidien. Elles permettent de proposer aux parents des manières nouvelles d'interagir avec leur enfant. Le jeu est donc favorisé en raison de la place qu'il redonne à l'enfant, de son caractère ludique, de l'espace pour explorer sa créativité et expérimenter des émotions nouvelles. Cette activité est ensuite visionnée par l'intervenant, le parent et l'enfant, s'il le désire, afin d'offrir une rétroaction sur les comportements, attitudes et réactions observés pendant le jeu. Ce retour peut durer entre 10 et 20 minutes et doit être accompli idéalement peu de temps après l'activité, afin de considérer l'intervention comme étant complète.

La technique utilisée lors de la rétroaction vidéo consiste à présenter la séquence interactive en s'arrêtant et revenant sur certains moments positifs. La vidéo permet au parent de voir les effets de ses comportements sur l'enfant et d'être renforcé sur ceux qui provoquent une interaction adéquate ou positive. Les interventions sont centrées sur le contenu direct de la séquence vidéo et l'intervenant cible des pauses lui permettant de renforcer, de poser des questions sur le vécu émotif, de mettre l'emphase sur les attitudes, gestes et comportements de l'enfant ou du parent, ainsi que sur les dynamiques interactives observables.

La dernière étape est la période du départ, elle permet à l'intervenant de tracer une synthèse des apprentissages ou facettes abordées durant la rencontre. Ce dernier peut alors suggérer une activité à faire pendant la semaine, ou encourager le parent à reproduire celle qu'il vient d'effectuer pendant la rencontre. Le parent peut aussi être invité à utiliser le carnet d'activités présenté dans le guide afin de développer ses habiletés d'observation et à noter ses questions ou interrogations. Cette initiative vise à ancrer le souvenir des interactions positives et favoriser la répétition de moments plaisants au cours de la semaine.

La vidéo permet au parent de voir les effets de ses comportements sur l'enfant et d'être renforcé sur ceux qui provoquent une interaction adéquate ou positive

Enfin, les huit semaines d'intervention sont divisées en trois blocs afin d'assurer une progression qui favorise l'évolution positive des parents. Les semaines 1 et 2 constituent la période d'acclimatation au cours de laquelle l'intervenant fait une lecture, la plus générale possible, et se concentre uniquement sur ce qu'il voit de positif dans la dyade. Les questionnements ne devraient pas être utilisés pendant cette période afin de maximiser le renforcement positif et développer le sentiment de compétence du parent, essentiel pour établir le lien de confiance. Les semaines 3 à 6 représentent la période d'action. Pendant cette période, l'intervenant devient plus directif, il choisit les activités et donne des consignes qui incitent la dyade à se comporter différemment. Il renforce les

comportements positifs et questionne le parent dans l'objectif de susciter des prises de conscience. Les semaines 7 et 8 ont pour objectif de préparer la fin du travail et de consolider les acquis, il s'agit de la période de généralisation et de bilan.

1.4 Résultats

Les parents exposés à l'intervention relationnelle sont plus sensibles que les parents ayant reçu les services habituels

Les résultats des travaux effectués par Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent et Bernier (2011)¹¹, en collaboration avec le Centre jeunesse de Lanaudière, révèlent que les parents exposés à l'intervention relationnelle sont plus sensibles que les parents ayant reçu les services habituellement offerts par l'organisme. De plus, des effets positifs ont également été constatés chez

l'enfant où on observe un attachement plus sécurisé, ainsi qu'une diminution de la désorganisation et des problèmes de comportement extériorisé ou intériorisé.

Chapitre 2

Expérimentation au Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille



2.1 Mandat

Le *Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille* a pour mandat de procéder à une évaluation approfondie des capacités parentales et du potentiel de changement de tous les parents d'enfants âgés de 0-5 ans dont la sécurité et/ou le développement est considéré comme étant compromis.

2.2 Origine²⁹

C'est conséquemment au plan stratégique du CJM-IU de 2000-2004, misant sur la cohérence et la stabilité dans les services, mais surtout dans les trajectoires des enfants vulnérables, que fut interpellée pour une première fois, la Fondation Lucie et André Chagnon. Le besoin imminent de développer les pratiques efficaces pour actualiser ce plan d'action a mené à une demande de soutien financier auprès de la fondation afin d'élaborer le programme « À chaque enfant son projet de vie ». Ce programme, implanté en 2003, a permis de multiples avancées cliniques et a contribué à influencer les politiques sociales dans plusieurs centres jeunesse.

L'établissement d'une intervention rigoureuse favorisant la prise de décision rapide et judicieuse concernant le projet de vie de l'enfant a soulevé d'importants enjeux quant à la complexité d'évaluer certaines situations. Le CJM-IU, en partenariat avec le Centre jeunesse de la Montérégie ont interpellé à nouveau la fondation Lucie et André Chagnon, afin de lancer un projet visant l'avancée des connaissances et de l'expertise pour ces cas complexes, particulièrement en lien avec la problématique de l'attachement. Le soutien financier est accordé et le projet « Intervenir auprès d'enfants de la grossesse à 6 ans » démarre en 2005²⁹.

C'est dans le cadre de ce projet et dans l'optique d'enrichir son offre de service que le *Centre spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille* est mis en place. Les premières années du projet ont été consacrées, entre autres, à l'élaboration du contenu clinique pour lequel les chercheurs ont eu une importante contribution en soutenant le choix des activités à privilégier et en identifiant des outils et des programmes pertinents, grâce à une revue de littérature. Les intervenants ont assisté à plusieurs formations portant sur les connaissances de pointe en matière d'attachement, afin de développer leur expertise en plus de participer à plusieurs comités cliniques. Le partenariat entre les intervenants, les chercheurs du CJM-IU et leurs collaborateurs externes a permis l'élaboration d'un protocole d'évaluation des capacités parentales rigoureux incluant un volet d'activation de la sensibilité parentale.

Deux projets de recherche ont également été mis en place, le premier visant à évaluer l'efficacité du service et le second ayant pour objectif de comparer les deux stratégies d'activation utilisées par les intervenants dans le cadre de leur évaluation, soit l'intervention psychoéducatrice et l'intervention relationnelle.

La qualité des résultats obtenus par la mise en place de ce projet a d'ailleurs motivé la direction de la protection de la jeunesse et les directions territoriales à suggérer une nouvelle orientation visant à ce que l'évaluation des capacités parentales soit faite

systematiquement pour tous les enfants de 0 à 5 ans dont la sécurité et/ou le développement sont considérés compromis.

La Clinique spécialisée est conséquemment devenue le *Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille* doublant ainsi l'équipe d'intervenants et desservant plus de 440 enfants annuellement. Afin de répondre à l'imposante augmentation de la demande que représentait ce changement d'orientation, plusieurs ajustements ont dû être appliqués afin de rendre le protocole d'évaluation plus flexible. Le niveau de complexité des situations de compromission module donc le protocole d'évaluation mis en place en termes d'outils, de consultations cliniques ou du nombre d'heures d'observation nécessaires à une cueillette d'informations rigoureuses.

2.3 Bases théoriques¹¹

L'élaboration de ce protocole d'évaluation repose sur un cadre de référence théorique tiré d'une revue de la littérature tel que recensé dans l'article de Cyr, Poulin, Lauzier, Michel et Paquette (2012)¹¹. Ces auteurs rapportent que l'évaluation des capacités parentales dans un contexte de maltraitance représente un défi particulier de par les décisions juridiques qui en découleront, mais aussi en raison de la méfiance, la désirabilité sociale, le stress accru et les distorsions qu'elle soulève chez les parents. Ils mentionnent que les limites des enfants en bas âge à verbaliser leurs expériences de soins ou la qualité de la réponse à leurs besoins complexifient encore davantage cette évaluation.

Trois grands principes sont relatés dans l'article de Cyr et al. (2012)¹¹ afin d'établir les lignes directrices reconnues par la communauté scientifique pour guider les évaluateurs. Le premier principe implique que l'évaluation tienne compte des forces et faiblesses du parent, mais aussi de la qualité des interactions avec l'enfant afin de mettre en contexte la concordance entre ses réponses et la demande effectuée par ce dernier. Considérant que les besoins de l'enfant évolueront avec le temps, l'évaluateur devrait être en mesure d'évaluer les capacités actuelles du parent, mais également ses capacités potentielles, c'est-à-dire son aptitude à s'adapter au fil du temps.

À cet effet, Cyr et al. (2012)¹¹ insistent sur l'importance de mesurer la capacité du parent à se remettre en question et à amorcer un processus de changement. Les auteurs rapportent les écrits de Harnette (2007)¹⁴ qui soulignent que l'évaluation du potentiel de changement du parent est un enjeu majeur, rarement adressé et pourtant nécessaire pour bien situer la capacité du parent à répondre aux besoins de son enfant à travers le temps. Selon Harnette (2007)¹⁴, les meilleurs indicateurs du potentiel de changement du parent sont sa faculté d'introspection, l'engagement et sa capacité à bénéficier d'une intervention. En fait, l'évaluation de ce potentiel n'est pas le seul élément nécessaire pour évaluer les capacités parentales actuelles, mais également celles du futur qui prennent une place importante dans l'orientation du projet de vie de l'enfant.

Le second principe repose sur l'importance d'une approche fonctionnelle, c'est-à-dire l'observation des habiletés et des comportements du parent dans son quotidien. Enfin le troisième principe implique l'application d'un standard d'exigences minimales, c'est-à-dire de capacités suffisantes et non optimales.

Comme structure à l'évaluation, Cyr et al. (2012)¹¹, réfèrent aux écrits de Budd (2001, 2005) qui soutient la pertinence de trois étapes nécessaires pour que celle-ci soit rigoureuse. La première consiste à prévoir une rencontre avec l'intervenant qui demande l'évaluation ainsi que les parents impliqués afin de clarifier le plan et les objectifs de la démarche. L'étape suivante prévoit que l'évaluation s'effectue à partir de plusieurs rencontres incluant des entrevues dirigées, des questionnaires validés et des observations directes des interactions parent-enfant. La dernière étape consiste à rédiger un rapport d'évaluation permettant l'intégration et la transmission des informations recueillies.

C'est sur la base de ces principes et étapes d'évaluation que fut élaboré le protocole d'évaluation du *Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille*. Ce protocole prévoyait à la base 13 rencontres dont une rencontre d'accueil, un bilan mi-parcours avec l'intervenant à l'origine de la requête d'évaluation et les parents, une rencontre bilan final visant à effectuer la lecture du rapport et dix visites à domicile de 3 heures chacune en raison de deux par semaine. Ces séances à domicile impliquaient l'observation systématique des capacités du parent, des entrevues dirigées à partir du guide de Steinhauer¹⁵, l'exécution du GED²⁵ (grille d'évaluation du développement) et la passation de questionnaires validés (Indice de Stress Parental¹, Childhood Trauma Questionnaire³, Home⁸, Dissociative Évaluation Scale⁴).

Afin d'évaluer le potentiel de changement chez le parent, le protocole d'évaluation couvrait entre 8 et 10 semaines de la vie de la famille et incluait systématiquement une intervention visant à stimuler le potentiel de changement du parent, que ce soit à partir d'une intervention psychoéducatrice basée sur le *modeling* et l'utilisation d'outils tels que la trousse « Moi comme parent »¹⁷ ou de la lecture interactive « Ali bébé »^{10,24}, soit à partir de l'intervention relationnelle. Enfin, la passation du tri de carte de la sensibilité maternelle était effectuée pour toutes les familles.

À ce jour, la nouvelle orientation du CJM-IU visant l'évaluation systématique de toutes les familles des enfants 0-5 ans dont la situation a été jugée compromise a ajouté une importante variance au niveau de la complexité des cas à évaluer en plus d'augmenter considérablement la demande. De ce fait plusieurs modifications ont été apportées au protocole d'évaluation qui prévoit dorénavant entre 6 et 8 rencontres incluant une rencontre d'accueil, une rencontre bilan et entre 4 à 6 séances d'observation à domicile de trois heures chacune. L'utilisation systématique du «Guide d'évaluation des capacités parentales», adaptation du Guide de Steinhauer¹⁵, ainsi que la passation du GED²⁵ ont été maintenues afin de favoriser la standardisation des observations et de soutenir la rédaction du rapport à la fin de chaque évaluation. Les questionnaires validés (ISP¹, CTQ³, Home⁸, DES⁴) ne sont plus utilisés systématiquement, mais sont plutôt mis à la disposition des intervenants pour enrichir la cueillette de données.

Quant à l'évaluation du potentiel de changement du parent, elle demeure une préoccupation en dépit des courts délais prévus par le protocole. À cet égard, plusieurs instruments sont utilisés tel que le *modeling*, la trousse « Moi comme parent »¹⁷ et « Ali Bébé »^{10,24} à cet effet. L'intervention relationnelle est toujours considérée comme étant pertinente pour situer la capacité d'évolution du parent particulièrement dans les cas particuliers.

2.4 *Mise en œuvre de l'intervention relationnelle*

Tel que mentionné précédemment, afin d'exécuter des observations pertinentes et objectives sur les interactions parent-enfant, les intervenants doivent posséder les fondements de la théorie de l'attachement, être en mesure de reconnaître les attitudes sensibles du parent, tout comme les comportements d'attachement de l'enfant.

Ainsi, avant même de débiter les évaluations des capacités parentales, les intervenants ont reçu une formation intensive sur la théorie de l'attachement ainsi que sur deux tris de cartes par des formateurs certifiés du CJM-IU. Le premier Tri de cartes sur le comportement maternel (Q-Sort)³⁰ est un outil clinique reconnu pour soutenir l'évaluation de la sensibilité maternelle pour les enfants de 0-1 an, à partir du classement de 90 énoncés illustrant des comportements des plus sensibles à ceux relevant de l'insensibilité. Ce résultat peut ensuite être interprété sur un continuum de sensibilité maternelle donnant des indications sur le profil d'attachement possible chez l'enfant. Le second, Tri de cartes sur les comportements d'attachement (Q-Set)³⁴ respecte la même structure (90 cartes, classées en 9 catégories), mais porte sur les comportements de l'enfant de 18 à 36 mois et offre plutôt une appréciation de l'attachement de l'enfant, lui aussi classé en terme sécurisé, insécurisé-évitant et insécurisé-ambivalent.

Entre 2006 et 2010, en plus des formations de base pour l'évaluation des parents et des enfants, les intervenants ont pu bénéficier de plusieurs formations complémentaires. À titre d'exemple : A Dynamic-maturational Model of Patterns of Attachment in Adulthood de Patricia M. Critenden, ADBB : Alarme détresse Bébé de A. Guedeney, l'approche du cercle de sécurité de Cooper, Hoffman, Marvin et Powell. Ils ont aussi participé à différents colloques, ceux sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents du CHU Sainte-Justine et l'Université de Montréal, du GRAVE, de l'École de Psychoéducation de l'Université de Montréal, de l'Association des centres Jeunesse du Québec ainsi que plusieurs présentations majoritairement offertes par l'Association Québécoise pour la santé mentale du nourrisson (AQSMN). Toutes ces activités ont été offertes aux intervenants dans l'optique de développer leur expertise dans le domaine de la relation parent-enfant.

La majorité des activités de formation ont eu lieu au cours des deux premières années afin de développer l'expertise du personnel œuvrant à la clinique. Cette expertise a été ensuite transmise aux nouveaux intervenants à l'aide de coaching personnalisé selon les besoins de chacun et également dans le cadre de discussions cliniques auxquelles se sont joints plusieurs partenaires externes reconnus pour leurs expertises et leur imposante expérience dans l'évaluation de l'attachement.

Enfin, les intervenants du Service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et leur famille ont évidemment reçu une formation sur l'intervention relationnelle. Cette formation intensive s'est étalée sur quatre jours, offrant un contenu sur la théorie de l'attachement, les comportements sensibles, les principes et techniques d'intervention ainsi que les attitudes à adopter par les évaluateurs. Le contenu de la formation a été ajusté en fonction du contexte d'évaluation afin de soutenir également la reconnaissance des comportements épeurants/épeurés dans le but d'amener le parent à développer des comportements de réparation.

Une supervision hebdomadaire a été d'abord assurée par Chantal Cyr, chercheuse principale du projet de recherche sur l'intervention relationnelle, afin d'assurer l'intégrité de l'intervention.

Par la suite, soit à partir des années 2009-2011, la formation concernant le programme en intervention relationnelle a été raccourcie à deux jours et assurée par deux psychoéducatrices ayant accumulé un important bagage clinique ainsi qu'une bonne expérience dans l'application de l'intervention relationnelle. Le contenu de la formation sur l'attachement est dorénavant assuré principalement par des formateurs accrédités par le CJM-IU dans le cadre des formations obligatoires dispensées aux intervenants de l'établissement. Un contenu complémentaire sur l'observation des comportements de sensibilité et insensibilité chez le parent ainsi que leurs effets sur l'enfant est aussi dispensé. La supervision offerte aux intervenants utilisant l'intervention relationnelle a également été modifiée en fonction des besoins et de la réalité d'action dans le service. Ses membres ont également développé un protocole afin de structurer la supervision. Enfin, des supervisions individuelles ont été offertes ponctuellement afin de répondre aux besoins individuels de chaque intervenant.

2.5 *Facteurs facilitants et défis en lien avec l'implantation*¹²

L'expérimentation en lien avec l'utilisation du programme d'intervention relationnelle dans le cadre de l'évaluation des capacités parentales a permis d'identifier divers facteurs ayant facilité ou qui ont représenté des défis pour son implantation au sein du service.

La formation des intervenants ainsi que le mentorat qui l'accompagne constituent l'un des principaux facteurs pour l'efficacité de l'intervention. En effet, les intervenants, l'équipe de soutien et les chefs de service soutiennent que les formations sont importantes, car elles permettent d'acquérir un bagage important de connaissances, de raffiner leurs observations et de se sentir plus outillés lorsqu'ils se retrouvent face aux parents. Le mentorat offert sur une base régulière a permis à son tour de consolider ces acquis et a favorisé le sentiment de compétence des intervenants essentiel à leur mobilisation. Ces derniers rapportent qu'il est parfois confrontant d'exécuter la rétroaction vidéo sur place, sans avoir eu le recul nécessaire pour réfléchir à leurs interventions, ce qui peut créer de l'insécurité. Le mentorat permettant de discuter des diverses interventions au regard des interactions captées sur la vidéo par les intervenants leur permet de repartir avec de nouvelles pistes d'intervention en plus de valider celles qu'ils ont employées. Ce sentiment de compétence est essentiel, car l'intervenant doit servir de base de sécurité à la dyade s'il veut soutenir son évolution. Certains intervenants ayant reçu moins de formation et de mentorat ont d'ailleurs soulevé plusieurs incertitudes en lien avec la qualité de leurs interventions, se remettaient plus en question et se disaient moins motivés à la proposer aux parents. Ils étaient également moins confortables de présenter leurs vidéos devant un groupe et manifestaient le besoin d'un soutien plus accru afin de bien maîtriser l'intervention.

Le soutien clinique offert est donc un aspect important pour la réussite de l'intervention relationnelle. Il va sans dire que le soutien financier de la fondation Lucie et André Chagnon a été un facteur majeur à ce niveau, tant pour les banques de temps, que pour les formations auxquelles les intervenants ont pu participer. En fait, tant que le service est

demeuré un laboratoire subventionné, il a pu bénéficier d'une certaine latitude et s'est vu exempté pendant les premières années du projet, de la pression d'une liste d'attente, ce qui a favorisé l'espace de temps nécessaire à la formation et au mentorat.

Enfin, le soutien offert par l'équipe de recherche a également favorisé l'engagement des membres de la clinique de par le fait de proposer systématiquement l'intervention à toutes les familles. L'implication dans un projet de recherche était parfois contraignante pour les intervenants qui devaient suivre un protocole, mais en même temps une source de motivation supplémentaire à la mobilisation des parents afin d'obtenir des résultats positifs. La souplesse des membres de l'équipe de recherche a d'ailleurs favorisé la collaboration entre les intervenants et les chercheurs.

Divers défis ont été relevés quant à l'utilisation systématique de l'intervention relationnelle dans les évaluations des capacités parentales effectuées. D'abord, la demande étant souvent en provenance du service évaluation-orientation DPJ et les délais prescrits par la Cour sont habituellement plus courts que ceux nécessaires à l'exécution complète du protocole d'intervention relationnelle. En effet, les intervenants sociaux en charge de l'évaluation de la situation de compromission ont, selon la loi, un délai de 30 jours pour émettre leurs recommandations alors que le programme d'intervention prévoit huit rencontres hebdomadaires et requiert donc minimum huit semaines pour respecter l'intégrité du protocole. Il devient d'autant plus difficile de respecter les délais légaux dans un contexte où l'évaluation n'est pas faite sur une base volontaire et soulève plusieurs résistances chez les parents. De plus, ces derniers doivent composer avec les diverses demandes des intervenants (trouver un domicile adéquat, amorcer un suivi thérapeutique pour des difficultés personnelles telles que la consommation, la violence ou encore des indices de santé mentale), mais encore avec parfois plusieurs contraintes quotidiennes qui alourdissent leur situation familiale (dettes, faible revenu, incapacité à faire l'épicerie, logement inadéquat). L'intervention relationnelle n'est alors pas dans leurs priorités et ces multiples contraintes quotidiennes engendrent des annulations des séances prévues ou des modifications à l'horaire qui étirent le protocole au-delà des huit semaines prévues.

Ainsi, le nombre de visites requises pour réaliser l'intervention, les contraintes organisationnelles des parents et leur manque de mobilisation ont parfois alourdi le protocole d'évaluation en raison des délais nécessaires pour le compléter. Ces longs délais de réalisation limitaient parfois l'accès aux services, car il était impossible de débiter d'autres évaluations. Plusieurs demandes d'évaluation étaient refusées faute de place et se retrouvaient sur une liste d'attente ou étaient reléguées à d'autres services du CJM-IU, souvent moins outillés pour les réaliser.

La mobilité du personnel a également contribué à cet état de fait, car plusieurs départs en congé de maternité ou de maladie et la difficulté de remplacer ce personnel hautement spécialisé ont forcé le service à composer avec une équipe restreinte parfois à deux intervenantes. Le volume de demandes dépassait alors grandement la capacité du service. De plus, les nouveaux intervenants devant être formés avant d'appliquer l'intervention ne pouvaient pas être opérationnels très rapidement ce qui inférait à nouveau un délai dans la réponse du service.

D'ailleurs l'importante augmentation de la demande passant de 65 familles à 440, suite aux nouvelles orientations du CJM-IU, a provoqué un engorgement au niveau du service ainsi

qu'une reconsidération du protocole d'évaluation. En effet, l'enjeu du nombre d'évaluations à réaliser considérant le nombre d'heures disponibles dans une semaine a amené les gestionnaires à reconsidérer les objectifs du service au regard des moyens nécessaires pour les cas considérés comme étant non complexes. Ainsi, les protocoles d'évaluation ont été raccourcis et le nombre d'heures accordées pour chaque famille a diminué de 33 en moyenne à 15 pour les situations considérées comme étant non complexes, alors que celles présentant un niveau de complexité plus élevé pouvaient s'étaler sur 6 séances à domicile et couvraient en moyenne 18 heures de contacts avec la clientèle.

Ce contexte a rendu difficile l'utilisation de l'intervention relationnelle, car les intervenants ne disposaient plus d'un nombre suffisant de séances pour finaliser le programme. De plus, la pression mise sur le service a engendré une diminution des heures de mentorat nécessaires à la maîtrise de l'intervention afin de maximiser le temps passé dans les familles. En fait, il devenait difficile de justifier l'important nombre d'heures attribuées à l'intervention relationnelle en termes de contact avec la clientèle, de formation et de mentorat, au regard à la liste d'attente du service et du nombre d'évaluations à effectuer.

2.6 Résultats

Plusieurs des objectifs visés par l'intégration du programme en intervention relationnelle dans le protocole d'évaluation des capacités parentales sont atteints du point de vue des intervenants et gestionnaires impliqués dans le projetⁱ. Ces constats cliniques sont d'ailleurs appuyés par les résultats du projet de recherche de Chantal Cyr intitulé « L'évaluation des effets du modèle d'activation des compétences parentales par l'intervention relationnelle ».

2.6.1 *Constats des intervenants, de l'équipe de soutien et des gestionnaires à l'application des mesures à l'enfance*

Le premier constat réalisé par l'équipe et ses collaborateurs concerne directement leur mandat d'évaluation des capacités parentales et du potentiel de changement du parent. En fait, les propos des divers collaborateurs convergent tous en ce qui concerne la richesse des observations faites dans le cadre des évaluations effectuées par les intervenants utilisant l'intervention relationnelle. Ils expliquent que dans le cadre de ce programme, les intervenants apprennent à développer leurs aptitudes d'observation en analysant chacune des interactions parent-enfant en termes de comportements favorables, à l'établissement d'une relation saine. Ils développent leur capacité à détailler les séquences d'interaction en comportements observables afin de bien comprendre les forces ou lacunes de la dyade au plan relationnel, à choisir les activités à proposer et traduire leurs observations au parent.

ⁱConstats tirés de discussions avec le personnel et les collaborateurs du Service d'évaluation et d'intervention auprès des petits et leurs familles et corroborés avec le contenu des entrevues dirigées rapportées dans le Rapport d'implantation et d'impact remis à la Fondation Lucie et André Chagnon : CYR, C., Lopez L. et Paquette, D. *Évaluation de l'efficacité de la Clinique externe du Centre d'expertise pour les tout-petits et leurs parents (CECE) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CIM-IU) : l'attachement parent-enfant dans un contexte de maltraitance parentale*. Rapport de recherche, Octobre 2012, 171 p.

Dans le cadre du mentorat, des supervisions, des discussions cliniques et des rétroactions vidéo, les intervenants sont également appelés à exercer leur capacité à traduire leurs observations pour les rendre accessibles aux autres intervenants ainsi qu'au parent. Ils

Les intervenants qui pratiquent l'intervention relationnelle deviennent plus habiles à reconnaître les comportements significatifs en termes d'attachement, étoffer leurs observations à partir de comportements observables et traduire celles-ci au parent ou aux intervenants avec qui ils collaborent.

deviennent donc de plus en plus habiles pour mentaliser leurs observations, vulgariser et développer un vocabulaire efficace pour les communiquer. De ce fait, les intervenants qui pratiquent l'intervention relationnelle deviennent plus habiles à reconnaître les comportements significatifs en termes d'attachement, étoffer leurs observations à partir de comportements observables et traduire celles-ci au parent ou aux intervenants avec qui ils collaborent. D'ailleurs les intervenants ayant utilisé l'intervention relationnelle notent plusieurs gains cliniques sur le plan personnel, en se considérant mieux outillés et plus confiants dans leur rôle d'évaluateur.

Le second constat porte sur l'objectivité des intervenants et la qualité du lien de confiance qui en découle. En effet, les intervenants utilisant l'intervention relationnelle ont tendance à être plus nuancés, car ils sont contraints de reconnaître des forces chez les parents en dépit d'un premier réflexe qui les pousse à identifier toutes leurs lacunes. Le fait de reconnaître des forces au parent, l'attitude de non-jugement et l'approche moins directive de l'intervention favorisent l'établissement du

lien de confiance et ont permis de modifier leur attitude générale avec les parents. En fait, l'un des grands principes de l'intervention relationnelle mise sur le fait que le parent demeure le premier spécialiste de son enfant. L'intervenant est donc là pour l'aider à identifier ce qu'il fait de positif, reconnaître les besoins de son enfant ainsi que la signification des comportements qu'il adopte, ainsi que pour soutenir des prises de conscience. L'intervention relationnelle est une approche suggestive à partir de laquelle l'intervenant devient davantage un acteur de soutien qui offre une base de sécurité à la dyade afin de permettre au parent de réfléchir, trouver ses propres réponses ou solutions et reprendre du pouvoir dans sa relation avec l'enfant. L'intervention relationnelle modifie donc l'angle de vue et l'angle de prise des intervenants qui ont l'habitude d'être plus directifs et utilisent le modeling pour guider les parents en leur montrant comment faire.

De ces deux premiers constats découle un troisième portant sur la mobilisation des parents et leur niveau de reconnaissance. En effet, tel que mentionné, les intervenants étaient mieux outillés pour détailler, nuancer et nommer leurs observations aux parents. Dans le cadre du programme d'intervention relationnelle, les intervenants devaient nommer systématiquement leurs observations aux parents à chaque séance, permettant ainsi une transmission plus graduelle des informations. De ce fait, le parent semblait moins menacé par ce qui lui était nommé et avait plus de temps pour intégrer ses forces et limites, apporter des modifications ou amorcer des prises de conscience. Le lien de confiance étant également plus facile à établir, les parents étaient habituellement moins défensifs et plus nuancés dans leurs propos lors du bilan final.

Enfin, intervenants, gestionnaires et collaborateurs s'entendent tous pour dire que le programme d'intervention relationnelle permet de situer efficacement le potentiel de changement du parent. La capacité du parent à bénéficier des apprentissages offerts était clairement observée à partir des progrès qu'il était en mesure de faire ou non. De plus, les réponses qu'il offrait aux questionnements soulevés lors des rétroactions vidéo témoignaient assez clairement de ses capacités à mentaliser et se remettre en question. Ainsi, les intervenants bénéficiaient d'un contenu riche en termes de verbalisation ou de modification de comportement pour soutenir leur appréciation du potentiel évolutif du parent.

Le programme d'intervention relationnelle permet de situer efficacement le potentiel de changement du parent.

Divers effets positifs étaient également observés dans le cas des familles ayant bénéficié de l'intervention relationnelle. D'abord, il est possible de constater une évolution positive dans la relation au sein de la majorité des dyades. En effet, on observait plus de comportements sensibles chez le parent, des interactions plus harmonieuses et moins d'attitudes coercitives chez les partenaires. L'intervention avait également des effets sur la confiance personnelle du parent et son ouverture, possiblement en lien avec les renforcements positifs dont il faisait l'objet. Ces parents ayant souvent vécu eux-mêmes de la maltraitance ont eu peu d'occasions de vivre des expériences positives et d'acquérir les outils nécessaires à l'établissement d'une relation saine. Il arrive donc que ce soit la première fois qu'ils entendent ce qu'ils font de bien de la part d'une personne extérieure à leur cercle social et même parfois de leur entourage. On observe chez ces parents une attitude plus réceptive, ils semblent se sentir plus respectés, comme s'ils avaient l'impression qu'on leur rendait justice pour la première fois. Certains parents exprimaient d'ailleurs leur hâte et demandaient avec enthousiasme les détails concernant l'activité filmée de la journée. Ils s'installaient ensuite ou demandaient des détails sur le début de la rétroaction vidéo.

L'utilisation de l'intervention relationnelle a également confronté l'équipe à divers défis dans le cadre de leurs évaluations. Le premier défi est relatif à la complexité des cas évalués. En effet, plusieurs des enfants référés à la clinique avaient à peine quelques mois (0-3 mois) et leurs parents étaient peu expérimentés. Il devenait alors plus difficile de discriminer ce qui relevait d'un manque de connaissances chez le parent comparativement à des lacunes sur le plan de sa sensibilité. L'âge de l'enfant s'ajoutait à cette complexité en raison de la subtilité des réactions de ce dernier, du peu d'occasions dont disposait le parent pour bien le connaître en raison de sa courte existence, des nombreuses périodes de sommeil et du peu d'activités possible à réaliser. Le placement de certains d'entre eux en famille d'accueil pouvait également interférer avec la connaissance que le parent avait de son enfant ou vice-versa, et ce pour tous les groupes d'âge visés par l'intervention.

Les situations évaluées pouvaient également être rendues complexes par l'origine culturelle du parent. Ainsi, dans certains cas, le recours à des interprètes pour traduire les interventions dans la langue d'usage du parent a été nécessaire. De plus, la perception du rôle parental et la définition même de la sensibilité ne se traduisaient pas dans les mêmes comportements d'une culture à l'autre. Il a donc fallu plusieurs ajustements en ce sens pour trouver le bon angle de prise. Par exemple, selon les principes d'attachement, nous considérons qu'un parent qui laisse son enfant manger par lui-même adopte une attitude sensible favorisant le développement de l'autonomie de ce dernier. Dans la culture du

Bangladesh, laisser son enfant manger seul est plutôt considéré comme un manque de sensibilité et d'intérêt de la part du parent à l'égard de son enfant.

La complexité des évaluations découlait dans d'autres cas des problèmes de santé mentale du parent, d'un trouble de la personnalité ou des limites intellectuelles. Ces difficultés affectaient directement la compréhension de la dyade et le travail avec le parent. En effet, les patrons d'interactions étaient non seulement teintés des comportements immédiats des partenaires, mais également du passé plus ou moins traumatique de la dyade. Par exemple, il est possible que l'enfant soit demeuré craintif face à son parent si ce dernier a été exposé à des comportements étranges ou même à des épisodes de dissociation. De plus, l'enfant a évolué auprès de ce parent et s'est développé en fonction des représentations erronées de ce dernier, ses réactions deviennent alors plus difficile à situer en termes de comportement d'attachement lorsqu'on le compare à la norme. La compréhension de la dyade est donc plus difficile au regard des interactions particulières des partenaires.

Il en va de même pour le travail avec le parent, c'est-à-dire que ce dernier présentant une perception de la réalité différente de celle de la normalité, il devenait parfois ardu pour les intervenants de comprendre leurs propos ou la signification de certains comportements. Ainsi il arrivait que les réactions du parent lors de l'activité soient discordantes, qu'il ait un moment d'absence ou que sa perception d'un comportement soit à l'opposé du besoin exprimé par l'enfant. Lors des rétroactions vidéo, il devenait difficile d'utiliser ces séquences de jeu pour renforcer le parent et les intervenants obtenaient des réponses discordantes à leurs questionnements. Enfin, dans le cas de la limite intellectuelle du parent interférant avec la mentalisation de ce dernier et les prises de conscience qu'il aurait dû faire, on constatait très peu de progrès au sein de la dyade. Ainsi, bien que l'intervention relationnelle permette de documenter l'ampleur des limites du parent en termes de potentiel de changement, elle était moins efficace pour développer sa sensibilité.

Le contexte direct de l'évaluation imposait un autre défi de taille pour les intervenants qui devaient garder une distance professionnelle adéquate pour bien utiliser l'intervention relationnelle. Il arrivait que certains parents aient plus de difficultés à comprendre les nuances et ainsi retiennent uniquement les aspects positifs soulevés lors de la rétroaction vidéo. Ainsi les intervenants craignaient de transmettre une image trop positive aux parents, particulièrement lorsque ces derniers se reconnaissaient peu de difficultés. Ils devaient donc parfois refréner leur envie de confronter le parent en lui nommant qu'il avait également des limites, les illustrer à l'aide des vidéos et faire un effort supplémentaire pour séparer l'intervention de l'évaluation. L'intensité des contacts avec la clientèle jouait également un rôle dans la perte de distance des intervenants avec la famille. Après avoir constaté les lacunes du parent pendant plus de trois heures, il devenait encore plus difficile de faire abstraction de ces dernières pour renforcer les comportements positifs dans le cadre de la rétroaction vidéo. De plus, les intervenants passaient environ six heures par semaine au sein des familles partageant ainsi leur quotidien à plusieurs moments de la journée. Ils assistaient aux routines des levers ou des couchers, les accompagnaient pendant leurs courses, mangeaient en leur compagnie, allaient au parc. Dans certains cas, les intervenants étaient presque considérés comme des membres de la famille par les enfants ou les parents qui avaient un pauvre réseau social. L'importante proximité amenait

parfois l'enfant ou le parent à se référer à l'intervenant en plein milieu de l'activité en cours ou à demander son avis lors de la rétroaction vidéo.

Enfin, les intervenants devaient composer avec plusieurs contraintes organisationnelles (la routine, la présence d'autres enfants, de la famille immédiate ou élargie et des amis des parents évalués). Les interventions prenant place dans le cadre des séances d'évaluation, il fallait également s'adapter aux contraintes de la vie quotidienne et s'intégrer dans la routine de la famille. Ainsi, les activités filmées avaient parfois lieu au cours d'une sortie au parc ou devaient se faire après la sieste de l'enfant. Elles étaient également tributaires à d'autres facteurs environnementaux ou personnels, tel que le manque d'espace, l'insalubrité, la maladie de l'enfant ou du parent, le manque de sommeil ou de nourriture. Ces facteurs avaient non seulement un impact sur la qualité des interactions, mais également sur la disponibilité de l'enfant, du parent et de l'intervenant.

2.7 Résultats de la recherche¹²

Les analyses effectuées par Chantal Cyr et son équipe portent sur trois groupes d'enfants et de parents totalisant 106 participants (groupe 1: Intervention-Relationnelle 35; groupe 2: Intervention-Psychoéducative = 25 ; groupe 3: Évaluations en territoire = 46). Le devis utilisé comportant une mesure pré-intervention et une post-intervention n'a démontré aucune différence significative entre les groupes au début de l'intervention.

Il en va autrement lors de la mesure finale. Les dyades ayant reçu l'intervention relationnelle démontraient une amélioration significative de la qualité de la relation parent-enfant, comparativement aux deux autres groupes. Les parents sont plus sensibles à l'égard des besoins de l'enfant, les interactions sont réciproques et harmonieuses, les partenaires démontrent davantage de plaisir à être ensemble et les rôles sont plus ajustés. Les enfants démontrent davantage de comportements d'attachement sécurisant organisé et moins de problèmes de comportement extériorisé.

Les dyades ayant reçu l'intervention relationnelle démontraient une amélioration significative de la qualité de la relation parent-enfant

Les parents du groupe d'intervention relationnelle sont en mesure de bien évaluer leurs propres forces, leurs faiblesses et leur capacité à changer.

Les résultats obtenus par la recherche démontrent également que l'intervention relationnelle est un outil d'évaluation efficace. En effet, l'utilisation de l'intervention relationnelle dans le cadre de l'évaluation des capacités parentales a permis aux intervenants de situer le potentiel de changement du parent de façon efficace. En effet, les résultats des analyses démontrent que la perception des intervenants quant aux progrès réalisés par le parent ou dans la qualité de la relation correspond aux changements compilés par l'équipe de recherche à partir de la grille d'analyse de Moss et al. (2010). Ces résultats suggèrent donc que les intervenants du groupe intervention relationnelle sont en mesure de bien évaluer la qualité des interactions des dyades ainsi que leur capacité à changer et par le

fait même à contribuer de façon plus claire à l'orientation des familles.

De plus, les résultats des analyses démontrent que les perceptions de ces changements par les intervenants correspondent à celles des parents par rapport à leurs propres évolutions. Ainsi, les parents du groupe d'intervention relationnelle sont en mesure de bien évaluer leurs propres forces, leurs faiblesses et leur capacité à changer. À l'inverse, la perception des parents du groupe d'intervention psychoéducative quant à leurs forces et leur capacité à changer est l'opposé des changements évalués par l'équipe des chercheurs. Les parents surestiment leurs forces ainsi que leurs capacités à changer. En somme, ces parents ne comprendraient pas ce qu'ils doivent modifier pour améliorer leur situation, ils demeureraient défensifs cherchant à présenter une image positive d'eux-mêmes. L'utilisation de l'intervention relationnelle pourrait donc favoriser la mobilisation du parent de par une perception plus réaliste de sa situation, de ses forces et de ses limites, lui permettant de mieux comprendre les enjeux relatifs à sa situation et le plan d'intervention qui en découle. De ce fait, le parent adhérerait et participerait plus aisément au plan d'intervention proposé.

Enfin, parmi les familles ayant reçu l'intervention relationnelle et s'étant améliorées, une seule aurait été signalée à nouveau. Les mesures prises à 6 et 12 mois démontrent que la récurrence des mauvais traitements tel que consignée selon les nouveaux signalements retenus est significativement plus présente chez les familles qui ne s'améliorent pas suite à l'intervention relationnelle. Ainsi, non seulement l'intervention relationnelle représenterait un outil efficace pour identifier les familles à haut risque de récurrence, mais encore, elle aurait un effet préventif puisque les familles ayant démontré une amélioration sont peu susceptibles d'être signalées à nouveau.

2.8 Conclusion de l'expérimentation à l'évaluation des capacités parentales

Le programme en intervention relationnelle est un atout majeur dans le contexte de l'évaluation des capacités parentales, que ce soit du point de vue des intervenants, des équipes de soutien, des gestionnaires, des collaborateurs ou des parents. Non seulement les intervenants se sentent mieux outillés pour définir la relation parent-enfant, mais encore, dans le cadre de ce programme, ils développent des aptitudes d'observation leur permettant d'enrichir leur collecte de données, vulgariser ce qu'ils observent pour le rendre accessible aux parents et collaborateurs, situer le potentiel d'évolution de la dyade et favoriser la mobilisation. La reconnaissance de ces aptitudes, par l'équipe de soutien, les gestionnaires et les collaborateurs renforcent l'idée que le programme d'intervention relationnelle contribue à accroître la qualité des évaluations effectuées par les intervenants qui la pratiquent.

De plus, sur le plan clinique, les familles exposées à l'intervention relationnelle ont majoritairement été en mesure d'améliorer leur relation. Les parents démontraient une évolution observable en termes de sensibilité parentale, c'est-à-dire qu'ils manifestaient davantage de comportements sensibles envers leur enfant, et ce même en dehors des activités structurées effectuées dans le

Parmi les familles ayant reçu l'intervention relationnelle et s'étant améliorées, une seule aurait été signalée à nouveau

Le programme d'intervention relationnelle permettait de mieux définir les orientations favorables au développement de l'enfant

cadre du programme. Les enfants recherchaient plus le contact de façon positive et on observait davantage de moments de plaisir partagés entre l'enfant et le parent, mais également avec la fratrie ou le parent non impliqué dans l'intervention. Lorsque la mère ou le père exposé à l'intervention relationnelle n'était pas en mesure de profiter des occasions d'apprentissages offertes par le programme ou que les dyades n'évoluaient pas, il devenait plus facile pour l'intervenant de statuer sur les limites du parent au niveau de son potentiel de changement. De ce fait, le programme d'intervention relationnelle permettait de mieux définir les orientations favorables au développement de l'enfant.

Ces constats cliniques sont d'ailleurs appuyés par les résultats de recherches obtenus par Cyr et al. (2011). En effet, les analyses comparatives entre les familles ayant participé au programme d'intervention relationnelle et ceux ayant reçu des interventions psychoéducatives confirment que les dyades du premier groupe démontrent une plus grande évolution dans la qualité des interactions. Ces analyses démontrent également qu'on observait moins de troubles de comportement extériorisés chez les enfants ayant participé au programme. Sur le plan de l'évaluation des capacités parentales, les résultats confirment que les perceptions du changement chez les dyades tel qu'observé par les intervenants utilisant le programme d'intervention relationnelle sont cohérentes aux résultats obtenus par l'équipe de recherche. Ainsi lorsque l'intervenant percevait un changement au sien de la dyade, l'équipe le percevait aussi. Les analyses démontrent des résultats similaires pour les parents ayant bénéficié de l'intervention, c'est-à-dire que ces derniers avaient une perception cohérente avec celle de l'équipe de recherche, alors que les parents du groupe d'intervention psychoéducative avaient une perception inverse à celle-ci. Les parents du premier groupe étaient donc aussi en mesure de mieux évaluer leurs propres changements. Enfin, de toutes les familles ayant démontré des changements positifs suite à l'intervention relationnelle, une seule a fait l'objet d'un nouveau signalement six à douze mois après l'évaluation. Le programme d'intervention relationnelle est donc un outil efficace pour les intervenants qui l'utilisent et les parents qui y participent, car elle permet de bien évaluer la qualité des interactions et leur capacité à changer, mais représente également un facteur de protection pour les familles vulnérables.

L'intervenant doit être en mesure de se bâtir un bon bagage de connaissances sur l'attachement, sur les comportements sensibles et insensibles, sur les indices observables d'une relation positive ou non, pour se sentir à l'aise devant le parent et utiliser le plein potentiel des vidéos qu'il fera

L'intégration du programme d'intervention relationnelle dans le protocole d'évaluation des capacités parentales a donc permis au Service d'évaluation et d'intervention auprès des tout-petits et de leur famille de remplir son mandat avec succès. Toutefois, plusieurs facteurs sont à considérer afin de favoriser la réussite d'un tel projet. En effet, l'équipe du service a rencontré divers défis au cours du projet, que ce soit en lien avec la complexité des familles à évaluer (bas âge des enfants, origine culturelle, troubles de santé mentale), ou les contraintes en lien avec le contexte d'évaluation (mandat de la clinique, intensité des contacts, routine, fratrie).

L'implantation du programme a également engendré quelques difficultés organisationnelles en raison du nombre de séances minimum pour réaliser l'intervention, des situations familiales complexes, des délais légaux, de la

mobilité du personnel et de l'augmentation de la demande suite aux nouvelles orientations du CJM-IU.

Plusieurs facteurs sont à considérer afin d'assurer l'intégrité de l'intervention et favoriser son efficacité. La formation et le mentorat sont très importants pour l'appropriation de l'intervention et le développement du sentiment de compétence de l'intervenant qui l'appliquera. L'intervenant doit donc être en mesure de se bâtir un bon bagage de connaissances sur l'attachement, sur les comportements sensibles et insensibles, sur les indices observables d'une relation positive ou non, pour se sentir à l'aise devant le parent et utiliser le plein potentiel des vidéos qu'il fera. Le mentorat doit également être plus régulier au départ afin d'offrir suffisamment de soutien à l'intervenant pour actualiser ces nouveaux apprentissages et développer ses aptitudes à communiquer ses observations. Bien que les caractéristiques personnelles et l'expérience de chacun puissent influencer ce temps d'appropriation, il demeure nécessaire d'offrir plusieurs heures au début afin que l'intervenant parte sur des bases solides, sans quoi il demeure incertain, doute de ses capacités et a plus de difficulté à camper son rôle de pôle de sécurité.

Ainsi, l'utilisation du programme d'intervention relationnelle demande un investissement important en temps que ce soit de la part des intervenants qui la pratiquent ou de la part de l'équipe de soutien, pour bien l'intégrer. Néanmoins, cet investissement est comparable à n'importe quelle intervention une fois que les intervenants se l'ont approprié et le soutien clinique permet alors simplement d'enrichir la pratique.

Il n'est donc pas étonnant de constater que la contribution financière de la Fondation André et Lucie Chagnon ait représenté un facteur facilitant pour l'implantation du programme puisqu'elle a permis de dégager des heures pour les intervenants en termes de formation, de pratique et de consolidation des acquis. La fin du projet « Intervenir auprès des enfants de la grossesse à 6 ans » concordant avec l'arrêt du soutien financier et l'augmentation de la demande auprès du service d'évaluation relatif aux nouvelles orientations des CJM-IU, ont d'ailleurs eu un impact important sur l'utilisation de l'intervention relationnelle. En effet, le service n'avait plus de subvention pour dégager le temps nécessaire aux intervenants, mais devait en plus composer avec la pression d'une liste d'attente qui a forcé les gestionnaires à reconsidérer les heures allouées pour chaque évaluation. Les protocoles d'évaluation ont donc été raccourcis et les heures de formation ou de soutien cliniques diminuées afin de maximiser l'efficacité du service en terme du nombre d'évaluations à effectuer.

L'intervention relationnelle a donc été mise temporairement de côté en raison des contraintes organisationnelles du service. Toutefois, sa pertinence et son efficacité étant reconnues tant dans la communauté clinique que par les gestionnaires et chercheurs, une relance de son application est en cours pour lui redonner une place au sein du service. Quel type de familles bénéficie davantage de cette intervention? À partir de combien de séances d'intervention relationnelle peut-on percevoir le changement possible? Voilà les questions auxquelles les travaux futurs s'adresseront. À cet égard, Chantal Cyr poursuivra des travaux avec le CJM-IU.

Chapitre 3

Expérimentation à l'application des mesures dans une équipe à l'enfance



3.1 Origine

Depuis 2005, une formation sur l'attachement est donnée systématiquement à tous les intervenants travaillant à l'enfance afin de favoriser l'établissement d'une compréhension et d'un langage commun autour du concept. Elle vise que tous les intervenants soient initiés aux grands principes de la théorie sur l'attachement et qu'ils soient mieux outillés pour identifier les enjeux ou dynamiques relationnelles qui influencent la capacité du parent à prendre soin de son enfant. Les connaissances sur l'attachement et ses diverses implications cliniques ont mis en évidence le manque de moyens pour travailler cette dimension dans le cadre des suivis à l'application des mesures.

L'intervention relationnelle semblant pouvoir répondre à ce besoin, le Centre d'expertise sur la maltraitance est interpellé afin d'évaluer la faisabilité d'une telle intervention dans une équipe psychosociale à l'enfance. Jusqu'à ce jour le programme en intervention relationnelle¹⁶ a démontré son efficacité lorsqu'appliqué par des intervenants ayant une neutralité face à la prise de décision auprès des familles suivies en protection de la jeunesse. L'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ par des intervenants à l'application des mesures est le volet novateur de ce projet et va à l'encontre de l'opinion de certains chercheurs qui prônent la neutralité de l'intervenant pour l'efficacité du programme.

L'expérimentation vise à rencontrer différents objectifs et faire certaines validations : 1) outiller les intervenants à travailler la dynamique relationnelle permettant ainsi l'identification des indicateurs de sensibilité et d'insensibilité parentale, de sécurité et d'insécurité chez l'enfant et le développement d'attachement plus sécurisant chez les enfants 2) valider si de par son mandat légal et son rôle d'autorité auprès des familles, l'intervenant social à l'application des mesures peut obtenir des résultats probants auprès des dyades au même titre que lorsqu'appliqué par un intervenant neutre au dossier tel qu'appliqué lors des expérimentations de recherche antérieures 3) vérifier la faisabilité du programme dans le contexte actuel d'une équipe à l'application des mesures.

Afin que les familles puissent participer au projet, leur situation doit répondre à deux critères : l'enfant vit hors de son milieu familial, mais son projet de vie demeure à clarifier, l'enfant vit au domicile parental et l'intervention vise son maintien dans ce milieu. Une cellule d'intervention en négligence 0-5 ans est ciblée pour actualiser le programme en intervention relationnelle¹⁶. Elle se compose de trois intervenants sociaux et d'un éducateur. Depuis le début du projet, neuf dyades parents-enfants ont participé au programme. Parmi celles-ci, deux n'ont reçu qu'une séance d'intervention, quatre autres ont reçu entre quatre ou cinq séances, tandis que cinq dyades ont reçu les huit séances prévues au programme. Par contre, aucune dyade n'a reçu l'intervention sur une base hebdomadaire tel que proposé par le programme. Les séances d'intervention se sont échelonnées entre 12 et 16 semaines.

3.2 *Constats des intervenants, de l'équipe et du gestionnaire à l'application des mesures à l'enfance*

Le premier objectif du projet consistait à outiller les intervenants à travailler la relation parent-enfant afin de l'optimiser et de favoriser chez les enfants le développement de modèle d'attachement plus sécurisant. L'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ a permis d'outiller les intervenants à trois niveaux : le développement d'aptitudes à cibler les indicateurs de sensibilité et d'insensibilité parentale ainsi que de sécurité et d'insécurité chez l'enfant. Ces comportements caractéristiques favoriseront des attachements sécurisant ou insécurisant chez l'enfant. L'application du programme a habilité les intervenants à proposer aux parents une approche leur permettant de décortiquer et ainsi mieux saisir les interactions dyadiques qui favorisent des situations plaisantes et détendues ou amenant des situations conflictuelles et insatisfaisantes. L'intervenant valorise les attitudes bienveillantes du parent et soutient sa réflexion. Ceci permet au parent de modifier graduellement ses attitudes lors de situations plus difficiles auprès de son enfant et d'en comprendre l'effet sur lui afin d'augmenter les moments plaisants au sein de la dyade. L'objectif est de faire vivre aux parents et aux enfants une expérience nouvelle. Par l'intervention relationnelle, l'intervenant a développé des aptitudes à utiliser le jeu pour le travail relationnel auprès de la dyade. Cet aspect permet à l'intervenant de maintenir une réflexion sur les enjeux relationnels au sein de la dyade, l'oblige à s'ajuster tout au long de l'intervention et oriente le travail relationnel.

Les intervenants ont pu développer une aisance et une confiance dans l'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ qu'ils attribuent à la connaissance acquise lors de la formation. C'est une intervention qui facilite la compréhension de la dynamique relationnelle au sein des dyades, en structurant et ramassant tout ce qu'on connaît cliniquement et théoriquement, et ce d'une façon tangible. Les supervisions les guident à cibler les observations pertinentes et les interpréter en comportements liés à la relation d'attachement. Elle permet aussi de mettre en lumière les forces et difficultés de la dyade au plan relationnel en apportant des indicateurs sur le potentiel de changement des parents ce qui facilite la prise de décision. Ce travail de vulgarisation aide l'intervenant à traduire ses observations de façon accessible aux parents ou aux autres intervenants impliqués au dossier. Cette intervention est perçue comme un apport important à leur pratique et répond au premier objectif de mieux les outiller à travailler la relation parent-enfant.

Le deuxième objectif du projet visait à vérifier l'efficacité de l'intervention lorsqu'appliqué par un intervenant détenant un rôle d'autorité. Fréquemment les parents craignent l'intervention de la direction de la protection de la jeunesse percevant soit des attentes irréalistes et inatteignables, ou qu'encore l'intervenant cherche à les piéger ou à exercer un contrôle excessif. Un des grands bénéfices pour l'intervenant social est de sortir de son rôle de « gestionnaire de dossier » et de protecteur de la sécurité de l'enfant aux yeux du parent.

Dans ce nouveau contexte, l'accent mis sur leurs comportements positifs surprend les parents et a aussi pour effet d'amener les intervenants au-delà des motifs de compromission. Certains parents verbalisent qu'ils n'ont jamais entendu un intervenant leur dire quoi que ce soit de positif. Le renforcement de comportements positifs favorise

chez le parent un sentiment de fierté, une perception plus positive de l'enfant et une meilleure compréhension de son rôle de parent et contribue ainsi au développement de son identité.

Rapidement, les intervenants constatent une baisse marquée de la méfiance et des résistances chez les parents. Il y a davantage de transparence, d'intérêt à discuter du rôle parental et d'ouverture sur leurs vécus antérieurs. Ils acceptent mieux la relation d'aide voyant l'intervenant davantage comme un allié ce qui favorise l'alliance thérapeutique. Par exemple, selon un intervenant, un père qui a reçu l'intervention ne s'est jamais posé autant de questions sur son rôle parental. Dans cette situation, l'orientation possible vers un projet de vie alternatif pour l'enfant était envisagée. Présentement les intervenants se questionnent sur la possibilité d'un retour au domicile du père. Dans une autre situation, une mère valorise son conjoint lorsqu'il a des attitudes positives envers son enfant après avoir reçu elle-même un soutien positif de l'intervenant. Pour une autre mère, l'augmentation de son sentiment de compétence la mobilise à offrir davantage de stimulation à son enfant, ce qui avait été tenté à plusieurs reprises auparavant sans succès.

La présence du parent au visionnement des interactions de jeu avec son enfant ainsi que l'approche de rétroaction vidéo interpellent directement le parent. Cette situation rend concrets les comportements et attitudes qu'il adopte et qui seraient inaccessibles autrement, provoquant même parfois une onde de choc. De plus, ces rétroactions vidéo génèrent chez le parent des observations, des pensées, des sentiments pouvant devenir source de réflexions et d'introspection comparativement aux interventions axées sur des échanges verbaux qui demeurent plus abstraites. Par exemple, dans une situation, un parent distant, adoptant une attitude rejetante envers son enfant prit conscience que son ton de voix pour s'adresser à son enfant s'avérait inapproprié. Il dit à l'intervenante « je n'accepterais pas que quelqu'un me parle sur ce ton ». Lors des séances subséquentes, l'intervenant observe une amélioration de la relation parent-enfant.

Les forces nommées aux parents malgré les lacunes évidentes permettent à l'intervenant d'être plus nuancé dans ses propos auprès du parent. L'intervenant soutient le parent dans ses réflexions lors de situations plus difficiles en le questionnant par exemple sur sa compréhension de la situation, sans toutefois le blâmer. Il peut suggérer des pistes de solution. Rapidement, les intervenants réalisent que cette approche diminue grandement la méfiance des parents, favorise la reconnaissance d'attitudes ayant amené à des situations problématiques avec l'enfant et facilite l'alliance thérapeutique si difficile à obtenir auprès des familles. La valorisation des comportements positifs du parent met en place les conditions permettant aux parents de prendre conscience autant des effets positifs qu'ils ont auprès de leurs enfants que des effets néfastes. Par exemple, un parent ayant des comportements intrusifs envers son enfant nomme que son enfant n'apprécie pas de jouer avec lui puisqu'il quitte le jeu et ne veut pas revenir. L'accès à ce type de réflexion chez les parents permet à l'intervenant de mieux saisir la dynamique relationnelle entre le parent et son enfant puisqu'il peut comprendre que ce parent se sent rejeté par son enfant et par conséquent l'ensemble des interactions qu'il aura avec ce dernier sera influencé par ce sentiment. L'intervenant pourra alors proposer des activités et des consignes ajustées à chaque

La valorisation des comportements positifs du parent met en place les conditions permettant aux parents de prendre conscience autant des effets positifs qu'ils ont auprès de leurs enfants que des effets néfastes

séance et cibler des interactions très spécifiques lors de la rétroaction vidéo lui permettant de travailler cette dimension auprès du parent. Ce parent qui se sentait rejeté par son enfant a pu ainsi réajuster sa perception de la réalité et retirer davantage de satisfaction à interagir avec son enfant.

L'utilisation de la rétroaction vidéo crée un espace de neutralité entre l'intervenant et le parent

L'utilisation de la rétroaction vidéo crée un espace de neutralité entre l'intervenant et le parent. Ce n'est plus l'intervenant de par sa compréhension de la situation qui tente de soutenir le parent à résoudre la situation. Les observations communes sur le jeu filmé au préalable permettent une distanciation pour chacun. Le parent et l'intervenant ne sont plus dans les opinions de chacun sur cette situation, mais dans les constats de ce que tous les deux observent. Ceci facilite grandement la poursuite du travail puisque ce n'est pas l'intervenant qui l'amène, mais le parent qui l'identifie. Par exemple, une mère ayant des comportements contrôlant envers son enfant observe que son enfant a davantage de capacités qu'elle pensait. Ceci a permis une discussion avec le parent sur le besoin d'exploration de l'enfant et de son rôle comme parent pour soutenir ce besoin.

Ce soutien réflexif fait par l'intervenant social diminue les fausses perceptions du parent face aux services de protection. Ceci modifie le rapport entre l'intervenant et le parent en favorisant une meilleure compréhension du travail de l'intervenant, un climat d'échange permettant l'établissement d'un lien de confiance, le développement d'une alliance thérapeutique et la mobilisation du parent. Les intervenants diront avoir humanisé le rapport intervenant/client.

On observe chez les enfants, ainsi que chez les parents, du plaisir et un intérêt à participer à ce type d'intervention. Par exemple, une mère qui a découvert du plaisir à jouer avec son enfant tente de convaincre le père de faire de même. De par son ouverture, on observe que cette mère s'est approprié une responsabilité dans la qualité de la relation avec son enfant; elle est devenue plus mature. On pourrait peut-être croire que le temps aurait donné les mêmes résultats, mais l'approche a permis une accélération du lien de confiance avec l'intervenant et facilité le travail relationnel de la dyade. Même en dehors des séances, il est fréquent que les parents ainsi que les enfants veuillent refaire les jeux proposés dans lesquels ils ont eu du plaisir. Ceci amène l'intervenant ainsi que le parent à dépasser l'objectif premier du jeu qui demeure trop souvent un objectif d'apprentissage au plan éducatif et inclure une dimension relationnelle.

Dans la grande majorité des dyades, les intervenants constatent au plan clinique une évolution positive dans la relation de par l'augmentation de la réponse aux besoins de l'enfant et une diminution des tensions dans la famille. Malgré que certains parents n'aient pas terminé le programme ou n'aient pas reçu les séances sur une base régulière, les intervenants considèrent avoir obtenu des gains et observé des améliorations de la relation parent-enfant. De par ces constats, le rôle d'autorité de l'intervenant ne semble pas être un facteur limitant l'efficacité du programme.

Le troisième objectif visait à vérifier la faisabilité de l'approche dans le contexte des équipes à l'application des mesures. Malgré l'enthousiasme et l'appréciation des intervenants, l'ajout de cette intervention demande des ajustements et soulève plusieurs défis. L'appropriation de la philosophie d'intervention du programme en intervention

relationnelle¹⁶ change les pratiques habituelles. Les changements apportés à la pratique exigent un grand lâcher-prise puisque le parent doit demeurer le premier spécialiste de son enfant. L'intervenant doit tenir un rôle de facilitateur de réflexion pour aider le parent à identifier ses propres comportements. L'angle de prise change par rapport à l'intervention habituelle. Passer d'un modèle d'intervention de guidance en offrant des moyens concrets aux parents de type « modeling » à une approche réflexive est déstabilisant pour tous les intervenants qui débutent avec cette approche. Dépendamment de la personnalité, la sécurité intérieure de chacun et la maturité professionnelle de l'intervenant, certains se l'approprient avec plus d'aisance que d'autres.

Les intervenants constatent l'exigence d'offrir l'intervention sur une base hebdomadaire pour une durée de huit semaines. Ils arrivent difficilement à respecter ce rythme dans le cadre de leurs fonctions. Le programme en intervention relationnelle¹⁶ a démontré scientifiquement son efficacité à partir de séances offertes aux parents sur une base hebdomadaire, constat qui est confirmé par la chercheuse Chantal Cyr qui maintient que pour assurer l'efficacité du programme, la rigueur sur la régularité des séances est un élément important. Dans le projet, aucune famille n'a reçu les huit séances hebdomadaires de façon consécutive. Plusieurs facteurs y contribuent : l'annulation des séances par les parents, le manque de transport pour l'enfant, une crise au sein de la famille qui diminue la disponibilité des parents, la charge de cas de l'intervenant qui amène des délais dans la planification des séances pouvant favoriser le désengagement des parents. Effectuer l'intervention en présence des autres enfants de la famille demande aussi une organisation et une planification de la part de l'intervenant allant parfois jusqu'à demander l'implication d'un autre collègue. Il est tout de même constaté que pour favoriser la participation des parents jusqu'à la fin du programme certaines conditions sont nécessaires : le parent doit être suffisamment stable. Si le parent vit une situation de crise ou d'envahissement et qu'il n'est pas disponible émotionnellement, il risque fortement de se désister du programme. Il est préférable de ne pas débiter l'intervention lorsque l'intervenant prévoit un arrêt de travail soit pour les vacances ou la période des fêtes, afin de ne pas faire une coupure de plusieurs semaines et perdre la motivation du parent.

Plusieurs facteurs ont aussi contribué à ralentir, soit le recrutement des familles ou le projet lui-même. Certains intervenants tardent à offrir l'intervention à des familles ciblées puisqu'ils ont la perception qu'ils manquent de connaissance sur la famille ou qu'ils n'ont pas suffisamment d'alliance thérapeutique pour commencer l'intervention. Au contraire, l'application du programme en intervention relationnelle favorise ces deux dimensions. Malgré ces atouts, certains intervenants demeurent craintifs de l'offrir trop rapidement. Un arrêt de travail pour maladie ou un départ à la retraite, la mobilité du personnel apportant des changements au sein de l'équipe, sont des éléments qui font partie aussi des facteurs d'influence. Malgré les critères établis au début du projet pour la sélection des familles, cibler les bonnes familles susceptibles de bénéficier du programme demeure un processus aléatoire puisqu'aucune recherche n'a encore établi les caractéristiques des familles pouvant davantage bénéficier de cette intervention.

Lors du premier bilan, il a été soulevé que l'ajout d'une rencontre de supervision aux deux semaines surcharge les intervenants. Parallèlement, pour répondre au changement d'intervenant dans l'équipe, la formation a dû être réofferte afin de maintenir à trois le nombre d'intervenants au projet. Ces changements ont modifié aussi la répartition des

intervenants du projet au sein des deux cellules d'intervention. Afin de répondre aux besoins des intervenants, les supervisions de groupe ont été intégrées aux réunions de chacune des deux cellules d'intervention de l'équipe (la cellule 0-5 ans et la cellule 0-11 ans). Ceci implique que les intervenants qui n'ont pas reçu la formation et qui n'utilisent pas le programme d'intervention relationnelle¹⁶ sont présents également. Lors du deuxième bilan, cette formule de supervision semble répondre à tous et il est constaté que la participation de toute l'équipe au visionnement des bandes vidéo est un apport important. La sensibilisation à l'approche suscite également un grand intérêt de la part des intervenants n'ayant pas suivi la formation sur l'intervention relationnelle, en plus d'être un apport pour le développement des cibles d'observation liées à l'attachement et la compréhension clinique des interactions dyadiques. La supervision effectuée lors des rencontres en cellule s'intègre aisément puisqu'en plus de la supervision de l'approche, tous sont au fait de l'évolution de la famille. La répartition des rôles de chacun est discutée entre l'intervenant social et l'éducateur. L'équipe n'a pas à planifier d'autres moments pour discuter du dossier et de ce fait, il est plus intégratif pour le suivi des familles recevant le programme. Néanmoins, cette façon de faire amène une diminution de la qualité des supervisions pour l'intervenant qui applique le programme. La présence de tous les intervenants de la cellule ne permet pas au superviseur de personnaliser suffisamment le temps de supervision et l'ajout de supervisions individuelles surtout en début d'appropriation s'avère nécessaire pour répondre aux besoins individuels de chaque intervenant et s'assurer d'une bonne intégration de l'approche.

3.3 Conclusion de l'expérimentation à l'application des mesures

L'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ a permis aux intervenants de développer des habiletés pour reconnaître les comportements significatifs en termes d'attachement. Ils ont ainsi étoffé leurs observations à partir de comportements observables et amélioré leur compréhension clinique au sein des dyades. Maintenir un rôle d'autorité tout en ayant une approche réflexive en soulevant les aspects positifs de la relation a amené dans un premier temps des résistances chez les intervenants. Ceux-ci craignaient de transmettre une image trop positive de la situation des parents au détriment des motifs de compromission. Rapidement, les intervenants constatent que la période de rétroaction vidéo est un moment privilégié pour accéder à la mentalisation du parent en plus d'être faite dans un climat de confiance et d'échange. Cet aspect aide grandement à la compréhension des comportements problématiques, à déterminer la capacité d'introspection du parent et orienter la poursuite du travail de l'intervenant. Néanmoins, les changements de pratique ainsi que le mandat légal qui demande de travailler sur les motifs de compromission demeurent plus difficiles à concilier pour certains intervenants. Dans ces situations, les intervenants sont aussi moins portés à proposer le programme aux parents.

L'expérimentation du programme en intervention relationnelle¹⁶ a permis aux intervenants de généraliser et d'intégrer les connaissances acquises dans leurs pratiques. Le développement d'une attitude plus bienveillante envers le parent en soulignant plus fréquemment lors du suivi régulier des aspects positifs demeure présent chez la plupart des intervenants. D'ailleurs, une augmentation de la qualité des observations et des interventions auprès des parents lors des visites supervisée est observée chez les

intervenants participant au projet. L'expérimentation du programme en intervention relationnelle¹⁶ a fourni aux intervenants un moyen concret et efficace pour travailler la relation d'attachement. Parallèlement, on observe le développement accéléré d'une relation de confiance entre l'intervenant et le client, une plus grande ouverture et reconnaissance du parent ainsi qu'une mobilisation face aux changements. Ces bénéfices sont majeurs pour la poursuite du travail en lien avec les motifs de compromission, mais encore davantage pour l'enfant qui reçoit une réponse plus optimale à ses besoins.

Cette expérimentation a amené un changement des pratiques et un développement d'une culture d'intervention où le travail relationnel parent-enfant prend davantage d'importance. Les intervenants à l'application des mesures constatent qu'ils gagnent à appliquer le programme en intervention relationnelle¹⁶ dans leurs dossiers. L'amélioration de la relation parent-enfant est constatée à différents niveaux, même auprès des familles n'ayant pas reçu les huit séances prévues au programme. Les intervenants n'ont pas l'impression d'obtenir moins de résultats si l'on considère les gains réalisés dans le lien avec le parent permettant une accélération du travail dans son ensemble. Plusieurs défis sont toutefois identifiés : offrir l'intervention sur une période de huit semaines consécutives, parfaire les critères afin de mieux sélectionner les familles pouvant répondre efficacement à ce type d'intervention, l'instabilité des familles, la mobilité du personnel conduisant à une perte d'expertise, la charge de cas des intervenants, le besoin de supervision individuelle, les changements de pratique qui demeurent un défi pour certains professionnels.

Malgré les défis rencontrés, l'application du programme par les intervenants à l'application des mesures est perçue par les membres de l'équipe ainsi que le gestionnaire comme une bonne option. Toutefois, tous sont conscients que l'établissement ne peut pas former l'ensemble des intervenants à l'application des mesures. Ils constatent l'investissement que cela demande considérant les différents défis rencontrés. Néanmoins, afin d'élargir l'offre de service de ce programme, certains intervenants ciblés dans chacune des équipes de par leurs aptitudes professionnelles et leurs intérêts pourraient desservir l'ensemble des demandes de leur équipe et devenir des agents multiplicateurs auprès de leurs collègues en les sensibilisant à la philosophie d'intervention du programme. Ainsi graduellement, l'ensemble des intervenants pourrait développer du moins une meilleure capacité d'observation, d'analyse et de compréhension des dynamiques relationnelles et une compréhension des attitudes dans le savoir-faire de l'intervenant qui favorise le travail relationnel auprès des parents. Ceci contribuerait aux changements de pratiques d'un plus grand nombre d'intervenants. Pour ce faire, il est important que les intervenants qui appliquent le programme soient à proximité des intervenants de l'équipe. Lorsque l'intervention est appliquée par un intervenant extérieur au dossier, une collaboration étroite avec l'intervenant social au dossier est primordiale afin que celui-ci puisse suivre l'évolution de la dyade, tenter de bénéficier, durant cette période charnière, du développement d'une alliance thérapeutique avec le parent et poursuivre le travail amorcé. Le choix, par exemple, d'avoir une équipe spécialisée desservant l'ensemble des dossiers est perçu par les intervenants et le gestionnaire comme une perte importante. Le travail en silo demeure peu productif. Il apparaît essentiel de demeurer intégratif dans l'application de cette approche qui est très prometteuse à l'application des mesures malgré tous les défis.

Chapitre 4

Expérimentation dans des unités de réadaptation pour les enfants de 6-11 ans



4.1 Origine⁸

Afin de répondre aux besoins des équipes de réadaptation en vue de stabiliser des enfants en grande difficulté, plusieurs travaux ont été réalisés (Paquette 2002, Le Blanc et Thomassin, 2006¹⁸). Ces travaux ont permis de préciser certaines orientations pour le développement de la réadaptation en foyer de groupe ou en unité d'hébergement et ont mené à l'élaboration d'un cadre de référence sur les services de réadaptation.

Le cadre de référence sur les services de réadaptation avec hébergement pour les enfants âgés de 6 à 11 ans a été adopté en 2006. Il résulte de la concertation de 14 gestionnaires et intervenants impliqués auprès de cette clientèle et met de l'avant les orientations soutenues dans le plan stratégique adopté par l'établissement, soit de définir un projet de vie stable et permanent, de coordonner de façon efficace l'intervention psychosociale et la réadaptation de l'enfant dans l'optique d'un meilleur soutien aux familles et de définir un modèle d'intervention permettant d'optimiser l'offre de service aux enfants en hébergement.

Le modèle psychoéducatif⁷ est alors retenu comme base méthodologique pour encadrer l'intervention en réadaptation avec hébergement alors que *l'Approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans*³¹ développée par le Centre jeunesse de Laval est proposée comme moyen pour soutenir l'évaluation et l'intervention auprès des enfants hébergés. Le modèle psychoéducatif⁷ favorise l'intégration des actions nécessaires à une intervention de réadaptation rigoureuse, en proposant une logique ainsi que des repères qui permettent d'orchestrer les différentes opérations requises, adapter l'intervention et mettre en place les meilleures pratiques pour répondre aux besoins de la clientèle. L'application de ces principes est assurée dans les services de réadaptation avec hébergement, de réinsertion sociale et d'arrêt d'agir à l'aide de formations et de soutien aux équipes.

Quant à l'approche centrée sur la théorie de l'attachement, elle est le fruit d'un long processus de réflexion amorcé en 2003, donnant lieu au rapport Lehoux (2004) et à plusieurs travaux à partir desquels sont élaborés *le Modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement*⁴ ainsi que la *Grille d'observation des indices de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire* (Lehoux et al, 2009¹⁹). En 2008, l'Association des centres jeunesse du Québec en collaboration avec le Centre jeunesse de Laval propose un projet visant à expérimenter *l'Approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12*³¹, dans cinq centres jeunesse qui souhaitent l'expérimenter, dont le CJM-IU. En 2009, la direction des services de réadaptation à l'enfance et aux adolescentes offre une formation aux services le Diapason et l'Intermède, à trois foyers de groupes, aux quatre équipes des unités de réadaptation 6-11 ans, au service de réinsertion sociale, ainsi qu'à la permanence et au personnel scolaire. Le Centre d'expertise en maltraitance reçoit le mandat de soutenir l'expérimentation de cette approche en la rendant plus opérationnelle. Divers projets de recherches associés à la validité de la *Grille d'observation des indices de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire* (Lehoux et al, 2009¹⁹) ainsi que la validation de la formation offerte, coordonnés par Denis

Lafortune de l'Université de Montréal et Claud Bissaillon de l'Université de Sherbrooke, sont soutenus par le Centre d'expertise sur la maltraitance. Deux unités d'hébergement sont choisies comme laboratoire social afin d'identifier les enjeux relatifs à l'appropriation et l'opérationnalisation de cette approche. C'est donc dans le cadre de ces travaux que fut identifié le besoin de développer davantage le volet d'intervention auprès des parents et que fut proposé le programme en intervention relationnelle comme outil novateur dans le domaine.

4.2 Bases théoriques

L'Approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans³¹ vise à favoriser chez l'enfant l'établissement d'un lien d'attachement le plus sécurisant possible avec un adulte significatif en répondant à ses besoins de sécurité et de réconfort. Le principe directeur de l'intervention consiste à valider l'enfant par l'écoute, accepter et reconnaître ses besoins, afin de contribuer à sa régulation émotionnelle et par le fait même à son bien-être. En fait, lorsque l'enfant est apaisé par la réponse à son besoin de sécurité et de réconfort, il est mieux disposé à l'exploration, à faire des apprentissages et à intégrer de nouveaux modèles relationnels.

Lorsque l'enfant est apaisé par la réponse à son besoin de sécurité et de réconfort, il est mieux disposé à l'exploration, à faire des apprentissages et à intégrer de nouveaux modèles relationnels

L'approche se caractérise également par l'attention particulière qui est accordée à la dynamique de la relation qui s'établit entre l'enfant et son parent, entre l'enfant et l'intervenant, ainsi qu'entre l'intervenant et le parent. Cette dynamique se définit à partir des modalités de la relation qui s'installe en termes d'intensité, de recherche de contact ou d'évitement, mais également à travers les pensées, sentiments ou réactions que les partenaires provoquent l'un envers l'autre. En tant que pivot, l'intervenant doit donc développer une habileté particulière à reconnaître et comprendre les enjeux de sécurité affective qui se jouent entre lui et l'enfant et également entre l'enfant et son parent puisqu'un de ses objectifs est de devenir un pôle de sécurité pour l'enfant, mais aussi auprès du parent.

Deux objectifs principaux se dégagent et sont au cœur de l'Approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans³¹. Le premier consiste à ce que l'intervenant devienne un pôle de sécurité pour l'enfant afin de favoriser l'exploration et le développement de celui-ci. Concrètement, cet objectif signifie que l'intervenant doit soutenir l'enfant dans son exploration en l'encourageant et le valorisant. Il doit lui offrir du réconfort lors de situations de détresse en se montrant disponible. Il doit accueillir l'enfant, l'écouter, favoriser l'expression des affects, soutenir la gestion des frustrations et des conflits. L'intervenant doit également prendre l'enfant en charge lorsque les exigences de la vie dépassent les capacités de ce dernier. Enfin, l'intervenant doit faire preuve de constance et de cohérence dans ses interventions et interactions avec l'enfant. Le second objectif consiste à ce que l'intervenant devienne également un pôle de sécurité pour le parent, afin de permettre le développement de ses capacités de prise en charge, de soutien et de réconfort auprès de son enfant et devenir à son tour, un pôle de sécurité.

Afin de répondre au premier objectif qui demande à l'intervenant de devenir un pôle de sécurité pour l'enfant, l'*Approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans*³¹ propose, par le modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement⁵, quatre types d'intervention selon le profil de sécurité affective de l'enfant. Le premier type d'intervention réfère au fait de moduler la proximité et la distance dans la relation en fonction des besoins de l'enfant. L'intervenant doit donc être en mesure de décoder les signaux qui lui sont envoyés en dépit des manifestations comportementales inadaptées qui s'y rattachent. Il doit par la suite mettre en place la distance optimale afin de sécuriser l'enfant et au besoin susciter l'exploration.

Le second type d'intervention porte sur l'importance du vécu partagé, par l'utilisation d'occasions où l'intervenant partage du temps seul avec l'enfant. Le vécu partagé positif permet de construire avec l'enfant un patrimoine de bons moments passés ensemble, des références à des expériences positives que l'intervenant et l'enfant peuvent se remémorer lorsqu'il va moins bien. L'objectif du jeu est de favoriser les interactions positives entre l'adulte et l'enfant. L'activité sélectionnée devra permettre à l'enfant de se sentir compétent afin de favoriser un degré de confort. Ceci favorisera des interactions positives et satisfaisantes en procurant plaisir et détente et en expérimentant ainsi des interactions différentes de celles qu'il a connues. La répétition de ces moments favorise le développement d'une alliance, l'expérimentation de nouvelles stratégies relationnelles et permet à l'enfant de s'apaiser.

Le troisième type d'intervention consiste à utiliser les conflits dans l'optique de cerner l'enjeu relationnel et d'explorer avec l'enfant de nouvelles façons de les résoudre, tout en tenant compte de ses besoins en lien avec son profil de sécurité affective. Les conflits sont donc nommés par l'intervenant et négociés avec l'enfant afin de développer sa capacité à régler les situations conflictuelles et accroître la confiance en l'adulte.

Le quatrième type d'intervention réfère à l'idée de soutenir l'expression et la régulation des émotions. Il s'agit d'offrir à l'enfant un espace d'écoute en validant et nommant les émotions exprimées. En encourageant l'expression des émotions, l'intervenant installe un climat d'ouverture, d'acceptation, et de considération. En fonction du profil de sécurité affective de l'enfant, l'intervenant interviendra de façon plus ou moins directive pour tenter de le soutenir dans la régulation de ses émotions.

Dans le contexte de réadaptation en hébergement, ces interventions s'effectuent principalement dans la relation entre l'intervenant et l'enfant. L'objectif est de permettre à l'enfant de développer de nouveaux modes relationnels et d'acquiescer la conviction que l'adulte par sa disponibilité, son ouverture, sa constance et sa prévisibilité, est quelqu'un en qui il peut avoir confiance.

Afin de répondre au deuxième objectif qui demande à l'intervenant de devenir un pôle de sécurité pour le parent, l'*approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans* propose par le modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement⁵ trois types d'intervention pour guider l'intervenant dans son travail auprès du parent. Le premier type d'intervention différentielle consiste à mettre en évidence les interactions positives parent-enfant en reconnaissant les compétences du parent et en favorisant les interactions positives. Le second favorise l'exploration des zones de confort et d'inconfort du parent. Pour ce faire, l'intervenant cherchera à connaître l'histoire d'attachement du

parent et le soutiendra à reconnaître chez son enfant ses besoins en attachement. Il identifiera avec le parent ses zones de confort et d'inconfort dans sa relation avec son enfant, c'est-à-dire sa capacité à soutenir l'exploration, à reconforter son enfant en situation de détresse et à le prendre en charge lorsque nécessaire. Le troisième type d'intervention consiste à soutenir le parent dans le développement des compétences reliées à l'attachement. À cet égard, l'intervenant utilisera les secteurs de compétence reconnus par le parent et favorisera les moments de jeux partagés en soulignant au parent les situations où celui-ci a répondu aux besoins d'attachement de l'enfant en termes de reconfort, d'exploration, d'autonomie, de prévisibilité, de cohérence et de prise en charge.

Dans la recherche d'un programme d'intervention pouvant outiller l'intervenant, établir un lien de confiance avec le parent et développer auprès du parent de nouvelles compétences lui permettant de devenir un pôle de sécurité auprès de son enfant, le *Programme en intervention relationnelle*¹³ est un outil novateur qui semble répondre à ces exigences.

4.3 Mise en œuvre de l'intervention relationnelle auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés en unité de réadaptation

L'expérimentation du programme en intervention relationnelle¹⁶ auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés et leurs parents vise plusieurs objectifs :

- 1) outiller les intervenants à travailler la relation parent-enfant afin d'optimiser l'utilisation du modèle d'intervention différentielle centrée sur les besoins d'attachement⁵ volet parent;
- 2) vérifier la portée clinique du programme auprès des familles d'enfants de 6 à 11 ans puisqu'il est seulement validé auprès des familles d'enfants de 0 à 5 ans;
- 3) identifier les besoins d'adaptation du programme pour travailler auprès des familles d'enfants de 6 à 11 ans;
- 4) vérifier la faisabilité d'implanter un tel programme en contexte d'hébergement lorsqu'appliqué par les éducateurs du service;
- 5) vérifier la faisabilité d'implanter un tel programme lorsqu'appliqué par les éducateurs du service de réinsertion sociale.

Au cours du projet, cinq enfants ont été sélectionnés pour participer au programme d'intervention relationnelle¹⁶. Trois d'entre eux ont participé au projet afin de soutenir le projet de réinsertion au domicile familial. Pour les deux autres enfants, les intervenants n'arrivant pas à définir clairement un projet de vie permanent, l'objectif a été d'amener un éclairage pour clarifier le projet de vie de l'enfant.

Lors de la présentation du programme aux parents des cinq enfants ciblés, tous ont accepté de participer. Parmi les cinq dyades, trois ont reçu l'intervention des éducatrices du service d'hébergement. Le programme s'est effectué dans les locaux de l'établissement d'hébergement des enfants. Les deux autres dyades ont reçu l'intervention des éducatrices du service de réinsertion sociale attirées aux unités d'hébergement ciblées. L'intervention s'est actualisée au domicile des parents. Parmi les cinq dyades, deux n'ont pas terminé le programme tandis que les trois autres ont participé au programme complet.

Objectifs de l'intervention	Dyades parent-enfant				
	1	2	3	4	5
Soutenir le projet réinsertion			X	X	X
Clarifier le projet de vie	X	X			
Participation au programme					
Programme complet	X	X		X	
Abandon du programme			X		X

Intervention offerte par une éducatrice à l'hébergement

Intervention offerte par une éducatrice au service de réinsertion sociale

4.4 *Constats des intervenants, de l'équipe de soutien et du gestionnaire à l'hébergement 6-11 ans*

Le premier objectif de l'expérimentation visait à outiller les intervenants à travailler la dimension relationnelle auprès des parents et des enfants hébergés. Les intervenants constatent que l'utilisation du programme en intervention relationnelle leur a permis de développer des compétences afin d'identifier les comportements fins et subtils de la sensibilité et de l'insensibilité du parent ainsi que les effets sur l'enfant. L'expérimentation leur a permis de mieux cerner les enjeux relationnels au sein des dyades et d'avoir une compréhension plus juste des forces et difficultés des parents en lien avec la dimension relationnelle. L'intervention offerte au parent est alors mieux ciblée et le supporte dans l'expérimentation de nouvelles stratégies qui répondront davantage aux besoins de sécurité et d'exploration chez son enfant. L'implication des intervenants sociaux au suivi du programme a amélioré leur compréhension du mode relationnel de la dyade. Ceci a permis une plus grande ouverture du parent à travailler avec l'ensemble des services et une

meilleure cohérence entre leurs interventions et celles des éducatrices qui ont actualisé l'intervention auprès des parents.

Le développement de ces nouvelles compétences chez les éducatrices a été facilité par la formation reçue et la supervision régulière tout au long de l'application du programme. Néanmoins, les éducatrices du service d'hébergement intervenant au quotidien auprès des enfants ont eu besoin d'un accompagnement plus soutenu que les éducatrices de la réinsertion sociale afin de développer une confiance à travailler auprès du parent.

L'implication des intervenants sociaux au suivi du programme a amélioré leur compréhension du mode relationnel de la dyade. Ceci a permis une plus grande ouverture du parent à travailler avec l'ensemble des services.

Lors de la rétroaction vidéo, l'accès aux observations et réflexions du parent sur lui-même et son enfant facilite grandement la discussion, active la capacité d'introspection du parent et favorise le processus de changement. Les intervenants remarquent que la philosophie d'intervention du programme mettant l'accent sur les comportements positifs des parents favorise leur ouverture, leur collaboration et permet une plus grande transparence favorisant ainsi le

développement d'une relation de confiance auprès des parents. Les éducatrices du service d'hébergement ainsi que ceux du service de réinsertion sociale ont apprécié leur participation au projet. Elles considèrent également que ce programme a contribué à changer leur pratique et qu'elles sont mieux outillées à travailler la relation parent-enfant.

Le deuxième objectif visait à vérifier la portée clinique du programme auprès des familles d'enfants de 6 à 11 ans. L'intervention auprès de la première dyade visait à soutenir un projet éventuel de réinsertion de l'enfant au domicile de la mère. L'intervention est effectuée par une éducatrice du service d'hébergement. La mère ne participe qu'à deux séances d'intervention et le programme prit fin par manque d'implication du parent. Malgré cette courte intervention, les observations faites ont mis en lumière des attitudes parentales grandement déficitaires au plan relationnel. Une lecture clinique axée sur les besoins en attachement en lien avec les comportements d'insensibilité parentale a fait ressortir une problématique moins visible lors du suivi régulier. Ces constats ont amené la révision de certains aspects du plan d'intervention ainsi qu'une modification du projet de vie de l'enfant. Le retour au domicile du parent n'a pas été possible.

Dans la deuxième et troisième dyade, les deux enfants ciblés pour participer au programme étaient hébergés depuis un an et demi pour une dyade et quatre pour l'autre. Depuis le placement de ces enfants, le suivi offert aux parents autant par le service de réadaptation que le service psychosocial n'avait pas convaincu ces parents à collaborer et leur faible mobilisation préoccupait les intervenants. Ceux-ci n'arrivaient pas à statuer sur le projet de vie de ces enfants. Le programme a été offert à ces deux parents et l'intervention a été réalisée par une éducatrice du service d'hébergement.

Au grand étonnement des intervenants, ces deux parents ont répondu positivement au programme en intervention relationnelle malgré leur résistance antérieure. Dès les premières séances, les renforcements positifs amènent une diminution de la méfiance permettant le développement d'une alliance thérapeutique avec l'intervenant. Un travail est alors possible auprès de ces parents. Ceci leur a permis une plus grande compréhension

de leurs modes relationnels dysfonctionnels, l'amorce d'une réflexion et d'une reconnaissance des difficultés. Ces prises de conscience, lorsqu'accueillies par l'intervenant avec une attitude bienveillante, favorisent l'ouverture et la discussion. Ce climat d'ouverture s'est aussi maintenu lors du suivi psychosocial. Tous ces facteurs ont été des leviers importants de changement.

Les parents ont mieux décodé et répondu aux besoins de leurs enfants améliorant de façon significative leur relation. Chez les enfants, on observe une diminution des comportements de contrôle et de désorganisation. La compétition, l'argumentation, et les crises ont beaucoup diminué. Un climat plus détendu s'installe progressivement au sein de ces dyades, ainsi qu'une augmentation de la proximité et de la spontanéité.

Dans les deux cas, le programme a permis l'amorce d'une réinsertion au domicile des parents. La dyade dont l'intervenante sociale a suivi de façon soutenue le travail relationnel effectué par l'éducatrice d'hébergement a pu bénéficier d'une meilleure compréhension de la dynamique relationnelle et d'une plus grande ouverture de la part du parent pour poursuivre le travail initié. Une réinsertion familiale a pu être amorcée pour l'enfant qui était hébergé depuis quatre ans.

Dans les cas de la quatrième et cinquième dyade, l'intervention a été appliquée par les éducatrices du service de réinsertion sociale desservant les unités ciblées. Sur ces deux dyades, une a participé à quatre séances tandis que l'autre a reçu le programme complet échelonné sur environ douze semaines.

La quatrième dyade cessa le programme après quatre rencontres. Néanmoins, le matériel d'observation recueilli ainsi que les réflexions du parent sur lui-même et son enfant ont permis à l'éducatrice une meilleure compréhension du mode relationnel de la dyade et lui permettront de mieux soutenir cette famille dans le cadre de son mandat de réinsertion. Pour la cinquième dyade, malgré la difficulté d'offrir le programme sur une base hebdomadaire, un certain travail relationnel a été possible. Il a permis de travailler avec un certain succès l'inversement des rôles permettant à l'enfant de diminuer son contrôle, ainsi qu'un apaisement avec le parent. L'application du programme a favorisé l'obtention d'une alliance thérapeutique dans un milieu résistant à l'intervention, en augmentant ainsi la transparence et la collaboration du parent à discuter des problématiques familiales et leurs impacts sur l'enfant qui vit toujours au domicile familial. Il est donc permis de dire que le programme en intervention relationnelle¹⁶ a une portée clinique majeure auprès des familles d'enfants de 6 à 11 ans hébergés au service de réadaptation.

L'application du programme a favorisé l'obtention d'une alliance thérapeutique dans un milieu résistant à l'intervention, en augmentant ainsi la transparence et la collaboration du parent.

Le troisième objectif consistait à identifier des besoins d'adaptation du programme pour la clientèle des enfants de 6 à 11 ans. Dans le programme élaboré pour les parents et les enfants de 0 à 5 ans, la banque d'activités proposée n'est pas toujours adaptée pour le groupe d'enfants de 6 à 11 ans. On observe que la relation parent-enfant est davantage détériorée et cristallisée. Elle se modifie plus difficilement avec l'utilisation de jeux conventionnels tels casse-tête, jeu de blocs comme utilisé avec les enfants de 0 à 5 ans. Pour les enfants de 6 à 11 ans, ce type de jeux maintient une distance relationnelle confortable entre l'enfant et son parent. C'est par l'utilisation d'un jeu plus relationnel, qui

favorise la proximité, que la dyade retrouve plus facilement un plaisir réciproque et une plus grande spontanéité. Les jeux tels que mimes, découvrir l'objet caché permettent à la dyade de sortir de la zone de confort et retrouver de la fluidité dans l'interaction. Ceci favorise aussi l'obtention d'interaction parent-enfant plus optimale lors de la rétroaction vidéo permettant davantage aux parents de réfléchir et faire des prises de conscience. Afin d'offrir aux dyades des jeux permettant une plus grande proximité, les éducatrices ont dû être imaginatives et parfois confectionner elles-mêmes le matériel requis. Pour soutenir les intervenants dans l'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ auprès des enfants de 6 à 11 ans, une banque d'activités adaptées à ce groupe d'âge ainsi que du matériel est à sélectionner voire même à développer.

Lors de la période de rétroaction vidéo, il a été constaté que l'enfant d'âge scolaire fait des observations ou des commentaires qui ne peuvent pas être ignorés par l'éducatrice. Le superviseur du programme remarque que les éducatrices, de par leur relation auprès de l'enfant, mettent trop d'emphase sur les reflets et commentaires de l'enfant au détriment du travail auprès du parent. Il est primordial que, tout en tenant compte de la présence de l'enfant, le cœur de l'intervention demeure le travail d'introspection du parent. Les intervenants constatent que les grands principes du programme en intervention relationnelle¹⁶ s'appliquent facilement auprès de la clientèle des enfants de 6 à 11 ans. Néanmoins, certaines modifications au programme optimiseraient son application. L'ajout d'un volet plus spécifique pour le choix des activités et des particularités liées à l'âge des enfants lors de la rétroaction vidéo devront être ajoutés à la formation des intervenants qui appliqueront le programme auprès de cette clientèle.

Le quatrième objectif visait la vérification de la faisabilité lorsque le programme est appliqué par les éducatrices du service d'hébergement. Rapidement, les contraintes liées à l'organisation du temps tels les horaires fixes de travail, ainsi que les contraintes budgétaires tels les coûts de remplacement pour la formation, la supervision, l'actualisation de l'intervention limitent ce type d'intervention lorsqu'appliquée par une éducatrice en hébergement. L'utilisation d'heures allouées habituellement à d'autres tâches occasionne une surcharge de travail pour les éducatrices impliquées au projet. On observe, par contre, une plus grande constance du parent aux séances, ce qui permet l'application du programme tel que recommandé. Tous les intervenants ainsi que les gestionnaires ayant participé au projet sont en accord pour dire que cette intervention devrait s'offrir aux familles en début de placement dès que la situation de la dyade le permet, compte tenu de la mobilisation plus grande du parent, l'apport pour la clarification du projet de vie de l'enfant et la possibilité de réduction du temps de placement. Ces aspects doivent être pris en compte autant que pour l'apport des familles que pour l'établissement même. Malgré les différents bénéfices identifiés auprès des enfants 6-11 ans hébergés, un grand défi demeure, soit d'assurer la pérennisation lorsque le programme est appliqué par le service d'hébergement.

Le cinquième objectif visait la vérification de la faisabilité lorsque cette intervention est appliquée par les éducatrices du service de réinsertion sociale. Les éducatrices observent que lors de la réinsertion sociale et davantage lorsque l'enfant revient à temps complet au domicile du parent, celui-ci est moins disponible pour ce type d'intervention. Cette période si cruciale demande déjà beaucoup d'adaptation aux parents. Le parent est alors trop envahi par l'adaptation du retour à temps complet de l'enfant. Il devient plus difficile de

maintenir sa motivation à participer au programme sur une base hebdomadaire. Parallèlement, les éducatrices priorisent leurs temps de rencontre à soutenir les parents au plan éducatif, dans la réorganisation des routines de vie au quotidien en plus de répondre aux situations d'urgence du milieu. Afin de maintenir le programme, l'augmentation de l'intensité d'intervention ne garantirait pas une plus grande disponibilité du parent et serait aussi peu réaliste dans le contexte organisationnel actuel.

Dans le cas d'une poursuite, nous suggérons que le programme s'offre au début du processus de réinsertion, lorsque l'enfant est encore hébergé et le parent est encore disponible.

Autant dans l'actualisation en hébergement qu'au service de réinsertion sociale, le projet a rencontré un défi majeur, soit la mobilité du personnel. À cet effet, la formation a dû être réofferte pour la poursuite de l'expérimentation. Ce défi limite le développement d'expertise et occasionne aussi des coûts récurrents.

4.5 Conclusion de l'expérimentation auprès des enfants 6-11 ans et leurs parents

L'expérimentation a permis de valider certaines hypothèses ainsi que répondre à diverses questions. 1) En faisant référence à leur participation et implication au projet, les intervenants considèrent qu'ils sont mieux outillés à travailler la dimension relationnelle auprès des dyades parent-enfant. Néanmoins le choix des intervenants pour actualiser le programme demeure un élément clé compte tenu des changements de pratique que ce programme exige, ce qui peut être déstabilisant pour certains intervenants. 2) L'application du programme en intervention relationnelle¹⁶ développé pour les parents et les enfants de de 0 à 5 ans semble avoir une portée clinique prometteuse auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés et leurs parents. Il permet dans un premier temps à l'intervenant l'établissement d'un lien de confiance avec les parents, en répondant ainsi au second objectif de l'approche centrée sur la théorie de l'attachement pour les 6-12 ans³¹ qui consiste à ce que l'intervenant devienne un pôle de sécurité pour le parent dans le but de lui permettre le développement de capacités de prise en charge, de soutien et de réconfort auprès de son enfant afin de devenir à son tour, un pôle de sécurité pour ce dernier. Il est effectivement constaté au plan

Le programme en intervention relationnelle développe auprès du parent de nouvelles compétences lui permettant de devenir progressivement un meilleur pôle de sécurité auprès de son enfant.

clinique que le programme en intervention relationnelle¹⁶ développe auprès du parent de nouvelles compétences lui permettant de devenir progressivement un meilleur pôle de sécurité auprès de son enfant. 3) Dans l'ensemble, le programme s'applique aisément auprès de la clientèle des enfants de 6 à 11 ans. Toutefois, une banque d'activités spécifiques aux enfants de 6 à 11 ans ainsi qu'une intervention adaptée à l'âge des enfants lors de la rétroaction vidéo devront être développées et ajoutées à la formation des intervenants qui appliqueront le programme auprès de cette clientèle afin d'en optimiser son efficacité. 4) Dans les unités d'hébergement, malgré les différents bénéfices identifiés auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés, un grand défi demeure, soit d'assurer la pérennisation lorsque le programme est appliqué par le service d'hébergement. 5) Dans les unités de réinsertion sociale, afin de maintenir le programme, l'intervention devrait s'offrir au parent au début du processus de réinsertion, lorsque l'enfant est encore suffisamment hébergé et le parent encore motivé et disponible. Le projet a rencontré un autre défi majeur, soit la mobilité du personnel et la formation a dû être réofferte pour la poursuite de l'expérimentation. Ce défi limite le développement d'expertise et occasionne aussi des coûts récurrents.

Tous les intervenants ainsi que les gestionnaires ayant participé au projet constatent que cette intervention devrait s'offrir aux familles dès le début du placement, lorsque la situation de l'enfant et du parent le permettent. Malgré le fait que certaines dyades n'aient pas terminé le programme, plusieurs bénéfices sont identifiés : la mobilisation du parent, l'établissement d'une alliance thérapeutique, l'amélioration de la qualité relationnelle parent-enfant, la clarification du projet de vie, la possibilité d'une réduction du temps de placement pour en nommer que quelques-uns. Ces aspects sont considérables autant pour la réadaptation des familles que pour l'établissement. Cette avenue semble prometteuse et novatrice comme approche. Malgré tous les différents bénéfices identifiés auprès des

enfants de 6 à 11 ans hébergés, un grand défi demeure, soit assurer la pérennisation lorsqu'appliqué par le service d'hébergement. Les grands bénéfiques valent d'être pris en compte afin de pouvoir maintenir ce type d'intervention auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés et continuer à chercher des solutions permettant l'implantation de ce type d'intervention.

Conclusion générale des expérimentations

Trois projets novateurs se sont actualisés au CJM-IU entourant le programme en intervention relationnelle¹⁶ : un projet à la Clinique externe du service spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et leur famille, un projet dans une équipe à l'application des mesures à l'enfance et un projet auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés en unité de réadaptation. Dans ces trois contextes, on constate que l'application du programme en intervention relationnelle s'est avérée un atout majeur pour tous les intervenants ayant participé aux divers projets. Les intervenants, les gestionnaires ainsi que plusieurs parents concluent à sa pertinence.

Lors de ces trois expérimentations, on constate des similitudes sur les bénéfices observés au plan clinique. La recherche de Chantal Cyr illustre bien que l'augmentation des compétences de l'intervenant liées à la formation, l'application du programme ainsi que le mentorat lui permettent d'augmenter ses compétences d'observation, d'analyse et d'intervention en attachement. Cette intervention a permis aux intervenants de se sentir mieux outillés pour travailler la dimension relationnelle auprès des parents et des enfants qu'ils desservent.

Chez les parents ayant participé au programme, on observe fréquemment une diminution de la méfiance, une augmentation de l'alliance thérapeutique, de la mobilisation ainsi que de la reconnaissance de la problématique. L'application du programme favorise les conditions pour l'obtention d'un tel changement. Bien que les intervenants tentent auprès des parents de créer ces conditions dans leur suivi régulier, ils y parviennent plus facilement avec l'intervention relationnelle.

Les parents ayant participé au programme étaient aussi en mesure de mieux évaluer leurs propres changements

La recherche à la clinique externe a démontré une concordance entre les résultats cliniques obtenus par les intervenants et ceux obtenus au plan scientifique dans l'évaluation de l'amélioration de la relation parent-enfant. Le projet de recherche a aussi fourni des données probantes concernant l'amélioration de la sensibilité parentale, l'augmentation de la sécurité d'attachement des enfants, une diminution des troubles de comportement extériorisés chez les enfants. Les analyses démontrent que les parents ayant participé au programme étaient aussi en mesure de mieux évaluer leurs propres changements, fait qui n'était pas présent dans le groupe d'intervention psychoéducatif. À la clinique externe, le programme en intervention relationnelle a démontré son efficacité à mieux évaluer la situation des parents ainsi que le potentiel de changement. À l'application des mesures et auprès des enfants de 6 à 11 ans hébergés, les intervenants constatent que l'application du programme a contribué à l'amélioration de la relation parent-enfant, a facilité le travail auprès du parent, les a aidés à déterminer le projet de vie de l'enfant et a facilité la prise de décision.

Les recherches antérieures sur le programme en intervention relationnelle ont reçu une validation clinique lorsqu'il a été appliqué par des intervenants ayant une neutralité dans leur rôle auprès du parent. Le rôle d'autorité des intervenants à l'évaluation des capacités parentales lors de l'expérimentation du programme à la Clinique externe n'a pas été un facteur limitant l'efficacité du programme. On peut présumer que l'application du

programme en intervention relationnelle par les intervenants à l'application des mesures ou à l'hébergement des enfants de 6 à 11 ans en réadaptation pourrait obtenir des résultats similaires à la recherche menée à la clinique externe. Néanmoins, ces hypothèses demeurent à être validées au plan scientifique.

Malgré le fait que ce programme soit un apport considérable autant pour les intervenants qui l'appliquent que pour les parents et les enfants qui y participent, certains constats limitent l'actualisation du programme. Les intervenants ont rencontré des défis similaires dans les trois projets qui devront être considérés afin d'optimiser l'efficacité de l'intervention ou trouver des solutions avant d'envisager l'implantation du programme.

L'utilisation d'une approche soulevant les aspects positifs de la relation amène toujours des résistances chez les intervenants. Dans un premier temps, ceux-ci craignent de transmettre aux parents une image trop positive de la situation au détriment des motifs de compromission. Pour appliquer le programme avec efficacité, les intervenants doivent accepter temporairement d'être déstabilisés dans leurs pratiques. Il est constaté que certains traits de personnalité de l'intervenant optimisent cette intervention (souplesse, ouverture, capacité d'utiliser une approche réflexive). La sélection des intervenants qui appliqueront l'intervention est un élément à considérer.

Plusieurs autres défis sont identifiés dans l'ensemble des projets : la mobilité du personnel amène l'obligation de reformer des intervenants pour la poursuite de tous les projets, fait qui limite le développement d'expertise et occasionne des coûts récurrents. La sélection d'intervenants ayant une stabilité dans l'équipe devient alors un incontournable. Pour certains services, malgré les efforts des intervenants, il demeure difficile soit d'offrir le nombre de séances minimales pour réaliser l'intervention compte tenu de la durée du mandat ou d'offrir l'intervention sur une période de huit semaines consécutives compte tenu de leur charge de cas.

D'autres défis sont identifiés : la sélection des familles pouvant répondre efficacement à ce type d'intervention, les problèmes liés aux familles (annulation des séances, complexité des situations, bas âge des enfants, origine culturelle, troubles de santé mentale) ne sont que quelques exemples. Parfois la présence de la fratrie lors des séances d'intervention diminue aussi la disponibilité du parent ainsi que la qualité de la rétroaction vidéo de l'intervenant. Au plan organisationnel, l'application du programme exige l'utilisation de caméra vidéo, de jouets et parfois d'ordinateur portable. Lors de l'expérimentation à la clinique externe, le matériel requis a été subventionné par la Fondation Lucie et André Chagnon, tandis que dans les deux autres projets, chacune des directions a dû faire l'achat d'une caméra pour son service. Le matériel s'est avéré par contre insuffisant, compte tenu du nombre d'intervenants appliquant le programme. L'utilisation d'une caméra pour plus de deux intervenants occasionne des difficultés de disponibilité du matériel lorsque l'intervention est offerte au domicile des parents.

Tous les intervenants, les consultants ainsi que les gestionnaires ayant participé aux expérimentations considèrent que le programme en intervention relationnelle est un enrichissement pour l'offre de service auprès de la clientèle ainsi que pour la communauté clinique.

Les données probantes permettent de cibler la plus-value d'une telle intervention dans l'offre de service. Toutefois plusieurs questions demeurent encore sans réponses : Quel type de familles bénéficie davantage de ce programme? Quel intervenant serait le mieux à même d'optimiser le programme et à quel moment du processus clinique? À partir de combien de séances d'intervention constate-t-on une efficacité? Une recherche impliquant des intervenants à l'application des mesures ou auprès de la clientèle des enfants de 6 à 11 ans hébergés donnerait-elle des résultats similaires? L'efficacité du programme se maintient-elle dans le temps? Malgré les coûts générés par un tel programme, son efficacité peut-elle éviter ou diminuer les temps de placement des enfants en famille d'accueil ou en hébergement ainsi qu'accélérer la fermeture des dossiers à la protection de la jeunesse?

Voilà des questions qui demeurent à ce jour sans réponses et auxquelles des travaux futurs pourraient s'adresser.

Bibliographie

1. ABIDIN, R.R. *Parenting Stress Index: Professional manual (3rd ed)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1992.
2. BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., van Ijzendoorn, M, H. & Juffer, F. (2003). Less is more : Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
3. BERNSTEIN, D.P. & Fink, L. *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*. Manual. The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company. Chicago, 1998.
4. BERNSTEIN, E. M., & PUTNAM, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174, 727-735.
5. BISAILLON, C., Breton, D., Lehoux, G. et Laporte, L. *Modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement*. Laval : Centre jeunesse de Laval, 2009.
6. BISAILLON, C., Breton, D., Lehoux, G., Laporte, L. *Grille d'observation des indices de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire*. Centre jeunesse de Laval, 2009.
7. BOSCOVILLE 2000 à partir des travaux de Gendreau, G. *L'intervention psychoéducative*, Paris, Fleurus, 1978.
8. BRADLEY, R. The HOME Inventory: Review and reflections. In H. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior*, San Diego, CA; Academic Press, 1994, p. 241-288.
9. CANDELA, T., Le Blanc, A., et Laviolette, I. *Intervention de réadaptation intégrant une approche centrée sur la théorie de l'attachement et le modèle psychoéducatif : Document de référence*. Centre d'expertise sur la maltraitance, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2011.
10. CORBEIL, N. *Ali-bébé*, Montréal, 2002, 28 min.
11. CYR, C. Poulin C., Lausier, V., Michel, G. et Paquette, D. L'évaluation *des capacités parentales au CJM-IU : un protocole d'évaluation et d'intervention fondé sur la théorie de l'attachement*. *Revue de psychoéducation*, 41(2), 155-177.
12. CYR, C., Lopez L. et Paquette, D. *Évaluation de l'efficacité de la Clinique externe du Centre d'expertise pour les tout-petits et leurs parents (CECE) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) : l'attachement parent-enfant dans un contexte de maltraitance parentale*. Rapport de recherche, Octobre 2012, 171 p.
13. DESJARDINS, N., Dumont, J., Laverdure, J. & Poissant, J. (2005). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson : guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à un an*. Institut de recherche de santé publique du

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Gouvernement du Québec. 177 pages. Disponible sur le site web : www.msss.gouv.qc.ca

14. HARNETT, Paul H. (2007). *A procedure for assessing parents' capacity for change in child protection cases*. *Children and Youth Services Review*, 29 9: 1179-1188.
15. Institute for the Prevention of Child Abuse. *Assessing Parenting Capacity Manuel Guidelines, 1993*. Adaptation Bouchard, L., De Rancourt, L., Desjardins, L., Gauthier, L., Paquette, F., Rainville, S. *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du Guide de Steinhauer 0 à 5 ans*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2006.
16. LARIN, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., Desaulniers, R. *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention*. Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2006.
17. LAVIGUEUR, S. *Moi, comme parent [trousse multi-supports] : incluant un volet complémentaire pour parents d'enfants de 6 à 11 ans*, Montréal, CECOM, QEMVIE, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2010.
18. LE BLANC, A. et Thomassin, A. *Cadre de référence sur les services de réadaptation avec hébergement pour les enfants de 6 à 11 ans*, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, Montréal, 2006, 92p.
19. LEHOUX, G., Bisailion, C. et Breton, D. *Grille d'observation du profil de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire*. Laval: Centre jeunesse de Laval, 2009.
20. *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34.1. Québec, Éditeur officiel du Québec, 1984.
21. *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, L.C., c.1, 2002.
22. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., Montréal, Wilson et Lafleur, 1998.
23. Main M. (1991). "Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment". In Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P(Eds.), *Attachment across life cycle*. Routledge, London-New York.
24. MALCUIT, G., Pomerleau, A. et Séguin, R. *ALI : activités de lecture interactive*, Saint-Hubert, Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie, 2003, 239 p.
25. MARTIN, R. *Grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans : DVD de soutien à l'utilisation du GED*, Montréal, 2008, 60 min.
26. MOSS, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C. & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age of 3 : Construct validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.

27. NOËL, L. (2003). *Je m'attache, nous nous attachons : lien entre un enfant et ses parents*, éditions Science et culture, Montréal, 270 pages.
28. PAQUETTE, F. *À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme d'intervention 0 à 5 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2004, 137 p.
29. PAQUETTE, F. *Intervenir auprès des enfants de la grossesse à 6 ans : Bilan 2005-2012*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
30. PEDERSON, D., Moran, G., *Tri de cartes de la sensibilité maternelle (Q-Sort)*, Université of Western, Ontario, 1990.
31. Programme national de formation (PN F), Module 401. *Pour une pratique centrée sur la théorie de l'attachement*. Montréal, ASSTSAS, ACJQ, AQESSS, 2009.
32. Rapport annuel de gestion 2000-2001, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
33. Rapport annuel de gestion 2007-2008, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
34. WATERS, E., Deane, K., *Tri de cartes sur les comportements d'attachement (Q-Set)*, Stony Brook Attachement Lab University of New York, 1985.