



Centre jeunesse  
de Montréal  
Institut universitaire

Guide de soutien à la pratique

**pour les visites supervisées**

Rédigé par :

Diane Blain-Lamoureux, agente de planification, de programmation et de recherche  
Coordination Développement et suivi des normes et standards de la pratique professionnelle, DSPAU

Adopté au comité des directions clientèle le 2 novembre 2010 et au comité de direction le 9 novembre 2010

Dépôt légal, 4<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89218-233-0

© Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010  
Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire  
Téléphone : (514) 896-3396; Télécopieur : (514) 896-3483  
Courriel : [bibliotheque@cjm-iu.qc.ca](mailto:bibliotheque@cjm-iu.qc.ca)

# CONTRIBUTIONS À L'ÉLABORATION DU GUIDE

## Les membres du groupe de développement :

Christiane Motard, coresponsable, adjointe, Direction des services territoriaux Nord-Ouest

Yvon Bourdon, adjoint clinique, Direction des services territoriaux Nord-Ouest

Nancy Bussière, chef de service, Direction des services territoriaux Sud-Est

Alain Deschambault, spécialiste en réadaptation psychosociale, Direction des services de réadaptation à l'enfance et aux adolescentes

Claude Dessureault, réviseur, Direction de la protection de la jeunesse

Véronique Fortier, éducatrice, Direction des ressources et des systèmes d'information

France Guillemette, avocate, Contentieux

Danielle Hotte, spécialiste en réadaptation psychosociale, Direction des services de réadaptation à l'enfance et aux adolescentes

Suzanne Rainville, conseillère-cadre, CSCS, Direction des services professionnels et des affaires universitaires

## Contributions particulières :

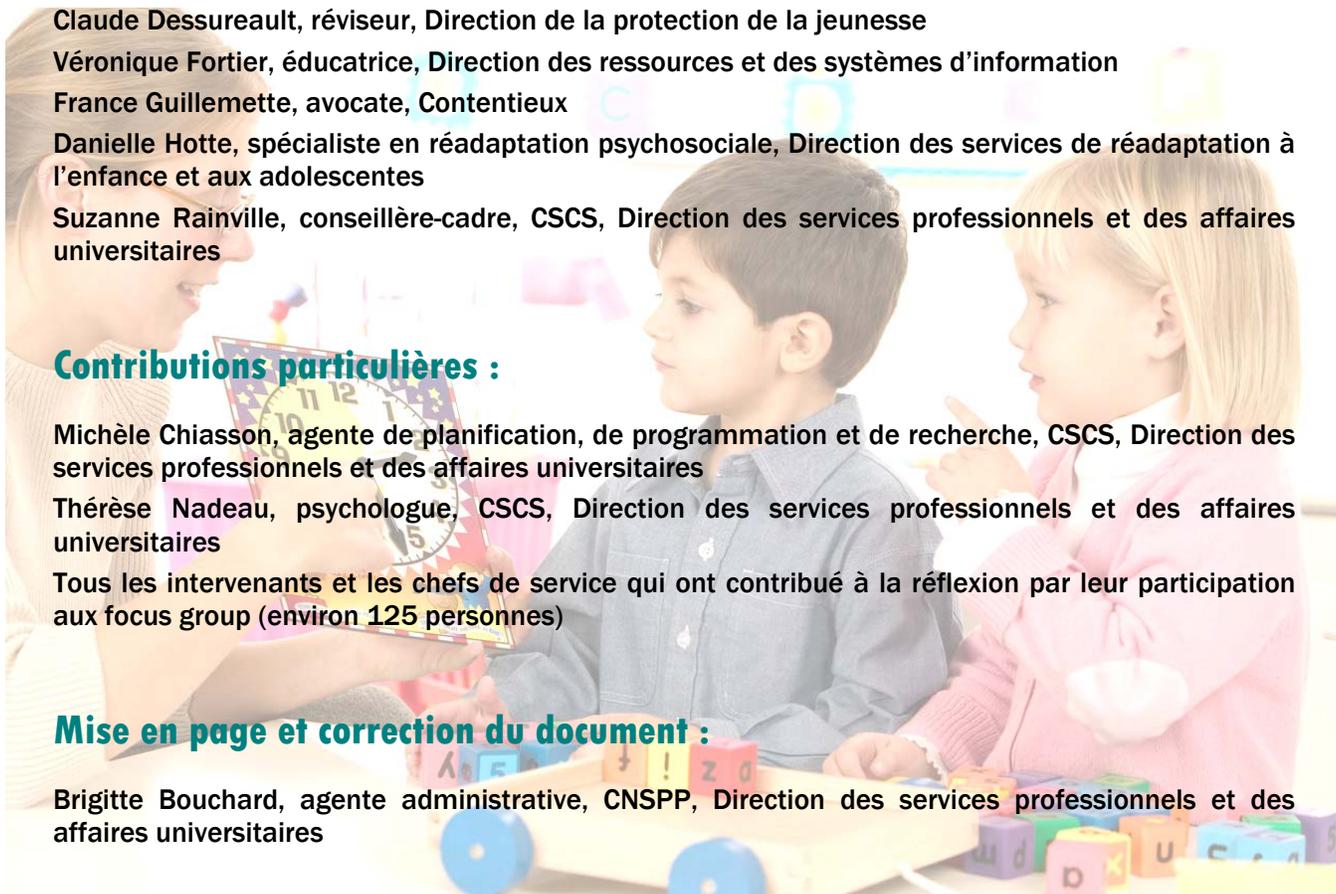
Michèle Chiasson, agente de planification, de programmation et de recherche, CSCS, Direction des services professionnels et des affaires universitaires

Thérèse Nadeau, psychologue, CSCS, Direction des services professionnels et des affaires universitaires

Tous les intervenants et les chefs de service qui ont contribué à la réflexion par leur participation aux focus group (environ 125 personnes)

## Mise en page et correction du document :

Brigitte Bouchard, agente administrative, CNSPP, Direction des services professionnels et des affaires universitaires





# TABLE DES MATIÈRES

---

---

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LES PRINCIPES DE BASE QUI ENCADRENT LES VISITES SUPERVISÉES .....</b>	<b>3</b>
<b>2. PRÉCISIONS SUR LES ENJEUX LÉGAUX.....</b>	<b>5</b>
2.1 Le droit des enfants et des parents.....	5
2.2 Distinction entre visites déterminées et visites supervisées.....	6
2.3 Arrêt temporaire de visite ou un retour au tribunal .....	6
2.4 Propositions de libellés pour une comparution au tribunal ou pour l'entente sur mesures volontaires.....	7
2.5 Distinction entre les droits d'accès et les visites supervisées.....	8
<b>3. LES BESOINS EN LIEN AVEC LES CONTACTS PARENT-ENFANT .....</b>	<b>9</b>
3.1 Les besoins de l'enfant.....	9
3.2 Les besoins et les responsabilités du parent.....	10
<b>4. LES OBJECTIFS DES VISITES SUPERVISÉES ET LIEN AVEC LE PROCESSUS DE PROJET DE VIE .....</b>	<b>11</b>
4.1 Les objectifs.....	11
4.2 Liens avec le processus de clarification du projet de vie .....	11
<b>5. LA SUPERVISION, RÔLE ET CHOIX DU SUPERVISEUR ET SPÉCIFICITÉS DE SITUATIONS DE SUPERVISION 13</b>	
5.1 Définition de la supervision.....	13
5.2 Rôle du superviseur.....	13
5.3 Choix du superviseur .....	15
5.4 La visite médiatisée .....	16
5.5 La visite avec une personne significative, notamment les grands-parents .....	16
5.6 La visite avec la fratrie.....	16
5.7 Le choix des visiteurs qui accompagnent le parent.....	17
5.8 La reprise des contacts après une longue absence du parent.....	17
5.9 Critères pour mettre fin à la visite sur-le-champ .....	18
5.10 Critères pour modifier les modalités des visites .....	18
<b>6. ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS COMPLÉMENTAIRES .....</b>	<b>19</b>
6.1 Le choix de la durée et de la fréquence .....	19
6.2 Le choix du lieu .....	19
6.3 Le choix du transport.....	21
6.4 Outils d'observation et de transmission d'informations .....	21
<b>7. LE RÔLE DE L'INTERVENANT PSYCHOSOCIAL .....</b>	<b>23</b>

---

---

<b>8. LE RÔLE DES PARTENAIRES DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>27</b>
8.1 Le parent .....	27
8.2 Le chef de service, l'adjoint clinique, le consultant et le coach pour un nouvel intervenant.....	27
8.3 Le réviseur.....	27
8.4 L'avocat du contentieux.....	27
8.5 L'éducateur en territoire.....	28
8.6 L'éducateur à l'hébergement .....	28
8.7 La famille d'accueil .....	28
8.8 Un tiers (ex. : membre de la famille élargie, ami) qui assure la supervision .....	28
8.9 L'organisme accrédité de supervision.....	28
<b>9. INTERVENTION AUPRÈS DE CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES : POINTS DE REPÈRE.....</b>	<b>31</b>
9.1 Clientèle présentant un trouble de santé mentale .....	31
9.2 Clientèle présentant un haut niveau d'agressivité .....	32
9.3 Clientèle présentant une déficience intellectuelle.....	33
9.4 Clientèle en contexte interculturel avec la présence d'un interprète.....	34
9.5 Critères d'interdiction, de maintien ou de rétablissement des contacts entre l'enfant et un parent abuseur sexuel.....	35
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>39</b>



# PRÉAMBULE

Quoique l'utilisation de la visite supervisée fasse partie de la pratique quotidienne et qu'elle fasse l'objet de nombreuses discussions et interventions dans les équipes, il n'existe aucun document qui en précise les indications cliniques quant à son utilisation. C'est un besoin ressenti à tous les niveaux de l'organisation : qu'il s'agisse de reconnaître cette activité comme une activité clinique à part entière exigeant temps et énergie, qu'il s'agisse d'initier de nouveaux intervenants à son utilisation, qu'il s'agisse de s'assurer des meilleures conditions organisationnelles, ou qu'il s'agisse de se questionner sur le sens et le suivi clinique qui y sont apportés.

Alors que tous, notamment les intervenants psychosociaux, les éducateurs, les chefs de service et les membres de la direction, sont conscients de l'importance clinique de la visite supervisée, nous observons beaucoup de disparité quant à son utilisation.

Aussi, le mandat et ses représentants ont-ils été accueillis avec beaucoup d'enthousiasme à tous les niveaux de l'organisation. Il y a un besoin reconnu, qui a été nommé au cours des focus group, d'un outil qui servira de guide de soutien à la pratique.

Cet outil servira d'abord à préciser les repères cliniques en regard des visites supervisées. Les thèmes suivants y seront abordés : les besoins cliniques des enfants et des parents; les enjeux légaux; les objectifs poursuivis; le choix du superviseur et des modalités de supervision; les rôles et responsabilités des différents intervenants; les aspects organisationnels.

Ce guide est un outil pratique destiné à situer les intervenants et à susciter la réflexion sur ce moyen clinique qu'est la visite supervisée. Il donne **des orientations cliniques qui peuvent induire des changements de pratique**. Un guide seul ne peut remplacer la formation de base et la formation continue qui caractérise toute intervention clinique. Mais il fournira un langage commun et favorisera une certaine homogénéité dans son utilisation afin de soutenir les intervenants dans leur pratique et donnera aussi des repères aux intervenants pour le bénéfice des enfants et de leurs parents. Outre l'utilisation du guide, les intervenants sont invités à aborder les visites supervisées dans le cadre des consultations cliniques selon les modalités propres à leur équipe.





# 1.

## LES PRINCIPES DE BASE QUI ENCADRENT LES VISITES SUPERVISÉES

- Le recours aux visites supervisées constitue un outil clinique pour actualiser le projet de vie privilégié pour l'enfant, soit le maintien ou le retour en milieu familial.
- Le parent est le premier responsable de la garde, la surveillance, l'éducation et de la réponse aux besoins alimentaires de l'enfant.
- Les ressources du milieu de l'enfant doivent être considérées et mises à contribution lorsque possible.
- Seul le risque de préjudice physique ou psychologique à l'enfant peut justifier la limitation et l'encadrement des contacts entre l'enfant et le parent.
- La visite supervisée est une mesure exceptionnelle qui doit être utilisée avec prudence.
- L'intervenant ne prend pas seul les décisions concernant les visites supervisées : il consulte et prend les moyens pour considérer tous les éléments en cause.



Les principes énoncés ci-haut ont orienté la rédaction du guide et ils s'y retrouvent explicités de diverses manières au fil du texte.

Le premier projet de vie d'un enfant est le maintien ou le retour dans son milieu naturel.

En abordant la question des visites supervisées, il est important de rappeler que dans l'esprit de la Loi sur la protection de la jeunesse, **le premier projet de vie d'un enfant<sup>1</sup> est le maintien ou le retour dans son milieu naturel.** Aussi, lorsqu'un enfant est retiré de son milieu naturel, il faut travailler avec le parent pour clarifier le projet de vie et favoriser son retour en milieu naturel, si possible.

Dans ce contexte, la primauté de l'autorité parentale demeure et la restriction des contacts entre l'enfant et ses parents est lourde de conséquences. C'est pourquoi **l'intervenant ne prend pas seul les décisions concernant les visites supervisées.** Le soutien clinique donné par le chef de service, l'adjoint et/ou le consultant lui permet de prendre du recul dans sa lecture de la situation et c'est avec le réviseur qu'il statue sur la nécessité de superviser ces contacts.

L'intervenant ne prend pas seul les décisions concernant les visites supervisées.

Le retrait du milieu de vie n'entraîne pas nécessairement la nécessité de contacts supervisés, mais la nécessité de statuer avec l'enfant et son parent<sup>2</sup> sur les modalités de contacts à privilégier.

Il faut éviter à tout prix certains automatismes.

**Il faut éviter à tout prix certains automatismes** dans la décision de superviser les contacts. Alors que des situations d'évaluation par exemple peuvent justifier la nécessité de protéger l'enfant et d'observer les capacités parentales, dans d'autres situations, même si le parent ne peut pas assurer les soins au quotidien de son enfant, il pourrait peut-être avoir des contacts de courte durée sans supervision.

<sup>1</sup> Dans le texte, le mot « enfant » désigne toute personne âgée de 0 à 18 ans.

<sup>2</sup> Dans le texte, le mot « parent » est utilisé au sens de la personne qui fait l'objet de la supervision. Par exemple, il peut s'agir du grand-parent ou du tuteur de l'enfant.

La responsabilité de protection impartie aux personnes autorisées dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse rend les intervenants qui agissent à ce titre très prudents quant à la gestion des contacts avec les parents. La visite supervisée offrant un maximum de garanties de protection, il peut être tentant d'y recourir plus régulièrement que moins, or **la visite supervisée doit être une mesure exceptionnelle utilisée pour un objectif précis et pour la durée la plus courte possible.**

**La visite supervisée doit être une mesure exceptionnelle utilisée pour un objectif précis et pour la durée la plus courte possible.**

**La visite supervisée doit être réexaminée à chaque rencontre de plan d'intervention.**

Dans chaque situation de visites supervisées, il importe de se questionner régulièrement sur la pertinence de la visite et sur ses modalités ainsi que de préciser au parent et à l'enfant les objectifs et les changements requis pour en modifier les conditions. **La visite supervisée doit être réexaminée à chaque rencontre de plan d'intervention.** La démonstration des besoins cliniques de l'enfant doit être documentée dans le rapport de révision et dans le rapport déposé au tribunal.

Autant d'impératifs qui ont été soulevés au cours des rencontres et focus group animés par des membres du groupe de travail et qui doivent être précisés. Car l'une des évidences des consultations menées est que le vocable « supervisé » recouvre une grande variété de situations qui méritent d'être traitées de façon différenciée. Le guide de soutien à la pratique permettra de distinguer ces situations et d'en moduler les modalités.

## 2.

## PRÉCISIONS SUR LES ENJEUX LÉGAUX

Afin de clarifier les droits et obligations des acteurs impliqués, nous préciserons les aspects légaux reliés aux visites supervisées. Ils concernent principalement deux lois; celle sur la protection de la jeunesse (LPJ) et celle sur les droits d'accès dans le cadre du droit de garde lors d'une séparation des parents.

Selon l'article 91, alinéa 3 de la **Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)** amendée, le tribunal :

« ...Il peut ainsi dans son ordonnance, autoriser le maintien des relations personnelles de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou une autre personne, selon les modalités qu'il détermine... »

« Cette disposition s'est ajoutée lors des modifications de 2007. Elle vient codifier une pratique largement répandue où le tribunal statue sur les contacts entre l'enfant et sa famille. Dans une grande proportion de situations présentées au tribunal, celui-ci confie au DPJ, tel qu'il le demande d'ailleurs, le soin de déterminer les modalités, fréquence, durée et degré de supervision requis (si nécessaire). »<sup>3</sup>

Dans les dernières années, on constate de plus en plus que le tribunal exerce la compétence qui lui est dévolue à cet article et détermine les contacts entre les parents et les enfants. C'est pourquoi il appartient aux intervenants d'expliquer aux parents et au juge, s'il y a lieu, les motifs cliniques pour lesquels il recommande la supervision des contacts et quels sont les critères pour en modifier les modalités. Afin de faciliter la compréhension du parent, il est fortement suggéré que dès la recommandation du placement, les intervenants expliquent le sens clinique et donnent des exemples concrets du type de contacts que le parent pourrait avoir avec son enfant, par exemple en expliquant les modalités de la supervision, la fréquence et la durée des visites.

**L'intervenant doit être en mesure d'expliquer au tribunal les motifs cliniques et la durée de la supervision des contacts, leur apport au plan d'intervention et les moyens mis en place pour permettre des apprentissages au parent.**

### 2.1 Le droit des enfants et des parents

L'enfant, dans l'évolution de notre système juridique, est devenu non seulement un « objet de droit » mais aussi un « sujet de droit ». Aujourd'hui, **l'enfant a droit à la protection et les décisions qui le concernent doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits.** Or, l'accès à ses parents est l'un des droits de l'enfant. Toutefois, lors de l'élaboration des modalités de contacts, l'intervenant doit tenir compte de son intérêt, de ses besoins et de ses vulnérabilités. La principale balise pour superviser les contacts est que ceux-ci peuvent présenter un risque pour l'enfant s'il est laissé seul avec son parent.

L'enfant a droit à la protection et les décisions qui le concernent doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits.

**L'autorité parentale** des parents à l'égard de leur enfant **subsiste jusqu'à la majorité de celui-ci** ou jusqu'à son émancipation. L'autorité parentale comprenant différents attributs, soit la garde, la surveillance, l'éducation et l'obligation alimentaire.

<sup>3</sup> Sonia Boisclair et Michelle Dionne. *Libellé des recommandations à la Chambre de la jeunesse*. DPJ, CJM-IU. Juillet 2007, p. 23.

Aussi, sauf en cas de déchéance parentale ou d'interdiction de contact, le parent peut avoir accès à son enfant. Lors des contacts, il est attendu que le parent exerce son droit de visite, de façon constante et régulière, et qu'il se mobilise pour entre autres améliorer ses compétences parentales et la qualité du lien avec son enfant.

Rappelons que les intervenants ont la responsabilité de susciter et de soutenir régulièrement cette mobilisation.

## 2.2 Distinction entre visites déterminées et visites supervisées

Il importe de distinguer la détermination et la supervision des visites.

« Les visites sont dites "**déterminées**" lorsque le DPJ veut établir les modalités, fréquences et durées, mais sans supervision.

Les visites sont dites "**supervisées**" lorsque le DPJ veut que les contacts se déroulent en présence d'une tierce personne agréée par lui ou en milieu neutre. »<sup>4</sup>



Pour que les contacts soient supervisés, cette condition doit être contenue à l'ordonnance ou être l'objet d'une précision aux mesures volontaires. Lorsqu'il y a supervision des contacts, il s'agit de **tous les contacts** entre le parent et l'enfant incluant les visites, les téléphones, la remise de cadeaux et la correspondance papier ou électronique.

## 2.3 Arrêt temporaire de visite ou un retour au tribunal

Avant de prendre la décision d'interrompre les visites, il est important de se référer à l'ordonnance ou au libellé des mesures volontaires et de consulter les aviseurs cliniques et juridiques. Car ainsi qu'il est indiqué dans le document intitulé « Libellé des recommandations à la Chambre de la jeunesse » :

« ...lorsque le tribunal confie au DPJ de déterminer (ou de superviser) la fréquence et les modalités de contacts, **nous ne pouvons pas les suspendre** même si nous pouvons occasionnellement annuler certains contacts pour des motifs sérieux. Une telle ordonnance ne donne pas une latitude absolue à l'intervenant. **Il faut se mettre en garde d'abuser du pouvoir que nous confère la marge de manœuvre clinique accordée par le tribunal.** »<sup>5</sup>

Il arrive parfois qu'une visite soit interrompue ou reportée, par exemple suite à une désorganisation importante de l'enfant et/ou du parent. Cette situation doit être traitée comme une période active de travail clinique au cours de laquelle l'intervenant rencontre le parent et l'enfant pour analyser la situation et la corriger. Si la situation ne s'améliore pas suffisamment pour pouvoir reprendre les visites et qu'une ordonnance en spécifie les modalités, il faut consulter le réviseur afin de prendre la décision de retourner au tribunal pour expliquer les motifs cliniques qui justifient de modifier l'ordonnance en lien avec ces faits nouveaux.

<sup>4</sup> Sonia Boisclair et Michelle Dionne. *Libellé des recommandations à la Chambre de la jeunesse*. DPJ, CJM-IU. Juillet 2007, p. 23.

<sup>5</sup> Idem, p. 23.

Lorsque les présences du parent aux visites sont aléatoires ou que les absences se répètent fréquemment ou sur une période prolongée, l'intervenant doit tenter de remobiliser le parent et de lui offrir, au besoin, des moyens de soutien. Lors de la révision, cette situation sera analysée cliniquement quant aux impacts qu'elle a sur l'enfant, pour décider s'il y a lieu d'aller au tribunal afin de demander une modification des contacts.

L'intervenant n'a jamais le pouvoir d'interdire le contact.

Même si l'ordonnance permet à l'intervenant de décider des modalités des contacts, il n'a **jamais le pouvoir d'interdire le contact**. Seul le juge peut décider d'un interdit de contacts, et ce, pour des motifs très sérieux.

Quel que soit le motif de retour au tribunal pour faire modifier les modalités de contacts contenus à l'ordonnance, l'intervenant doit être en mesure de bien documenter les raisons qui motivent les modifications demandées, par les impacts qu'ils ont sur le jeune. Les réactions du jeune avant, pendant et après les visites (régression, cauchemars) doivent être documentées et prises en compte. **Les observations de plusieurs personnes de son milieu de vie (parent d'accueil, éducateur, école, etc.) doivent converger vers une interprétation la plus juste possible de ses réactions.**



Finalement, afin de bien interpréter le sens de l'ordonnance, il est conseillé d'en relire les considérants et de demander conseil aux aviseurs juridiques. Quoique parfois la démarche de retourner au tribunal puisse paraître fastidieuse, elle peut revêtir un caractère clinique important pour l'enfant.

## 2.4 Propositions de libellés pour une comparution au tribunal ou pour l'entente sur mesures volontaires

Il est proposé pour le **rapport déposé au tribunal** un libellé assez large, adapté à chacune des situations. En voici quelques exemples :

- ...que les modalités, fréquences et durées de contacts entre l'enfant et son parent soient déterminées par le DPJ incluant le degré de supervision lorsque requis. Ce libellé implique que **l'évolution de la situation pourrait permettre la levée de la supervision**. Lorsque c'est possible, ce libellé devrait être privilégié;
- ...que les modalités, fréquences et durées soient déterminées par le DPJ. Ce libellé implique qu'il n'y a pas de supervision;
- ...que les modalités, fréquences et durées soient déterminées par le DPJ et supervisées par une personne ou un organisme désigné par celui-ci. Ce libellé implique que **les contacts seront toujours supervisés, pour la durée de l'ordonnance**.

Par ailleurs, l'intervenant doit être prêt à expliquer verbalement au juge et au parent quelles pourraient être concrètement ces modalités dans la situation spécifique (ex. : fréquence, durée, lieu proposé). Avant la comparution, une préparation sur cet aspect doit être faite avec l'avocat qui représente le DPJ. Dans les situations où il n'y a pas d'accord entre les parties concernant les modalités de contact, **il est possible que le tribunal les détermine** (par exemple : la fréquence), auquel cas **cette ordonnance doit être respectée par tous**. Si pour quelque raison que ce soit, les modalités ne peuvent être appliquées, il faut consulter le réviseur avant de retourner au tribunal.

- Pour l'**entente sur mesures volontaires**, quoique la supervision des visites soit moins fréquente, toutes les modalités doivent être convenues de manière consensuelle entre les parties. Il demeure important de souligner le fait que le parent doit adhérer aux modalités proposées au moment et tout au long de son application et **qu'il peut en tout temps manifester son désaccord et se retirer de l'entente**. Dans ce cas, l'intervenant doit se référer au réviseur afin de modifier les modalités du plan de protection.

## 2.5 Distinction entre les droits d'accès et les visites supervisées

Il peut y avoir une confusion entre le droit d'accès et les visites supervisées. Il importe de bien les distinguer. Les **droits d'accès sont un démembrement du droit de garde**, lequel est un attribut de l'autorité parentale. Lors d'une séparation ou d'un divorce des parents, le droit d'accès à l'enfant, du parent non gardien est précisé dans un jugement rendu par la Cour supérieure. Le droit d'accès permet de répondre au besoin de l'enfant de maintenir des relations avec ses deux parents même si ceux-ci vivent une situation conflictuelle.

Dans certaines situations, il arrive qu'il existe un jugement de la Cour supérieure antérieur au jugement du Tribunal de la jeunesse. **Lorsque le Tribunal de la jeunesse statue sur la présence de compromission et sur les mesures à mettre en place, ce jugement a prédominance sur le jugement de la Cour supérieure.**

Lorsque le Tribunal de la jeunesse statue sur la présence de compromission et sur les mesures à mettre en place, ce jugement a prédominance sur le jugement de la Cour supérieure.

Même si le parent et l'enfant ont été séparés parce qu'il y avait des risques pour l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant, les contacts entre eux devraient être maintenus afin de répondre d'abord à un besoin de l'enfant, mais aussi à celui du parent. Nous rappellerons ici quelques éléments clés du développement normal de l'enfant pouvant servir de balises pour l'analyse de ses besoins de contact avec son parent. Cependant, il faut se rappeler qu'un enfant suivi à la protection de la jeunesse a une histoire particulière, parsemée souvent de blessures, qui influence ses besoins.

**L'analyse de ces besoins est particulièrement importante dans le choix des modalités de contact et chaque situation doit être traitée individuellement.**

L'analyse de ces besoins est particulièrement importante dans le choix des modalités de contact et chaque situation doit être traitée individuellement.

### 3.1 Les besoins de l'enfant

Pour un enfant qui a commencé à former des liens d'attachement avec ses parents, le fait d'en être séparé peut être bouleversant pour lui. C'est pourquoi il a besoin d'être accompagné au cours de ce processus et de la reprise de contact avec ses parents. De plus, même si la séparation protège l'enfant, elle ne répare pas ce qui s'est passé de potentiellement traumatique dans sa relation aux parents. Dans ses efforts d'adaptation, les mécanismes de défense restent et traversent son vécu. Tout en tenant compte de ces éléments, voici ce qu'en ont dit des enfants à des chercheurs :

« Les visites leur permettent, par exemple, de constater de visu que leur parent se porte bien physiquement, ou encore qu'il a cessé de consommer. Les jeunes participants se disent heureux de pouvoir connaître leur parent et de découvrir des choses sur lui. Le fait de pouvoir parler de ce qui se passe dans leur vie, de recevoir des marques d'affection et d'améliorer la relation avec leur père ou leur mère compte aussi beaucoup... Bref, c'est le **maintien du lien** dans ce qu'il a de plus tangible... »<sup>6</sup>

Nous présentons ici brièvement les besoins qu'on retrouve au cours du développement normal chez les enfants en termes d'attachement et de maintien de liens significatifs; ces besoins varient selon l'âge.

Lorsque le bébé est âgé de 0 à 18 mois, il développe ou maintient son lien d'attachement, c'est une phase cruciale d'attachement à la personne qui lui dispense les soins quotidiens. Aussi, il est important que les contacts avec le parent soient déterminés en fonction de l'objectif, qu'il soit le développement ou le maintien du lien.



Le jeune enfant de 18 mois à 5 ans continue à renforcer sa capacité d'attachement, il a besoin de contacts chaleureux et ludiques dans un contexte sécurisant : vivre un bon moment.

<sup>6</sup> Sophie Émond. *L'espoir d'une nouvelle vie*. Le journal du partenariat de recherche Jeunes et Familles en transition, vol. 2, n° 2. Mai 2003, p. 28.

L'enfant de plus de 5 ans a déjà créé des liens et un type d'attachement avec sa famille d'origine et il importe de lui permettre de les maintenir, à la mesure de sa capacité et de celle de sa famille. Un enfant sécure est capable à la fois d'un lien avec sa famille d'accueil et avec son parent en autant qu'on le préserve d'un potentiel conflit de loyauté.

Les adolescents vivent souvent une période de remise en question de leurs liens d'attachement. Ils peuvent être ambivalents dans leur désir de contacts avec leur parent. Lorsqu'ils ne l'ont pas vu pendant plusieurs années, ils peuvent utiliser tous les moyens à leur disposition (ex. : Facebook) pour retrouver leur parent et le rencontrer à l'insu des intervenants. Par ailleurs, certains qui ont des contacts supervisés souhaitent retrouver une certaine intimité des contacts, alors que d'autres souhaitent avoir un intermédiaire pour gérer ces contacts.

Quel que soit leur âge, il est important de retenir que les enfants ont besoin d'un accompagnement ajusté à leurs besoins, à toutes les étapes de leurs contacts avec leur parent, que ce soit en personne, par téléphone ou autrement. Plusieurs personnes peuvent réaliser cet accompagnement : l'intervenant psychosocial, l'éducateur, une personne de la famille élargie ou un organisme accrédité.



L'enfant a besoin d'être sécurisé et accompagné dans ses contacts avec son parent.

### 3.2 Les besoins et les responsabilités du parent

Quoique la visite supervisée est mise en place parce que le parent présente des limites, des incapacités ou un danger potentiel pour son enfant, il est important que l'intervenant demeure sensible au déséquilibre que ce dernier vit face au fait que les contacts avec son enfant se passent en présence d'une tierce personne.

Certains d'entre eux vont souvent revendiquer les contacts avec leur enfant comme un droit. L'intervenant psychosocial fera preuve d'empathie pour les accompagner et les aider à comprendre le sens de la visite supervisée ainsi que leurs responsabilités quant à leurs attitudes envers leur enfant.

Au début du processus, il est probable que le parent n'ait pas pleinement conscience de ses lacunes, ce qui justifie encore davantage la nécessité d'être présent pendant le contact avec l'enfant afin de le protéger et le rassurer. Même avec de la bonne volonté, certains parents se sentent maladroits, ne sachant pas trop quoi faire pour avoir des contacts agréables et constructifs, ils ont besoin qu'on les accompagne dans les apprentissages à faire.

En cours de démarche, certains parents, qui démontrent suffisamment de capacités parentales, peuvent se mobiliser et utiliser les visites supervisées pour exercer leurs compétences et effectuer les changements nécessaires pour reprendre leur enfant ou maintenir un lien significatif avec lui. D'autres parents n'ont pas les capacités et/ou les compétences suffisantes et il faudra prévoir un encadrement des contacts sur un long terme.



Le parent a besoin d'être accompagné.

### 4.1 Les objectifs

Le premier principe qui guide le choix de la mesure est le meilleur intérêt de l'enfant : sa protection physique ou psychologique.

La visite supervisée se situe sur un continuum de mesures cliniques déterminées selon les besoins de l'enfant, l'élaboration de son projet de vie et les capacités du parent. Le premier principe qui guide le choix de la mesure est le **meilleur intérêt de l'enfant : sa protection physique ou psychologique.**

Pour l'enfant, le principal objectif de la visite supervisée est de lui permettre d'avoir un contact avec son parent dans le but soit de maintenir, de développer ou de restaurer son lien d'attachement et de lui permettre de connaître et de voir le parcours de son parent.

Pour le parent, l'objectif principal est qu'il utilise la visite comme une opportunité de travailler et restaurer sa relation avec son enfant.

Comme chaque situation est spécifique, les objectifs de la visite varient en fonction de plusieurs facteurs : âge et vulnérabilité de l'enfant, qualité des liens avec le parent, étapes du projet de vie et compétences des parents. La définition des objectifs cliniques est un élément crucial de la préparation de la visite supervisée. **La visite supervisée doit être totalement imbriquée aux motifs de compromission et de séparation de l'enfant et du parent;** elle est une partie du plan d'intervention (PI) mis en place pour mettre fin aux motifs de compromission. Dès son instauration, souvent pendant l'étape d'évaluation et d'orientation (E/O), le sens de la visite supervisée et les objectifs visés doivent être présentés comme un moyen de corriger la situation et de clarifier le projet de vie de l'enfant.

Les objectifs spécifiques et le plan de travail proposés devraient être énoncés dans le rapport soumis au tribunal et surtout, ils doivent être partagés avec le parent et l'enfant, selon son niveau de compréhension. La rencontre d'élaboration du premier plan d'intervention (PI) est le moment privilégié pour préciser les objectifs spécifiques visés par la visite supervisée. Même dans le cas où le tribunal a ordonné l'utilisation de visites supervisées, il demeure important d'en préciser les objectifs poursuivis. Ainsi, le parent saura ce qu'il a à travailler et l'enfant en comprendra le sens.

**Tout au long du processus PJ, il est impératif de comprendre le sens qu'on donne aux visites supervisées.** À cet effet, il est attendu que les motifs qui ont conduit au choix et au maintien des modalités de contact soient précisés dans les rapports de révision et dans les rapports présentés au tribunal.

Tout au long du processus PJ, il est impératif de comprendre le sens qu'on donne aux visites supervisées.

### 4.2 Liens avec le processus de clarification du projet de vie

Concernant le projet de vie, tout au cours du processus de clarification du projet de vie, le travail clinique, auquel la **visite supervisée** contribue, **doit viser la possibilité d'un retour de l'enfant dans son milieu naturel.** Ce qui implique un travail pour mobiliser et soutenir le parent afin qu'il améliore ses compétences et sa relation avec l'enfant.

## Clarification du projet de vie

Pendant la période de clarification du projet de vie, la **visite supervisée est un outil privilégié** qui permet d'observer la qualité de la relation entre l'enfant et le parent, les habiletés et compétences du parent pour améliorer la relation et répondre à l'ensemble des besoins de l'enfant. La visite supervisée est complémentaire au travail fait pour outiller le parent et favoriser le retour de l'enfant chez le parent. Elle donne l'opportunité au parent de recevoir de l'aide pour corriger les situations problématiques afin de vérifier sa capacité à reprendre son enfant à domicile.

Au cours de cette même période, un autre des moyens proposés au parent pour le développement de ses compétences est la participation à des ateliers parents-enfant conçus à cette fin. Dans ce contexte, il y a un contact entre le parent et l'enfant, mais il ne s'agit pas d'une supervision au sens strict du mot. Ce contact parents-enfant vise un objectif pédagogique vécu par un groupe de parents animé par des intervenants. Ces ateliers peuvent contribuer à l'amélioration des compétences du parent. Les intervenants font part de leurs observations tant au parent qu'à l'intervenant psychosocial.



De plus, certaines visites supervisées par l'intervenant psychosocial ou par l'éducateur du CJM-IU, tenues au domicile des parents, permettent le développement des compétences dans le milieu naturel : avec le va-et-vient de la vie quotidienne.

Lorsque le projet de vie entériné légalement est un retour à domicile, le soutien au parent peut se poursuivre non pas en visite supervisée, mais dans une perspective d'aide à la réussite de ce projet.

## Actualisation d'un projet de vie en milieu substitut

L'actualisation d'un projet de vie en milieu substitut ne signifie pas pour autant une diminution de la fréquence des visites, car le dispositif rendu dans l'ordonnance demeure un cadre qui doit être respecté. Cependant, il se peut que le **maintien du lien** devienne l'objectif principal de la visite supervisée. À ce moment, il faudra évaluer si la supervision de la visite est encore nécessaire, par exemple : l'enfant est coincé parce que le parent lui fait porter le fait qu'il n'est pas en accord avec le projet de vie statué, parce que ses capacités sont trop limitées en fonction de l'âge ou des capacités de l'enfant à lui faire face seul ou parce que le parent est très instable, etc.

De même, il se peut que même si l'enfant ne retourne pas vivre chez son parent, ce dernier démontre des capacités suffisantes et que l'enfant soit suffisamment confortable face à son parent, pour que la supervision des visites ne soit plus nécessaire. Ou encore que les modalités de la visite puissent être modifiées, par exemple si l'enfant est confié à une personne du réseau familial, il se peut que les visites puissent être tenues dans ce milieu.

### 5.1 Définition de la supervision

La supervision requiert une présence et une vigilance constante de la part du superviseur. À aucun moment l'enfant ne peut être laissé seul dans son interaction avec le parent.

Le vocable de visite supervisée désigne plusieurs réalités différentes, c'est pourquoi il est nécessaire d'en donner une définition univoque :

**La supervision est une mesure qui vise à protéger, sécuriser et accompagner l'enfant. Pour ce faire, la supervision requiert une présence et une vigilance constante de la part du superviseur. À aucun moment l'enfant ne peut être laissé seul dans son interaction avec le parent afin d'éviter que le parent menace l'intégrité physique ou contamine, perturbe ou terrorise l'enfant par des propos, des attitudes ou des gestes inappropriés.**

Le niveau d'encadrement de la supervision de la visite peut se modifier au fur et à mesure de l'évolution de la situation par exemple, lorsque l'enfant ne démontre plus de signes de perturbation et que les compétences du parent se sont améliorées. La qualité des relations entre le parent et l'enfant ainsi que les signes manifestés par l'enfant serviront d'indicateurs pour trouver le bon rythme et non pas des automatismes tels que : lorsque le projet de vie est stabilisé, il y a un contact par mois ou encore deux ou trois visites annuellement.

La supervision va servir à :

- protéger, sécuriser et accompagner l'enfant;
- évaluer, maintenir, développer ou restaurer le lien entre le parent et l'enfant;
- évaluer les capacités et développer les compétences du parent.

La fonction de protéger, sécuriser et accompagner l'enfant demeure une constante tout au long de l'utilisation de la visite supervisée. Cependant, les fonctions reliées au travail sur le lien entre l'enfant et le parent ainsi que le travail sur les compétences du parent sont modulées en fonction de l'étape du processus de clarification du projet de vie.

Afin d'illustrer ces fonctions, nous décrivons comment l'intervenant psychosocial et les autres superviseurs ou partenaires assument ces fonctions au cours des opérations reliées à la visite supervisée.

### 5.2 Rôle du superviseur

Le rôle du superviseur comporte plusieurs dimensions : **accompagnateur, animateur et observateur** de la visite supervisée.

#### Accompagnateur

Le premier rôle du superviseur est sans contredit celui d'accompagnateur. Il s'assure que la visite se déroule dans un contexte favorable et rassurant pour l'enfant et dans le respect des règles convenues. Il ajuste ses actions en fonction des réactions, des gestes et des signaux verbaux et non verbaux exprimés tant par l'enfant que par le parent. Il doit **rassurer l'enfant et lui garantir que la visite se passe dans un climat sécurisant** qui lui donne l'occasion de passer un bon moment avec son parent.

Accompagner l'enfant signifie, entre autres, intervenir auprès du parent inadéquat devant l'enfant ou lui confirmer après la visite que papa ou maman ne se sentait pas bien aujourd'hui ou encore, lui faire remarquer les signes positifs de l'évolution de son parent. Si le parent ne se présente pas à la visite, il soutient l'enfant dans l'expression de ses sentiments (ex. : déception, peine et colère).

L'accompagnateur sera sensible aux signaux de l'enfant; au besoin, il aidera l'enfant à les exprimer pour que son parent l'entende. À la fin de la visite, il fait un petit retour avec lui, il l'aide à interpréter ce qu'il a vécu, le cas échéant, il l'accompagne auprès de la personne qui fait le transport et lui fait un petit suivi sur l'état de l'enfant.

Comme accompagnateur, le superviseur assure aussi un soutien au parent lorsque ce dernier est en difficulté ou qu'il ne comprend pas ce que son enfant lui manifeste. De plus, le superviseur **peut refuser la tenue de la visite** si le parent se présente sans respecter les conditions préalables à la visite (par ex. : la sobriété). Il informe le parent que la visite pourra être reportée après entente avec l'intervenant psychosocial, s'il n'est pas lui-même le superviseur. Dans ces circonstances, le superviseur explique à l'enfant, selon son niveau de compréhension, les raisons du report de la visite.

### **Animateur**

Le superviseur joue son rôle d'animateur en soutien à l'enfant et au parent car pendant la visite, le premier animateur de l'enfant est le parent. Le superviseur va travailler la collaboration du parent et aider l'enfant à trouver une zone de confort dans sa relation au parent. **Il va encourager les interactions, proposer de nouvelles méthodes éducatives et soutenir le parent dans sa compréhension de l'enfant** tout en notant les réactions de l'enfant et du parent. Cependant, ce dernier peut avoir des limites dans sa capacité à comprendre les signaux de l'enfant ou tout simplement à savoir quoi faire avec lui. Le superviseur peut pallier ce rôle en servant de modèle au parent. Il peut suggérer un déroulement de rencontre, des interprétations des signaux de l'enfant, des activités ou des limites à poser à l'enfant. Cependant, il est soucieux de ne pas prendre la place du parent et il devient plus discret lorsque le parent est plus à l'aise dans son rôle d'animateur.

### **Observateur**

Le superviseur est aussi un observateur des interactions entre l'enfant et le parent. Sauf exception, **l'observation est « participante » en présence de l'enfant et du parent**. Le superviseur, tout en étant le garant du respect des règles, laisse autant que possible l'enfant et le parent interagir par eux-mêmes. De plus, pendant et à la fin de la visite, il fait la rétroaction de ses observations au parent et à l'enfant, selon ses capacités. Après la rencontre, il notera le plus objectivement possible dans un outil d'observation, les éléments les plus significatifs en lien avec les objectifs poursuivis par la visite. Il observera notamment : le contenu des échanges verbaux et non verbaux, les réactions de l'enfant et du parent, la capacité du parent à décoder les signaux de l'enfant et les initiatives de l'un et l'autre.

## 5.3 Choix du superviseur

Le superviseur accompagne, anime et observe, de manière concurrente mettant l'accent sur l'une ou l'autre des dimensions, selon les particularités de la situation. Bien qu'il soit attendu de tout superviseur d'être en mesure de jouer ces différents rôles, il y aura des différences dans la façon de faire et les observations recueillies selon la formation et l'expérience du superviseur. C'est pourquoi **le choix du superviseur doit tenir compte de l'objectif prioritaire** (évaluation et développement des compétences ou maintien du lien) et des objectifs spécifiques poursuivis par la visite supervisée.

### Une personne significative pour l'enfant

À chaque fois que la situation s'y prête, l'intervenant psychosocial doit être attentif à **identifier une personne significative** qui puisse superviser des visites dans son milieu : les grands-parents par exemple.

L'intervenant psychosocial doit être attentif à identifier une personne significative qui puisse superviser des visites dans son milieu.

Il doit cependant bien évaluer les capacités des personnes à adopter une attitude de neutralité face à la situation et être conscient qu'il n'y aura pas là le même degré de supervision que dans un milieu spécialisé. Cependant, cela demeure une solution intéressante pour un enfant qui a d'assez bonnes capacités parce qu'il bénéficie d'une visite dans un milieu plus familier.

### Pendant la clarification du projet de vie

Pendant la période de clarification du projet de vie pour l'évaluation et le développement des compétences parentales et de la relation parent-enfant, les intervenants suivants sont les mieux habilités à assurer la supervision :

- L'intervenant psychosocial.
- Un éducateur en territoire ou en hébergement.
- Un autre intervenant de la cellule d'intervention; dans certaines équipes, une personne est spécialisée dans l'observation et l'analyse de la relation parent-enfant.
- Un centre d'expertise comme le « Centre spécialisé d'évaluation et d'intervention auprès des petits et de leur famille » qui fait une évaluation approfondie des capacités et des compétences parentales et de leur potentiel de développement.

### Actualisation d'un projet de vie en milieu substitut

Lorsque le projet de vie est actualisé en milieu substitut et que les visites visent principalement le maintien du lien et que le comportement du parent est stabilisé, la supervision peut être assurée par :

- L'intervenant psychosocial.
- Un éducateur en territoire ou en hébergement.
- Un autre intervenant de la cellule d'intervention.
- Un tiers (ex. : membre de la famille élargie, ami).
- Un organisme de supervision.

L'intervenant psychosocial est responsable du choix du superviseur et de la transmission des informations au superviseur choisi. Dans tous les cas, **il doit faire une première rencontre en présence du superviseur et du parent** afin de préciser les objectifs et les règles de la supervision. Il est aussi recommandé qu'il soit présent à certaines de ces rencontres même s'il n'est pas le superviseur principal.

#### 5.4 La visite médiatisée

La visite médiatisée est une forme spécialisée de supervision des visites. **La visite médiatisée vise un but thérapeutique, mais il ne s'agit pas de psychothérapie.** Ces visites doivent favoriser le développement et le progrès psychique de l'enfant. Au cours de la visite, l'intervenant va interpréter sur-le-champ les comportements de l'enfant et du parent afin d'assurer une protection psychique à l'enfant et que les messages transmis du parent à l'enfant soient en tout temps clairs, adéquats et soignants pour l'enfant.



Ce type de supervision est indiqué lorsque la pathologie parentale se manifeste sur l'enfant qui peut devenir la cible du délire du parent et en subir les répercussions ou lorsque les problèmes comportementaux du parent nécessitent des explications et un soutien auprès de l'enfant. Cette forme de supervision doit être réservée aux situations qui représentent les plus hauts risques pour la sécurité et pour le développement de l'enfant, par exemple des enfants qui souffrent de troubles graves de l'attachement.

La tenue de visites médiatisées demande des compétences spécifiques de la part des intervenants qui l'animent. D'ailleurs, il est recommandé que ceux-ci soient deux : un qui se centre sur l'enfant et l'autre qui se centre sur le parent. Ce sont des **intervenants du CJM-IU** qui animent ces visites. Ils développent leurs compétences grâce au coaching et à la consultation.

#### 5.5 La visite avec une personne significative, notamment les grands-parents

L'objectif de ces visites est de favoriser que l'enfant puisse continuer d'entretenir des liens avec des personnes qui sont significatives pour lui. Concernant les grands-parents, l'intervenant a le mandat de vérifier leur implication auprès de l'enfant advenant que le parent ne puisse pas le faire. Il est possible que dans la période de clarification du projet de vie, il soit nécessaire d'utiliser la visite supervisée pour observer s'il existe un lien significatif et évaluer la qualité de ce lien entre l'enfant et les grands-parents ainsi que leurs capacités à prendre soin de l'enfant. La visite supervisée peut aussi être utilisée dans la perspective de maintien du lien si le contact entre l'enfant et les grands-parents est significatif, mais qu'il présente un certain risque physique ou psychologique pour l'enfant.

Il demeure essentiel de consulter le parent puisqu'il demeure toujours titulaire de l'autorité parentale.

C'est l'analyse de la situation globale qui permettra d'évaluer la pertinence de maintenir des liens avec d'autres personnes **significatives pour l'enfant** et non pas la seule demande de ces personnes. À cet égard, **il demeure essentiel de consulter le parent** puisqu'il demeure toujours titulaire de l'autorité parentale et le premier responsable du bien-être de son enfant.

#### 5.6 La visite avec la fratrie

Lorsqu'un parent a plus d'un enfant placé, l'intervenant doit analyser la situation afin de décider s'il est propice de faire la rencontre entre le parent et les enfants tous ensemble. Par exemple, certaines situations de rivalité entre les enfants peuvent faire en sorte qu'il est contre-indiqué de les réunir. Cependant, s'il est envisagé que l'enfant placé retourne dans la famille, la visite supervisée est un moment propice pour **travailler les relations des enfants entre eux** et face à leur parent. Comme ces rencontres constituent un travail clinique important, il faut prévoir un contexte favorable et un ou des superviseurs expérimentés.

De plus, les liens d'attachement des enfants entre eux sont variables. L'analyse des liens d'attachement doit aussi être considérée lorsqu'il s'agit d'organiser des visites supervisées entre frères et sœurs pour leur permettre de maintenir, de créer ou de développer des liens. Il est important que l'intervenant explore cette dimension des besoins d'un enfant face à sa fratrie même s'il n'en parle pas spontanément. Le contexte et le niveau d'encadrement de ces visites doivent être adaptés en fonction de l'âge et des capacités des enfants concernés.

L'observation des interactions du parent avec chacun de ses enfants et des interactions des enfants entre eux pose un défi particulier au superviseur. À certains moments, il peut être utile qu'il y ait plus d'un superviseur.

## 5.7 Le choix des visiteurs qui accompagnent le parent

**Pour refuser la présence d'un visiteur qui accompagne le parent, il faut avoir des motifs de croire que ça crée un préjudice à l'enfant.**

Comme la visite est un moment privilégié pour l'enfant et le parent, la présence d'un autre visiteur doit être appréciée en fonction du sens clinique qu'elle revêt pour l'enfant et le parent.

Pour refuser la présence d'un visiteur qui accompagne le parent, il faut avoir des motifs de croire que ça crée un préjudice à l'enfant.

Précisons ici que le droit à l'accompagnement prévu à l'article 8 de la LPJ ne s'applique pas aux visites supervisées. En effet, le feuillet explicatif<sup>7</sup> précise :

« La visite supervisée parents-enfant ne constitue pas une rencontre avec le DPJ ou une personne qu'il autorise, mais bien une activité clinique. En conséquence, le droit à l'accompagnement ne s'applique pas. »

Cependant, il est recommandé d'avoir une attitude d'ouverture face au choix du parent d'être accompagné, même si la présence d'une autre personne n'était pas planifiée à l'avance. En effet, il s'agit là d'une décision qui relève de l'exercice de l'autorité parentale. L'intervenant peut aider le parent à apprécier l'impact de cette présence pendant la visite : par exemple, est-ce une personne significative pour l'enfant, de la visite « rare »? De plus, il se peut que l'accompagnateur soit une personne choisie par le parent pour le soutenir ou que la présence d'un interprète soit nécessaire au bon déroulement de la visite.

## 5.8 La reprise des contacts après une longue absence du parent

Il arrive qu'un parent souhaite une reprise de contact après une longue absence. L'intervenant va d'abord rencontrer le parent (quelques rencontres peuvent être requises) afin de clarifier avec lui sa motivation et le type d'engagement qu'il souhaite avoir auprès de son enfant.

De plus, l'intervenant doit évaluer les besoins, les désirs ainsi que les impacts possibles sur l'enfant de la reprise de contact. Avant de prendre une décision, l'intervenant doit aussi s'assurer qu'il n'existe pas de jugement en vigueur qui limite l'accès du parent à son enfant.

Après consultation auprès du réviseur, afin entre autres de mesurer les impacts de ces contacts sur le projet de vie de l'enfant, l'intervenant décidera des modalités de cette reprise de contact. Par exemple, il pourra proposer une reprise de contact progressive par échange de correspondances supervisées ou de téléphones supervisés avant que l'enfant et le parent soient mis en présence l'un de l'autre.

<sup>7</sup> Feuillet intitulé : Le droit à l'accompagnement produit par l'Association des centres jeunesse du Québec.

La préparation préalable à la reprise des contacts est tout aussi importante s'il s'agit d'un adolescent. L'intervenant ne doit pas surestimer les capacités de l'adolescent qui a aussi besoin d'accompagnement dans ce processus.

## 5.9 Critères pour mettre fin à la visite sur-le-champ

Le superviseur peut mettre fin à la visite sur-le-champ si, malgré des rappels sur les attitudes et les règles convenues, le parent ne respecte pas les ententes et que la situation a un impact sur l'enfant, s'il a des verbalisations menaçantes ou dévalorisantes pour l'enfant ou manifeste de l'agressivité et/ou si l'enfant manifeste des malaises (dévalorisation, peur, résurgence de traumatismes) et qu'il n'arrive pas à être rassuré.

Cependant, le superviseur doit être attentif à bien décoder les signaux de l'enfant malgré parfois, son propre malaise face à la situation. En effet, toutes les manifestations négatives de la part de l'enfant et/ou du parent ne sont pas nécessairement nocives pour l'enfant. De plus, il faut savoir utiliser ces manifestations pour permettre au parent de travailler ses attitudes à corriger (par ex. : dénigrement de l'enfant). Afin de sécuriser l'enfant, il est possible de convenir à l'avance avec lui de signes par lesquels il manifeste au superviseur que son inconfort est trop fort pour son seuil de tolérance.

La décision d'interrompre la visite doit être prise pour protéger l'enfant.

Dans tous les cas, la **décision d'interrompre la visite doit être prise pour protéger l'enfant**, tout en mesurant les conséquences possibles que cette interruption de visite peut avoir sur lui. Il s'agit là d'un fragile équilibre qui nécessite de la part du superviseur un regard sensible et nuancé de la situation.

## 5.10 Critères pour modifier les modalités des visites

De façon statutaire, le **réexamen de la pertinence de la visite supervisée et de son efficacité doit être faite à chaque révision de PI** afin de vérifier l'atteinte des objectifs spécifiques à la visite et au besoin, d'ajuster les modalités à l'évolution de la situation.

Le réexamen de la pertinence de la visite supervisée et de son efficacité doit être faite à chaque révision de PI.

Cependant en tout temps, si le parent garde des attitudes nocives et/ou que l'enfant démontre des signes de malaise et de perturbation significatifs qui persistent pendant les jours suivant la visite, il faut s'interroger sur la nécessité d'un changement de conditions dans la supervision.

Lorsqu'il y a des signes que la visite ne répond plus aux besoins de l'enfant et/ou que le parent est démobilisé ou incapable d'opérer les changements attendus, il faut requestionner les modalités et retourner au tribunal, le cas échéant.

L'intervenant psychosocial **peut envisager de modifier les modalités de supervision ou d'y mettre fin, après une analyse des aspects cliniques et légaux**. Si le plan de protection le permet, lorsque les changements envisagés ont un impact important sur le projet de vie de l'enfant, le réviseur devrait être mis à contribution.

Différents éléments seront considérés, notamment : l'évolution des apprentissages et attitudes du parent et leur impact sur l'enfant, le fait que l'enfant ne démontre plus de signes de perturbation dans ses milieux de vie, qu'il est capable de se protéger et de s'auto-observer et qu'il ne vit pas de conflit de loyauté entre son parent et sa famille d'accueil qui représente pour lui un lieu sûr.

La tenue de la visite supervisée comporte de nombreux aspects organisationnels qui mobilisent temps et énergie de la part de l'intervenant psychosocial. Il demeure le principal responsable de la détermination des objectifs poursuivis et des modalités, mais il lui est impossible d'en assumer seul tous les aspects. **Ce n'est que lorsque les objectifs sont précisés que l'intervenant psychosocial est en mesure de prendre les meilleures décisions concernant les autres aspects organisationnels** de la visite : le choix de la durée et la fréquence, le lieu, le transport.

Ce n'est que lorsque les objectifs sont précisés que l'intervenant psychosocial est en mesure de prendre les meilleures décisions concernant les autres aspects organisationnels.

### 6.1 Le choix de la durée et de la fréquence

La durée et la fréquence doivent être déterminées prioritairement en fonction des besoins de l'enfant : la durée peut varier d'une vingtaine de minutes à plusieurs heures et la fréquence, de quelques visites par semaine à quelques visites annuellement. La fréquence et la durée doivent être ajustées selon l'évolution du projet de vie, l'intérêt et le lien d'attachement de l'enfant avec le parent.

Cependant, suite à une ordonnance et plus particulièrement pendant la période de clarification du projet de vie, il y a un risque de placer l'enfant dans une période d'inconfort pour un certain temps. Cet inconfort peut amener l'enfant à vivre des moments difficiles. **Cette réalité fait partie d'un processus inévitable.** Pendant cette période, il est particulièrement important de stabiliser les conditions organisationnelles : transport, accompagnement avant, pendant et après la visite pour rassurer l'enfant. **Tout en étant prudent sur l'interprétation des signaux envoyés par l'enfant,** il est possible d'écourter la visite sur-le-champ au besoin. Si la situation se répète, il y a lieu de s'interroger sur la nécessité de consulter le réviseur afin de juger de la nécessité de retourner au tribunal pour demander une modification des modalités de contact.

Tout en étant prudent sur l'interprétation des signaux envoyés par l'enfant.

Lorsqu'un projet de vie alternatif est actualisé, la durée et la fréquence des visites doivent être déterminées en tenant compte de la nécessité de permettre à l'enfant de se faire des racines dans son nouveau milieu de vie, mais aussi de maintenir un lien avec son parent, si c'est dans son intérêt. C'est un équilibre délicat à établir qu'on peut ajuster progressivement en tenant compte des signaux et des verbalisations de l'enfant, d'où l'importance de la supervision clinique et de la consultation pour soutenir l'intervenant dans ce processus.

Ce sont aussi des aspects qu'il faut documenter pour être en mesure d'en instruire le réviseur ou le tribunal. De plus, ce sont des mesures évolutives : les besoins de l'enfant de 5 ans ne seront pas les mêmes lorsqu'il aura 10 ans, d'où la nécessité de réviser les modalités aux révisions de PI.

### 6.2 Le choix du lieu

Comme les autres facteurs, le lieu est choisi en fonction des objectifs cliniques et de la capacité du parent de respecter les règles du milieu superviseur. En général, il doit y avoir une cohérence entre le type de supervision, le choix du superviseur et le lieu de supervision.

## Les locaux du CJM-IU

En effet, en période de clarification de projet de vie, alors que l'intervenant social ou l'éducateur supervisent les visites, il est probable que la supervision se tienne soit dans les locaux du CJM-IU, soit au domicile du parent, si ce lieu n'évoque pas d'éléments traumatiques pour l'enfant. Le CJM-IU est muni de locaux dédiés à cette fin.



### Le milieu de vie du parent

Lorsque la supervision vise la possibilité de réintégration de l'enfant dans sa famille, il peut être particulièrement indiqué de faire la visite dans le milieu de vie du parent.

### La famille élargie

Par ailleurs, en période de maintien de lien, il pourrait être possible pour l'enfant de bénéficier de visites chez un membre de la famille élargie lui donnant ainsi accès à son réseau familial. Cette situation est souvent propice lorsque l'enfant est confié à un membre de la famille.

### Les organismes de supervision

Les organismes de supervision offrent des locaux spécialement aménagés pour la supervision et leurs règles de fonctionnement sont claires. Plusieurs parents apprécient ces lieux qu'ils perçoivent comme plus neutres même s'ils sont informés que l'organisme transmettra ses observations à l'intervenant du CJM-IU. Ces lieux sont bien adaptés pour la supervision qui vise le maintien du lien si la visite ne peut se tenir dans la famille élargie de l'enfant.

### La famille d'accueil

Il n'est pas recommandé que la visite soit tenue dans la famille d'accueil de l'enfant parce qu'il y a un risque que l'enfant soit placé en conflit de loyauté ou dans certains cas, qu'il perçoive que son milieu de vie est contaminé par la présence du parent.

### Les lieux publics

Tout en considérant le respect des règles de confidentialité, comme la visite supervisée vise un accompagnement de la relation entre le parent et l'enfant et un contrôle du contenu des échanges, généralement il est contre-indiqué de faire les visites dans des lieux publics.

Cependant, lorsque le projet de vie est actualisé en milieu substitut, que la visite vise le maintien du lien et qu'on n'est pas inquiet de la sécurité de l'enfant, **l'intervenant aura parfois à considérer la possibilité que certaines visites puissent être tenues dans des lieux publics.**

### L'utilisation de la vitre sans tain

Au CJM-IU, certaines salles sont munies de vitre sans tain afin de permettre une observation à distance. Ainsi que nous l'avons déjà vu, la supervision de la visite nécessite un accompagnement de l'enfant et du parent, donc **l'utilisation de la vitre sans tain devrait être occasionnelle et pour des objectifs circonscrits.** Ces objectifs peuvent être : l'observation de l'interaction parent-enfant sans accompagnement pour l'évaluer ou en tester l'évolution, vérifier les capacités du parent, etc. Le parent et l'enfant doivent être avertis de la présence d'un observateur et de l'objectif poursuivi. Les observations doivent être partagées avec le parent et l'enfant s'il y a lieu.

### 6.3 Le choix du transport

Comme pour les autres éléments organisationnels, le transport de l'enfant nécessite un accompagnement de qualité et ce peut d'intervention pour une interaction l'enfant. Idéalement, le transport devrait être rassurant, particulièrement s'il s'agit de transport doit tenir compte entre autres appréhendé que la visite peut avoir sur lui, sécurité physique et psychologique ainsi que du moment de l'intervention selon que la situation est stabilisée ou non. Encore là, il s'agit d'un choix clinique à arrimer aux éléments de réalité.



être un moment privilégié significative entre l'intervenant et être assuré par une personne connue d'un très jeune enfant. Le choix du de l'âge de l'enfant, de l'impact des conditions qui assurent sa

### 6.4 Outils d'observation et de transmission d'informations

Afin d'assurer un suivi rigoureux des objectifs et des modalités des visites supervisées, il est important que les observations sur les réactions de l'enfant et du parent et sur leurs interactions soient notées après chaque visite. Le superviseur complète l'**outil d'observation après et non pendant la visite**, car sa principale tâche pendant la visite est d'accompagner l'enfant. La compilation et l'analyse des grilles d'observation permettront à l'intervenant psychosocial de juger de l'évolution des visites supervisées.

#### Pour l'intervenant CJ

Au CJM-IU, les intervenants utilisent une variété d'outils en fonction des objectifs poursuivis par la visite supervisée. Certains de ces outils font partie du processus clinique comme le « Guide d'évaluation des capacités parentales »<sup>8</sup>, alors que d'autres outils ont été créés par des équipes en fonction de besoins spécifiques. Il existe aussi des guides d'observation tels que « Du plus petit au plus grand! »<sup>9</sup>. Les intervenants peuvent donc choisir à l'intérieur des outils existants celui qui convient le mieux aux objectifs poursuivis par la visite supervisée. Cependant, il n'existe pas un outil plus « standardisé » qui pourrait convenir à un éventail de situations d'observation.

#### Pour l'organisme de supervision

Pour les organismes de supervision des droits d'accès (SDA), il est prévu à leur contrat de service que ces derniers utilisent des formulaires standardisés pour le rapport d'observations<sup>10</sup> et pour le rapport synthèse<sup>11</sup> des visites supervisées. Lors de la demande de service<sup>12</sup>, l'intervenant psychosocial précise les motifs de référence ainsi que les centrations d'observations. L'organisme a pour mandat de noter les éléments factuels sans jugement ou analyse des comportements. Il appartient à l'intervenant psychosocial de tirer des conclusions de ces observations et d'en faire part au réviseur et/ou au tribunal, le cas échéant.

<sup>8</sup> SP-203 Guide d'évaluation des capacités parentales - Adaptation du guide de Steinhauer.

<sup>9</sup> Suzanne Young. *Du plus petit au plus grand! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*. DSPR, CJM-IU. Septembre 2004.

<sup>10</sup> SP-052-2 Rapport d'observations - visite supervisée.

<sup>11</sup> SP-052-3 Rapport synthèse - visite supervisée.

<sup>12</sup> SP-052-1 Demande de service de visites supervisées à un organisme contractuel.



L'intervenant psychosocial est le premier responsable des décisions et de la coordination des visites supervisées.

Il lui appartient de mettre en place les conditions qui respectent le processus clinique et qui permettent d'accompagner l'enfant et le parent. Tout en posant certaines limites, nécessaires à la protection de l'enfant, il est sensible à la réalité du parent et il tente de le mobiliser afin qu'il devienne collaborateur dans la recherche des meilleures solutions pour son enfant.

L'intervenant psychosocial est le premier responsable des décisions et de la coordination des visites supervisées.

Il est le **coordonnateur** du processus : il s'assure que toutes les personnes impliquées sont concertées et comprennent bien leur rôle. L'intervenant psychosocial fait en sorte que les informations soient transmises, tant au milieu de vie de l'enfant qu'au superviseur et au parent.

Quoiqu'il puisse déléguer certaines tâches et qu'il travaille avec de nombreux partenaires, l'intervenant psychosocial est **la personne pivot** auprès de l'enfant et du parent pour l'ensemble des décisions concernant la visite supervisée. Il assure la préparation de la visite, ainsi qu'une part importante de la supervision et finalement, il fait le suivi, l'utilisation clinique et l'analyse de l'évolution de la visite supervisée.

### La préparation de la visite

La préparation de l'enfant avant le début des visites permet à l'intervenant de préciser avec lui quels sont ses attentes, ses désirs face à ses contacts avec son parent. Il **l'encourage à dire ce qu'il aime ou souhaite** que son parent change dans ses attitudes ou à poser les questions qui le préoccupent. De plus, l'intervenant explique à l'enfant ce que son parent doit travailler pour atteindre les objectifs du PI. Même s'il s'agit d'un très jeune enfant, l'intervenant peut lui expliquer la situation dans un langage adapté et il est aidé en cela par la personne qui en prend soin. Pour l'enfant, il y a aussi une préparation immédiate avant chaque rencontre qui est assurée par son milieu de vie : même pour un très jeune enfant, il est important que la personne qui en prend soin lui annonce la visite, qui va l'accompagner et quand il va revenir. Rappelons que les adolescents ont eux aussi besoin d'être accompagnés dans cette démarche afin, entre autres, d'exprimer leurs attentes, leurs inconforts, leurs questions.

L'intervenant tient aussi une rencontre préparatoire avec le parent. Il est sensible aux besoins et aux attentes du parent, pour **créer une relation de confiance** qui peut le rendre plus disponible aux apprentissages qui lui sont proposés. De plus, l'intervenant précise au parent ce qu'il doit travailler dans ses attitudes et comportements en fonction des objectifs du PI. L'intervenant va aussi identifier au parent les conditions spécifiques préalables à la tenue des visites et lui expliquer pourquoi ces conditions sont nécessaires. Ces conditions peuvent inclure par exemple : l'obligation de prévenir à l'avance de sa présence aux visites, de ne pas se présenter en état d'intoxication, de respecter les frontières physiques de l'enfant. Il faut aussi informer le parent que, pour une éventuelle modification des modalités, ce n'est pas sa seule attitude qui est prise en compte, mais aussi les réactions de son enfant.

En tout temps, **les personnes du milieu de vie** de l'enfant sont de **précieux partenaires**. Dans le respect des règles de confidentialité, l'intervenant les informe des éléments de vie de l'enfant et du parent leur permettant de comprendre les objectifs de la visite et de solliciter leur contribution comme accompagnateur de l'enfant et observateur de ses réactions avant et au retour de la visite. Il va de soi qu'ils seront sollicités et informés lors de modifications des modalités de visite.

## Après la visite : son utilisation clinique auprès de l'enfant, du milieu d'accueil et du parent

**Avec l'enfant**, dans les jours suivant la visite, l'intervenant psychosocial a la responsabilité de faire un suivi en rencontre individuelle, sur le contenu de la visite. L'intervenant accomplit un véritable **travail d'élaboration avec l'enfant** : il valide avec lui ses émotions, il l'aide à les mettre en mots et à exprimer ses attentes et ses désirs envers son parent, il l'accompagne dans son processus d'élaboration, il l'aide aussi à développer une auto-observation de ses comportements et à faire des liens entre le passé et le présent. Il s'agit là d'un travail clinique actif, nécessaire à l'évolution de l'enfant.

De plus, il fait périodiquement le bilan des visites avec l'enfant pour en suivre l'évolution et vérifier la concordance entre le vécu de l'enfant et celui du parent. Il peut faire aussi des rencontres avec le parent et l'enfant.

L'intervenant accompagne aussi le **milieu d'accueil** de l'enfant dans le « **décodage** » de ses comportements. Même si à son retour de visite, l'enfant est invité à s'exprimer sur la visite, il demeure libre de s'exprimer. Le milieu d'accueil doit accepter qu'il ne souhaite pas en parler ou qu'il puisse être perturbé, ce qui n'est pas nécessairement négatif. L'enfant peut avoir des attitudes paradoxales : avoir vécu un bon moment avec son parent, mais se montrer agité dans son milieu d'accueil parce qu'il vit un conflit de loyauté et ne veut pas déplaire aux personnes qui en prennent soin.

L'intervenant psychosocial parle **au parent** dans les jours suivant la visite pour faire avec lui un retour sur son vécu et sur les observations transmises par le superviseur. Il est important, à ce moment, de **corriger des perceptions et de souligner des bons coups** du parent. Lorsqu'il y a des manquements, l'intervenant ne fait pas seulement un rappel des ententes convenues, il invite le parent à interpréter ses comportements, par exemple en lui disant : « Comment comprenez-vous que vous êtes en retard? ». Il aide le parent à s'approprier sa démarche et à comprendre ses comportements et sa relation avec son enfant.

Régulièrement, l'intervenant fait le point avec le parent, sur le sens et les objectifs poursuivis, sur son évolution au niveau des attitudes et des comportements et pas seulement lorsqu'il y a des situations problématiques à corriger.

### Le rôle de l'intervenant psychosocial en résumé

- Il évalue le besoin de supervision et il établit les objectifs après en avoir discuté avec le réviseur.
- Il inscrit ses recommandations concernant la visite dans les mesures légales.
- Il coordonne le PI, y inscrit la visite et la révise en cours de suivi.
- Il consulte le chef de service, l'adjoint clinique ou le consultant avant de mettre en place la visite supervisée ou d'en modifier les modalités.
- Il planifie les modalités et les organise.
- Il organise le transport de l'enfant au lieu de la visite, il peut en assumer une partie.
- Il élabore avec le parent et avec l'enfant les objectifs spécifiques de la supervision.
- Il assure la préparation de la visite auprès de l'enfant et du parent.
- Il assure la supervision en tout ou en partie.
- Il informe les autres superviseurs, s'il y a lieu.
- Il participe au moins à la première rencontre dans un organisme et il précise les objectifs en présence du superviseur.

- Lorsqu'il supervise la visite, il accompagne l'enfant et le parent dans leur vécu, après la visite, il note ses observations.
- Il donne les informations nécessaires au milieu de vie de l'enfant (RTF, réadaptation) sur l'évolution et les modifications des modalités des visites supervisées, tout en respectant les règles de confidentialité.
- Il assure le suivi, dans les jours suivant la visite, auprès de l'enfant, du parent.
- Il consigne les rapports d'observation et en tient compte dans les recommandations.
- Il rédige les éléments significatifs des visites supervisées pour l'étude sociale afin d'éclairer le tribunal et le réviseur.
- Après consultation auprès du réviseur, il décide des modifications de modalités et de la fin des visites supervisées dans le respect de la mesure légale.



L'intervenant psychosocial ne peut assumer seul toutes les tâches reliées à l'orientation clinique des visites supervisées, à leur organisation, à leur tenue et à leur suivi. À différentes étapes du processus, le guide a décrit les attentes concernant ces différents aspects et permet de comprendre le rôle des acteurs impliqués. Cependant, voici comment peuvent être décrites brièvement les principales responsabilités des divers acteurs impliqués.

### 8.1 Le parent

- Il participe à l'élaboration des objectifs.
- Il se présente à toutes les rencontres prévues, dans un état acceptable.
- Il motive ses absences.
- Il respecte les règles de la supervision.
- Il travaille à atteindre les objectifs fixés.
- Il participe au suivi sur les visites.
- Il participe aux rencontres de PI.

### 8.2 Le chef de service, l'adjoint clinique, le consultant et le coach pour un nouvel intervenant

- Il soutient l'intervenant à faire l'analyse clinique de la situation, le conseille et l'aide à mieux préciser le sens pour poursuivre ou non les visites supervisées.
- Il soutient l'intervenant, fait du coaching et peut l'accompagner au cours d'une visite.
- Il soutient l'intervenant dans l'organisation technique.
- Il peut coanimer les visites médiatisées.

### 8.3 Le réviseur

- Lorsque requis, il révisé la situation de l'enfant et apprécie la nécessité de maintenir ou non la visite supervisée et il fait les recommandations nécessaires au tribunal.
- En concertation avec l'intervenant psychosocial, il décide de la mise en place et des objectifs de la visite supervisée, des modifications des modalités et de la fin des visites, lorsqu'elles ont un impact sur l'orientation du projet de vie.

### 8.4 L'avocat du contentieux

- Il conseille, par son savoir juridique, l'intervenant psychosocial dans les réflexions et les décisions concernant les contacts parent-enfant.
- Il conseille l'intervenant psychosocial dans la compréhension et l'interprétation de l'ordonnance.
- Il prépare l'intervenant psychosocial à témoigner afin de préciser le sens, la mise en place, la poursuite ou l'arrêt des visites supervisées.

## 8.5 L'éducateur en territoire

- Il peut faire l'évaluation de la relation et des compétences du parent.
- Il soutient le parent dans ses apprentissages.
- Lorsqu'il supervise la visite, il accompagne l'enfant et le parent dans leur vécu pendant la visite.
- Il fait part de ses observations à l'intervenant psychosocial.
- Il participe à l'élaboration et au suivi du PI.

## 8.6 L'éducateur à l'hébergement

- Il accompagne l'enfant dans son vécu face aux visites.
- Il le prépare avant la visite et le reçoit après.
- Lorsqu'au retour de la visite, l'enfant est en difficulté, il fait la liaison avec le superviseur ou avec l'organisme de supervision.
- Il fait part de ses observations à l'intervenant psychosocial.
- Il participe à l'élaboration et au suivi du PI.

## 8.7 La famille d'accueil

- Elle accompagne l'enfant dans son vécu face aux visites.
- Elle le prépare avant la visite et le reçoit après.
- Elle fait part de ses observations à l'intervenant psychosocial.
- Elle participe à l'élaboration du PIFA (incluant la visite) et à son suivi avec l'intervenant ressources.

## 8.8 Un tiers (ex. : membre de la famille élargie, ami) qui assure la supervision

- Il respecte et fait respecter les règles de la supervision.
- Il respecte les objectifs visés par la visite.
- Il soutient l'enfant avant, pendant et après la visite.
- Il informe l'intervenant psychosocial en faisant part de ses observations.
- Il peut assurer le transport.

## 8.9 L'organisme accrédité de supervision

- Les organismes accrédités dispensent des services de supervision des droits d'accès (SDA). « Ces services ont pour objectif le maintien de la relation, la prise ou la reprise de contact entre l'enfant et le parent avec lequel il ne vit pas, dans un milieu sécuritaire et neutre, lorsqu'il n'existe aucune autre solution dans le milieu de vie de l'enfant. »<sup>13</sup>
- Ces organismes peuvent aussi superviser des contacts qui ont été déterminés dans une ordonnance du Tribunal de la jeunesse ou dans l'entente prise sur une base volontaire par les parents, d'où l'utilisation de leurs services par le CJM-IU. Cependant, il appartient à l'intervenant de juger de la pertinence d'utiliser ces organismes selon la nature de la supervision attendue et des objectifs poursuivis par celle-ci.

<sup>13</sup> Ministère de la Famille et des Aînés. *Guide relatif à l'organisation des services de supervision des droits d'accès (SDA)*. Avril 2008, p. 8.

- La mission première des services de supervision des droits d'accès (SDA) est l'encadrement de ces contacts parent-enfant dans des conditions sécuritaires pour l'enfant et dans un milieu neutre qui se rapproche d'un milieu familial. Ces organismes doivent respecter des balises de fonctionnement, des normes et des règles incontournables afin d'être accrédités et de pouvoir signer des ententes de service avec les CSSS et le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU).
- Quand c'est possible, il fait un retour sur la visite avec le parent pour partager avec lui le contenu du rapport d'observation.
- L'organisme précise ses règles de fonctionnement au parent.
- Lors de la première visite, l'intervenant de l'organisme participe à la clarification des objectifs en présence du parent et de l'intervenant psychosocial.
- Il protège physiquement et psychologiquement l'enfant.
- Il recueille des observations afin de les transmettre à l'intervenant psychosocial.
- Lorsque, au moment de la visite, le parent fait une demande spéciale, par exemple : faire la rencontre ailleurs que dans les locaux de l'organisme, l'intervenant lui rappelle qu'il n'a pas autorité pour modifier les conditions de la visite. Si le parent maintient sa demande de façon insistante, il ne prend pas d'initiative, il réfère à l'intervenant psychosocial (ou l'intervenant de garde) ou aux urgences sociales.





## 9. INTERVENTION AUPRÈS DE CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES : POINTS DE REPÈRE

Dans le cadre d'un guide de soutien à la pratique, il est impossible de traiter de toutes les situations que peuvent rencontrer les intervenants. Cependant, certaines clientèles posent des défis particuliers, pour lesquels des points de repère pour l'intervention ont été développés afin d'outiller davantage l'intervenant dans l'analyse de ces situations<sup>14</sup>.

### 9.1 Clientèle présentant un trouble de santé mentale

Parmi la clientèle du CJM-IU, il arrive parfois que le parent présente à la fois des troubles psychosociaux lourds - qui ont amené le retrait du milieu de l'enfant - et des pathologies psychiatriques pour lesquelles il peut y avoir un suivi médical ou non.

Il est important d'avoir une bonne connaissance de la situation du parent concernant la manière dont les désordres psychiques se sont manifestés et ont entravé ses rapports avec l'enfant. Il faut également connaître la position du parent concernant ses difficultés psychiques; y a-t-il reconnaissance? Y a-t-il un suivi médical et respect du traitement? Qu'est-ce qui a été expliqué à l'enfant ou quelle est sa perception du problème psychique du parent?

Il faut se souvenir que Myriam David a élaboré un protocole de visite médiatisée justement pour les situations où le parent présente des troubles de la frange psychotique. **Les difficultés psychiques du parent l'ont empêchée de percevoir les besoins de l'enfant et il a été souvent englobé dans des distorsions, des liens et des messages paradoxaux.** Soit l'enfant a été coincé dans les projections du mauvais objet ou il a été perçu comme enfant médicament, indispensable au soin du parent ou l'enfant a été oblitéré dans ses besoins fondamentaux, en carence des investissements nécessaires à la construction de son identité.

Suite au retrait du milieu de l'enfant, il faut se questionner avec beaucoup de rigueur si l'on doit proposer des visites avec le parent et quels en seraient les objectifs cliniques du point de vue de la croissance de l'enfant ou de l'adolescent.

Lorsque des visites sont proposées, il est important de vérifier avant la rencontre l'état mental du parent. Si le parent est manifestement dans un état d'esprit peu compatible avec une rencontre avec son enfant car trop délirant, halluciné ou très retiré et déprimé, il y a lieu de reporter la visite.

Les manifestations de désordre psychique ne sont pas toujours aussi claires, car c'est souvent dans les attitudes ou propos que la pathologie du parent s'infiltré et parasite la psyché de l'enfant. Parent méfiant et projectif qui fait enquête, qui scrute le corps de l'enfant à la recherche d'indices de négligence ou d'abus. Parent qui se présente avec plein de cadeaux, nourriture ou place l'enfant dans un état de surstimulation : beaucoup de jeux excitants, de paroles séductrices et faussement engageantes en décalage avec la situation de retrait du milieu de l'enfant. Parent qui tient des propos inappropriés, qui cherche à ramener l'enfant dans ses propres difficultés de vie sans égard à la frayeur qu'il provoque chez l'enfant. Ce peut être le parent qui se décrit comme inconsolable depuis le départ de l'enfant, rendant celui-ci responsable de son état affectif et de son devenir, inversant ainsi les rôles et responsabilités et occultant bien entendu les motifs de compromission.

<sup>14</sup> Nous tenons à remercier madame Thérèse Nadeau pour sa précieuse collaboration à la rédaction des points 9.1, 9.2 et 9.3.

L'intervenant présent dans la même salle que la dyade reste **vigilant et actif**, il intervient pour faire cesser des propos inappropriés qui risquent de rendre l'enfant confus. Le parent doit être recentré sur le sens de la visite : un travail ultérieur avec le parent sur son attitude et ses impacts sur l'enfant est indispensable. Tout manquement répété pourrait nous obliger à réviser les modalités de visites et le cas échéant, en référer au tribunal.

Avec un parent plus atteint dans son contact avec la réalité, il peut être nécessaire qu'il soit personnellement accompagné d'un intervenant médical ou social ou d'une personne qui a un effet contenant et apaisant pour tempérer ses mouvements émotifs durant la visite.

La présence d'un intervenant qui est bien au fait de la situation des parents est indispensable pour soutenir l'enfant pris devant autant d'excès. C'est un travail clinique du petit détail où l'on reprend avec le jeune ce qu'il a pu saisir et ressentir devant l'ambiguïté des propos et gestes (promesses illusoires, séduction, menaces à peine voilées, enquêtes, intimidation, emprise) et qui l'aide à resituer cela dans la réalité.

## 9.2 Clientèle présentant un haut niveau d'agressivité

Le travail avec les parents qui présentent les traits de la lignée des troubles de personnalité limite est particulièrement spécifique si l'on veut atteindre certains objectifs cliniques. Les traits d'impulsivité, d'agressivité, de menaces suicidaires, de manque de régulation des émotions, d'attaques régulières du cadre de travail en font une clientèle à défi bien particulier. L'ensemble des études sur ce sujet cible la **nécessité d'un contrat clair sur le cadre de travail** : pour le CJM-IU, il pourrait être utile de s'inspirer du modèle contractuel utilisé dans certains milieux psychiatriques.

Ce sont des parents qui ont des difficultés relationnelles dans plusieurs secteurs de leur vie et en particulier dans l'exercice de leurs fonctions parentales. L'enfant a été souvent témoin des violences conjugales, des multiples changements de partenaires ou des départs et retours inopinés d'un même partenaire. Les difficultés relationnelles accompagnées de décharges émotives violentes, de comportements impulsifs majorés en contexte de prise de toxiques rendent bien aléatoire pour l'enfant la réponse à ses besoins fondamentaux.

Les parents, malgré des indicateurs de compromission avérée, réagissent très mal au retrait du milieu de l'enfant : la blessure narcissique ou la honte ressentie mobilise leur réaction défensive. On a des réponses de type projection, déni, rationalisation. Ils imputent l'échec de leur fonction parentale à des causes extérieures à eux : la société, l'école, l'autre conjoint, l'enfant lui-même...

L'intervenant social sera tôt ou tard la cible des attaques : recherche des erreurs, téléphones haineux, refus d'obtempérer au suivi social, mensonges, souvent plaintes répétées avec demandes de changement d'intervenant. En fait, ils réagissent très mal au cadre de travail proposé et libellé dans l'ordonnance légale qu'ils vivent comme un contrôle qui les persécute. Les modalités de visite avec l'enfant risquent d'être interprétées à travers la même grille d'analyse.

Il faut être très clair avec ces parents sur les comportements perturbateurs ou violents, répertoriés dans l'anamnèse, qui ne seront pas tolérés dans le cadre du travail social conjoint et bien évidemment dans tout ce qui entoure les visites à l'enfant. Il est nécessaire que les parents se commettent minimalement dans des ententes sur les comportements attendus : comme un contrat moral sur lequel on revient, en cas de bris du cadre. Pour ces parents, les objectifs inclus au plan d'intervention ciblent particulièrement leurs propos et attitudes. On veut leur montrer ainsi qu'on les croit capables d'être responsables et capables de s'engager à se contenir particulièrement devant l'enfant. Bien entendu sont incluses aussi les conséquences liées au bris du contrat. Le contrat a une fonction tierce qui lie l'intervenant et le parent et peut sécuriser l'un et l'autre.

Lors des visites, toujours supervisées, il faut rappeler souvent les objectifs cliniques attendus puisque la visite est indissociable de l'ensemble du plan de traitement.

Si le parent se présente à la visite dans un état d'esprit querelleur et ne peut se contenir, la rencontre est reportée. On explique la situation à l'enfant. Celui-ci n'a pas à être de nouveau témoin des décharges explosives de son parent, ni à servir de contenant ou de fonction apaisante pour le parent.

Il faut rester vigilant aux répercussions chez l'enfant des frayeurs réveillées par l'attitude agressive du parent : fébrilité, anxiété, malaises somatiques, agressivité dirigée vers la famille d'accueil ou mécanismes de fuite comme le sommeil ou des rires inappropriés.

Dans le cas d'attitudes agressives, le parent doit toujours être rencontré dans les jours suivants par l'intervenant accompagné d'un collègue ou d'un supérieur et même d'un agent de sécurité : de nouveau sont remises au travail les ententes sur lesquelles le parent s'était engagé.

Si la situation perdure malgré des rappels fréquents, le parent est avisé qu'il faut retourner au tribunal pour faire état du constat d'échec. En situation de menace verbale répétée et grave, il faut être conséquent et aviser le service de police.

### **9.3 Clientèle présentant une déficience intellectuelle**

La déficience intellectuelle est parfois un facteur contributif supplémentaire et permanent associée aux difficultés personnelles du parent qui mettent en échec l'exercice du rôle parental. Le parent a souvent eu les services du milieu communautaire et des milieux sociaux; il a pu acquérir certaines compétences spécifiques utilisables dans une période donnée. L'enfant a pu être maintenu dans sa famille parce que l'intervention était presque quotidienne. Le cumul des différents déficits du parent (relationnel, social, cognitif) empêche cependant la généralisation des acquis et leur adaptation aux changements réguliers de l'enfant toujours en progression. Le parent rencontre tôt ou tard son point d'achoppement surtout lorsque l'enfant explore davantage : le parent ne peut prévoir les dangers ou les nouveaux besoins. Ou il y a des changements dans la vie personnelle du parent qui le mobilisent trop et limitent sa capacité à rester vigilant à l'enfant.

Les visites proposées au parent suite au retrait du milieu de l'enfant sont accueillies positivement; le parent rencontre son enfant et il est de nouveau entouré par l'équipe sociale. Le parent va se présenter assidument à la visite : après un premier temps de rapprochement physique plus ou moins prolongé avec paroles et gestes tendres répétés selon les besoins du parent, on observe au bout de quelques minutes un certain vide. Le même scénario se répète d'une rencontre à l'autre, l'enfant va tenter de sortir de cet enfermement répétitif en proposant une activité au parent, en le stimulant ou en s'occupant seul à distance. Le parent a également de la difficulté à percevoir l'enfant dans sa réalité sauf pour reconnaître les changements physiques et/ou vestimentaires. Parfois le parent a besoin de se faire rassurer que l'enfant ne l'oublie pas.

L'intervenant doit **suppléer à la passivité du parent** et à son incapacité à prévoir des activités en vue d'une rencontre plus vivante. La dyade ne peut soutenir longtemps par elle-même cette présence directe. Si l'intervenant présent ne stimule pas la dyade, la rencontre traîne en longueur, chacun fait son temps. L'intervenant peut proposer un échange d'informations mutuelles sur leur quotidien permettant ainsi à l'enfant de parler de sa réalité et de questionner son parent. Il peut suggérer si nécessaire un jeu adapté à l'âge de l'enfant. Il ne s'agit pas de faire à la place du parent ni d'animer directement la rencontre.

Si le même vide apparaît toujours après la même séquence, on en fait part au parent : peut-être celui-ci sera-t-il soulagé et acceptera de réduire le temps de la visite.

Parfois, lorsque l'enfant s'est bien intégré dans son milieu familial substitut, il peut devenir réticent aux visites et même s'y opposer carrément. Le sujet doit être abordé simplement avec lui : il faut l'aider à verbaliser son malaise.

Le sujet doit être repris avec le parent en suivi social. Si l'ordonnance le permet, il arrive que le parent accepte un espacement ou un arrêt momentané des visites dans la mesure où il reçoit nouvelles et photos.

Après analyse de l'ensemble des facteurs, si le parent maintient sa demande de visite, que l'enfant s'y oppose et que l'ordonnance en balise les modalités, il faut retourner au tribunal. On ne peut forcer un enfant à des visites qui n'ont pas de sens pour lui, il en est de même pour toutes les situations où l'enfant refuse les visites de son parent.

## 9.4 Clientèle en contexte interculturel avec la présence d'un interprète

« ...chaque individu porte en soi une communauté dont les repères sont ici et ailleurs. »<sup>15</sup>



L'intervention en contexte interculturel est un vaste thème en soi, aussi nous ne présenterons que quelques repères utiles pour la visite supervisée. Nous invitons les intervenants à consulter l'équipe de la Clinique transculturelle du CJM-IU lorsqu'ils rencontrent des difficultés importantes de collaboration avec la famille. Ces difficultés peuvent provenir d'incompréhension de la famille envers ce mode d'intervention qu'est la visite supervisée ou de chocs culturels qui créent des résistances de part et d'autre.

Pour la visite supervisée, les règles d'or à respecter sont :

- Le respect des personnes et de leurs repères culturels de départ.
- La création d'une alliance de travail avec la famille.
- La compréhension par la famille du sens des visites et des objectifs poursuivis.
- L'interprétation et l'analyse des observations recueillies en lien avec les références culturelles d'ici et du pays d'origine.

Avant de mettre en place les visites supervisées, l'intervenant doit être attentif au niveau de compréhension du langage, du parent, lorsque le français n'est pas sa langue maternelle. L'intervenant doit s'assurer à la fois de bien comprendre le client et aussi que le client puisse le comprendre.

Au CJM-IU, il est convenu que lorsqu'un client ne connaît pas suffisamment le français, l'intervenant demande un interprète de l'Agence de la santé et des services sociaux, et ce, selon les modalités prévues à cet effet. L'interprète est un professionnel qualifié qui transmet toutes les données de la communication entre l'intervenant et le client dans la plus grande confidentialité<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Les propos présentés dans ce texte sont tirés d'échanges avec madame Michèle Chiasson, responsable de la Clinique transculturelle et avec madame Isa Iasenza, conseillère-cadre à la DGA.

<sup>16</sup> Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Banque interrégionale d'interprètes 2009-2010. [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca).

De plus, la présence d'un interprète peut être précieuse pour atteindre les objectifs visés et faire de la visite supervisée un moment de travail clinique et non une obligation à laquelle les parents se soumettent. L'interprète est un apport pour l'intervenant et pour la famille afin de faciliter la communication et mieux comprendre les codes culturels à travers l'intervention. L'interprète s'adresse aussi aux défis de la communication interculturelle, comme par exemple, les éléments non verbaux.

C'est pourquoi le choix de l'interprète est important pour s'assurer que celui-ci est légitime et crédible aux yeux des parents. En effet, il ne suffit pas que l'interprète parle la même langue que les parents, il faut aussi considérer d'autres aspects tels que le fait qu'il soit un homme ou une femme ou l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux. Ces éléments devraient être nommés lors de la demande d'interprète.

## 9.5 Critères d'interdiction, de maintien ou de rétablissement des contacts entre l'enfant et un parent abuseur sexuel

Les critères énoncés sont tirés de deux documents concernant cette problématique. Il s'agit du « Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants »<sup>17</sup> et du « Guide de soutien à la pratique en abus sexuels et comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0 à 11 ans »<sup>18</sup>. Le lecteur est invité à se référer à ces documents et à consulter les personnes ressources spécialisées avant de prendre des décisions dans ce contexte.

Le maintien, l'interdiction et le rétablissement des contacts abuseur-enfant après un dévoilement doivent tenir compte des critères suivants :

- La notion de temps.
- L'âge, la vulnérabilité de l'enfant et sa capacité d'autoprotection.
- Le respect des droits, des désirs et des besoins de l'enfant.
- Le niveau de reconnaissance du problème, la mobilisation et les capacités du parent non-abuseur à protéger son enfant.
- Les réactions des autres membres de la fratrie.
- La nature des difficultés de l'abuseur, son niveau de reconnaissance du problème et de sa responsabilité ainsi que de sa motivation à entreprendre une démarche thérapeutique.

La notion de temps réfère à la durée entre le dernier abus et le dévoilement ainsi que les réactions subséquentes de l'abuseur, du parent non-abuseur et de la victime. Concernant l'âge et la vulnérabilité de la victime, chaque situation doit être traitée individuellement.

Concernant le respect des droits et désirs de l'enfant, le guide rappelle que : « L'intervenant doit **rester centré sur les besoins de l'enfant et les conditions nécessaires à mettre en place pour répondre à ses besoins**. L'enfant peut exprimer le besoin d'avoir des contacts avec l'abuseur. Il est important d'éviter le clivage et de ne pas occulter les désirs de l'enfant. Des interventions sont évidemment nécessaires pour permettre des contacts ou une réunification. »<sup>19</sup>

<sup>17</sup> ACJQ. *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants*. Mars 2000, p. 147 à 150.

<sup>18</sup> Suzanne Young et Lise Durocher. *Guide de soutien à la pratique en abus sexuels et en comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0 à 11 ans*. [Sous presse]. CJM-IU. 2010.

<sup>19</sup> Ibid, p. 43.

Concernant l'abuseur, la nature de ses difficultés, son niveau de reconnaissance du problème, sa motivation et son implication dans un traitement et sa capacité à rétablir une relation saine avec l'enfant sont tous des facteurs cruciaux à considérer.

La décision de reprise de contacts entre l'enfant et l'abuseur doit tenir compte de tous ces facteurs, de leur interaction et des spécificités de chacune des personnes concernées dans un objectif de protection et de développement de l'enfant.

## CONCLUSION

L'élaboration de ce guide de soutien à la pratique a été un travail passionnant dans lequel le groupe de développement a été très engagé ainsi qu'un grand nombre d'intervenants du CJM-IU. L'intérêt et les attentes ont été maintes fois réitérés. À plusieurs reprises au cours du processus, nous avons dû nous recentrer sur l'objectif principal pour créer un guide de soutien à la pratique destiné à poser les bases d'une utilisation clinique des visites supervisées. Le sens que revêt la visite supervisée pour l'enfant et le parent ainsi que les objectifs poursuivis par celle-ci ont orienté tout le contenu du guide. Toutes les autres dimensions organisationnelles et cliniques ont été traitées en fonction de cette vision.

Nous ne prétendons pas avoir épuisé ce vaste thème, nous espérons que **le guide serve d'assise pour la réflexion individuelle et collective des intervenants** du CJM-IU. Déjà les échanges dans les focus group entre intervenants de différents services ont permis d'amorcer la discussion et de partager des points de vue diversifiés. Car la lecture seule du guide ne suffira pas à améliorer les pratiques.

Il est souhaité qu'un processus d'appropriation soit mis en place à tous les niveaux de l'organisation, mais aussi auprès de nos partenaires des organismes de *supervision des droits d'accès* (SDA). Après une première phase de diffusion du guide, la réflexion pourra se poursuivre en supervision individuelle, en groupe, en coaching, en formation continue et/ou intégrée à la formation donnée aux nouveaux intervenants.





## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-  ACJQ. *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants*. Association des centres jeunesse du Québec. 2000.
-  Berger, Maurice. *Les visites médiatisées*. Le journal des psychologues, n° 172. Novembre 1999.
-  Boisclair, Sonia et Michelle Dionne. *Libellé des recommandations à la Chambre de la jeunesse*. Direction de la protection de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2007.
-  Caron, Michèle. *Formation sur les visites supervisées offerte aux organismes d'accueil*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2006.
-  Centre jeunesse de l'Estrie. *Politique concernant les visites supervisées au Centre jeunesse de l'Estrie*. 2001.
-  Chartrand, Ronald. *Rapport relatif au fonctionnement du service de transport bénévole, transport sécuritaire et Escal*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2008.
-  David, Myriam. *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris, Dunod. 2004.
-  Émond, Sophie. *L'espoir d'une nouvelle vie*. Le journal du partenariat de recherche Jeunes et Familles en transition, vol. 2, n° 2. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire. Mai 2003.
-  Hurni, Maurice et Giovanna Stoll. *Ruptures et séparations familiales, chapitre Deuil, emprise et perversion*, dans Groupal 5. 1999.
-  Laframboise, Josette avec un groupe de travail dirigé par Gaétan Tardif. *Les visites supervisées*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2000.
-  Ministère de la Famille et des Aînés. *Guide relatif à l'organisation des services de supervision des droits d'accès (SDA)*. 2008.
-  Noël, Louise. *Récits d'adoption : cinq aventures familiales*. Montréal, Béliveau éditeur publié en collaboration avec le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2008.
-  Rainville, Suzanne. *Encadrer les contacts parents-enfant*, dans Francine Paquette. *À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*. 2004.
-  Young, Suzanne et Lise Durocher. *Guide de soutien à la pratique en abus sexuels et en comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 0 à 11 ans*. [Sous presse]. Direction des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2010.
-  Young, Suzanne. *Du plus petit au plus grand! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*. Direction des services professionnels et de la recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. 2004.