

Réflexion d'une travailleuse sociale sur les contextes de vie des enfants, leurs enjeux développementaux, leurs besoins et leurs droits

Ma réflexion se veut une contribution dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

Je me présente : Jeanne d'Arc Roy, travailleuse sociale depuis plus de trente ans, et ayant principalement travaillé dans le domaine de la petite enfance. Au fil des ans, je me suis spécialisée en attachement, en développement de l'enfant et en neurosciences affectives et sociales, Pour mieux connaître mon parcours, je joins mon curriculum vitae et la liste des formations auxquelles j'ai participé.

Les points que je vais aborder :

1. Portrait des enfants au Québec : quelques données, questions et suggestions
2. Continuum de la violence dite « éducative » à la maltraitance
3. Questionnement à propos de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et opinion
4. Nécessité d'une spécialisation en protection de l'enfance.
5. Nécessité d'une spécialisation de la première ligne en petite enfance
6. Études et proposition
7. Campagne de sensibilisation sur le vécu des enfants, leurs besoins et leurs droits

1. Portrait des enfants au Québec : quelques données, questions et suggestions

Portrait des enfants qui vivent dans la pauvreté

Selon l'Observatoire des tout-petits, dans le rapport de 2017 intitulé *Comment se portent les tout-petits québécois?* les enfants âgés entre 0 et 5 ans vivant dans une famille à faible revenu au Québec représentent en 2015, 12,3%¹. Selon mes calculs, cela représente approximativement 10 500 tout-petits. Il est à noter qu'en 2016, le Québec comptait 534 939 enfants dans ce groupe d'âge. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

Dans un autre rapport de l'Observatoire des tout-petits de 2017, *Violence et maltraitance. Les tout-petits québécois sont-ils à l'abri?* à la page 31 : « Parmi les enfants évalués par les services de protection de la jeunesse dont la situation a été documentée dans le cadre de L'ÉIQ-2014², 65% vivaient avec un ou des parents n'ayant pas de revenu d'emploi au moment du signalement. De plus, pour 15% de ces enfants, l'intervenant des services de

¹ Observatoire des tout-petits (2017) *Comment se portent les tout-petits québécois? Portrait 2017*. Montréal, Québec. Fondation Lucie et André Chagnon, page 11.

² Hélie S. et al. *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)* Rapport final remis au Ministère de la Santé et des services sociaux le 30 avril 2017.

protection de la jeunesse notait que le ménage manquait régulièrement d'argent pour satisfaire les besoins fondamentaux »³.

Dans le programme *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* à la page 13, il est mentionné : « La proportion d'enfants ayant un attachement insécurisant-désorganisé est d'environ 15% dans la population générale, 25 % dans les familles économiquement défavorisées... »⁴

Questions : Comment la pauvreté touche les petits enfants? Et comment elle touche les parents dans leurs attitudes envers leur enfant? Selon le programme *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* à la page 11 : « (...) environ 60% des enfants développent un attachement sécurisant dans la population générale de classe moyenne. Ce pourcentage tombe à 48% pour les enfants économiquement défavorisés (...) »⁵

Je constate l'écart en lien avec le milieu de vie mais nous devons quand même considérer le pourcentage de 48% de parents qui réussissent à offrir une sécurité relationnelle malgré l'adversité. De plus, j'attire votre attention que dans la population générale, il y a **15% des enfants** qui ont un profil d'attachement insécurisant-désorganisé-désorienté. Ce type de profil vient de la peur chronique vécue par ces enfants dans leur interaction avec leurs parents.

Suggestion : Cette étude a été réalisée en 1999. Vue l'importance de l'attachement dans le développement de l'enfant et son impact sur l'apprentissage et la socialisation, **je suggère une autre étude.**

Portrait des enfants qui vivent de la violence dans leur famille

Le rapport d'enquête de 2018 de l'Institut de la statistique du Québec, Santé et Bien-Être, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, révèle que 48% des enfants ont été victimes d'agression psychologique, 26% de violence physique dite « mineure », 3.4% de violence physique dite sévère, 7% des enfants ont été exposés à la violence conjugale envers leur mère et 4.3% envers leur père et 11% ont été exposés à la violence durant la période périnatale. « Globalement, sans tenir compte des formes de négligence, la proportion d'enfants vivant avec des adultes ayant des conduites qui seraient à

³ Observatoire des tout-petits (2017). *Violence et maltraitance. Les tout-petits québécois sont-ils à l'abri?* Montréal. Québec. Observatoire des tout-petits.

⁴ Desjardins N., Dumont J., Laverdure J., Poissant J. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an.* Gouvernement du Québec.

⁵ Op cit.

surveiller varie entre 4.9% et 16% selon les groupes d'âge. Toujours selon les groupes d'âge, on estime qu'entre 0.7% et 1.5% auraient été négligés... »⁶

C'est beaucoup d'enfants.

Arrêtons-nous un moment pour nous mettre dans la peau d'un petit enfant qui se fait crier, hurler dessus par son parent, qui est grand, avec une grande bouche et de gros yeux. Le petit enfant a peur, très peur et il a mal. Un enfant d'environ 5 ans, dit : « **Mon père me frappe avec sa langue** ».

Arrêtons-nous pour nous glisser dans la peau d'un petit enfant qui est pincé, brassé, tapé par son parent qui est grand, avec de grandes mains, de grands bras une grosse tête et de gros yeux. Le petit enfant a peur, très peur et il a mal.

Arrêtons-nous pour nous mettre dans le corps d'un tout petit enfant qui entend, voit, sent la terreur de sa mère frappée par son père, qui est gigantesque, terrible, terrifiant. Le petit enfant a peur, très peur, et il a mal.

Arrêtons-nous pour nous imaginer un tout-petit dans le ventre de sa mère qui ressent le désarroi de sa mère brutalisée. Lui aussi est frappé, humilié, secoué. Le tout-petit dans le ventre de sa mère, a peur, très peur et il a mal.

Arrêtons-nous encore un peu pour nous mettre dans la peau d'un nourrisson qui est oublié : il a faim et il est seul, il a froid et il est seul, il est laissé à une personne étrangère et il est seul, il a besoin d'être pris et il est seul, il a besoin d'être consolé et il est seul. Le petit enfant victime de négligence se sent oublié, ignoré, laissé dans le vide. Le tout-petit a peur, très peur et il a mal.

Question : Qu'allons-nous faire, nous les grands? D'abord voir cette réalité, ne pas la minimiser, en parler. Aussi la nommer du point de vue de l'enfant, de sa perception, de son vécu corporel, sensoriel et affectif. Se rappeler qu'un petit humain vient au monde avec la « conviction » innée que ses parents sont là pour le protéger, lui apporter secours, le reconforter, l'apaiser. Quand le petit humain est confronté à des parents qui le blessent physiquement ou psychologiquement, il est en détresse. Il s'attendait à une réponse chaleureuse et attentive. C'est tout un choc. Le petit enfant est dérouteré : son programme attachement « lui avait dit » que ses parents étaient là pour lui donner « des racines et des ailes ».

Suggestion : Dans l'esprit de mieux connaître la réalité de la violence familiale dans la vie des enfants au Québec, l'Institut de la statistique du Québec ou tout autre organisme pourrait faire une enquête auprès des professionnelles de la petite enfance, dans le but de faire un éventail des méthodes de correction ou « d'éducation » utilisées auprès des enfants.

⁶ Clément M.-E. et al. (2019) *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 Les attitudes parentales et les pratiques familiales Résultats de la 4^e édition de l'enquête*. Québec, Institut de la statistique du Québec, page 14

À titre d'exemple, dans mon travail en pratique privée, auprès des parents de petits enfants, je suis confrontée à des attitudes parentales qui engendrent de la peur, qui bouleversent l'enfant, le paralysent, le rendent honteux : mettre un crochet à la porte ou encore un couvre-poignée à l'intérieur pour enfermer l'enfant dans sa chambre, le mettre sur le balcon quand il fait noir, le confiner dans sa chambre au moment des repas, le forcer à manger sous menaces, le menacer de le laisser au centre d'achat ou au parc, le traiter de tous les noms (méchant, pot de colle, petit morveux), rire parce qu'il a peur, l'accuser d'être responsable de la situation en disant « tu nous rends fous », « tu vas tuer ta mère », le menacer de fermer la porte et la veilleuse s'il ne dort pas, le laisser pleurer 5-10-15-30-60-90 minutes pour qu'il apprenne à dormir, jeter ou cacher un objet aimé de l'enfant.

Faire la liste de ces méthodes, la façon dont les parents les utilisent et le pourquoi, va présenter un portrait plus complet de ce que les enfants vivent comme violence. Cette enquête viendra compléter l'enquête faite auprès des parents.

Autre suggestion : Pour un portrait intégral, une enquête auprès des enfants sera de mise, voire indispensable. Si l'enfant se sent en confiance, ses paroles sont révélatrices : **« Quand quelqu'un nous aime, la manière de dire notre nom est différente. On sait que notre nom est en sécurité dans leur bouche ».** [REDACTED]⁷. Une autre façon d'aller chercher ce que l'enfant vit, est d'utiliser une activité ludique appelée *Complément d'histoires d'attachement*. À ce sujet, voir les travaux de Blaise Pierrehumbert, psychologue en Suisse.

Portrait des enfants qui présentent des retards de développement

« Selon l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* réalisée par l'*Institut de la statistique du Québec* en 2017 : 27% des enfants qui fréquentaient la maternelle présentaient une vulnérabilité dans au moins un des cinq domaines du développement. Ce chiffre grimpe à 33% dans les milieux les plus défavorisés. » Ces données ont été relevées à la page 14 du *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*⁸.

Questions : Comment un questionnaire peut rendre compte de ce que l'enfant a vécu dans sa famille? Où sont les effets de l'insécurité de l'attachement, de la violence et de la négligence sur le développement (qui sont pourtant bien documentés dans différents rapports ministériels) ? Est-ce que les questionnaires et les modalités d'application sont respectueux de l'enfant? Quel adulte accepterait d'être évalué ainsi?

⁷ Tiré d'un document non publié

⁸ Dagenais F. et J.-P. Hotte (2019) *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*. Montréal, Québec.

Suggestion : Faire une étude sur les retards développementaux en traçant l'histoire des enfants : documenter le processus d'attachement, voir comment ils ont vécu les différents enjeux développementaux et les formes de violence/négligence subies. Faire son histoire développementale dans le respect et dans l'intention que parents et autres adultes portent un regard **sur qui il est et comment il se débrouille pour grandir**. Je tiens à rappeler les risques d'évaluer à partir uniquement d'un questionnaire : l'enfant est enfermé dans une étiquette (ça fait mal, car il est réduit) et les interventions élaborées ne correspondent pas au vécu de l'enfant et à ses besoins.

Portrait des enfants qui fréquentent un milieu de garde

Dans le cadre de ma pratique privée auprès de parents de jeunes enfants, plusieurs ont soulevé des préoccupations en lien avec le service de garde : la sieste obligatoire, le « 5 minutes pas plus » pour se séparer de leur enfant, la règle de laisser l'enfant à la porte, les effets du bruit et du manque d'espace vu le nombre d'enfants, les impacts du changement d'éducatrice, au fil du temps et à l'intérieur d'une journée. Certains parents ont vécu désarroi et colère face à des propos en lien avec leur enfant : « C'est un enfant à bras, avec moi ça ne marche pas », « Votre enfant vous monte sur la tête », « Votre enfant est violent, vous devriez consulter » ou « Votre enfant est agité, vous devriez aller voir votre médecin ». Finalement, j'ai reçu des témoignages de mères désespérées de devoir mettre leur enfant à la garderie pour garder la place même si elles étaient en « congé » de maternité ou encore l'obligation d'un temps plein, encore là, pour garder la place.

Questions (pas très populaires) : Est-ce que les petits enfants qui sont dans la période sensible de l'attachement, ont besoin de services de garde? Quels sont les impacts pour le petit enfant de vivre en collectivité? Est-ce que les services doivent être éducatifs ou plutôt, des milieux de vie centrés sur la relation et le jeu libre? Est-ce que les enfants sont victimes de violence, et lesquelles? Est-ce que les enfants du Québec ont accès à des services de qualité, voire de haute qualité car cela semble être associé à un bon développement chez l'enfant? Et qu'est-ce que cela signifie bonne ou haute qualité, selon quels critères?

Suggestion : Faire une étude terrain c'est-à-dire aller passer des journées entières (un peu comme les éthologues) pour observer comment les enfants vivent dans ce milieu, en tenant compte de l'âge, du nombre d'enfants par éducatrice, du milieu physique, des attitudes face à la détresse des enfants, des émotions exprimées, de la discipline utilisée, des périodes de transition (arrivée, départ).

Élargir l'étude au milieu familial de l'enfant et documenter comment l'enfant vit le matin avec ses parents (réveil alors qu'il a sommeil, le déjeuner et l'habillage à son rythme ou pas, le temps passé avec son parent avant le départ) et comment l'enfant vit la soirée (repas, bain, temps passé avec ses parents, et le coucher). Cette étude pourrait nous

permettre de mieux comprendre le vécu des enfants, d'identifier les besoins, les éléments de stress et de documenter ce qui les sécurise ou les insécurise.

Portrait des enfants qui vivent l'isolement durant la pandémie?

Évidemment, il est trop tôt pour tracer un tel portrait, mais certains témoignages de parents peuvent nous donner des indications sur le « comment ça se passe ». Il y a des parents qui se disent satisfaits parce que ce temps de confinement leur permet une vie de famille plus tranquille et apporte des possibilités de mieux connaître leur enfant. Ces parents se rendent compte comment ce temps est précieux pour leur relation et comment cela manque « en temps normal ». Un père raconte que son enfant de 4 ans vit cette période comme s'il était en congé. Il se sent bien à la maison avec ses 2 parents et « aime ben ça ». Une mère s'exprime ainsi : Le temps passé à la maison avec mes enfants fait que je suis en première ligne de leur évolution. Et après le déconfinement, c'est certain, je vais adapter la vie quotidienne autour de la famille.

Il y a des parents qui vivent cette situation de façon dramatique, soit en lien avec leur situation économique avant la crise, soit par le manque de soutien, soit par l'espace exigu de leur logement, soit par l'obligation de travailler à la maison en présence des enfants, soit par leur travail essentiel (exercé majoritairement par des femmes qui sont pour la plupart des mères), soit par la dynamique familiale avant la crise : violence conjugale, problème de santé mentale et autres. Plusieurs témoignages de parents rendent compte de cette réalité.

Les enfants vivent la pandémie, en quelque sorte à travers le regard et les attitudes de leurs parents. Les enfants qui vivent une relation sécurisante vont vivre cette crise en étant protégés. Pour les autres enfants, le niveau de protection va fluctuer ainsi que le niveau de danger.

Nous pouvons déjà affirmer que les enfants négligés et maltraités avant la crise sanitaire le sont toujours et peut-être davantage, vu le stress général et le filet social encore plus affaibli. Pour les enfants vivant avec des parents qui crient, insultent, menacent, le confinement apporte probablement une fréquence plus grande de ces comportements.

En ce qui concerne les enfants exposés à la violence conjugale, je rapporte les propos de Charlotte Huard dans *Le Devoir* du 11 avril 2020. Elle écrit, dans son article intitulé *Un violent silence*, : « La COVID-19 nous porte à croire que tout est en arrêt, en suspens. Pourtant, la violence conjugale continue de sévir et de détruire, sinon plus qu'avant cette crise. Les femmes victimes ne sont pas seulement confinées à cause des mesures gouvernementales, elles sont emprisonnées, voire séquestrées par leurs agresseurs. Pour elles, le réel danger se trouve dans leur maison, il ne dort jamais et se laver les

mains n'y changera rien. »⁹ Ces femmes adultes vivent la terreur et que dire des enfants, petits et sans défense?

Pour les enfants maltraités, négligés, agressés psychologiquement et victimes de violence conjugale, leur quotidien ressemble à : « Fais attention parce que ça va mal aller ».

Questions : Comment les enfants vivent cette crise dans une relation sécurisante avec leurs parents? Dans une relation insécurisante? Dans une relation désorganisée-désorientée avec leurs parents? Que disent-ils? Que font-ils avec leurs parents ou seul? Quels sont leurs dessins? Quels sont leurs jeux? Que racontent-ils à propos de leurs parents, leur fratrie? Quand ils pleurent ou encore quand ils ont peur, qui est là pour eux et comment sont-ils réconfortés? Quand ils sont en colère, qui s'occupent d'eux et comment? De quoi ont-ils peur? Qui les rassurent, les apaisent?

Suggestion : Faire une réflexion collective sur les impacts du confinement sur les enfants. Nicole Guedeney, pédopsychiatre française et spécialiste de l'attachement, compare cette période à la période de la Deuxième Guerre mondiale¹⁰. Nous pouvons d'une certaine façon parler du virus comme « d'une bombe » sur notre quotidien, notre organisation sociale et politique. Les études réalisées par John Bowlby, Anna Freud, Dorothy Burlingham sur les enfants qui ont vécu la guerre et l'après-guerre, montrent que les enfants qui ont mieux traversé cette crise sont les enfants qui ont été protégés par leurs parents.

La réflexion collective sur ce qui était avant la crise pour les enfants du Québec et ce qui sera après est cruciale. Elle s'inscrit dans le projet de mieux comprendre les enfants à travers **leur réalité d'enfants** liés à leurs parents.

2. Continuum : de la violence dite « éducative » à la maltraitance.

Il y a, pour les enfants au Québec, deux types de violence : une légitimée et une autre, condamnée. L'article 43 du Code criminel canadien permet une violence légitime : les enfants peuvent être corrigés si « cette force ne dépasse pas la mesure raisonnable. ». Pourtant, utiliser la force fait mal à l'enfant et comme toute personne, il a mal quand on lui fait mal. Il serait impensable de tenir de tels propos pour les adultes victimes de voies de fait ou encore envers les femmes victimes de violence conjugale. De plus, cet article de loi va à l'encontre de l'article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant qui le protège contre toute forme de violence.

En ce qui a trait à la violence non tolérée, elle est encadrée par la LPJ. Elle est désignée sous les termes de mauvais traitements et de méthodes éducatives déraisonnables.

⁹ <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/576799/un-violent-silence>, page consultée 2020-04-24

¹⁰ Réunion sur le web, de l'équipe qui organise les 2^{ième} Francophonies de l'attachement, Val d'Oise. 19 avril 2020

La violence acceptée et la violence réprouvée fait partie d'un continuum. Selon les recherches de Nico Trocmé, directeur de l'École du travail social de l'Université McGill, la majorité des maltraitances que subissent les enfants, le sont dans un contexte de punitions¹¹.

« L'enfant qui est frappé, puni, menacé dès son plus jeune âge par ses parents apprend du même coup deux leçons : la première, qu'il est désobéissant, méchant, mauvais puisqu'on le punit, la seconde, que les coups qu'on lui donne ne sont pas une violence mais une correction justifiée et bien méritée. Un enfant frappé ne cesse pas d'aimer ses parents, il cesse de s'aimer lui-même. »¹²

Muriel Salmona, psychiatre française, dans son livre paru en 2016, *Châtiments corporels et violences éducatives – Pourquoi il faut les interdire en 20 questions-réponses* nous fait part des recherches sur les impacts des punitions corporelles et des agressions psychologiques :

- « Deux grandes études, publiées dans les revues internationales *Pediatrics* en 2013 et *Canadian Medical Association Journal* en 2014, ont permis d'attribuer aux punitions corporelles 2 à 7% des troubles psychiatriques dans la population générale (troubles de l'humeur, troubles anxieux, conduites addictives, risque suicidaire, troubles de la personnalité, et un risque plus grand de troubles cardio-vasculaires, pulmonaires, de l'immunité, d'arthrites, de douleurs chroniques et d'obésité) (...) »¹³
- « Les châtiments corporels sont également à l'origine d'atteintes spécifiques neurobiologiques et corticales du cerveau avec une réduction du cortex préfrontal et de l'hippocampe, des anomalies du corps calleux, mis en évidence par la neuro-imagerie, et des modifications épigénétiques, ces atteintes étant liées au stress, au dysfonctionnement de la régulation de la réponse émotionnelle et à l'excès de production de cortisol qui est neurotoxique (...) »¹⁴
- « Nous savons, depuis une étude scientifique de 2013, que les violences psychologiques subies dans l'enfance ont des répercussions sur l'épaisseur des zones du cortex cérébral correspondant à la représentation de soi; ces zones sont amincies par les violences, avec des troubles de l'estime de soi (Heim, 2013). De même, les zones corticales correspondant aux zones corporelles ayant subi des violences sont amincies avec des troubles du schéma corporel et des troubles sensitifs (diminution de la sensibilité et de la sensation de douleur : hypoesthésie) qui peuvent entraîner des situations de négligence et de non-prise en compte de problèmes de santé touchant ces zones. »¹⁵

¹¹ Trocmé N. Wolfe D. (2001) *Maltraitance des enfants au Canada – Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa, Ontario.

¹² Maurel Olivier (2015) *La fessée. Questions sur la violence éducative*.

¹³ Salmona Dr M. (2016). *Châtiments corporels et violences éducatives – pourquoi il faut les interdire en 20 questions réponses*. Dunod, page 25.

¹⁴ Op cit, pages 25-26.

¹⁵ Op cit, page 133.

- « Interdire les violences éducatives est donc non seulement une affaire de respect de droits fondamentaux, mais également une nécessité de santé publique »¹⁶.

De plus, cette situation d'une violence légitimée et d'une violence condamnée permet que la violence envers les enfants perdure et empêche une réflexion sur les manières d'accompagner les enfants dans l'apprentissage de la vie affective et sociale. La vision que l'enfant doit être corrigé pour bien se conduire remonte à l'Antiquité. Il serait temps de penser et de faire autrement pour le bien-être de nos enfants.

Le « droit de correction » est une violation des droits fondamentaux de l'enfant.

Recommandation : Abolition de l'article 43 et campagne de sensibilisation sur le droit de l'enfant à son intégrité physique.

3. Questionnement à propos de la loi sur la protection de la jeunesse et opinion

La loi doit être claire et affirmer la primauté de l'intérêt de l'enfant et de ses droits.

Le libellé : « Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial » entraîne un glissement vers la primauté des liens biologiques. L'enfant a d'abord besoin de liens d'attachement pour éventuellement ressentir la filiation. Placer la filiation avant le besoin primaire de l'attachement va à l'encontre de l'intérêt de l'enfant.

Ce libellé, combiné aux délais de placement, apporte confusion et tiraillement entre 2 systèmes : celui de la protection et celui du judiciaire. À titre d'exemple, à l'étape évaluation dans le cadre du projet 0-2 ans, où un travail intensif a été réalisé, la demande de placement dans une famille de type banque mixte a été refusée. Le juge et les avocats des parents et de l'enfant ont accusé les professionnelles de travailler pour l'adoption. Ce jeune enfant vivait avec 2 parents polytraumatisés et a vécu dans une négligence si grande qu'il parlait à peine à l'âge de 24 mois, souffrait d'un manque de coordination motrice, fuyait le regard de la mère mais pas le regard de l'intervenante et avait des postures de craintes face à ses parents. Un travail sérieux, régulier, intensif avec plusieurs observations et propositions concrètes aux parents a été présenté par le judiciaire comme une manœuvre pour éviter de maintenir l'enfant dans son milieu!

Autre exemple : Un enfant est placé à la naissance. Alors, pour mettre en application « tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial », rapidement les visites supervisées sont organisées. Le nourrisson qui vient de vivre une rupture avec sa mère de naissance, doit s'adapter à une nouvelle mère et après quelques jours ou semaines, sort pour aller visiter ses parents. Plusieurs dimensions touchent cette situation clinique : négation que l'enfant vit un choc d'avoir été séparé de sa mère à la naissance (de plus en plus, il est question de traumatisme); négation du besoin de l'enfant de s'attacher à la nouvelle mère, et que cela exige du temps, de la continuité relationnelle et une stabilité; négation

¹⁶ Op cit, pages 25 et 13.

que ce temps puisse être long vu le traumatisme; négation de la primauté de sécuriser affectivement le bébé pour qu'il puisse vivre ces rencontres avec ses parents de naissance, comme **un temps constructif pour lui**.

Il y a là une pratique qui risque de favoriser un attachement désorganisé-désorienté ou différents troubles du développement. Il y a là un énorme leurre en prétendant que le bébé va pouvoir rester accroché à sa mère : le lien d'attachement ne se construit pas comme ça. Il y a là aussi une forme de maltraitance car le bébé ne reçoit pas les soins dans la continuité et la sécurité relationnelle (il va rencontrer sa mère de naissance retrouver ses empreintes sensorielles et il est confus et sa mère d'accueil disparaît et il est confus et il se retrouve avec une étrangère (intervenante) dans la salle ou seul et il est confus.) La confusion entraîne la peur et la peur entraîne une désorganisation-désorientation sur le plan de l'attachement.

Dans la pratique, souvent les professionnels organisent ces visites pour montrer que le parent est inadéquat (le bébé sert de « testeur parental ») et de son côté, le tribunal exige ces visites pour montrer que les parents sont pris en compte. Nous sommes loin des besoins de l'enfant et de son besoin premier qui est de créer un lien d'attachement avec la personne qui s'occupe de lui au quotidien.

À propos des visites supervisées, cette activité clinique exige des connaissances et des habiletés multiples. Malheureusement, les conditions de pratique dans les centres jeunesse ne sont pas présentes en termes de compétence, de temps et de supervision clinique. À ce sujet, voir les travaux du Dr. Maurice Berger, psychiatre français, et de Catherine Sellenet, docteur en sociologie, France

La notion de sécurité et de développement compromis. Ce libellé pose problèmes car elle sépare la sécurité du développement. Dans la pratique, la notion de sécurité peut prendre le dessus sur le développement, par exemple, l'abus physique priorisé par rapport à la négligence. Autre exemple : La petite fille de Granby avant son décès, est-ce qu'elle était en sécurité car vivante? Pendant des années, cette petite fille était d'une certaine façon, morte « sur le plan développemental » car toute son énergie vitale était utilisée pour ne pas mourir physiquement. Cette enfant montrait, par ses comportements la terreur qu'elle vivait. Et les adultes qui étaient là pour la protéger ont été aveuglés par le biais biologique et par une méconnaissance des traumas précoces vécues par cette enfant. Elle est morte dans sa famille, une « zone de guerre » pour elle, laissée seule, sans secours.

Motif de signalement : mauvais traitements psychologiques

La notion de mauvais traitements psychologiques englobe le rejet, les insultes, les menaces d'abandon et l'exposition à la violence conjugale. Cela me questionne car ces types de violence ont des résonances fort différentes chez l'enfant et implique un accompagnement thérapeutique différent. Dr. Maurice Berger, psychiatre en France, et Dre Miri Keren, psychiatre en Israël, lors de leur conférence à Montréal en 2005, ont souligné que l'exposition à la violence conjugale entraîne des effets traumatiques.

Également, plus l'exposition aux scènes de violence se passe précocement et plus elle a de l'impact. En effet, cette violence s'inscrit dans la mémoire implicite sous forme de cris, d'images et de sensations envahissantes. Dre Keren a donné l'exemple d'un bébé de 6 mois qui a vu le conjoint de sa mère la gifler et lui cracher au visage, reproduire ce comportement sur les autres. Ce bébé avait donc enregistré cette scène¹⁷.

Dre Muriel Samlona, psychiatre française, dans son texte *Mieux comprendre la mémoire traumatique*, écrit : « En situation de danger, tous les êtres humains ont un système d'alarme archaïque dans le cerveau. L'amygdale, centre des émotions, secrète de l'adrénaline et du cortisol pour préparer l'organisme à affronter le danger (fuite ou attaque) si la fuite est impossible »¹⁸

L'enfant victime de violence conjugale ne peut ni fuir et ni attaquer. Son cerveau, pour sauver « sa peau », va de façon automatique, engendrer un état de choc (sidération) et de dissociation traumatique. Ces 2 états sont très lourds pour tous les êtres humains mais encore plus chez un petit vu son immaturité neurologique. L'enfant, victime de violence conjugale, se sent toujours en danger en étant en contact quotidien avec son agresseur. Plus cette situation de terreur dure et plus l'enfant sera atteint sur plusieurs plans dont le sommeil et l'alimentation. Également, l'enfant peut développer des phobies, un manque de concentration, « se sauver par l'imaginaire », se couper de ses sensations physiques, se déconnecter de ses émotions, une grande agitation motrice, des conduites à risques et des mises en danger, des comportements violents contre soi ou contre les autres, des sentiments d'insécurité, de honte et d'impuissance.

L'enfant, sorti de cet enfer, est « sauvé physiquement » mais sa mémoire traumatique lui envoie encore des signaux de danger, ce qui nécessite un accompagnement thérapeutique pour l'amener progressivement à sortir de cet état. Malheureusement, pour ce traitement, l'enfant a besoin d'avoir un diagnostic qui correspond à ce qu'il a vécu. Le diagnostic de stress post-traumatique est rarement donné aux enfants, encore moins aux petits enfants. Les femmes, leurs mères qui ont vécu dans ce climat de violence, reçoivent habituellement ce diagnostic, depuis peu, il est vrai. Est-ce que les enfants vont devoir attendre aussi longtemps? De là l'importance d'avoir une connaissance de la mémoire traumatique et de ses manifestations.

Cela pose aussi des questions en ce qui concerne la garde et les contacts avec le parent agresseur, quand il y a séparation. Ce que les adultes en autorité, voient et favorisent, c'est l'enfant en contact avec son père au nom du droit du père. Du côté de l'enfant, une partie de lui ne rencontre pas son père mais l'agresseur. Sa mémoire traumatique « le commande » et il est à nouveau replongé dans la sidération et la dissociation. Ce qui

¹⁷Berger M., Keren M. S. Lupien (2005) *L'enfant au vécu traumatique : Aspects neurologiques, psychopathologiques et thérapeutiques*. Hôpital Sainte-Justine et Université de Montréal.

¹⁸ Texte publié le 28 septembre 2018 <https://apprendreaeducer.fr/memoire-traumatique-violence/> page consultée 2020-04-28

explique que souvent l'enfant est « tranquille » chez le père et en présence de la mère, a des comportements d'agitation, de violence ou autres.

Il y a un énorme travail à faire pour protéger ces enfants car le déni des impacts de la violence conjugale sur l'enfant est encore très fort. L'impact est soit dénié ou encore méconnu. Cette « méconnaissance de la mémoire traumatique alimente le cercle vicieux de la violence. »¹⁹

En ce qui a trait aux mauvais traitements psychologiques tels le rejet, l'insulte et les menaces d'abandon, qu'est-ce qui les distinguent des agressions psychologiques documentées dans le Rapport de 2018 de l'Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec?* Est-ce la répétition dans le temps, le nombre de menaces et d'attaques verbales? Comment, dans le cadre de l'évaluation, s'établit cette distinction? Cette question soulève à nouveau la violence « légitime » et l'autre violence désignée comme de la maltraitance.

Le libellé suivant : L'enfant et ses parents ont le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement qui dispense ces services ainsi de que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

Questions simples : Qu'est-ce qui prime? Les services sociaux de qualité ou les ressources disponibles? Est-ce qu'un tel libellé existe pour les services de santé?

Autre libellé : Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents en vertu de la LPJ doit « viser à mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et à éviter qu'elle ne se reproduise ». L'étude de Jean Bédard sur le parcours des usagers « montre que sur 52 dossiers étudiés, il y a seulement **8%** des dossiers où il y a atteint des objectifs de protection qui assurent sécurité et développement à moyen terme. »²⁰ « Le rapport Cliche en 1998, arrive à la même conclusion : « **une partie** seulement de situations signalées à la protection de la jeunesse reçoivent le **traitement spécialisé qu'elles requièrent** ». »²¹

Dernier point : Le judiciaire en 2 volets

1) Le judiciaire a pris une place prépondérante sur le psychosocial. J'ai travaillé environ 25 ans dans les services de la protection de la jeunesse du Québec. Les échanges et plusieurs décisions étaient souvent pris « en pensant au judiciaire », les notes au dossier étaient écrites « en pensant au judiciaire », le temps passé au tribunal était

¹⁹ Op cit.

²⁰ Bédard J. (1995). *Le parcours des usagers*. Centre jeunesse du Bas-du-Fleuve.

²¹ Comité de fardeau de tâches. Syndicat des employé-e-s des services sociaux de la Montérégie- CSN. (Mars 2000) *Prise de position en regard des conditions de pratique conformes aux droits des enfants en besoin de protection et leurs familles*.

régi par les règles judiciaires (le temps de l'enfant et le temps de l'intervention psychosociale pour aider cet enfant n'existaient pas). Je crois que la situation n'a pas changé.

- 2) La part de responsabilité du judiciaire dans la situation actuelle. Comment se fait-il que nous n'ayons toujours pas un tribunal avec des règles qui tiennent compte des enfants, de leur temps, un tribunal qui mobilise tous les acteurs, et plus particulièrement les parents, autour des droits et besoins de l'enfant? Comment se fait-il que les juges et les avocats qui représentent l'enfant, un **sujet de droit avec des particularités**, ne reçoivent pas de formations spécifiques sur l'enfant, son développement, la construction de l'attachement et les traumatismes précoces? Pourtant, il y a plusieurs années, le Barreau avait mandaté un comité pour étudier les modalités de formation pour ces avocats. **Est-ce que le droit tel qu'il s'exerce aujourd'hui est adapté aux enfants?**

Enfin, je veux souligner que le terme protection de la jeunesse pose problèmes. La convention parle des droits de l'enfant. La loi est là pour protéger l'enfant et non la « jeunesse »

Recommandations:

- La loi doit être claire et affirmer la primauté de l'intérêt de l'enfant et de ses droits
- Inclure la sécurité dans le développement : la sécurité est au centre du bien-être physique et psychologique
- L'exposition à la violence conjugale doit être traitée comme une seule entité
- Clarifier mauvais traitements psychologiques et agressions psychologiques
- L'État doit donner les moyens pour protéger les enfants en termes d'expertises, d'équipes spécialisées, de ressources humaines à la hauteur du travail à effectuer (signalement et intervention) et une rémunération digne du travail de soins.
- Le tribunal et le monde judiciaire doivent se mettre à l'heure des enfants, de leurs besoins et de leurs droits

4. Nécessité d'une spécialisation de la pratique en protection de l'enfance

Dans cette partie, j'aborde principalement les conditions des petits âgés entre 0 et 2 ans. Dans ma pratique en Centre Jeunesse, j'ai constaté que plusieurs enfants âgés entre 0 et 2 ans, signalés et non-retenus ou encore pris en charge avec fermeture sont revenus dans le système de la protection de la jeunesse entre l'âge de 6 et 12 ans.

Dans le *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*. Il est mentionné, à la page 23, « En 2018-2019, les directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) du Québec ont traité 31 737 nouveaux signalements concernant des enfants de 5 ans et moins. (...) 8 261 enfants âgés de 0 à 5 ans ont été

pris en charge par les DPJ en 2018-2019. »²². **Qu'est-ce qui est arrivé aux 23 116 enfants dont la situation n'a pas été retenue mais assez sérieuse pour être signalée? Et parmi ces signalements combien d'enfants âgés de moins de 2 ans? Combien ont été retenus et non-retenus? Quel type d'intervention est mis de l'avant par le service de la protection pour les petits enfants âgés entre 0-2 ans? Et quel type d'intervention pour les autres enfants dont le signalement n'a pas été retenu?**

Durant la période où j'étais superviseuse clinique, au Centre Jeunesse de la Montérégie, de 2005 à 2011, j'ai aussi noté, à la lecture des rapports psychosociaux, qu'un grand nombre d'enfants signalés entre 6 et 12 ans avaient reçu, très tôt dans leur vie, des services de professionnelles de SIPPE ou encore du Programme Enfance Famille Jeunesse et ce, pendant des mois, voire des années. Comment expliquer que ces enfants aient eu besoin de protection malgré les services reçus?

Comme vous le savez, la petite fille de Granby décédée a été suivie très tôt dans sa vie. Il serait nécessaire de faire l'étude de sa trajectoire de vie dans les services de santé et des services sociaux (médecin au moment de la grossesse, l'accouchement et le séjour à l'hôpital mère-bébé et père), le suivi des services premières lignes (médecin, infirmière, travailleuse sociale, psychoéducatrice) et les différents signalements et les interventions en protection de la jeunesse pour mettre fin à la situation de compromission.

Une telle étude serait également appropriée pour plusieurs autres victimes de violences, dont le petit-enfant de la région de Joliette décédé en mars 2020, à l'âge de 2 ans et la mort d'un petit de 22 mois en 2016 dans la région du Saguenay. À propos de cette situation, la Commission mentionne : « Plusieurs professionnels ont omis de signaler la situation préoccupante de l'enfant, malgré 2 visites médicales et des suivis par une nutritionniste, un physiothérapeute et des infirmières spécialisée en petite enfance. »²³

En lien avec les enfants décédés qui laissent un frère ou une sœur, quels soins thérapeutiques offrons-nous à ces enfants qui ont vu leur mère ou leur père (les personnes qui doivent protéger) frapper et tuer? C'est un drame d'horreur et ils sont traumatisés. Est-ce que nous les soignons? La question se pose aussi pour les enfants survivants au meurtre de leur mère.

En ce qui concerne les infanticides au Québec, je me questionne. Quel est l'âge des enfants, leur nombre et les circonstances? Et il y a combien de situations de petits décédés pour cause inconnue? J'ai été particulièrement interpellée par le livre *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France* d'Anne Tursz, pédiatre française, épidémiologiste et directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la

²² Dagenais F. et J.-P. Hotte (2019) *Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel*. Montréal. Québec.

²³ Ducas, Isabelle (22 janvier 2017). Mort d'un enfant au Saguenay : le processus de signalement critiqué in *La presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/201706/27/01-5111151-mort-dun-enfant-au-saguenay-le-processus-de-signalement-critique.php>, page consultée 2020-04-28

recherche médicale (Inserm) en France. Elle mentionne : « Les résultats de notre recherche sur les « morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an » ont confirmé la sous-estimation massive des infanticides en France et montré les confusions entre mort subite du nourrisson (MSN) et mort de cause inconnue, d'accident ou d'homicide, lors de la certification des décès. »²⁴ Qu'en est-il au Québec?

En 2010-2011, j'ai proposé de former une équipe spécialisée pour les tout-petits et ce, dès l'étape de l'évaluation et tout le long de l'intervention. Ce projet a été accepté et ensuite aboli. Je pense toujours qu'une telle équipe est nécessaire parce que ces enfants sont parmi **les plus vulnérables des vulnérables, ont des besoins spécifiques et sont dans la période sensible de l'attachement et du développement du cerveau.**

L'évaluation d'une situation d'un petit enfant signalé pose de grands défis. Le petit enfant ne parle pas mais s'exprime à travers la motricité, l'expressivité de son visage, la force de succion, le contact visuel, les vocalisations et l'habileté à attirer l'attention des personnes qui s'occupent de lui selon l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB)²⁵. Il nous faut tenir compte de ces éléments pour savoir si le petit va bien ou pas.

De plus, une des réactions de défense typique des enfants en grande détresse est le retrait. Les observations de Robertson et de Bowlby des enfants en souffrance mentionnent que d'abord l'enfant va protester, puis tombe dans le désespoir, et ensuite va se mettre en retrait. Selma Fraiberg, assistante sociale et psychanalyste aux États-Unis, allait dans le même sens en parlant de « comportement de gel » des petits manifestant ainsi leur impuissance et leur grande peur. Ce mécanisme de défense très lourd, qui peut apparaître vers l'âge de 3- 4 mois, est précurseur d'un attachement traumatique. Malheureusement, il arrive que le petit enfant en retrait ou encore « anesthésié » soit présenté comme facile ou tranquille.

Pour reconnaître ces signes, cela suppose une formation poussée sur comment le bébé exprime son bien-être ou « sa détresse-défense ». À ma connaissance, très peu de professionnels au Québec sont formés pour faire ce type d'observations et il est en de même pour les professionnels de la Protection de la jeunesse. Par exemple, existe-t-il des équipes formées à l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB); échelle conçue pour évaluer le comportement de retrait relationnel durable chez des enfants âgés de 2 à 24 mois?

De même, le tout-petit enfant montre sa vitalité ou sa détresse dans la construction de son développement moteur, cognitif, affectif et social. Quand j'ai quitté, le Centre Jeunesse en 2015, l'évaluation du développement de l'enfant se faisait souvent « au pif » pour les raisons suivantes : le manque de temps et une surcharge de travail; peu ou pas de supervision clinique; une formation de base et en cours d'emploi déficiente sur le

²⁴ Tursz A (2010). *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Page 25.

²⁵ <http://www.adbb.net/echelle.html>, page consultée 2020-04-26.

développement de l'enfant à l'intérieur du Centre Jeunesse et dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Comme superviseure clinique, j'ai lu des centaines de rapports psychosociaux avec une description **détaillée** de ce qui ne va pas chez le parent et un **tout petit paragraphe sur l'enfant**. Les outils utilisés pour observer le développement de l'enfant n'étaient pas mentionnés. Et pour la grille d'évaluation du développement (GED) quand cet outil de mesure apparaissait dans le rapport, il était peu « convaincant ». Il est à noter que le GED est réalisé la plupart du temps sans la présence d'une figure d'attachement et avec des professionnels n'ayant pas de formation suffisante sur le développement de l'enfant. Enfin, il m'est arrivé de lire que l'enfant va bien ou se développe bien malgré le fait que sa situation était compromise.

Durant mes années de travail au Centre Jeunesse, il m'est arrivé d'assister, impuissante, à la descente aux enfers de très jeunes enfants vers différents troubles reliés à une grave négligence ou à un état de stress post-traumatique chez la mère. J'étais à la fois perturbée par la souffrance de l'enfant, par mon incapacité à agir pour le protéger à l'intérieur même du système de protection et par l'indifférence des professionnels mandatés (les experts) pour établir un diagnostic. En effet, ces professionnels ne tenaient pas compte à sa juste valeur de l'histoire de ces enfants et des effets traumatiques sur leur développement.

À titre d'exemple, une enfant de 30 mois a reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (cause génétique mise de l'avant) et l'absence de contacts et de soins (négligence grave) qu'elle a vécu depuis sa naissance, n'a pas été considérée. Donc, ce diagnostic a eu pour effet de « soigner » l'enfant pour son trouble mais en demeurant dans le même milieu et sans travailler sur la négligence et l'interaction.

Le livre de Yvon Gauthier, psychiatre, *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant* rend compte de cette situation et cela rejoint mon expérience. Je cite : « Alors que l'approche bio – génético – pharmacologique prend de plus en plus de place dans le traitement de symptômes qui affectent les enfants et les adolescents, Yvon Gauthier s'inquiète de la tendance réductionniste actuelle à ignorer l'histoire des premières interactions et le rôle stratégique de l'environnement, en particulier celui de la famille, essentielle au développement de l'enfant »²⁶.

Prendre soins en priorité des enfants de 0 à 2 ans, pour à la fois favoriser une reprise développementale de ceux-ci et pour permettre à moyen terme de diminuer le nombre d'enfants de retour dans le système. Il faut voir que ces enfants qui reviennent ont une trajectoire de vie marquée par les ruptures et par différentes violences. Et de ce fait exige encore plus de temps, plus de moyens et plus d'expertises car les traumatismes et les troubles d'apprentissage sont bien installés. Et le système de protection actuel n'offre

²⁶ Notes de présentation à l'endos du livre.

pas ou rarement ce type de traitement. Et ces enfants signalés petits se retrouvent encore plus souffrants, en plus grand nombre et avec peu d'espoir « de s'en sortir ».

Recommandation : Équipe spécialisée interdisciplinaire pour les 0-2 ans.

Cette équipe doit avoir des connaissances suffisantes sur le développement de l'enfant, l'attachement, les manifestations de « détresse-défense » des nourrissons et des petits enfants, les traumatismes précoces et leurs effets sur le développement et le comportement de l'enfant, leurs besoins spécifiques et des habiletés pour évaluer, observer et accompagner les figures d'attachement dans une forme d'interaction plus sécurisante.

En ce qui a trait à l'évaluation, cela suppose mettre en forme l'histoire de l'enfant en tenant compte de son contexte de vie, du processus de l'attachement, les points forts de Brazelton, les périodes sensibles du cerveau, les besoins, les éléments de stress développementaux et les éléments de stress chroniques, les signes de grande détresse, les signes de sécurité relationnelle (même minimes) et les forces (même minimes).

Ce type d'intervention vise à mobiliser la sensibilité et l'élan du parent à s'occuper du plus petit que soi. En d'autres termes, travailler à aller chercher le système de soins du parent, qui ne l'oublions pas, est un système motivationnel tout comme le système d'attachement.

Cette équipe a plusieurs défis : analyser l'état de l'enfant, analyser si les parents ont la capacité de changer suffisamment et dans un délai qui respecte le temps de l'enfant, mettre en place, à l'étape de l'évaluation, une intervention qui vise à diminuer les comportements hostiles ou chaotiques du parent, et en cours d'intervention, **soutenir concrètement les parents avec continuité, intensité et régularité pour favoriser des interactions qui régulent l'enfant et l'apaisent. Si cet engagement rigoureux et constant n'apporte pas de résultats, alors penser à donner à l'enfant d'autres figures d'attachement.**

5. Nécessité d'une spécialisation de la première ligne en petite enfance

État de la situation à partir de questions en lien avec la pratique actuelle.

Une infirmière ou une travailleuse sociale qui a travaillé pendant plusieurs années aux soins à domicile, vient travailler avec les nourrissons et leurs mères : quelles sont les qualifications de ces professionnelles? Un médecin de famille est-il automatiquement qualifié pour travailler avec les nourrissons et les petits enfants? Une ostéopathe qui manipule le corps du bébé, peu de temps après la naissance, a-t-elle une formation spécifique sur les nourrissons et son besoin d'attachement? Même question pour les autres professionnelles impliquées auprès des tout-petits. Et les avis donnés aux parents lors des consultations proviennent-elles de sources scientifiques et lesquelles?

Au Québec, il y a environ 6 000 familles confrontées à la naissance prématurée de leur bébé chaque année²⁷. **Qui s'occupe de ces bébés prématurés, une fois sortis de l'hôpital, et comment? Qui s'occupe des nourrissons dont la mère a vécu un stress chronique durant la grossesse, des bébés ayant vécu une naissance difficile (ex. cordon ombilical noué autour du cou : panique primale de la suffocation), des bébés séparés à la naissance pour des raisons de santé ou autres, des nourrissons qui subissent des interventions médicales traumatiques, des bébés vivant avec une mère aux prises avec des symptômes dépressifs ou la dépression, des nourrissons vivant avec une mère ayant de graves problèmes de santé mentale? Qui s'occupe de ces bébés-mères-pères? SIPPE, Groupes communautaires, Santé mentale, Groupes de médecine familiale, Pédiatrie sociale? Protection de l'enfance? Et comment ?**

Rappel : ces bébés ont vécu et vivent encore une grande détresse et ils ont besoin que mères et pères (leurs figures d'attachement) soient sensibles à leur grande détresse (effets traumatiques) et à leurs signaux. Ils ont besoin d'un soutien et d'un accompagnement spécialisé.

Quel est le contenu et les modalités des cours prénataux, le suivi de grossesse et le suivi post-natal? Par exemple, lors du suivi de grossesse, comment médecin ou infirmière compose avec le stress chronique des femmes, leurs peurs ou encore la violence conjugale? Comment ces professionnelles composent avec ces propos : « je sens qu'il me vide de mon énergie »; « il me fait mal, il m'étouffe »; « je ne le voulais pas, j'ai pensé à l'avortement »; « j'aime pas les bébés »; « c'est une fille, je voulais un garçon »; « je trouve ça pas mal niaisieux de parler à un fœtus »; « moi, je m'arrête pas de travailler, je fais comme s'il n'est pas là ».

Autre exemple, lors d'entretiens après la naissance du bébé, que dit-on aux mères qui ont vécu de la violence obstétricale, un accouchement traumatique, ou qui racontent tout simplement leur accouchement? Comment les questions relatives aux pleurs du bébé, le sommeil, l'allaitement, les souffrances physiques du bébé sont abordées?

Rappel : la grossesse, l'accouchement, la naissance et les premiers mois de vie sont des « fenêtres grandes ouvertes » sur l'attachement et l'activation du système de soins : s'occuper du plus petit que soi, sensibilité des parents aux signaux de malaise de leur bébé et leur besoin de proximité.

Comment expliquer le nombre croissant de diagnostic de reflux gastrique et le nombre de prescriptions en réponse à des parents qui se questionnent sur les pleurs de leur bébé durant les premiers mois de vie?²⁸). Comment expliquer les nombreuses frénotomies (coupure du frein de langue, du frein de lèvre supérieure, du frein des joues)? Quelles

²⁷ Reportage d'Anne-Louise Despaties *De l'espoir pour les parents d'enfants prématurés* (29 décembre 2019). , Radio-Canada <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/media-8200575/espoir-pour-parents-enfants-prematures> page consultée 2020-04-28.

²⁸ Gremmo-Feger Dre G.(2007) *Un autre regard sur les pleurs du nourrisson*. <http://stle.e-monsie.com/medias/files/pleursautreregardggf09.pdf>, page consultée 2020-04-28.

sont les études sur leur nécessité et **les effets sur le bébé**? Quel est le nombre de petits enfants qui prennent de la mélatonine avec ou sans prescription? Quel est le nombre d'enfants âgés entre 3 et 5 ans avec un diagnostic de TDAH et médicamenteux? Quel est le nombre de petits traités pour des états dépressifs et médicamenteux?

La tendance à la médicalisation des symptômes est aussi forte chez les tout-petits. Malheureusement, prendre le temps de faire l'histoire développementale de l'enfant et d'en discuter en équipe, ne fait pas partie ou très peu de la pratique.

Les infirmières, les médecins, les chiropraticiens, les ergothérapeutes, les ostéopathes, les physiothérapeutes, les orthophonistes, les travailleuses sociales, les pédopsychiatres, les psychologues, les psychoéducatrices, les éducatrices des services de garde, les éducatrices spécialisées, les nutritionnistes qui travaillent dans le domaine de la petite enfance ont besoin d'une formation spécialisée. La formation de base de ces professionnelles n'est pas suffisante. Cela doit être reconnue au niveau des ordres professionnels, des universités, des cégeps et des établissements qui offrent des services aux tout-petits et à leurs parents.

Les nourrissons et les petits enfants ont des enjeux développementaux cruciaux et des besoins distinctifs (notamment le sommeil, l'immaturation cérébrale, l'allaitement, la nourriture, la proximité, la dépendance, les contacts physiques, le réconfort, la régulation des affects, la sensorialité, les réflexes, les réactions de peur, la « détresse-défense », la posture, la tonicité). Si nous voulons prendre soin des tout-petits et favoriser le plein potentiel, il y a urgence de prendre en considération tous ces aspects.

Recommandation : Que l'ensemble des professionnelles travaillant auprès des nourrissons et des petits enfants reçoivent une formation sur l'attachement, le développement de l'enfant, les neurosciences affectives et sociales, les traumatismes précoces et leurs manifestations.

Programme SIPPE :

Pendant environ 4 ans, j'ai connu ce programme et sa pratique, à titre de formatrice et de superviseuse clinique d'une équipe en Montérégie. Ces dernières années, je supervise des travailleuses sociales d'équipes SIPPE qui consultent sur une base privée, faute de supervision clinique dans leur établissement.

George M. Tarabulsy, professeur titulaire à l'école de psychologie de l'Université Laval, nous rappelle certains critères de réussite dans le livre *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables* paru en 2008 sous sa direction :

- 1) La stabilité des équipes qui travaillent auprès de jeunes enfants.
- 2) L'importance accordée au travail d'équipe. « Ces échanges permettent aux intervenants de se sentir soutenus et d'avoir davantage confiance en leur jugement et en leurs décisions, tout en leur procurant un contexte pour aborder des questions cliniques précises. Ce travail en équipe donne également l'occasion de valider les

évaluations des différentes personnes intervenant dans le même milieu familial... Le travail en équipe est non seulement indispensable pour le bien-être de l'intervenant, qui souvent est aux prises avec des problématiques d'intervention importantes, mais aussi parce que **cette dimension fait partie d'une approche efficace pour mieux cerner les caractéristiques familiales et structurer l'intervention** »²⁹.

- 3) L'allocation des ressources suffisantes pour des services de haute qualité auprès des petits enfants
- 4) Une formation dont rigueur et pertinence scientifiques, sont à la hauteur d'une intervention aussi complexe. Comme mentionné plus haut, je considère la spécialisation du travail auprès des tout-petits enfants comme nécessaire.

Questions : Le programme SIPPE s'adresse aux enfants 0-5 ans. Est-ce possible de penser à 2 spécialités : 0-2 ans et 3-5 ans puisque les enjeux développementaux et le type d'accompagnement sont différents. Pour les tout-petits (0-2 ans), le programme vise un attachement sécurisant : est-ce possible avec les parents aux prises avec des problématiques de santé mentale, de toxicomanie, de traumatismes complexes? Peut-on envisager un travail d'accompagnement qui vise une diminution de la désorganisation-désorientation sur le plan de l'attachement? Aussi, une équipe spécialisée auprès de petits 0-2 ans pourrait créer une collaboration étroite avec les équipes spécialisées (0-2 ans) de la protection de l'enfance.

En ce qui concerne l'objectif de favoriser l'attachement sécurisant, c'est un travail de promotion – ce n'est pas du même ordre que la prévention. Il se réalise avant même la conception d'un enfant et touche plusieurs secteurs tels la santé, les services sociaux, les services éducatifs et les services communautaires et les politiques de santé publique et les politiques sociales.

Recommandation : Octroyer des ressources financières et humaines nécessaires à la réussite de l'intervention et réfléchir à former des équipes spécialisées selon les groupes d'âge (0-2 ans et 3-5 ans). Offrir une rémunération à la hauteur de l'expertise et de la mission sociale.

6. Études et proposition

Travaillant dans le monde de la petite enfance depuis plusieurs années, je me tiens au courant des différentes publications gouvernementales ou autres. Pour rédiger ma réflexion, j'ai lu avec attention, les 2 rapports de l'Institut de la Statistique du Québec. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec* (2012 et 2018), les rapports de l'Observatoire des tout-petits (*Portrait 2017*) et le *Rapport préliminaire du comité-conseil*

²⁹ Sous la direction de G.M. Tarabulsy, M.A. Provos, S. Drapeau, É. Rochette (2008) *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Presses de l'Université du Québec, page 165.

Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel. Ces rapports sont précieux et ils apportent un éclairage sur plusieurs aspects qui touchent les enfants.

J'ai fait une synthèse de ces rapports et j'ai identifié 3 contextes de vie : enfant vivant dans la pauvreté, enfant confronté à la violence dans la famille et le petit-enfant vivant en collectivité. Cet exercice m'a amenée à constater l'absence de l'attachement comme ligne directrice pour comprendre l'enfant et son vécu dans ses milieux de vie. Pourtant, l'attachement est au cœur du développement.

Proposition :

Faire une étude québécoise sur les enfants ayant un profil d'attachement sécurisé, insécurisé ou désorganisé-désorienté et les impacts sur leur trajectoire développementale, pour connaître d'une certaine façon, l'enfant de l'intérieur et de permettre à celui-ci de se reconnaître. Elle vise aussi à identifier les réponses et les attitudes des figures d'attachement qui sécurisent et celles qui désorganisent. J'identifie particulièrement ces 2 profils parce qu'ils sont dans un continuum de l'attachement. Nous avons à apprendre de ces 2 profils, pour, d'une part, faire la promotion « de ce qui sécurise » et d'autre part, pour trouver des manières d'éviter la désorganisation-désorientation, facteur de risque pour les troubles développementaux et les traumatismes de l'attachement. Enfin, cette étude, a une autre visée : faciliter l'intégration de la théorie de l'attachement dans les enquêtes et les différents programmes.

Les différentes études suggérées ci-dessus : étude auprès des professionnelles de la petite enfance et auprès des enfants eux-mêmes; étiologie des retards développementaux à partir de l'histoire de vie des enfants; étude-terrain pour observer les enfants dans leur milieu de garde ; étude des effets de l'isolement sur les enfants en pandémie; étude sur le parcours des enfants suivis en première ligne et en protection de l'enfance, ont le même but, **mieux comprendre les enfants et leurs liens d'attachement.**

Il est important d'avoir une vision commune des besoins des enfants, dont le besoin vital de s'attacher, de connaître les principes directeurs de son développement, dont le processus d'immaturation, de nommer toutes les violences comme étant de la violence illégitime, de connaître les effets de la violence sur la santé de l'enfant, son développement, sa mémoire implicite et sur sa perception de lui-même et du monde qui l'entoure.

7. Campagne de sensibilisation sur le vécu des enfants, leurs besoins et leurs droits

Nous vivons présentement une crise sanitaire porteuse de réflexions autour du travail de soins reconnu comme essentiel et de la place réservée aux personnes âgées.

La journaliste Josée Legault, à l'émission du 25 avril 2020 *Samedi et rien d'autre* sur Radio-Canada Première³⁰ apporte un élément d'analyse qui me rejoint : « C'est toute la grande vulnérabilité qui a été retirée de notre regard collectif ».

Aux extrêmes de la vie humaine, il y a les enfants et les personnes âgées, qui vivent de grandes similitudes : notre société a de la misère avec la vulnérabilité, avec la dépendance et les **soins à donner** aux plus vulnérables « que soi ».

Repenser la vieillesse est essentielle. Et repenser l'enfance est vitale. Les deux éclairages de ces étapes de vie de l'être humain sont sources de grands enseignements et d'espoir. Envisager la vieillesse comme un temps de vie unique. Et envisager l'enfance comme un temps de vie, et non comme un temps de préparation à la vie. Repenser ces deux étapes de vie permet un regard différent et des manières « d'être » différentes avec les personnes âgées et les enfants. De plus, la vieillesse est l'avenir de l'enfant...le mal-être ou le bien-être de l'enfant a une longue vie.

Le regard sur l'enfant et sa place dans la société doit donc être au cœur de nos réflexions. Par exemple, les enfants vivent dans un monde de géants et l'organisation de la famille et de la société est conçue surtout pour les géants. Dr Janusz Korczak, médecin polonais, dit : « La vie quotidienne du petit est fait d'agacements et de contrariétés : il est exaspérant de se hisser sur la pointe des pieds sans pouvoir atteindre l'objet désiré, pénible de suivre les grandes enjambées de l'adulte, de grimper sur une chaise, de monter dans un véhicule, de grimper, de gravir les marches d'un escalier. Pour l'enfant, en effet, tout est difficulté : le verre glisse facilement de sa petite main, il ne peut saisir la poignée de la porte ni regarder par la fenêtre... Tout cela est bien trop haut! Dans la foule, les gens lui cachent la vue, ne le voient pas, le bousculent. Il n'est pas facile d'être petit. »³¹

Tout adulte doit se rappeler que l'enfant « (...) n'est pas un adulte en petit, en moins bien...Il est à comprendre dans sa spécificité qui se transforme avec le développement. »³² L'enfant a droit à un regard qui tient compte de son essence à lui.

L'adulte doit faire un effort pour se questionner et se distancier d'une conception dite « adultiste ». Cette conception est le « modèle dominant qui détermine le contenu des

³⁰ <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/samedi-et-rien-d-autre>, page consultée 2020-04-28

³¹ Korczak Dr J. (2009) *Le droit de l'enfant au respect*. Éditions Fabert, page 15.

³² Bullinger A. (2004) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – un parcours de recherche*. Érès, page 23.

relations entre les adultes et les enfants³³ » nous disent Jorge Barudy, psychiatre et psychothérapeute belge, et Maryorie Dantagnan, psychothérapeute belge.

De génération en génération, les adultes, ont été façonnés par de fausses idées sur l'enfant notamment, le péché originel (la nature humaine a été corrompue) ou l'enfant est un pervers polymorphe (Freud), ou l'enfant a besoin d'être corrigé pour son bien. Ces fausses représentations ainsi qu'une méconnaissance des besoins fondamentaux entraînent de grands malentendus dans la famille et dans les lieux de rencontre enfants-adultes.

L'enfant est une personne avec ses besoins, ses limites et sa dignité. L'étude « attachement » et autres études suggérées plus haut, peuvent aider à faire disparaître ces malentendus et nous permettre d'aller rencontrer l'enfant dans le désir de le connaître, tout simplement.

Connaître l'enfant, sa vraie nature, est intimement lié à ses besoins fondamentaux, dont le besoin de s'attacher, d'être protégé, d'être dépendant avant d'être autonome, le besoin de proximité, le besoin d'explorer à son rythme, en accord avec son développement jalonné de points forts et de régressions, en respect de son individualité et son besoin d'être aimé inconditionnellement.

Et les besoins sont étroitement liés aux droits de l'enfant. La famille ne doit pas être une zone de non-droit. La famille est le premier lieu de rencontres du petit être humain. Le droit à l'intégrité physique et à l'intégrité psychologique de l'enfant doit être affirmé, répété, proclamé et garanti. Les droits de l'enfant doivent être expliqués aux enfants et aux adultes, sans aucune ambiguïté – par exemple, un enfant a le droit de savoir que recevoir une tape ou une menace est interdit par la loi.

Le vécu des enfants, leurs besoins et leurs droits doivent occuper une place dans l'espace public. Une vaste campagne de sensibilisation et de promotion est primordiale.

Je tiens à souligner **Promotion** et non Prévention : ces 2 approches sont différentes. Et comme vous le savez, partir de la prévention, rétrécit le champ d'action et souvent les personnes visées par la prévention se sentent justement visées. Promouvoir s'adresse à l'universel et est inclusif. Promouvoir signifie accroître la capacité de la personne et des collectivités à se prendre en main. Promouvoir c'est aussi encourager, favoriser, soutenir, élever à une dignité.

L'attachement est universel : tous les petits humains naissent avec le besoin vital de se lier et d'être protégé. Et les adultes qui deviennent parents, possèdent cette motivation à prendre soin et à protéger. Il s'agit d'aller chercher cette motivation universelle, tout en étant conscient que pour des parents, cette motivation a été brisée ou bouleversée dans leur enfance. Notre objectif est quand même d'aller chercher cette aspiration profonde. Et si cela n'est pas possible, il faut permettre au « plus petit que soi » d'être protégé et

³³ Barudy J., Dantagnan M. (2007). *De la bientraitance infantile – compétences parentales et résilience*. Éd. Fabert.

rassuré par d'autres parents. Promouvoir l'attachement c'est aller éveiller et soutenir ce qui est dans la nature humaine, tant du côté de l'enfant que de l'adulte.

Campagne de sensibilisation et soutien universel à la parentalité

Promotion des besoins fondamentaux dont le besoin de se sentir en sécurité et en confiance avec ses parents.

Promotion des droits de l'enfant dans la famille, les milieux de garde, les écoles, les lieux récréatifs et sportifs, les médias.

Promotion d'une éducation non-violente basée sur les capacités empathiques innées des enfants et leur désir de collaborer.

Promotion de nouvelles manières d'éduquer en s'appuyant sur l'attachement, les neurosciences affectives et sociales, et sur des valeurs familiales, telle que l'équidignité dans la famille.

Le mot de la fin, je le laisse à un grand défenseur des enfants :

« Selon Bowlby, outre la survie du bébé et le développement du sentiment de sécurité nécessaire à son développement, il existe une autre utilité aux comportements d'attachement : favoriser la socialisation de l'enfant...Les bébés humains, comme les autres espèces, sont préprogrammés pour se développer d'une façon socialement coopérative. Il ajoute que leur capacité ou leur incapacité dépend en grande partie de la façon dont ils sont traités »³⁴.

Bowlby parle également de l'importance du soutien social. Il « conçoit le bien-être de la famille et le bien-être de l'enfant comme les deux côtés de la même médaille...Si une communauté s'intéresse à ses enfants, **elle doit prendre soin de leurs parents** »³⁵

Jeanne d'Arc Roy, T.S.

Spécialisée en petite enfance et parentalités

Un merci tout spécial à Louise Godin. Infirmière bachelière en périnatalité et petite enfance. Louise a lu et relu, commenté, échangé et mise en forme le texte. Elle a été d'un apport précieux et stimulant.

Québec, 29 avril 2020

³⁴ Noël L. (2003). *Je m'attache, nous nous attachons – le lien entre un enfant et ses parents*. Sciences et culture.

³⁵ Op cit, page 257.

JEANNE D'ARC ROY, T.S.



ÉTUDE

Baccalauréat en service social

1983

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, SHERBROOKE (QUÉBEC)

Enseignement préscolaire et élémentaire

1977–1978

36 crédits complétés et réussis

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, SHERBROOKE (QUÉBEC)

RÉSUMÉ DE CARRIÈRE

Plus de 30 ans d'expérience dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Chargée de cours à l'Université de Sherbrooke et professeure de stage au département à l'Université de Sherbrooke et à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Travailleuse sociale pendant de longues années auprès des enfants et des familles en grandes difficultés psychosociales. Conseillère clinique (2005–2015) pour les services de protection de l'enfance, de l'adoption nationale et internationale. Consultante familiale en pratique privée (2013 à ce jour) auprès de parents de jeunes enfants (0–5 ans), de femmes enceintes et de parents adoptifs. Superviseure clinique et formatrice (2005 à ce jour) pour les professionnels de la petite enfance au Québec (Centre de la petite enfance, Groupe communautaire, Centre de la Protection de l'enfance, Équipe SIPPE (Services intégrés en Périnatalité et Petite Enfance), Enfance-Jeunesse et Santé Mentale des Centres intégrés de Santé et des Services Sociaux, Centre de périnatalité L'Autre Maison, Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec) et en France (Protection maternelle et infantile, Protection de l'enfance, Pédopsychiatrie, Accueil et Adoptions, Association de Sages-Femmes, Unité mère-enfant).

MEMBRE DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC ET DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA SANTÉ MENTALE DES NOURRISSONS

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Travailleuse sociale en pratique autonome, (2011 à ce jour)

- Consultation familiale auprès des enfants 0–5ans et leurs parents, référés notamment par le Centre de périnatalité l'Autre Maison et Pétales (Parents d'Enfant présentant des troubles de l'attachement)
- Supervision clinique individuelle et de groupe
- Travail de rédaction de la Trousse de Voyage au cœur de l'attachement, en collaboration avec la Table des partenaires en petite enfance de St-Hubert (2012–2016)
- Conférencière et co-animatrice 1ères Francophonies de l'attachement, 11 juin 2018 à l'Université de Caen Normandie
- Participation à un groupe de travail (Québec–France) pour la Journée de la Francophonie Attachement (2016–2018)
- Supervision d'un stage à l'international, Éducatrice spécialisée, Mission Aide Sociale à l'Enfance, Troyes (2 Février au 1^{er} mars 2017)
- Formation auprès des organismes gouvernementaux et communautaires (Voir ci-après)

Centre jeunesse de la Montérégie (Protection de l'enfance), Longueuil (Québec) Conseillère clinique pour les services de protection de l'enfance et de l'adoption nationale et internationale (2015–2005)

- Assurer l'encadrement d'une équipe d'évaluation psychosociale pour les postulants à l'adoption internationale
- Accompagner les intervenants des services d'évaluation, de suivi en protection, de suivi en placement famille d'accueil et en adoption dans des situations complexes
- Participer à l'élaboration des programmes cliniques et à leur implantation
- Élaborer et donner des formations aux professionnels de l'ensemble des équipes cliniques du Centre jeunesse de la Montérégie (Voir ci-après)
- Organiser et animer des conférences avec des spécialistes de l'enfance (Voir ci-après)

- Superviser un stage à l'international, Programme de psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, (2008)

Centre de santé et de services sociaux Champlain, St-Hubert (Québec) CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAMPLAIN, BROSSARD (QUÉBEC)

Superviseure clinique pour l'équipe des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (2009–2005)

- Superviser et donner de la formation à des professionnels en équipe interdisciplinaire en vue de développer les compétences spécifiques à l'accompagnement des familles en contexte de vulnérabilité

Les Centres jeunesse de la Montérégie, Longueuil (Québec)

Travailleuse sociale (2004 à 1989)

- Procéder à l'évaluation psychosociale des enfants en protection de l'enfance, déterminer le plan d'intervention, assurer le suivi des familles et superviser les contacts parents-enfant.
- Travailler en collaboration avec des ressources ayant une expertise dans le domaine de l'attachement, la santé mentale et la toxicomanie (Voir ci-après)

CLSC HOCHELAGA-MAISONNEUVE, MONTRÉAL (QUÉBEC)

INTERVENANTE SOCIALE (1989)

- Appliquer le programme de maintien à domicile pour les personnes âgées
- Évaluer et intervenir auprès d'une clientèle en situation de crise, vivant les problématiques suivantes : toxicomanie, abus, itinérance, pauvreté, problème de santé mentale

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, SHERBROOKE (QUÉBEC)

Département de service social- Chargée de cours (1989)

- Préparer et enseigner les cours suivants : « Politiques sociales spécifiques à la famille », « Séminaire d'interventions méso-systèmes ».
- Professeure de stage

CENTRE DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (QUÉBEC)

CONSEILLÈRE -PLANIFICATION ET PROGRAMMATION ET INTERVENANTE SOCIALE (1989-1988)

- Assurer des fonctions de coordination et d'encadrement clinique auprès d'une équipe d'intervenants du service Adoption.
- Assurer le suivi psychosocial auprès de diverses clientèles principalement auprès d'enfants en besoin de protection.
- Mise sur pied d'une salle de thérapie par le jeu

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda (Québec)

- Professeure de stage - département de service social (1989-1988)

Ville de Sherbrooke (Québec)

- Animatrice-comédienne, école primaires, bibliothèque (1986-1983)

Garderie La Maison des enfants (Approche Montessori), Sherbrooke (Québec)

- Éducatrice (1983-1982)

ACTIVITÉS COMME FORMATRICE Centre jeunesse de la Montérégie

- Attachement et parentalité adoptive, Équipe d'évaluation psychosociale pour les postulants à l'adoption internationale (2015)
- L'enfant et ses réalités et les différentes parentalités et leurs défis, Groupe de postulants (adoption régulière et famille d'accueil de permanence) (2014-2015)
- Les notions d'attachement et d'accordage : des repères indispensables pour le transfert de lien, Équipe service adoption et retrouvailles (2012)
- Que veut dire faire le deuil de l'enfant biologique pour des parents ayant un projet d'adoption? Équipe service adoption et retrouvailles (2012)

- Protéger c'est d'abord évaluer : comment la protection de l'enfance est conditionnelle à l'évaluation des capacités parentales, Équipe évaluation des signalements (2011)
- Attachement et les troubles de l'attachement et intervention, Éducatrices du foyer de groupe Le Passage pour enfants (6-11ans) et des intervenants d'une classe de psychopathologie (École St-Julien à St-Jean (2011)
- Troubles de l'attachement et intervention, Équipe enfance de Repentigny, Centre jeunesse de Lanaudière (2011)
- Attachement chez l'adulte, Intervenants des familles d'accueil et des ressources intermédiaires (2009)
- Repères cliniques dans l'accompagnement des parents d'accueil qui reçoivent des nourrissons et des jeunes enfants (0-4ans), Intervenants au suivi des familles d'accueil (2008-2007)
- Les effets traumatiques de l'exposition à la violence sur les nourrissons et les jeunes enfants, Équipes enfance (2008)
- Le développement de l'enfant (0-5 ans), Équipes Enfance (2008)
- Attachement chez l'enfant et l'adulte : quelques notions pour mieux intervenir, Équipe évaluation des signalements (2008)
- Attachement et le développement du cerveau, Magistrature et avocats de l'Aide juridique de la Montérégie, Journée d'échange entre le social et la justice (2007)
- Formation pour les formateurs sur le plan régional, Programme clinique : Attachement et les troubles de l'attachement (2006)
- Conférence sur « Qu'est-ce que cela veut dire intérêt de l'enfant? », Directeurs et intervenants du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (2005)
- Conférence sur l'intervention auprès des familles ayant une problématique de négligence, Délégation française de directeurs généraux (2004)
- Formation attachement pour les parents du groupe « Apprendre Autrement » Cegep de St-Hyacinthe et Centre jeunesse (2005)
- Attachement et parentalité adoptive, Colloque de l'Association Emmanuel (Association en faveur de l'adoption d'enfants ayant un handicap) (2002-2000)
- Formation attachement : notions clefs, Équipe enfance du CLSC Samuel de Champlain (2001)
- La négligence et ses effets sur le développement de l'enfant, Étudiants en service social de l'Université du Québec à Montréal (1997)
- La transmission intergénérationnelle, Éducatrices d'un centre d'accueil en Montérégie (1996)

- L'importance de la recherche et de son utilisation dans la pratique, Étudiants en service social de l'Université de Montréal (1994)

ACTIVITÉS CLINIQUES

Centre jeunesse de la Montérégie

- Organisation et animation, Les midis de la petite enfance (2011–2010)
- Animation groupe d'étude du livre : L'enfant abandonné, Guide de traitement des troubles de l'attachement, de P. Rygaard (2007)
- Organisation, Journée clinique avec P. Rygaard, pour les professionnels du Centre jeunesse, du CSSS St-Hubert et Brossard et Département de pédopsychiatrie (2007)
- Organisation et animation, Journée clinique : Les séparations à but thérapeutique, Dr. Berger (2007)
- Organisation et animation de Journées cliniques en collaboration avec la Clinique d'attachement (Drs Gilles Fortin, Gloria Jeliu et Yvon Gauthier) (2006–2005)
- Organisation et animation, Séminaire : L'état de stress post-traumatique chez l'enfant, Dre Biard (2006)
- Organisation et animation, Séminaire : L'enfant séparé de ses parents, Drs. Maurice Berger et Yvon Gauthier (2005)
- Participation à l'organisation du 1^{er} Colloque : Développement de l'enfant, attachement et les impacts de la maltraitance (2004)
- Organisation, Ateliers : Plan d'intervention en tenant compte de l'attachement et de la notion de temps chez l'enfant, P. Foucault, Psychologue (2003)
- Organisation, Formation : Le jeune enfant, les aspects médicaux et développementaux, Dre Jeliu (2002)
- Participation à l'élaboration et à la promotion des standards de pratique en protection de la jeunesse (2002–1999)
- Organisation et animation, Conférence plénière : Attachement, développement et notion de temps chez l'enfant, Drs. Fortin, Jeliu, Gauthier, Morin et Me Archambault (1999)

- Présentation, Projet sur « La notion de temps chez l'enfant et son implication pratique », Concours annuel des Prix de l'Association des Centres jeunesse du Québec (1996)
- Élaboration et mise en œuvre, Projet d'aide aux devoirs et ateliers para-devoirs avec la Maison de quartier Désormeaux pour les enfants (1998–1995)
- Élaboration et mise en œuvre, Programme de familles d'accueil de soutien au Centre jeunesse de la Montérégie (1995)
- Participation, Projet de recherche sous la direction de J.O. Martinez, Les enfants négligés, leurs familles et l'impact de l'intervention à long terme, Centre jeunesse de la Montérégie (1995)
- Organisation et animation, Conférences cliniques et professionnelles, Les beaux midis (1994–1990)

PUBLICATION

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

COLLABORATION ET REPRÉSENTATION

- Animation, Atelier sur l'évaluation d'un enfant qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services répondant à ses besoins, Colloque spécial sur la Loi 21, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2011)
- Membre du groupe de travail de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Élaboration des lignes directrices (indices de retard chez les enfants préscolaires), Projet de loi 21 (2010–2011)
- Membre du groupe de travail de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et les Départements universitaires de service social, Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux, (2010)
- Membre du comité piloté par le Virage ayant pour mandat de le conseiller sur le plan scientifique et clinique pour le développement d'une offre de services pour les clientèles de femmes enceintes et de parents de jeunes enfants aux prises avec des problèmes de dépendance (2008)
- Membre du Comité sur la protection de la jeunesse à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006–2005)
- Membre de la délégation de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec à la Commission parlementaire sur le Projet de loi 125, (2005)
- Participation à l'élaboration du Mémoire de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec pour la Commission parlementaire, Projet de loi 125 (2005)
- Participation, Conférence plénière sur le suivi des enfants et leur parent dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, Délégation d'étudiants en assistance sociale, Université du travail en Belgique (2005)
- Membre d'un comité statutaire sur la formation continue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, (2005–2003)
- Participation à l'organisation d'un colloque de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec à l'occasion du 25^e anniversaire de la Loi sur la protection de la jeunesse, (2004–2003)

- Animation, Atelier sur « Le code de déontologie: un outil pour résoudre les dilemmes éthiques », Colloque de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, (2004)

PRATIQUE AUTONOME : FORMATION ET CONFÉRENCE

- Attachement et développement de l'enfant. Clefs pour l'accompagnement éducatif et thérapeutique, Formation de base (3 jours). Département médico-sociales : Caen, St-Étienne, Troyes, Val d'Oise, Strasbourg (2019)
- Attachement, développement de l'enfant et neurobiologie de l'attachement, Formation de base (3 jours) et Perfectionnement (2 jours) Table des partenaires en petite enfance St-Hubert (2019-2018)
- Développement de l'enfant et son immaturité cérébrale. Secrétariat à l'adoption internationale (1jour1/2). Montréal. (2018)
- Conférence sur les Fondamentaux de l'attachement et co-animation de la journée : Francophonies de l'attachement, Caen. 11 juin 2018
- Attachement et développement de l'enfant. Clefs pour l'accompagnement éducatif et thérapeutique, Formation de base (3 jours) et perfectionnement (2 jours). Département médico-sociales : Caen, St-Étienne, Troyes et Val d'Oise (France) (2018-2017)
- Conférence : Attachement : grossesse et mise au monde, Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes, Puy en Velay (France) (2016)
- Attachement et développement de l'enfant : 2 notions clés pour l'évaluation et l'intervention, Formation de base (3 jours) et perfectionnement (2 jours) Département des actions médico-sociales, Caen, St-Étienne, Troyes et Val d'Oise (France) (2016)

- Attachement, développement de l'enfant et les neurosciences affectives : une mise en pratique dans le cadre des visites à domicile, Équipe Famille-enfance-jeunesse, CISSS Montérégie-Centre (2016-2015)
- Attachement : repères théoriques et pratiques inspirés de la Trousse de Voyage au cœur de l'attachement, Centre de périnatalité L'Autre Maison, CISSS de la Montérégie-Centre, CPE La Marmicelle, L'Envol Programme d'aide aux jeunes mères, Maison de la famille la Parentr'aide, MAM autour de la Maternité (2016)
- Conférence : Vers un attachement sécurisant, Comité d'allaitement maternel, Montérégie (2016)
- Attachement et développement au cœur des interventions éducatives et thérapeutiques, Formation de base et perfectionnement, Département des actions médico-sociales : Caen, St-Étienne, Troyes et Val d'Oise (France) (2015)
- Attachement et développement, Équipe en périnatalité et petite enfance, CSSS Laval (2015)
- L'art de protéger nos petits et nos petites et de bâtir leur confiance. Formation de base et perfectionnement, Département des actions médico-sociales, (Troyes, France) (2014)
- Grossesse et parentalité adolescente : un regard attachement, Unité mère-enfant, Troyes (France) (2014)
- Attachement, Développement de l'enfant et neurosciences affectives : interventions préventives et spécialisées, Professionnelles de la petite enfance : CISC/Adoption nationale et internationale/Secteur communautaire (Montérégie, Laval, Montréal, Abitibi) (2014)
- Développement de l'enfant et soins parentaux. Interventions précoces éducatives et thérapeutique, Département des actions médico-sociales, Formation de base et perfectionnement, (Troyes, France) (2013)
- Principes fondateurs des interventions précoces, éducatives et thérapeutiques, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de

l'Hôpital Bellevue (St-Étienne/France) et Services de protection de la Belgique, du Luxembourg et de la Suisse et Département des actions médico-sociales, (Troyes, France) (2011)

- Utilisation du guide d'évaluation des capacités parentales au cours du processus d'intervention en prévention et protection de l'enfance, Équipes multidisciplinaires de la protection maternelle infantile et la protection de l'enfance, (Toulouse/France) (2011)
- Attachement et évaluation des capacités parentales, Équipe Enfance-jeunesse, Santé mentale et Services intégrés en périnatalité et petite enfance, CSSS Champlain (2010)
- Principes fondateurs des interventions précoces, éducatives et thérapeutiques Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Bellevue (St-Étienne/France et Services de protection de la Belgique, du Luxembourg et de la Suisse) (2009)
- Attachement et les points forts de Brazelton, Médecins et professionnelles de la santé et des services sociaux en périnatalité et petite enfance, L'Autre maison, Groupe de médecine familiale (2009 à 2019)
- Attachement et développement de l'enfant, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Formation continue (2008 à 2011)
- Le bébé humain a besoin de s'attacher pour bien grandir, 23^{ème} Symposium de la Ligue La Leche, Allaiter : Nourrir le corps, la tête et le cœur (2010)
- Attachement, problème d'attachement et attachement désorganisé, Équipe du Carrefour socio-médical jeunesse du grand Longueuil, Centre d'expertise en maltraitance pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans (2010-2009)
- L'attachement et le développement du cerveau, Direction de santé publique de la Montérégie, Équipe des superviseurs cliniques des équipes SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) (2007)

FORMATION CONTINUE ET PERFECTIONNEMENT

- Attachement et troubles de l'attachement
- Approche sensorimotrice de la psychothérapie
- Approche éco-systémique, familiale et appréciative
- Développement du nourrisson, de l'enfant et de la famille
- Évaluation des capacités parentales
- Formation des formateurs
- Intégration du cycle de la vie : approche qui s'appuie sur les neurosciences affectives et l'attachement.
- Maltraitance et intervention
- Médiation familiale
- Neurosciences affectives et sociales
- Parentalité positive
- Plan d'intervention et plan de service individualisé
- Problèmes de santé mentale et intervention
- Psychopathologie, traumatisme chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent et résilience
- Psychothérapie enfant-parents

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

À noter : Le détail (nom des formatrices et formateurs, nombre d'heures) des formations reçues est disponible sur demande.