

Université de Montréal

**Exigences dialogiques et enjeux éthiques du travail en collaboration
auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement.**

Dix entretiens.

Par Hugues Létourneau

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive
Programme de Bioéthique

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue
de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)
en bioéthique

Décembre 2016

© Hugues Létourneau, 2016

Université de Montréal

**Exigences et enjeux éthiques du travail en collaboration
auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement.
Dix entretiens.**

Présenté par : Hugues Létourneau

Décembre 2016

RÉSUMÉ

Le présent mémoire de maîtrise porte sur les exigences et les enjeux éthiques du travail en collaboration (pluri et interdisciplinaire, pluri et interinstitutionnel) auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement.

Il rend compte d'une recherche exploratoire au cours de laquelle nous avons rencontré 10 professionnels pratiquant le travail social, la psychoéducation, la psychologie, la pédopsychiatrie, l'éducation, l'enseignement ainsi qu'une personne ayant accueilli des enfants présentant des troubles sévères de l'attachement. Tous ces professionnels interviennent ou sont intervenus auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement. Ces enfants vivent une situation très complexe qui nécessite l'intervention de professionnels provenant de champs de pratiques et d'établissements différents.

Les entrevues duraient une heure, comprenaient trois parties. La première permettait au participant de bien se situer par rapport à ces enfants, la deuxième était la lecture d'une vignette présentant une situation spécifique d'enfant et la troisième consistait en une série de questions portant sur la vignette en lien avec la clinique, l'éthique, les valeurs et le travail-ensemble.

Les résultats portent spécifiquement sur la perception de l'autre et le respect de soi. Le lecteur y découvrira l'importance de la dignité, l'intégrité et les effets dévastateurs du jugement de valeur de l'autre qui fragilise le travail-ensemble dans la perspective du bien faire ensemble. Les professionnels qui œuvrent en pluridisciplinarité, en interdisciplinarité et en inter établissement sont des personnes avant tout.

Mots clés : Collaboration, Éthique, Fragilité de l'enfant, Interdisciplinarité, Intervention professionnelle, Pluridisciplinarité, Troubles sévères de l'attachement, Valeurs.

SUMMARY

This master memoire focuses on the ethical requirements and challenges of work in pluridisciplinarity, interdisciplinary and inter institution interventions with children presenting severe attachment disorders .

These memoire presents the results of an investigation for which we used aqualitative/exploratory methodology to perform our research. We have met with ten professionals of diverse backgrounds: social work, psychoeducation, psychology, children psychiatry, rehabilitation and education. We also met with a person that accommodates children with serious disrupted attachment troubles. All these people are working with children living in a very complex situation, which requires a professional intervention coming from diverse fields and different institutions.

All the interviews were one hour long and all had three parts. Part 1 gave the participants a chance establish where they see themselves in regards to the children and the situation (The who's who and who does what). Part 2 let the participant familiarized on a disrupted attachment child's history case. Finally, part 3 was a series of predetermined questions on the case, with a special attention to clinical and ethical aspects and also with the possible interaction with the other professionals.

The results give primary importance to the perception of the other professionals and the notion of self-respect. The reader of the memoire will be discovering the importance of dignity, integrity and also the destructive effects of value judgement on the others and on the difficulty to do well when working with other professionals. It is important to remember that the professionals working in multidisciplinary, interdisciplinary and inter institution situation are first and fore most human being like the troubled children and their parents.

Keywords: Collaboration, Ethical, Interdisciplinarity, Professionnal intervention, Pluridisciplinarity, Severe deprivation of attachment, Child vulnerability, Values.

REMERCIEMENTS

Tout au cours de mes études, j'ai reçu un appui inconditionnel de Danielle Malette, ma conjointe et de nos enfants : Frédéric, Laurent et Sarah. Je leur suis reconnaissant et les en remercie de tout mon cœur et peut-être que cette recherche leur servira.

Je remercie aussi chaleureusement monsieur Guy Bourgeault, mon directeur de mémoire qui m'a appuyé dans ma recherche et a su corriger avec rigueur mes textes et m'imposer des critères de rigueur et d'excellence.

Je remercie tous les participants qui m'ont donné généreusement leur temps et permis d'accéder à leurs valeurs sans lesquelles cette recherche n'aurait pu avoir lieu.

Je remercie aussi le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire qui a libéré les personnes interviewées y travaillant pour participer à ma recherche ainsi que son comité d'éthique de la Recherche pour ses conseils et son aide.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
SUMMARY	iv
REMERCIEMENTS.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE ET L'OBJET DE LA RECHERCHE	5
1. La recension d'écrits scientifiques et professionnels.....	6
1.1. De la théorie de l'attachement à la clinique	6
1.2. Le trouble sévère de l'attachement (t.s.a.).....	8
1.2.1 De la prévention à l'intervention curative ou réparatrice.....	8
2. La définition de l'enfant.....	9
3. Les difficultés de l'évaluation de l'enfant	10
4. Les incertitudes découlant de l'évaluation de l'enfant.....	11
5. La nécessité du travail-ensemble auprès de ces enfants	12
6. La présence et l'absence de l'éthique	14
7. Notre question de recherche exploratoire.....	19
CHAPITRE 2 LES REPÈRES JURIDIQUES, ÉTHIQUES ET THÉORIQUES.....	21
1. Le statut complexe de l'enfant	21
2. La complexité et les incertitudes qui en découlent pour l'intervenant.....	23
3. La pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et l'inter établissement.....	23
4. La tension entre règle et délibération.....	26
5. La responsabilité individuelle et collective – la responsabilité partagée	27
CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE	29
1. Les prétests	29
2. L'approbation de notre recherche.....	29
3. Les participants.....	30
3.1 L'identification des participants et leur sollicitation.....	30
3.2 Le choix et la sollicitation des participants	31
3.3 La situation des personnes.....	32
4. Les entrevues	32
4.1 La confidentialité.....	32
4.2 La durée et la période des entrevues	33
4.3 La mise en confiance des participants.....	33

4.4	Le contenu de l'entrevue	33
4.5	La rigueur du processus suivi	36
4.6	La transcription des entrevues.....	36
CHAPITRE 4 LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES DONNÉES		37
1.	La première étape	37
1.1	Qui sont les personnes interviewées ?	37
1.1.1	La mission de leur établissement	38
1.1.2	Leur vision et conception de l'enfance	38
1.1.3	Leur expertise et leur rôle auprès des enfants présentant des t.s.a.....	40
1.1.4	Leurs représentations des enfants présentant des t.s.a.....	40
1.1.5	Leurs définitions des t.s.a.....	41
1.2	Leurs interventions.....	42
1.2.1	Les limites de leurs interventions auprès de ces enfants	42
1.2.2	Leurs distinctions entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et inter établissement.....	42
1.2.3	Les défis de l'intervention auprès de ces enfants	43
1.2.4	Le support à l'intervenant.....	43
1.3	L'éthique et la déontologie	44
2.	La deuxième étape	44
2.1	La lecture de la vignette et les questions convergentes.....	44
3.	La troisième étape.....	45
3.1	Les personnes interrogées interviennent à quel moment	45
3.2	Les autres professionnels susceptibles d'intervenir	45
3.3	Leurs valeurs dans leurs interventions.....	46
3.3.1	Les personnes interrogées veulent avant tout connaître l'enfant et ses parents.	46
3.4	Les suites de leurs évaluations	47
3.4.1	Bien intervenir ne signifie pas proximité.....	47
3.5	Le travail-ensemble.....	48
3.5.1	Les prérequis pour travailler avec d'autres professionnels	48
3.5.2	Les pourquoi du travail-ensemble	48
3.5.3	Le faire ensemble et la recherche des objectifs	50
3.6	La place de l'éthique dans le faire ensemble	50
3.6.1	La référence à l'éthique ou ce qui est éthique et ce qui ne le serait pas.....	50
3.6.2	Le partage d'une éthique commune	51
3.6.3	Les limites d'une intervention en silo	52
4.	Conclusion	53

CHAPITRE 5	LA DISCUSSION.....	55
1.	Un même regard sur les t.s.a.....	55
1.1	Une vision commune de l'enfant.....	55
1.2	Comment les personnes interviewées interviennent-elles près de ces enfants?	57
2.	Les difficultés, les enjeux et les exigences ((ou défis)) du travail-ensemble.....	57
2.1	Une multiplication des savoirs et savoir-faire	58
2.1.1	Les professionnels impliqués	58
2.1.2	Les cadres légaux pouvant s'appliquer	58
2.1.3	Le contexte institutionnel des actes professionnels.....	59
2.2	Les perspectives de faire autrement.....	59
2.3	Comment les personnes interviewées interviendront-elles avec d'autres?.....	60
2.4	Les valeurs et l'éthique des personnes interviewées.....	62
2.4.1	Un constat.....	62
2.4.2	Questions et enjeux de l'ordre des valeurs ou de l'éthique.....	62
2.4.3	Les nécessités de la complexité	62
2.5	L'impact du cas (vignette) et l'expression des frictions.....	63
2.6	La reliance des valeurs et des éthiques à des éthiques reconnues.....	65
2.6.1	Les personnes interviewées utilisent-elles la délibération lors de leurs discussions ?	67
3.	Les entraves à la circulation de l'information	68
3.1	Le secret professionnel.....	68
3.2	La confidentialité.....	68
4.	L'éthique du Care ou prendre soin.....	70
CONCLUSION		73
1.	Que retenir ?.....	73
2.	Quelques voies pour la recherche et pour l'action	74
BIBLIOGRAPHIE		77
Annexe 1	Protocole d'entrevue	i-1
Annexe 2	Approbation finale du projet de recherche	i-3
Annexe 3	Lettre d'invitation à la participation à la recherche	i-5

INTRODUCTION

Notre recherche porte sur les valeurs et/ou les repères d'ordre éthique qui sous-tendraient les pratiques des intervenants auprès des enfants présentant des troubles sévères de l'attachement¹. Ces enfants sont parfois connus par le directeur de la Protection de la jeunesse² à la suite de signalements faits par des personnes estimant avoir des motifs raisonnables de croire qu'ils seraient négligés ou maltraités³. Ces signalements retenus pour l'évaluation de la situation⁴ permettront parfois de constater la présence réelle de négligence et aussi de mauvais traitements. Après ces constats, la sécurité ou le développement de ces enfants pourront être déclarés compromis pour prendre des mesures adéquates visant à mettre fin à cette situation vécue par l'enfant⁵, les capacités parentales de son ou de ses parents pourront être évaluées. Seront aussi évalués, dans certains cas, les comportements des enfants.

L'évaluation des capacités parentales n'est pas toujours effectuée au moment du signalement, sauf lorsque des enfants de 0 à 5 ans⁶ sont en cause, et alors elles sont évaluées systématiquement. Dans certains cas, des dysfonctionnements problématiques de l'enfant, par exemple avec les parents de la famille d'accueil, seront également évalués. Dans le cadre de cette évaluation, l'anamnèse des relations enfant parent sera faite et pourra permettre de constater la présence de carences parentales lesquelles pourront expliquer les difficultés d'attachement de l'enfant.

¹ Que nous identifierons par la suite sous l'acronyme : t.s.a. Notons que depuis 2013, le DMS-5 a changé l'identification des troubles envahissant de l'attachement par trouble réactionnel de l'attachement. Ce changement n'a pas été suivi par Lemay (2014) et notre recherche a commencé en 2009.

² Le directeur de la protection tire ses devoirs et pouvoirs de la Loi sur la protection de la jeunesse ; RLRQ c P-34.1.

³ Article 39 de La L.P.J. crée le devoir de signaler lorsqu'il y a motif raisonnable de croire que la sécurité et le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis.

⁴ Article 49 de L.P.J. dicte que l'évaluation portera sur « la situation de l'enfant et de ses conditions de vie ».

⁵ Article 2.3 de la L.P.J. dicte que « Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents en vertu de la présente loi doit :

a) 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; ».

⁶ Directive administrative de la direction de la protection de la jeunesse.

Les interventions découlant de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse ont pour objectif de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et d'éviter qu'elle se reproduise. Les interventions des cliniciens des centres jeunesse sont aussi effectuées dans un cadre normé par l'application d'ententes sur mesures volontaires ou d'exécution d'ordonnances de la Cour du Québec prenant en considération l'âge de l'enfant, ses conditions de vie et sa situation familiale.

Jusqu'au 1^{er} avril 2016, nous avons été avocat au Centre jeunesse de Montréal. Au cours de nos 36 ans de pratique légale dans cet établissement, nous avons participé à plusieurs dizaines de discussions concernant la situation de ces enfants ainsi qu'à des forums de réflexion sur l'abandon et l'attachement. Au fil de ces rencontres, nous avons constaté un accroissement du nombre d'intervenants d'appartenances professionnelles différentes auprès de ces enfants. Au nombre de ces professionnels, nous pouvions retrouver des pédiatres, pédopsychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, psycho éducateurs, infirmières et éducateurs et autres. Cette multiplication de professionnels impliqués auprès de l'enfant nous a interpellé sur leur nécessité. Nous constatons alors que leur présence alourdissait les discussions et compliquait la prise de décision et leur acceptation.

Nous constatons aussi que plus il y avait de professionnels, plus il était question de l'attachement de l'enfant et plus les intervenants invoquaient les difficultés de leurs interventions et leurs incertitudes quant à leurs effets sur le bien-être de l'enfant. Il nous apparaissait y avoir beaucoup de pourquoi et peu de réponses consensuelles. L'individualité des pratiques semblait alors entraver l'incorporation des connaissances des autres autour de la table. Pour notre part, nous constatons alors ces difficultés de communication entre certains professionnels sans toutefois comprendre le pourquoi. Perception différente, relation de pouvoir desquelles pouvaient découler de l'agressivité et des refus de discuter étaient des hypothèses. Plus le nombre d'intervenants était

important plus la gestion de la discussion de cas était laborieuse dans le partage de la vision de la situation de l'enfant, le partage de l'information et l'incompréhension sur le rôle de chacun selon leur appartenance professionnelle, leur lieu de travail et leur responsabilité. Pour permettre de régler momentanément les différends exposés, la loi servait souvent de médiatrice, la confidentialité était réglée par la Loi sur l'accès à l'information⁷, la Loi sur les services de santé et services sociaux⁸ et la Loi sur la protection de la jeunesse et le secret professionnel par les codes de déontologie⁹ de chacun.

Finalement, pour mettre fin à ces discussions, nous regardions les besoins de preuve devant la Cour du Québec-Chambre de la jeunesse et les responsabilités légales de la directrice de la Protection de la jeunesse, ce qui souvent permettait de mettre fin aux discussions sans toutefois solutionner les dilemmes soulevés par un autre ordre que la Loi qui avait, selon l'avocat, réponse à tout avec la conséquence de donner selon Cleret de Langavant (2001 : 37) une importance démesurée au droit et d'exclure en partie les questions éthiques.

Dans le cadre de ces discussions et réflexions, nous avons aussi constaté que ces professionnels évoquaient peu l'éthique pour se questionner sur leurs actes et les actes des autres, les dilemmes exposés et les mésententes. Cette utilisation rare de « c'est éthique », « ce n'est pas éthique » nous a interpellé sur les valeurs des intervenants et leurs préoccupations éthiques face aux dilemmes auxquels ils devaient faire face.

Aussi nous sommes-nous intéressé, au cours de nos études en bioéthique, aux rapports entre pluridisciplinarité et interdisciplinarité et aux enjeux sous-jacents, puisant alors aux écrits d'Edgar Morin sur la pensée complexe, ce qui nous fut utile pour la réalisation de notre recherche explorant précisément les exigences du travail-ensemble dans la pluri ou interdisciplinarité et inter

⁷ Nous faisons référence à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ c A-2.1.

⁸ RLRQ c S-4.2.

⁹ Tous les codes découlent de la Loi habilitante : le Code des professions, RLRQ c C-26.

établissement ainsi que les enjeux éthiques lors des interventions socio-médico-éducatives rendues nécessaires auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement (t.s.a.).

La situation de ces enfants est complexe et suscite des interventions multiples tant au niveau de leur évaluation que de l'intervention. Cette complexité confronte les cliniciens à la perspective de devoir faire ensemble et peut susciter des questions éthiques, et nous voulons explorer sur ce qui les guide lorsqu'ils ont à travailler avec d'autres pour le bien-être d'un enfant.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE ET L'OBJET DE LA RECHERCHE

Notre questionnement sur le travail-ensemble découle d'observations empiriques que nous avons effectuées au cours de notre pratique professionnelle au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Au cours de cette période, nous avons observé une grande présence du droit dans les choix d'orientations cliniques prises par la direction de la Protection de la jeunesse auprès des enfants et de leur famille. Récemment, nous avons assisté à la professionnalisation des cliniciens pratiquant dans les mêmes centres. Nous avons aussi constaté l'accroissement d'intervenants de formations professionnelles multiples auprès d'enfants présentant des problématiques particulières. Au cours de discussions de cas auxquelles nous avons assisté, des prises de positions différentes pouvaient être exposées à l'égard desquelles des consensus étaient recherchés. Lorsque de tels compromis étaient impossibles, la direction de la Protection de la jeunesse, compte tenu de ses responsabilités légales, devait décider à la fois de la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant et des mesures à prendre pour mettre fin à la situation qui afflige cet enfant. Nous avons constaté que les enfants présentant des t.s.a. suscitaient l'intervention d'un grand nombre de professionnels et que cette problématique faisait l'objet de réflexions et d'études dans le milieu de la protection de la jeunesse. Ainsi nous en sommes venu à nous demander si les intervenants ont recours à l'éthique ou s'en inspirent dans le travail-ensemble et si oui comment ils le font.

Afin de nous assurer que notre interrogation pouvait aller au-delà de nos observations empiriques, nous avons fait une recension d'écrits portant sur la théorie de l'attachement, son application clinique, la complexité tant de la situation des enfants que des interventions elles-mêmes et les questions éthiques soulevées autour de ces sujets liés. Pour identifier articles scientifiques, monographies, rapports de recherche, mémoires et thèses pertinents, nous avons effectué des recherches dans les bases de données suivantes : PsycINFO, Pub Med, CAIRN, Érudit mais aussi dans Atrium, catalogue de l'Université de Montréal et Virtuose, l'outil de recherche de l'UQAM, en combinant les termes suivants : trouble sévère de l'attachement OU trouble de l'attachement OU attachment disorder OU severe deprivation ET intervention OU approche OU approach ET interdisciplinarité /interdisciplinaire/ interdisciplinary / pluridisciplinaire / pluridisciplinarité / multidisciplinary ET éthique/ethical ET valeur/value.

Cette recension d'écrits nous permettra de présenter, en justifiant notre choix, l'objet de notre recherche et ses deux questions principales et soutenir une réflexion rigoureuse sur le bien-fondé de notre sujet de recherche, notre question et la méthode de recherche appropriée.

Notre recherche porte sur les exigences du travail dans la pluri ou en interdisciplinarité et inter établissement ainsi que les enjeux éthiques lors des interventions socio-médico-éducatives auprès des enfants présentant des t.s.a.

1. La recension d'écrits scientifiques et professionnels

1.1. De la théorie de l'attachement à la clinique

La théorie de l'attachement origine de John Bowlby, (1907-1990), psychiatre et psychanalyste britannique qui a pris conscience de l'attachement lors de l'exécution, dans les années qui ont suivi la seconde guerre mondiale, du mandat de l'Organisation mondiale de la santé (OSM) (1951)¹⁰. Sa recherche portait sur des enfants « *who were homeless in their native country* » (1951 : 9). L'intérêt de son rapport fut de reconnaître les besoins de l'enfant à bénéficier des soins continus de sa mère ou d'une autre personne stable auprès de lui dans les premières années de sa vie.

La théorie de l'attachement a heurté des croyances établies et suscité des critiques telles que rapportées par Brandel, et Ringel (2007), respectivement psychanalyste et travailleur social, par exemple : « *I can't quite make out why it is that Bowlby papers are building up in me a kind of revulsion.* » et « *While many analysts of the thime saw Bowlby's theories as simplistic and anti-psychoanalytic* » (p. 39).

L'application clinique de la théorie de l'attachement a été favorisée par Mary Ainsworth (1919-1999). Elle a observé comment l'attachement se développe chez l'enfant et comment il peut y avoir des failles ou des défaillances dans son établissement. Ses observations ont permis l'évolution de la connaissance de notre société concernant la vulnérabilité des enfants et de leur dépendance à l'égard de leur dispensateur de soins, leur « caregiver », en général, leur mère. D'autres chercheurs et d'autres cliniciens ont continué à explorer l'application de la théorie de l'attachement. Donald Winnicott, (1896-1971) pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique a, selon (Sutter,Glatigny-Dallay et Sammut, (2004 : 721) concentré ses recherches et

¹⁰ (1951) Maternal care and mental health. Genève : World Health Organization monograph series.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40724/1/WHO_MONO_2_%28pa.

observations « sur la relation mère-enfant qui se développe durant la grossesse et continuera à se développer après la naissance ».

Selon Michel Lemay (2014), pédopsychiatre québécois rattaché à l'hôpital Ste-Justine, le génie de Bowlby a été de diriger « son regard en premier lieu vers le bébé humain et en se demandant s'il présente de façon innée une capacité de se retourner activement vers son ou ses donneurs de soins » (p. 121). Toujours selon Lemay, il a fait de l'enfant à la fois un personnage acteur de son développement, et aussi l'enfant de ou dépendant de sa mère ou de son principal donneur de soins.

Cyrulnik, (2015), psychiatre, psychanalyste, éthologue et auteur de plusieurs écrits sur la résilience¹¹, déclare dans la préface d'un ouvrage collectif :

Depuis les années 1980, la théorie de l'attachement connaît une expansion mondiale : les congrès, les laboratoires, les revues, les thèses, élaborent en abondance ce mode d'approche des mondes intimes et intersubjectifs. Des groupes de recherches biologiques, psychologiques, sociologiques s'associent avec des chercheurs de terrain pour produire une nouvelle représentation du psychisme (p. XII).

Les observations effectuées par ces chercheurs ont permis d'identifier quatre types d'attachement sous le qualificatif général de sécure/ insécure. Les attachements insécures sont identifiés de anxieux-ambivalents, anxieux-évitants et de désorganisés-désorientés. Désorienté n'est pas utilisé avec désorganisé par tous les chercheurs (St-Antoine)¹², par exemple Michel Lemay (2014 : 126) utilise uniquement le qualificatif désorganisé. Ils ont ainsi poussé plus loin l'application de la théorie de l'attachement vers des problématiques affectant des enfants afin d'aider les cliniciens dans leurs évaluations et dans leurs interventions.

Les auteurs Lamas, Guédeney (2006) rappellent que la théorie de l'attachement ne constitue pas une théorie globale du fonctionnement psychique de l'enfant, mais qu'il y a intérêt à s'y référer entre autres pour « l'évaluation et la compréhension de l'impact de certains événements de vie pour l'enfant (modification du mode de garde, séparation ou perte parentale, garde alternée,) et la compréhension des situations de maltraitance » (p. 114).

¹¹ (2001), *Les Vilains petits Canards*, éd. Odile Jacob, livre de poche, Toulon.

(2002), *Un merveilleux Malheur*, éd. Odile Jacob, Toulon.

(2012), *Résilience : les connaissances de base*, éd. Odile Jacob, Toulon.

¹² Saint-Antoine, M. (s.d.) *Les Troubles de l'attachement*, *Revue professionnelle Défi Jeunesse*, http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm, consulté septembre 2016.

Notre recension bibliographique nous permet de constater aux fins de notre recherche que toute étude portant sur la théorie de l'attachement ou l'invoquant reconnaît que cette théorie a pour fondement les études et publications effectuées par John Bowlby.

1.2. Le trouble sévère de l'attachement (t.s.a.)

1.2.1 De la prévention à l'intervention curative ou réparatrice

L'attachement étant considéré comme le fondement du développement social des personnes, des chercheurs se sont interrogés sur le comment assurer à l'enfant un attachement sécure.

Montagner (2004), professeur, français, en psychophysiologie présente la différence de comportements entre un enfant sécure et un enfant non-sécure ou insécure. Il énonce

les conditions à remplir pour qu'un attachement « sécure » puisse s'installer, les temps qu'il faut aménager pour ne pas contrarier, déstabiliser ou désorganiser les rythmes différents des enfants, et les espaces qu'il faut leur aménager pour permettre à chacun d'explorer, de découvrir et de s'approprier l'environnement (p. 537).

Cet apport a permis au milieu médical de porter une plus grande attention au suivi en périnatalité et en post-accouchement afin d'intervenir précocement auprès de la mère et espérer éviter les troubles de l'attachement à l'enfant. Les chercheurs Dugravier, Guédeney, Saias, Greacen, Tubach et le groupe de recherche CAPEDP (2009 : 485) se sont inscrits dans cette volonté de prévention. Leur étude a porté sur une période de deux ans et trois mois impliquant 440 mères et leurs enfants. Ces mères de moins de 26 ans, sous-scolarisées, au revenu modeste et isolées, constituaient pour cette équipe des éléments de risque pour leurs enfants de développer des troubles de l'attachement. Ils ont constaté au cours de leurs recherches des problèmes personnels supplémentaires dans l'histoire de ces mères participantes tels que : « abandon, isolement, traumatismes multiples, conflits familiaux, déracinement qui peuvent les empêcher de penser clairement. » Plusieurs de ces femmes ont vécu aussi une grossesse difficile lors de laquelle ont aussi été constatées des périodes de solitude et de détresse. Ainsi les problèmes personnels maternels peuvent, selon ces chercheurs, les éloigner de leur enfant, leur faire vivre de l'instabilité, de l'incohérence dans leurs rapports avec leur enfant et affecter l'établissement de leur lien d'attachement.

Les troubles de l'attachement ont aussi été reliés aux maladies mentales infantiles, telles que les retards constatés chez les enfants atteints d'autisme, de troubles envahissant du développement

(ted), du trouble de déficit de l'attention (tdah) et du trouble sévère de l'attachement. Ces divers qualificatifs propres à un retard mental ont été, au début, isolés les uns des autres pour ultérieurement être regardés les uns par rapport aux autres dans un contexte de mixité. Des questions ont été posées par les chercheurs. Est-ce qu'un enfant autiste peut aussi avoir des troubles de l'attachement ? Si oui, comment le diagnostiquer ? Cette jonction des sources des retards mentaux a permis de préciser et distinguer les diagnostics, mais aussi de les relier et de donner un portrait de l'état de l'enfant de façon à pouvoir établir ses besoins d'intervention y inclus ses besoins de protection.

L'hébergement d'enfants en famille d'accueil ou leur adoption ont permis de constater que plusieurs présentaient des troubles de l'attachement. Selon les chercheurs Wahl, Ismard et Guédeney (2011), « L'attachement désorganisé est plus fréquent dans les populations caractérisées par des facteurs de risque d'altération des soins parentaux, tels que l'appartenance à une minorité ethnique, la pauvreté, la maltraitance, la carence, l'abus de substances, le faible niveau d'éducation, la parentalité adolescente » (p. 150).

Des recherches plus pointues, sur les enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés, ont permis de constater l'importance de leur désorganisation et du pourquoi. En effet des études démontrent selon Losinski, Katsiyannis, White, Wiseman, (2016 : 184) que les troubles de l'attachement plus spécifiquement les DSED¹³ sont relativement rares dans la société pour les enfants d'âge scolaire 0,9 %-1,4 %, alors que pour les enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés le pourcentage grimpe à 38 % et 40 %. Ces enfants en besoins spéciaux demandent beaucoup à leurs parents d'accueils ou adoptifs. Il est aussi suggéré fortement d'assurer un suivi de ces enfants et des personnes les accueillant. Les exigences de stabilité et de continuité de tous les intervenants auprès de ces enfants sont aussi nécessaires à la stabilité de ces enfants.

2. La définition de l'enfant

La situation de ce groupe d'enfants identifié nous questionne sur le comment nous définissons l'enfant. Par exemple, la Loi sur la protection de la jeunesse définit l'enfant comme : « une personne de moins de 18 ans »¹⁴.

¹³ Disinhibited social engagement disorder.

¹⁴ RLRQ c P-34.1, article 1 paragraphe c.

Cette représentation légale de l'enfant nous apparaît peu représentative de la situation sociale et culturelle de l'enfant telle que décrite ci-haut. Notre recension nous a permis de nous recentrer sur la situation unique de l'enfant dans la vie d'une personne. La vulnérabilité de l'enfant va au-delà de ce que vit un adulte malade qui est généralement autonome. Cet adulte se voit reconnaître le droit de questionner duquel découle le devoir pour l'intervenant ou le soignant (Koury et Philips-Nootens, 2005 : 258) (Deleury et Goubau, 2008 : 103) de respecter son droit de savoir considéré essentiel à l'exercice de son droit de consentir ou de refuser.

Irène Théry (2001) considère que : « [...] l'enfant a toujours été institué à la fois comme un être jeune (le *puer* latin) et en tant que fils ou fille de (*filius*)... » (p. 529). Cette dualité dans laquelle est l'enfant reflète bien la vulnérabilité de l'enfant qui peut être amenée ou accrue selon les capacités du parent d'y répondre.

Cette conscience de la dépendance des enfants est particulièrement matérialisée pour l'enfant maltraité et négligé face à son lien paradoxal avec son parent maltraitant ou négligent qui, selon Gauthier, Fortin, Jeliu (2009), « ne peut faire autrement que de s'attacher à lui - il n'a pas d'autre solution, c'est quand même ce seul parent qui est là le plus souvent pour répondre à ses besoins » (p. 46).

3. Les difficultés de l'évaluation de l'enfant

Le milieu médical, grâce à la pédiatrie et la pédopsychiatrie, a développé des méthodes d'interventions que nous retrouvons dans des protocoles d'intervention pour le suivi de l'enfant et de sa maman, lesquels ont inclus ultérieurement le père et d'autres membres de la famille. À cet effet, les chercheurs Davidson, O'Hare, Mactaggart, Green, Young, Gillberg et Minnis (2014), citant un article paru en 2013, exposent la multiplication des problèmes constatés affligeant ces enfants : *additional problems such as aggression, anxiety, hyperactivity, behavioural problems or social relationships difficulties may be more likely to result in a referral to CAMHS than symptoms of the core disorder itself* (Byrne, 2003); Kantzer, Fernell, Gillberg, & Miniscalco, 2013) (p. 64).

Ils revendiquent une approche holistique de la situation de l'enfant pour une intervention appropriée. Leur étude porte sur 115 enfants présentant des RAD¹⁵ et aussi des ASD¹⁶. Ils ont démontré la difficulté d'établir un bon diagnostic parce que l'histoire développementale de l'enfant

¹⁵ Reactive attachment disorder, selon le qualificatif utilisé par les auteurs.

¹⁶ Autism spectrum disorder, selon le qualificatif utilisé par les auteurs

est « obscure » ou la présence de symptômes sont « subtils ». Cependant, ce qui distingue chaque groupe d'enfants : les ASD ont peu d'histoire de mauvais traitements contrairement aux RAD.

Les chercheurs ont dû aussi s'interroger sur comment bien déterminer l'étiologie constatée chez ces enfants afin d'aller au-delà du silo des pratiques effectuées sous la Loi sur la protection de la jeunesse pour déterminer davantage leur intérêt. Cette évaluation plurifactorielle soulève la nécessité, par exemple, de faire, selon les chercheurs Wahl, Ismard et Guédeney (2011 : 153), la distinction entre le comportement socialement déviant d'un TED¹⁷, d'un trouble de l'attachement dont le diagnostic est un : « défi [...] »

Une telle complexité vécue par l'enfant requiert une approche globale rappelle Schofiels et Beek (2011) puisque la théorie de l'attachement « utilisée avec précision et souplesse dans le cadre d'une approche globale visant à promouvoir le bien-être des enfants, peut apporter une importante contribution à l'amélioration du devenir des enfants » (p. 491).

4. Les incertitudes découlant de l'évaluation de l'enfant

Les intervenants sont confrontés à une multitude d'éléments s'inscrivant dans le temps de l'enfant, conséquemment ils doivent se mettre en garde des risques de traiter l'enfant comme un objet pour éviter les conséquences exposées par Morin (2005a) :

l'objet est le connaissable, le déterminable, l'isolable, et par conséquent le manipulable. Il détient la vérité objective et dans le cas, il est tout pour la science, mais manipulable par la technique, il n'est rien. Le sujet est l'inconnu, inconnu parce qu'indéterminé, parce que miroir, parce qu'étranger, parce que totalité (p. 59).

Les caractéristiques de vulnérabilité et de dépendance de l'enfant seraient porteuses d'incertitude. Ces incertitudes peuvent parfois être amplifiées selon Gauthier (2009) pour les intervenants par

des instruments de recherche très sophistiqués dans le domaine entraînant des résultats de haute qualité scientifique » avec pour conséquence de les rendre inaccessible pour les intervenants pour faute de temps et leur donner « fréquemment l'impression de ne pas être assez scientifique (p.125).

assez compétents pour évaluer ces enfants.

Dans ce même courant de pensée, Michel Lemay (2014) s'étonne « parfois de l'importance qu'on leur donne dans bien des recherches, comme si ces outils standardisés constituaient des « vérités

¹⁷ Trouble envahissant du développement,

probantes selon les affirmations de leurs utilisateurs » (p. 133). Pour paraphraser Morin, (2005a) « La totalité est la non vérité ». Ainsi Lemay nous rappelle que la conscience de la connaissance complexe nous (Morin, 2005a) « fait comprendre que nous ne pourrons jamais échapper à l'incertitude et que nous ne pourrons jamais avoir un savoir total » (p. 93), il faut apprendre à faire avec et la partager.

Ces incertitudes ont aussi été constatées par les chercheurs Leroux, Terradas (2013). Ils ont exploré les modes d'évaluation disponibles en 2013. Force leur est de constater les difficultés d'évaluer les capacités d'un parent, d'établir une relation sécurisante avec son enfant et les risques qu'un enfant développe des troubles réactionnels de l'attachement.

La situation de l'enfant présentant des troubles sévères de l'attachement nécessite d'être bien évaluée tout en confrontant les intervenants aux risques des conclusions tirées d'une telle évaluation. Ce dilemme nous ramène encore une fois à la connaissance complexe qui selon Morin (2005a) peut parfois se « présenter avec les traits inquiétants du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté, de l'incertitude » d'où la nécessité pour la connaissance de mettre de l'ordre dans les phénomènes en refoulant le désordre, d'écarter l'incertain [...] sans pour autant éliminer les autres caractères du complexe [...] » (p. 21).

5. La nécessité du travail-ensemble auprès de ces enfants

Dans le cadre des difficultés vécues par les enfants présentant des t.s.a., des ressources multiples sont mises en place pour intervenir sur plusieurs niveaux tels pédiatrie, psychiatrie, psychologie, psycho éducation et travail social. Face à cette multiplication d'intervenants, la question s'est posée et se pose toujours comment travailler ensemble ? Il est constaté que les professionnels provenant de professions et de savoirs différents peuvent pratiquer dans des équipes à structures hiérarchiques ou transversales. Les prises en charge impliquant plusieurs professions sont considérées comme une exigence minimale dictée par les besoins de ces enfants. Cependant, nous constatons que divers termes sont utilisés pour le travail collectif tels que partenariat, réseau, pluridisciplinarité, interdisciplinarité. Nous nous sommes interrogé sur le sens que leur donnent les chercheurs auxquels nous sommes référés jusqu'à maintenant.

Molénat (2001) explique que la théorie de l'attachement a favorisé le :

[...] rapprochement des disciplines, aux premières étapes de la vie, a peu à peu généré : un esprit de recherche afin de mieux comprendre comment se construit le développement somato-psychique de l'enfant. Pour aller vers la « pluridisciplinarité

par nécessité scientifique, l'analyse des liens entre l'enfant, ses parents et les professionnels devait tenir compte de la continuité du temps, de la grossesse à la petite enfance. Le décloisonnement progressif des pratiques le permettait (p. 67).

Molénat (2013), dans la continuation de ses réflexions et de ses travaux, écrit :

Par contre, une méthode d'évaluation clinique interdisciplinaire s'est largement diffusée : la reprise d'un dossier complexe à distance des évènements, devant un groupe pluridisciplinaire, permet une lecture prospective dans la succession des interventions et l'élaboration à chaque moment clé des hypothèses, objectifs, moyens disponibles, puis la vérification des hypothèses a posteriori (p. 204).

Cette façon de faire sous les qualificatifs de pluridisciplinaire ou interdisciplinaire peut-être reliée à la connaissance complexe. Morin (2005a) considère que cette mise en commun « n'a de sens que si elle est capable d'appréhender à la fois unité et diversité, continuité et rupture »(p. 69) afin de mieux comprendre la situation vécue par l'enfant sans mettre fin pour autant à l'incertitude face au défi que constitue l'évaluation et l'intervention qui s'en suit.

Le passage d'une pratique en silo à la pluridisciplinarité et à l'interdisciplinarité, pour Roy, Kojayan, Tutunovic, Havasi, (2009), suscite la collaboration, permet d'augmenter la sécurité chez les intervenants et les parents et favorise une plus grande sensibilité dans les équipes médicales et soignantes « ce qui a permis de passer d'une juxtaposition d'intervention (pluridisciplinarité) à la complémentarité de l'anté- au postnatal (interdisciplinarité) » (p. 248).

Sommes-nous ici dans la pluridisciplinarité ou l'interdisciplinarité ? La pluridisciplinarité selon Molénat (2009) s'appliquerait plus à cet exemple. Mais entre 2005 et 2009 l'intégration des actes a possiblement évolué vers des structures autres comme par exemple le réseau. Roy (2009) constate que face à la complexité de l'intervention auprès d'un enfant, de ses parents, il y a nécessité d'une intervention en réseau où « chaque discipline, chaque fragment qu'elle défend représente une des facettes d'une réalité vécue par une patiente, par une famille » (p. 220).

Au Québec, l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse suscite des discordances entre les interventions sociales et judiciaires. L'instance judiciaire, la Cour du Québec-chambre de la jeunesse, devant laquelle un passage est parfois obligé, dicte des règles de fonctionnement traditionnelles différentes à l'intervention sociale. L'étudiante Ricard (2013) constate l'antithèse entre ces deux niveaux qu'elle résume comme suit :

En bref, le système contradictoire tend à nier la perspective relationnelle dans laquelle s'inscrit la nouvelle mouture de la Loi sur la protection de la jeunesse. En plaçant les

diverses parties en situation d'opposition, que ce soit l'opposition formelle des deux parties principales ou par la participation de témoins, le tribunal tend à faire abstraction de l'importance (et souvent, de la fragilité) des liens qui unissent ces différentes personnes. La résolution de la situation problématique en protection de la jeunesse passe bien souvent par la reconstruction de liens de confiance et le respect des liens affectifs déjà présents. Cette réalité est une des pierres d'assise de l'approche théorique relationnelle. Il faut voir que le système contradictoire est généralement plus compatible avec une conception libérale de l'individu qu'avec une conception relationnelle (p. 82).

Ainsi l'auteure motive les acteurs impliqués dans la Loi à adopter de nouvelles méthodes de justice alternatives dont l'utilisation adéquate pourrait éviter de briser les liens de confiance nécessaires entre les parents, l'enfant et les intervenants.

Tel que nous le rapportions ci-haut, les chercheurs Wahl, Ismard et Guédeney, (2011 : 150) et Losinski, Katsiyannis, White et Wiseman, (2016 : 184) considèrent que la situation des enfants hébergés ou adoptés est souvent connue par la direction de la Protection de la jeunesse. Ainsi, leurs recherches et leurs constats pourront s'appliquer aux professionnels devant intervenir auprès d'enfants présentant des troubles sévères de l'attachement. Cependant, les écrits recensés sont silencieux sur ces champs d'intervention.

6. La présence et l'absence de l'éthique

Pour compléter notre problématique, nous nous sommes interrogé sur l'éthique : est-elle présente dans les écrits répertoriés, par qui est-elle invoquée, pourquoi l'est-elle et comment l'est-elle. Cette partie est fondamentale pour notre recherche puisqu'elle déterminera sa justification, et si c'est le cas, elle nous permettra de raffiner notre question à laquelle notre recherche devra répondre. Nous pourrions ainsi faire le choix du type de recherche que nous adopterons et élaborer notre plan d'entrevue et déterminer la provenance souhaitée de nos participants.

Jusqu'à maintenant, notre recension nous identifie des professionnels intervenant auprès d'enfants présentant des t.s.a. Nous y avons aussi répertorié des modes d'intervention et les difficultés d'évaluer ces enfants. Des modes d'intervention tant préventifs que curatifs ont été décrits. Tous ces chercheurs ont-ils invoqué l'éthique ?

Simmonds (2007 : 247, 249), travailleur social britannique, évoque la responsabilité éthique de l'état de s'assurer que le déplacement d'un enfant ne lui fera pas vivre d'autres ruptures. Ce chercheur est conscient que cet enfant pourrait vivre des difficultés à développer un attachement sécuritaire. Il constate qu'il y a beaucoup d'inconnus dans l'histoire de l'enfant. Cette réalité génère de

l'incertitude pour les services sociaux à effectuer les bons pairages enfant/parents d'accueil/parents adoptants. Pour pallier à cette incertitude, son opinion est que l'état devrait assurer le suivi psychosocial de ces enfants et de leurs parents d'accueil ou adoptifs durant plusieurs années afin d'intervenir rapidement si des problèmes surviennent et éviter, si possible, toute rupture de l'enfant avec ceux qui en prennent soin.

Perrier-Genas (2009) identifie quatre éléments essentiels tenant compte de la complexité de l'intervention auprès des parents à risque de développer chez leur enfant des troubles de l'attachement et comment s'assurer de protéger l'enfant durant ces interventions :

1. L'attitude du professionnel qui consiste à placer le parent en place de parent et à le garder à cette place.
2. L'importance de la prise en compte des émotions de l'enfant, des parents et du professionnel.
3. L'urgence pour les professionnels de se relier, c'est-à-dire de se lier et de s'articuler dans la complémentarité et d'éviter de substituer les uns aux autres avec parfois en arrière - plan des jugements de valeur.
4. Les points de sécurité nécessaires du professionnel qu'il doit pouvoir trouver dans son équipe ou dans son réseau (p.189).

Mais elle reste silencieuse sur l'éthique la guidant dans cette énumération d'une bonne pratique.

Schofield, travailleuse sociale britannique et co-directrice du Centre for Research on the child and family à l'University of East Anglis et Beek également travailleuse sociale britannique et directrice d'équipe de placement familial (2011) énoncent l'attitude qui doit être présente lors de l'intervention tant pour les intervenants que pour les parents. Ils « doivent s'intéresser et réfléchir non seulement au comportement de l'enfant à la maison, à l'école et avec leurs pairs, mais aussi à ce que l'enfant peut bien penser et ressentir » (p. 367). Ainsi, ils donnent une existence à l'enfant, ils en font un sujet avec sa propre individualité et nous relient à la théorie de l'attachement, à Bowlby. Dans le même courant éthique, ces chercheuses-cliniciennes (2011 : 368) insistent sur l'importance de s'interroger sur ce qui se passe « dans l'esprit de l'enfant » en fonction de son évolution psychique liée aux étapes de sa vie (nourrisson, premiers pas, scolarisation, adolescence). Elles nous réfèrent aussi à la capacité de l'enfant d'exercer son autonomie. Cet écrit nous relie aux principes de la pensée complexe dans laquelle Morin (2005a : 89) inclut l'autonomie des personnes.

La recherche de reconnaître une individualité à l'enfant ainsi qu'une certaine autonomie fait aussi partie des recherches effectuées par Rygaard, psychologue danois, spécialisé dans le traitement des troubles de l'attachement, (2007). Il déclare qu'il est dans « mon attitude éthique personnelle, je pense, que les enfants qui sont dans des situations particulières ont le droit fondamental de savoir pourquoi leurs parents les ont mis dans cette situation [...] (p. 174). » Ainsi ce chercheur croit que l'éthique serait génératrice de l'obligation d'informer tout en faisant abstraction de la sanction de ce droit par l'autorité publique¹⁸. L'auteur se crée cette obligation de communication en se référant à Malherbe (2007) pour qui « le dialogue avec autrui incarne trois valeurs essentielles, « la solidarité », « la dignité » et « l'humilité » (p. 57). Rygaard présente le rôle du dialogue comme étant au service du respect de l'autonomie de l'enfant en invoquant son droit de savoir et de participer, selon ses capacités, à son traitement.

Cette multiplication des cloisonnements ou des silos de connaissances et de pratiques semblent justifier la multiplication des codes de déontologie laissant peu de place à d'autres modes de régulation (Durand, Duplantie, Laroche et Laudy, 2000 : 332-333). Il n'est pas ici surprenant que les ordres professionnels se donnent des règles pour favoriser le travail-ensemble qui pourraient être les jalons à une éthique du travail-ensemble. Ce travail-ensemble souhaité n'aurait pas encore donné une éthique représentative de son action.

Mais, il y a un mais et celui-ci est soulevé par le groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité sous la responsabilité de Molénat (2009). Pour eux la formation interdisciplinaire qui est donnée permet de prendre conscience que chaque professionnel « vit les choses différemment, on les comprend selon la place qu'on occupe, ce qui peut générer de la richesse comme des malentendus » (p. 217).

Cette importance de l'autre, de le considérer comme sujet, nous ramène aux questions fondamentales : Qui sommes-nous? Que faisons-nous? Pour qui le faisons-nous? Pourquoi le faisons-nous? Comment le faisons-nous et avec qui?

Le travail-ensemble suscite ce questionnement qui nous ramène à la complexité de l'intervention auprès d'un enfant présentant des t.s.a. Pour la pédopsychiatre et psychanalyste suisse Poizat (2009 : 235), dans une situation complexe, il faut éviter la multiplication d'intervenants

¹⁸ Reid, H. (2004) Dictionnaire de droit québécois et canadien, Montréal. éd. Wilson et Lafleur, 3^e édition, p.520.

demeurant « dans sa propre logique médicale et institutionnelle » puisque ces professionnelles risquent alors de minimiser la complexité de la situation d'un enfant présentant un t.s.a.

Ces soucis générateurs d'incertitudes ne sont pas limités qu'aux interventions à l'égard de ces enfants, mais le sont aussi pour les intervenants auprès d'adolescents ayant vécu d'importantes difficultés d'attachement. Il appert que les interventions auprès de ces jeunes rendent les intervenants, selon l'enseignante et thérapeute britannique, Louise Michelle Bomber (Perry, 2013), « vulnérables aux symptômes de stress secondaire suite à nos contacts avec des jeunes qui ont connu des expériences précoces très difficiles. Nous ne pouvons pas complètement nous protéger de leur impact sur nous » (p. 62).

Sur cet aspect concernant un adolescent présentant des t.s.a., Gaigon (2006) « constate que la relation d'aide n'est pas linéaire. Les identités aidant-éducateur et aidé-accompagné dialoguent entre elles, et l'aide est reçue tantôt par l'un tantôt par l'autre (p. 141) ». Peut-on appliquer ce constat à un enfant hébergé dans une ressource spécialisée pour ses troubles sévères de l'attachement ? La question reste ouverte.

Gauthier, Fortin et Jeliu (2009 : 95), pour leur part, insistent sur le maintien des mêmes valeurs qui doivent guider tous les intervenants auprès d'un enfant avec ou sans trouble de l'attachement à savoir : « continuité, conformité et prévisibilité. » S'agit-il de valeurs ou plutôt de moyens pour assurer le respect de l'autonomie et du développement psychique de l'enfant.

L'intérêt de mettre en place ces éléments essentiels pour l'enfant est repris par Schofield et Beek (2011 : 407), ils traitent du risque de solitude du travailleur social face à l'anxiété, à la tristesse et à la déception du travailleur social pour l'enfant dont il a la responsabilité, mais pour lequel il n'a pas le contrôle de la totalité de l'intervention. Ce rôle en fait le porteur de l'histoire de l'enfant, de ses parents tant biologiques, d'accueil qu'adoptifs, de son état tant physique que psychique et de son évolution tant identitaire que scolaire. Nous pouvons, ici, percevoir le devoir de l'intervenant social auprès des professionnels avec lesquels il devra avoir des interactions, mais vis-à-vis lesquels il pourra ressentir cette solitude découlant de ses attentes à l'égard des autres pour l'enfant. Ce contexte selon Champy (2009) est peu propice à la pratique prudentielle puisque :

Dans les cas, par exemple, d'assistantes sociales cherchant à protéger des enfants en danger (Serre, 2009), le contrôle hiérarchique et les contraintes économiques sont tels que les tensions provoquées par la complexité et la singularité des cas traités semblent

devoir être vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener le travail à bien que comme sources de liberté (p. 93).

Frankard, docteure en science psychologique et psychothérapeute, et Schonne, pédopsychiatre et psychothérapeute, toutes deux françaises, (2015) invoquent l'éthique pour les guider à l'égard des enfants présentant des problèmes multiples qui fréquentent leur centre de jour. À partir de situations spécifiques, elles apprécieraient que celles-ci deviennent des orientations de leur pensée éthique. Par exemple : « L'autisme confronte les soignants, sans doute davantage que bien d'autres pathologies, à des questions éthiques au cœur même du quotidien, dans toute prise en charge institutionnelle » (p. 167).

Cette citation nous permet de constater la difficulté pour les intervenants d'identifier une éthique spécifique. Frankard et Schonne (2015) inscrivent leurs pratiques dans une éthique de l'être, ils misent leurs « interventions sur la dynamique qui s'instaure entre les enfants et les soignants et également entre les enfants. » (p. 189). Ainsi, elles expriment par le biais de l'éthique l'existence de l'autre qu'est l'enfant et ne veulent pas le traiter à partir de processus standards, mais plutôt de considérer chaque enfant dans sa particularité pour adopter un « plan » d'intervention qui lui est propre. Elles nous rappellent aussi l'importance de rester conscient des limites des mandats qui ouvrent la perspective à d'autres ayant aussi des responsabilités, dont les parents. Les auteurs ne nous identifient pas comment elles appliquent l'éthique de l'être, mais s'en réfèrent (2015 : 188) à Malherbe (2007 : 32) qui, selon les auteurs, précise que pour adopter : « une éthique authentique qui est une éthique de l'être et non du faire. Pour devenir un peu plus nous-mêmes, pour exister, nous avons besoin des autres » (p. 188). Cette dernière citation confirme les difficultés de définir une éthique propre aux intervenants auprès d'enfants. Ils sont, avant tout, dans le ressenti à la recherche de ce qui serait bon pour cet enfant et devenir ainsi un principe éthique unique pouvant les guider dans leurs interventions (Voyer, 1996) et (Brugère, 2011).

7. Notre question de recherche exploratoire

Suite à notre recension des écrits concernant l'attachement et les t.s.a. affligeant certains enfants, prenant en considération la complexité des interventions auprès de ces enfants et la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels, notre question de recherche exploratoire s'est développée en deux volets :

1. Comment les intervenants vivent-ils le travail-ensemble (en pluridisciplinarité, interdisciplinarité ou en inter établissement), auprès de ces enfants présentant un trouble sévère de l'attachement ?
2. Quelles préoccupations éthiques ont-ils et à quelles valeurs font-ils appel ?

CHAPITRE 2

LES REPÈRES JURIDIQUES, ÉTHIQUES ET THÉORIQUES

Nous ne proposons pas dans le présent chapitre un cadre théorique, ni même sans doute de véritables assises théoriques; plutôt, plus modestement, quelques repères d'ordre juridique, d'ordre plus théorique et d'ordre éthique touchant, selon les cas, le statut de l'enfant, la complexité (des situations et des actions et des interventions) et les incertitudes qui en découlent, le jeu des rapports entre pluridisciplinarité et interdisciplinarité (et inter-institutions ou établissements) et, sur le plan plus spécifiquement éthique, les rapports liés à l'irréductible tension entre la règle et la délibération, finalement les défis de ce que d'aucuns ont appelé la responsabilité partagée.

1. Le statut complexe de l'enfant

Notre recherche porte sur les enfants présentant un t.s.a. Ces enfants font souvent l'objet de l'application du régime de protection découlant de la Loi sur la protection de la jeunesse¹⁹. Cette loi en vigueur depuis 1979 a créé un statut spécial à l'enfant en le reconnaissant sujet de droit. La définition de l'enfant l'identifie comme étant « une personne âgée de moins de dix-huit ans »²⁰. La loi reconnaît à l'enfant des droits, par exemple, d'être représenté par avocat et de participer, s'il a plus de quatorze ans, à l'élaboration d'ententes sur mesures volontaires au même titre que ses parents. Cette législation est silencieuse sur sa filiation sauf en donnant une définition de parents²¹. Cette loi, d'application restrictive à un enfant dont la sécurité ou le développement est déclaré compromis, a eu pour conséquence d'analyser sa situation dans un silo juridique. La sécurité ou le développement de l'enfant est-il ou non compromis ? Si oui, y a-t-il possibilité d'une entente sur mesures volontaires ou doit-il y avoir judiciarisation ? La réponse dicte le processus légal à suivre, les intervenants de la protection de la jeunesse et ceux de l'application des mesures doivent s'y conformer.

Les intervenants cliniciens ne sont pas des juristes, mais sont constamment préoccupés par le respect des ordonnances ou des ententes sur mesures volontaires. Cette situation se comprend puisque, s'il y a constat du non-respect du processus légal ou judiciaire par les intervenants, le tribunal pourrait déclarer que les droits de l'enfant sont lésés et exercer son pouvoir de corriger

¹⁹ RLRQ c P-34.1.

²⁰ Article 1. C).

²¹ Article 1. E) « Parents » : Le père, et la mère d'un enfant ou toute autre personne agissant comme titulaire parentale.

la situation en interpellant entre autres les intervenants²². Aussi les intervenants peuvent-ils craindre que leurs actions soient mises en question ou en cause, hésitant dès lors à s'accorder l'autonomie pourtant requise par la nature de leurs interventions.²³

Comme l'a écrit Champy (2009) :

Dans les cas, par exemple, d'assistantes sociales cherchant à protéger des enfants en danger (Serre, 2009), le contrôle hiérarchique et les contraintes économiques sont tels que les tensions provoquées par la complexité et la singularité des cas traités semblent devoir être vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener le travail à bien que comme sources de liberté (p. 93).

Ce contexte particulier pour l'émergence d'une clinique autonome à l'égard de ces enfants a été aussi restreint au cours des 37 dernières années par une série d'amendements législatifs dictant des types d'intervention à l'égard des enfants plutôt que d'autres. Ces choix découlent des faits portés à l'attention des fonctionnaires et des gouvernements qui ont alors assumé leurs responsabilités, note Jonas (1995) :

C'est pourquoi l'État a une responsabilité à l'égard des enfants qui relèvent de son domaine bien différente de celle du bien-être des citoyens en général. [...] En lui se manifeste de façon exemplaire que le lieu de la responsabilité est d'être plongé dans le devenir, livré au caractère périssable et menacé de périr (p. 258, 259).

Le devenir de l'enfant étant le fondement de l'intervention de l'état, la Loi sur la protection de la jeunesse est silencieuse sur la dépendance de l'enfant à l'égard de ses parents. Cette loi a individualisé l'enfant en tant que sujet de droit sans considérer explicitement qu'il est aussi sujet de besoins sauf dans les situations retenues par l'état compromettant sa sécurité ou son développement contrairement à la perspective adoptée et préconisée par Théry (2001). Considérant que « l'enfant a toujours été institué à la fois en tant qu'être jeune (le puer latin) et en tant que fils ou fille de (filius) » (p. 529).

Il s'en suit que l'enfant présentant des t.s.a. est comme triangulé pris entre ses parents et l'état.

²² Article 91 dernier alinéa.

²³ Article 2.3 « Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents en vertu de la présente loi doit :

a) Viser à mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et d'éviter qu'elle ne se reproduise ».

2. La complexité et les incertitudes qui en découlent pour l'intervenant

Complexité oblige, plusieurs personnes peuvent exercer des responsabilités à l'égard de l'enfant présentant des t.s.a. Ces personnes ont toutes une autonomie différente dépendant de la conjoncture dans laquelle elles sont. Les parents peuvent avoir une autonomie restreinte par les dangers qu'ils font vivre à leur enfant, les intervenants peuvent avoir une autonomie professionnelle restreinte par la Loi et l'enfant, avoir une autonomie restreinte par son développement lié à son âge ou ses problèmes.

Ainsi l'autonomie de l'enfant, et celle des autres personnes qui l'entourent ou qui interviennent dépendent comme le note de façon générale Morin (2005a) :

de conditions culturelles et sociales. Pour être nous-mêmes, il faut apprendre un langage, une culture, un savoir, il faut que cette culture elle-même soit assez variée pour que nous puissions nous-mêmes faire le choix dans le stock des idées existantes et réfléchir de façon autonome (p.89).

La réalité de l'enfant est cependant différente des adultes puisque plus il est jeune, moins il est autonome et plus il est dépendant.

Cette dépendance propre à l'enfance est aussi porteuse de dilemmes tels que, protéger, ne pas protéger ? Par qui ou à l'exclusion de qui? L'exercice de cette responsabilité peut être à son tour partagé en partie, par les parents, par les intervenants ou d'autres personnes dans l'environnement de l'enfant. Cette situation particulière de l'enfant peut le faire alterner entre être considéré objet ou sujet selon l'approche utilisée parce que selon Morin (2005a) :

l'objet est le connaissable, le déterminable, l'isolable, et par conséquent le manipulable. Il détient la vérité objective et dans le cas, il est tout pour la science, mais manipulable par la technique, il n'est rien. Le sujet est l'inconnu, inconnu parce qu'indéterminé, parce que miroir, parce qu'étranger, parce que totalité (p. 59).

3. La pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et l'inter établissement

La complexité du réel, dans le cas présent des situations telles qu'elles sont vécues par les enfants et par leurs parents et par les intervenants, fait appel à l'interdisciplinarité. Or, comme Violaine Lemay l'écrivait (2014) : « À peine quelques heures de lecture sur l'interdisciplinarité suffisent pour découvrir qu'il y a presque autant de définitions de cette dernière qu'il y a d'auteurs qui en discutent » (p. 1).

Cette déclaration de cette chercheuse en droit s'inscrit dans le prolongement- et le même esprit- que ce qu'elle avait écrit trois ans plus tôt (2011) : « L'interdisciplinarité forme un îlot grandissant, mais tout autour demeure l'océan d'une science classique, où se meuvent tranquillement les vagues de reproduction des modes dominants » (p.26). Six ans plus tôt, Morin (2005a) avait expliqué les pourquoi, il considérait difficile d'instaurer la transdisciplinarité; son constat semble de la même nature et du même ordre que celui de Violaine Lemay :

C'est dire que la perspective ici est transdisciplinaire. Transdisciplinaire signifie aujourd'hui indisciplinaire. Toute une énorme institution bureaucratisée-la science-, tout un corps de principes résiste à la moindre remise en question, rejette avec violence et mépris comme « non scientifique » tout ce qui ne correspond pas au modèle (p. 70).

Comme si, constatait à son tour Bourgeault (2014) :

la souveraineté des disciplines, comme celle des états, pouvait aujourd'hui, à l'heure de la globalisation et de la mondialisation, être pensée sans reconnaissance du jeu proprement constitutif des interdépendances, sans association et sans intégration dans des ensembles plus vastes (p. 195).

Ces diverses citations montrent bien la difficulté de définir l'un ou l'autre de ces termes désignant les rapports pluri-inter-transdisciplinaires dans leur utilisation. Dans le cadre de notre recherche, nous avons retenu les définitions suivantes.

La pluridisciplinarité : le mot renvoie, la désignant, à la « juxtaposition de disciplines qui conservent leur spécificité et leur autonomie, mais où se manifeste une volonté de convergence ». ²⁴ Au mot pluridisciplinarité, on substitue souvent comme synonyme le terme multidisciplinarité. Dans les milieux de soins, on référera spontanément à l'expression « équipe multi ». De fait, il nous apparaît que les deux expressions peuvent être considérées comme des synonymes. Cependant, Delattre (2004) considère que « la multidisciplinarité relie des disciplines peu apparentées alors que la pluridisciplinarité rassemble des disciplines plus apparentées » ²⁵. C'est pourquoi nous avons retenu le terme pluridisciplinarité, puisque tel que nous le verrons ci-après dans le chapitre sur la méthodologie le recrutement des personnes pour notre recherche ont des disciplines plus apparentées que non apparentées.

²⁴ Tiré de *Pluridisciplinarité et professionnalisation du « préventeur »* par Dominique Pécaud, sociologue, École polytechnique de l'Université de Nantes, le 14 mars 2008. Repéré à

<http://www.adhys.org/documentation/2008/Pluri/PECAUD.pdf>, consulté le 10 janvier 2009.

²⁵ Supra note 24, p. 5.

L'interdisciplinarité, elle renvoie à des rapports d'interconnexion et d'interaction qui selon Delattre (2004) permet d'intégrer les apports de diverses disciplines :

L'interdisciplinarité, son but est d'élaborer un formalisme suffisamment général et précis pour permettre d'exprimer dans ce langage unique les concepts, les préoccupations, les contributions d'un nombre plus ou moins grand de disciplines qui, autrement, restent cloisonnés dans leurs jargons respectifs. Il va de soi que, dans la mesure où un tel langage commun pourra être mis au point, les échanges souhaités s'en trouveront facilités.

En outre, la compréhension réciproque qui en résultera est l'un des facteurs essentiels d'une meilleure intégration des savoirs.

L'interdisciplinarité devrait donc mener les professionnels travaillant ensemble à une vision globale de la réalité. Nous n'avons pas jugé bon de retenir le terme transdisciplinarité cher à Morin.

Par ailleurs, depuis plusieurs décennies, les politiques québécoises en matière de santé et de services sociaux ont mis l'accent sur les liens à développer entre les établissements, lien que l'on coiffe parfois du vocable de partenariat. Ainsi, la réforme de 2003 menée par le ministre Couillard, en regroupant différents établissements de santé et de services sociaux dans le réseau de CSSS (Centre de santé de services sociaux) visait à assurer un service plus intégré au patient. La réforme de 2015, sous la responsabilité du ministre Barrette, irait dans le même sens. Cette préoccupation revient dans de nombreux textes normatifs, qu'ils soient de nature légale ou déontologique dont la Loi sur les services de santé et services sociaux²⁶, la Loi sur la protection de la jeunesse²⁷ et le Code des professions²⁸.

Il nous apparaît important de considérer l'existence des lieux, comme De Plaen, Rousseau, Chiasson, Lynch, Elejalde, Sassine et Néomie (2005) le présentent, dans lesquels les professionnels œuvrent et portent leurs actes. Chaque établissement ayant des missions légales par lesquelles leur sont assignées des clientèles liées à des problématiques spécifiques²⁹.

Nous avons aussi recensé des écrits sur le comment favoriser le travail ensemble. Nous y revenons plus loin en traitant des exigences de la responsabilité partagée.

²⁶ RLRQ c S-4.2.

²⁷ RLRQ c P-34.1.

²⁸ RLRQ c C-26.

²⁹ À titre d'exemple, la Loi sur les services de santé et services sociaux définit la mission et les types d'hôpitaux. Il en est de même pour les Centre jeunesse.

Sur le plan plus spécifique de l'éthique, nous avons retenu comme éléments ou repères plus importants, aux fins de notre recherche et pour l'analyse des données recueillies : la tension entre la règle et la délibération,

4. La tension entre règle et délibération

Le contexte de l'intervention de chacun partagé et parfois tiraillé entre le cadre légal, déontologique et clinique, peut isoler les intervenants les uns des autres pour créer des tensions lorsque les décisions de l'un ont des impacts sur les interventions des autres. Ces tensions importantes peuvent s'exprimer lors de discussions de cas convoquées par la direction de la Protection de la jeunesse. À cette occasion, l'un pourra vouloir décider de la sécurité ou du développement de l'enfant alors qu'il n'en a pas la responsabilité légale, alors qu'un autre voudra décider de l'intervention comme s'elle était la seule possible alors qu'il est reconnu que la situation de l'enfant nécessite plusieurs intervenants autour de lui. Selon Morin (2005b), « Le problème éthique surgit lorsque deux devoirs antagonistes s'imposent » (p. 46).

Selon Champy (2009), ces situations seraient aussi structurelles :

Dans les cas, par exemple, d'assistantes sociales cherchant à protéger des enfants en danger (Serre, 2009), le contrôle hiérarchique et les contraintes économiques sont tels que les tensions provoquées par la complexité et la singularité des cas traités semblent devoir être vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener le travail à bien que comme sources de liberté (p. 93).

Cette conjoncture expose les individus aux règles et les confronte les uns les autres à leur autonomie professionnelle. Ils risquent ainsi la triangulation identifiée par Morin (2005b) « individu, société et espèce » (p. 49). Mais tous ne perçoivent pas cette complexité et plusieurs semblent continuer à exercer leur autonomie professionnelle en solo.

Selon Champy (2009), « la seconde composante de l'autonomie concerne la capacité de délibérer sur la hiérarchie des fins et sur le contenu précis de ces fins, mais à l'intérieur de la contrainte donnée par les fins générales de l'activité » (p. 90). Pour délibérer, les professionnels participant à la discussion de cas devront être en mesure, selon Bouthiller, Roigt, Faucher, et Savignac (2015), « de dégager les différentes options possibles avec leur argumentation et leur contre-argumentation en essayant de n'en oublier aucune » (p.215) pour en arriver à une décision établissant la responsabilité de chacun pour un mieux faire ensemble.

Ce qui nous incite à revenir au comment faire ensemble annoncé plus haut. Frankard et Shoone (2015) énoncent quatre éléments pour favoriser le travail interdisciplinaire et interparadigmatique :

- l'écoute de chacun en valorisant le travail multidisciplinaire;
- une bonne communication pour favoriser l'expression des savoirs;
- des rencontres, dans le bon lieu et au bon moment, permettant d'aller au-delà de l'anxiété suscitée par la rencontre de l'autre;
- développement d'une connaissance du vocabulaire de l'autre et de ses méthodes (p.186, 187).

Dans la continuité de la réflexion, sur les bonnes pratiques et leur enseignement par Molénat, Perrier-Genas (2009) déclare pour sa part :

Cet esprit réseau a favorisé la conjugaison de savoir-faire et savoir-être entre professionnels pour améliorer même modestement, l'accompagnement des enfants et des familles. Ce réseau a permis de mieux positionner la future mère, le futur père, les parents en devenir et le bébé dans leur histoire (p. 196).

Le travail-ensemble permet aussi, selon Roy, Kojayan, Tutunovi et Havasi (2009), d'augmenter la sécurité chez les intervenants et les parents favorisant ainsi une plus grande sensibilité dans les équipes médicales et soignantes « ce qui a permis de passer d'une juxtaposition d'intervention (pluridisciplinarité) à la complémentarité de l'anté- au postnatal (interdisciplinarité) » (p. 248).

5. La responsabilité individuelle et collective – la responsabilité partagée

Récemment, Doucet (2015) a distingué la responsabilité légale de l'éthique de la responsabilité, en citant Bouquet (2009),³⁰ « Le mot responsabilité vient du latin *respondere*, qui veut dire répondre [...] être responsable, c'est apporter son concours à une autre personne, ce qui suppose fraternité et solidarité, une relation éthique » (p. 50).

Nous avons fait état plus haut de la multiplication des acteurs auprès de l'enfant présentant des t.s.a. Ces professionnels aux mandats différents, parfois même contradictoires, présentent la complexité de l'intervention de laquelle peut découler des incertitudes. Par exemple, le parent pourra s'interroger, suis-je un bon parent, ai-je fait ce qu'il fallait faire ? Les intervenants pourront

³⁰ Responsabilité éthique du travail social envers autrui et envers la société : une question complexe. [Vie sociale 3 :9. www.travail-social.com](http://www.travail-social.com).

s'interroger sur leur façon de faire, est-ce que je respecte la loi, ma déontologie, est-ce à moi à faire cette intervention, puis-je en faire plus ou est-ce que j'en fais trop ? Les personnes près de l'enfant peuvent aussi s'interroger sur le moment où elles ont fait le signalement ? Sont-ils dans le *posteriori* ou dans le *a priori* ?

Ces questionnements sur les devoirs accomplis, non accomplis, génèrent l'interrogation sur la responsabilité de chacun d'agir ou de ne pas agir et permettent de faire ressortir des conflits latents entre ces personnes. Par exemple, l'intervenant peut décider que la négligence n'est pas assez grave pour décider que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis. Pour une raison d'expertise, de connaissances, il ne perçoit pas les troubles de l'attachement affectant cet enfant qui, pour un psychologue ou un pédopsychiatre, sont évidents et découlent de la négligence parentale grave. Ainsi, l'absence de dialogue entre les professionnels place chacun dans un silo qui minimise la responsabilité collective à l'égard de l'enfant.

À cet effet, Schofield et Beek (2011 : 407) identifient le risque de solitude du travailleur social face à l'anxiété, à la tristesse et à la déception pour l'enfant dont il a la responsabilité pour lequel la grande partie de l'intervention est hors de son contrôle. Cette solitude découle du fait qu'il est souvent le porteur de l'histoire de l'enfant, de ses parents tant biologiques, d'accueil ou adoptifs, de son état tant physique que psychique et de son évolution tant identitaire que scolaire. On peut percevoir aussi au travers cette énumération, les connaissances portées par l'intervenant social auprès des professionnels avec lesquels il pourra avoir des interactions et vis-à-vis lesquels il peut ressentir cette solitude découlant de ses attentes à l'égard des autres pour l'enfant.

Tels sont les repères juridiques, théoriques et spécifiquement éthiques qui nous ont guidé tout au long de notre recherche et plus spécialement lors de l'analyse des données colligées.

CHAPITRE 3

LA MÉTHODOLOGIE

L'approche méthodologique retenue pour répondre à notre question de recherche est qualitative et exploratoire. La recension des écrits scientifiques et professionnels sur l'évaluation, le traitement et le soutien aux enfants présentant des t.s.a. exposée dans le chapitre 1 a mis en lumière l'absence, malgré quelques renvois assez vagues à l'éthique, d'études portant directement sur les enjeux et les questions d'ordre éthique dans les pratiques en cause. C'est pourquoi nous avons décidé d'entreprendre une recherche exploratoire sur le sujet sans formuler d'hypothèse à proprement parler, en vue d'ouvrir quelques pistes pour des recherches ultérieures ou des études plus poussées.

Par notre recherche, nous voulons comprendre les significations que les cliniciens donnent à leur vie professionnelle, à la place qu'ils font à l'éthique et connaître leurs attentes à l'égard de leurs collaborateurs dans le cadre d'interventions communes.

1. Les prétests

Afin de nous assurer de la faisabilité de notre recherche, de la qualité de notre devis de recherche et de la pertinence de notre guide d'entrevue, nous avons effectué trois prétests auprès de personnes représentatives de nos participants anticipés à savoir un médecin, un psychologue et un psychoéducateur. Le guide d'entrevue a été identique pour chacun des participants. Ils ont participé généreusement à nos entrevues, ils nous ont fait des commentaires et des suggestions qui nous ont permis d'améliorer à nouveau nos questions et notre vignette. Nous avons pu aussi vérifier le temps nécessaire pour passer les entrevues qui s'est avéré près de celui que nous anticipions. Nous en avons aussi profité pour faire l'essai de la tenue d'un journal de bord.

2. L'approbation de notre recherche

Le 22 décembre 2009, le Comité scientifique du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a recommandé positivement notre projet de recherche au Comité d'éthique de la recherche du

même établissement^{31 32} qui a donné son approbation finale à notre projet le 9 avril 2010. (annexe 2)

Le CÉR nous a aussi fait des suggestions de modifications et nous en remercions ses membres. Les fonctions que nous occupions alors et que nous avons occupées jusqu'au premier avril 2016 à la direction du contentieux du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a préoccupé le CÉR qui anticipait un biais possible chez les participants. Cette information additionnelle a été libellée comme suit dans notre lettre d'invitation :

Je suis étudiant à la maîtrise en bioéthique à l'Université de Montréal et à l'emploi du CJM-IU³³ à titre d'adjoint au directeur du contentieux. Mon directeur de recherche est monsieur Hubert Doucet³⁴, éthicien et professeur au programme de bioéthique de l'Université de Montréal. Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche dont le titre est cité ci-haut.

3. Les participants

3.1 L'identification des participants et leur sollicitation

Notre premier objectif dans le cadre de la sollicitation de participants était de constituer des sous-groupes de deux participants provenant de formations académiques et de pratiques similaires. Nous voulions pouvoir effectuer des comparaisons des réponses données par les participants du même sous-groupe pour ensuite passer au groupe élargi croyant alors possible (Fortin, 2006 :173) «de mettre en évidence des ressemblances ou des différences entre ces groupes». Nous avons pu réaliser notre objectif que par la constitution de trois sous-groupes : psychologues, agents de relations humaines et techniciens en assistance sociale. Compte tenu de cette réalité, notre échantillon en est devenu un de convenance non probabiliste puisque nous n'avons pu constituer des sous-groupes pour les médecins, les responsables de ressources, les psychoéducateurs et l'enseignant.

³¹ Ce centre est maintenant identifié sous la dénomination sociale Centre intégré universitaire de santé et de Services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

³² Ce centre fait partie du réseau socio sanitaire du Québec, Il s'agit d'un centre de 2^e ligne en vertu des articles 82 et 86 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ. c. S-4.1, dont la mission est à la fois de rendre des services psychosociaux et de réadaptation. Dans chaque centre nous retrouvons un directeur ou directrice de la protection de la jeunesse. 19 centres jeunesse existent au Québec, Sa clientèle principale est constituée d'enfants entre 0 et 18 ans et de leurs parents.

³³ Acronyme du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

³⁴ En cours de rédaction, nous avons changé de directeur de recherche.

3.2 Le choix et la sollicitation des participants

Comme l'a révélé la revue littérature rapportée au chapitre premier, la complexité des situations et des réalités vécues par les enfants concernés exige le recours à des professionnels de diverses disciplines, parfois rattachés en outre à diverses institutions. Constat que nous avons pu faire dans le cadre de notre pratique professionnelle telle que nous l'avons exposé dans notre introduction. Les spécialités ou disciplines concernées sont multiples telles que la médecine, le travail social, la psycho éducation, la psychologie et d'autres. Notre recherche est qualitative et recourt à des entretiens semi-dirigés. Nous présentons et justifions dans les paragraphes qui suivent les choix touchant les personnes rencontrées et interviewées, la grille d'entretien et le cas (vignette) soumis.

Vingt-trois personnes nous avaient été identifiées comme étant susceptibles d'être intéressées par notre recherche. Ces personnes représentaient les caractéristiques professionnelles suivantes :

- 3 techniciens en assistance sociale;
- 3 spécialistes en activités cliniques;
- 3 psychologues;
- 3 responsables de ressources accueillant des enfants en troubles sévères de l'attachement;
- 6 agents de relations humaines;
- 4 médecins, dont un pédiatre et 3 pédopsychiatres;
- 1 psychoéducateur;
- 1 ergothérapeute.

Nous avons fait une sélection afin de retenir des personnes que nous ne connaissions pas. Nous avons expédié quatorze lettres de sollicitation, dix personnes ont répondu positivement. Dix entrevues ont été réalisées au cours de trois périodes.

La première période s'est échelonnée du 1er juin au 27 juin 2010. La deuxième a été effectuée en octobre 2010 et la troisième en février 2011.

Les professionnels suivants ont été interviewés :

- Un médecin pédopsychiatre;
- Deux techniciens en assistance sociale;
- Deux agents de relations humaines;
- Un responsable, psychoéducateur, ayant accueilli des enfants présentant des t.s.a.;

- Deux psychologues;
- Un criminologue;
- Un enseignant.

3.3 La situation des personnes

Des personnes interviewées, sept étaient à l'emploi du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, une œuvrant en milieu hospitalier, une en milieu scolaire et la dernière était responsable d'une ressource accueillant des enfants, rattachée contractuellement avec le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Dans notre lettre d'invitation adressée aux personnes à l'emploi du Centre, nous les avisions de leur libération avec solde autorisée par leur comité de direction et nous leur offrons de les rencontrer dans leur lieu de travail. Deux d'entre elles ont préféré se présenter à nos bureaux du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire déclarant ne pas avoir de salle disponible pour y tenir l'entrevue.

Trois participants n'ont pas bénéficié d'une libération du Centre jeunesse n'y travaillant pas, mais la rencontre sur leur lieu de travail nous a permis de constater que l'entrevue avait été soit permise par leur employeur ou intégrée à leur horaire de travail et une de celle-ci nous a reçu à son domicile.

Pour notre part, afin d'éviter toutes formes d'ambiguïté, nous avons pris des congés accumulés pour effectuer les entrevues.

4. Les entrevues

4.1 La confidentialité

Pour assurer l'anonymat de chacun des participants, nous avons établi une numérotation à partir de multiple de 10 pour les identifier.

Nous avons inscrit ces multiples sur chacun des consentements signés sur lesquels nous retrouvons aussi la date de l'apposition de leur signature. Ce multiple de dix nous permettrait de ré-identifier, si nécessaire, le participant.

4.2 La durée et la période des entrevues

Les entrevues, conformément à notre projection, ont duré entre 1 h et 1 h 15 et se sont déroulées aux jours, aux heures et dans des lieux convenus.

4.3 La mise en confiance des participants

Nous profitons aussi des premières minutes de l'entrevue pour vérifier l'aisance du participant à se prêter à l'entrevue (Poupart, 1997 : 189). Nous leur expliquions que nous tenions un livre de bord (Doucet, 2002 : 246) lequel servait à noter nos impressions, nos commentaires sur la tenue de l'entrevue et leurs réactions afin de nous assurer une mémoire vivante écrite de l'entrevue et de leur personne.

Nous leur expliquions aussi que nous devions enregistrer l'entrevue (Poupart, 1997 : 189)³⁵. Nous avons expliqué ce processus à chacun des participants et aucun ne s'est objecté à cette façon de faire, au contraire, ils semblaient peu se soucier de cet aspect.

Ces étapes parcourues, nous considérions alors le climat propice au début de l'entrevue. Cette confiance constatée est devenue le « modus vivendi » de notre devoir non seulement représenté par notre obligation de bien mener cette entrevue, mais aussi de la réaliser dans la finalité de notre recherche. Cette dimension nous est apparue d'autant plus importante que les participants nous ont exprimé être curieux des résultats tant des analyses de leur entrevue que de celle des autres participants et de nos conclusions. Ainsi nous constatons que l'atteinte de la finalité de notre recherche constituait la récompense de leur participation (Deslauriers et Kerisit, 1997 : 98)³⁶. Cette étape pouvait prendre tout au plus cinq minutes et nous procédions par la suite à la première étape de l'entrevue.

4.4 Le contenu de l'entrevue

Tel que spécifié dans notre devis, l'entrevue projetée est du type semi-dirigé avec des questions ouvertes (Fortin, 2006 : 305)³⁷, nous avons préparé une grille de questions qui nous a permis,

³⁵ « ...afin que les interviewés puissent dans la mesure du possible oublier leur présence ».

³⁶ « Marshall et Rossman recommandent que le chercheur, qui est redevable de son savoir aux sujets qu'il a étudiés, invente des façons de récompenser les acteurs sociaux qui lui ont permis d'étendre ses connaissances » dans *Le devis de recherche qualitative* dans Poupart, J. et al. (1997), op.cit.

³⁷ La nature de nos questions et de nos présentations à poser, leur formulation et leur ordre bien que déterminés d'avance fournissait à la personne interviewée « l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité ».

dans un premier temps de recueillir des informations sur leur discipline, leur lieu et leurs modalités de traitement ou de leur pratique auprès de l'enfant et de ses parents et dans un second temps de prendre connaissance des mesures d'entraide entre les intervenants de façon à pouvoir bien comprendre le contexte de leur pratique et dans un troisième temps de vérifier si ce que révèle la littérature sur le t.s.a., le traitement et le soutien pluri ou interdisciplinaire requis fait partie de leur expérience. Pour aller au-delà de l'approche théorique et obtenir les réactions des cliniciens interviewés, nous avons présenté un cas (vignette) aidant les personnes rencontrées à retourner à leur pratique ou du moins les situant d'entrée de jeu dans l'ordre de la pratique, sans toutefois les enfermer dans le cadre sous-jacent de notre grille. Au cours des échanges qui ont suivi, le recours assez libre à nos questions nous a permis de garder le cap sur ce qui fait l'objet de notre recherche :

- les perceptions, opinions et positions de cliniciens de plusieurs disciplines intervenant auprès d'enfants présentant des t.s.a. dûment diagnostiqués;
- les questions et enjeux éthiques découlant de leurs pratiques ou de leur travail-ensemble.

Nous informions le participant des trois étapes de l'entrevue :

- La première, consistait en des questions ouvertes pour susciter chez le participant l'exposé de son vécu professionnel, avec des questions du type : Quelles sont les qualités qu'il/elle accorde à son appartenance professionnelle ? Considère-t-elle qu'il y ait des limites à sa profession ? (Annexe 1)
- La deuxième consistait en la présentation et la lecture de la vignette au participant pour matérialiser la complexité du vécu d'un enfant présentant un t.s.a. Son libellé était :

Un enfant de quatre ans présente des retards de langage qualifiés de sérieux par son pédiatre. Son appréciation l'amène à croire que le retard pourrait être d'au moins un an. S'agit-il d'autisme, de troubles envahissants du développement ou de troubles sévères de l'attachement ? En discutant avec le parent, il constate que le parent ne comprend pas ce qui arrive à son enfant ou cache quelque chose. Il réfère l'enfant à la Clinique sur le développement de l'enfant afin que son patient soit évalué.

Selon les dernières informations, le temps d'attente pour une telle évaluation est de 15 mois, ce délai ajoute aux inquiétudes du médecin qui sait que selon le traitement prescrit, s'ajouteront d'autres délais. Il est inquiet pour l'enfant et décide de signaler la situation de cet enfant au directeur de la Protection de la jeunesse.

Dans son évaluation, le directeur de la Protection de la jeunesse constate des difficultés chez le parent à répondre aux besoins de l'enfant, incompétence ou incapacité parentale qui devront être évaluées. Le directeur visite l'appartement, pas de jouet, le lit est vissé au plancher. Ses observations de l'enfant l'amènent à constater qu'il se tient à l'écart et s'isole au point où les adultes ont tendance à l'oublier. Il semble être souvent dans la lune.

Entre temps, la situation de l'enfant se complexifie, ses parents sont très anxieux, ils ont des mouvements d'impatience à l'égard de l'enfant et sont allés jusqu'à le maltraiter. Ce dernier a dû être hébergé dans une famille d'accueil, mais son maintien dans cette ressource est plus qu'aléatoire compte tenu de ses difficultés comportementales.

L'ambivalence des parents à son égard est alors constatée lors de leurs visites : ils ne veulent pas sortir l'enfant, celui-ci se désorganise et ses parents le traitent de petit démon.

Dès son arrivée dans sa nouvelle ressource, les éducateurs constatent qu'il joue au petit bébé. Il se montre dépendant, va à n'importe qui et devient très envahissant tout en demeurant hyper - vigilant.

Le début de la maternelle vient confirmer l'incapacité de l'enfant à se soumettre à des règles et d'entrer en relation avec d'autres enfants. L'équipe scolaire décrit cet enfant comme désorganisé, il crie et pleure tout le temps.

La troisième étape consistait en des questions ouvertes ou semi-ouvertes en lien avec la vignette pour permettre au participant de situer son intervention, ses valeurs, son éthique et sa perception de celles des autres à l'égard de la situation de l'enfant exposée dans la vignette avec des questions telle que : Comment entreverriez-vous votre intervention ? Quelle place faites-vous à l'éthique dans votre pratique ? Quelle place les autres font-ils à l'éthique dans leur pratique selon vous ? (Annexe 1)

Le contenu de la vignette a capté leur attention. Les participants ont peu posé des questions d'explication sur celle-ci.

Le but recherché par l'utilisation de la vignette était entre autres de permettre aux participants de s'ancrer individuellement dans le sujet de notre recherche et de leur permettre de se relier à son champ de pratique et la situation complexe de l'enfant présentant des t.s.a. Nos questions avaient aussi pour but d'aider les participants à donner des réponses personnelles en lien avec la question assise de notre recherche (Fortin, 2006 : 33)³⁸.

³⁸ « Les questions de recherche sont exploratoires et s'intéressent au vécu, dans le but de découvrir, d'explorer, de décrire et de comprendre des phénomènes. »

Cette façon de faire est en harmonie avec le style utilisé lors de la première partie de l'entrevue. Une fois la question posée, nous restions dans l'attente d'une réponse, nous suscitions des compléments de réponse par des sous-questions ou des commentaires seulement lorsque nous le croyions nécessaire. Nos commentaires et sous-questions ont été similaires d'un participant à l'autre et ont permis de poursuivre notre dialogue (Poupart, 1997 : 195)³⁹, tout en préservant le climat d'objectivité que nous voulions donner à notre recherche qualitative.

4.5 La rigueur du processus suivi

Afin de nous assurer de l'homogénéité de la collecte de nos données, nous avons toujours suivi le même plan d'entrevue avec quelques variantes liées à la personne interviewée ainsi qu'à notre adaptation à la personnalité des participants (Poupart, 1997 : 191)⁴⁰ et aux réponses données.

Nous avons rencontré des personnes curieuses de nos questions et généreuses dans leurs réponses. Certaines plus expéditives, d'autres plus volubiles, mais toutes intéressées.

4.6 La transcription des entrevues

Nous avons transcrit intégralement l'enregistrement de chacune des entrevues pour nous permettre d'en établir les résultats et d'en faire l'analyse.

Nous avons lu et relu les transcriptions des entrevues individuelles. Nous avons entrepris notre codage en extrapolant des réponses les éléments, les mots, les expressions que nous considérons être en lien avec notre recherche. Nous avons dressé des colonnes propres à chaque participant pour chacune des questions dans lesquelles nous avons identifié ce que nous retenions de leurs réponses et nous avons pu faire des comparaisons.

Pour ce qui est de la méthode d'analyse des données ainsi colligées, nous en traiterons dans le chapitre sur leur présentation et leur analyse.

³⁹« En résumé, les interventions, les attitudes et les caractéristiques de l'interviewer sont susceptibles de marquer les propos de l'interviewé. De même, la perception qu'a l'intervieweur de la position sociale de l'interviewé peut également influencer sur ses réparties et, plus globalement, sur la nature de ces interprétations. »

⁴⁰ « Comme c'est le cas dans les entretiens de type clinique, ils s'efforcent aussi, en faisant preuve d'écoute, d'empathie et d'intérêt, d'établir durant l'entrevue une relation chaleureuse, susceptible elle aussi de contribuer à susciter la confiance de l'interviewé. »

CHAPITRE 4

LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Nous présenterons dans le présent chapitre les données colligées lors de nos 10 entrevues. Enregistrées, ces entrevues ont été ensuite transcrites fidèlement. Nous avons par la suite dressé, pour chaque section, en lien avec les questions posées selon notre guide d'entrevue (Annexe 1), un tableau permettant leurs regroupements et classements en vue de la présentation et de l'analyse des propos tenus, les « données » résultant des entrevues.

Tel que nous l'écrivions dans le chapitre sur la méthodologie, notre plan d'entrevue comprenait trois étapes. La première visait à connaître les personnes interviewées : leurs disciplines ou champs de compétence, la mission de leur établissement et, puis leur vision ou conception de l'enfance et des enfants présentant des t.s.a. ainsi que leur façon d'intervenir auprès d'eux et leur distinction entre éthique et déontologie en lien avec leur pratique. La deuxième étape consistait en la présentation et la lecture d'un cas (vignette). La troisième étape devait nous permettre de savoir quand, avec qui et comment ils interviendraient auprès de cet enfant et de ses parents, puis de susciter chez nos participants une réflexion sur les enjeux éthiques liés à leurs pratiques et l'expression de leurs valeurs et de celles qu'ils attendent de ceux avec qui ils devront intervenir, si c'est le cas.

1. La première étape

1.1 Qui sont les personnes interviewées ?

Nous avons recruté les participants à partir d'une liste fournie par le Centre jeunesse de Montréal nous identifiant des intervenants de plusieurs professions impliqués auprès d'enfants présentant des t.s.a. Dix personnes dont huit femmes et deux hommes ont été interviewées.

Elles étaient âgées entre 30 et 55 ans. Sept personnes avaient une formation universitaire pouvant aller jusqu'au doctorat et trois autres, une formation collégiale. De ces dix personnes, deux étaient travailleurs sociaux⁴¹, deux psychos éducatrices⁴², deux psychologues, un pédopsychiatre, un enseignant, un criminologue et un éducateur responsable d'une ressource. Cinq sont membres d'un ordre professionnel et deux anticipent le devenir dans le cadre de la professionnalisation des

⁴¹ Elles étaient identifiées dans le chapitre sur la méthodologie sous la fonction : agent de relations humaines.

⁴² Elles étaient identifiées dans le chapitre sur la méthodologie sous la fonction de technicien en assistance sociale.

travailleurs sociaux et des psychoéducateurs en Centre jeunesse^{43 44}. Qu'ils soient membres d'un ordre professionnel ou pas ne semble pas avoir d'impact sur leur conception du rôle d'un ordre professionnel (ou d'un regroupement professionnel d'une autre nature), qu'ils exposent être à la fois de protéger le public et de veiller à la compétence de ses membres, tout en s'assurant de leur professionnalisme⁴⁵.

Ils ont tous pratiqué auprès d'enfants âgés de 0-12 ans. Cinq ont entre 20 et 30 ans d'expérience et cinq en ont entre 4 et 20 ans.

1.1.1 La mission de leur établissement

Nos participants pratiquent dans des établissements socio-sanitaires⁴⁶ ou éducatifs⁴⁷. Sept exercent leurs fonctions en Centre jeunesse, un en Centre hospitalier, un dans une école primaire et un à son domicile comme responsable d'une ressource accueillant des enfants reliés à un Centre jeunesse. Pour ceux œuvrant dans le réseau socio-sanitaire, la majorité identifie la mission principale de leur établissement de protéger les enfants et/ou d'aider les parents dans le but d'améliorer leurs relations avec leurs enfants et de favoriser leur développement. Cette description est conforme aux missions du réseau socio sanitaire qui incluent aussi de favoriser le développement de l'utilisateur pour lui permettre de mieux vivre et pour l'enseignant, selon la mission légale de son école⁴⁸, d'aider les élèves à s'instruire, se socialiser et se qualifier.

1.1.2 Leur vision et conception de l'enfance

Nous avons ensuite cherché à connaître les caractéristiques reconnues par les participants à l'enfance. Ils perçoivent l'enfant comme un être dépendant, vulnérable, en besoin de sécurité, marqué par peu ou pas d'autonomie. Pour eux, l'enfant est en besoin de parents ou d'adultes pour pourvoir à ses besoins de sécurité, de soins et d'encadrement nécessaires à son développement.

⁴³ En 2009, les équivalences pour devenir membre de l'ordre ont été contenues dans le règlement : C-26, r. 293 : Règlement sur les normes d'équivalence pour la délivrance d'un permis de travailleur social de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

⁴⁴ Lors des entrevues, le criminologue ne pouvait adhérer à un ordre professionnel, celui-ci étant inexistant, l'éducateur de par sa formation collégiale ne pouvait accéder à l'ordre des psychoéducateurs et l'enseignant n'ayant et n'a toujours pas d'ordre professionnel.

⁴⁵ Le rôle décrit d'un ordre professionnel correspond à l'article 23 du Code des professions, RLRQ c 26 : «23. Chaque ordre a pour principale fonction d'assurer la protection du public. »

À cette fin, il doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres. »

⁴⁶ Ces deux établissements ont pour loi habilitante la Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ c S-4.2

⁴⁷ Loi sur l'instruction publique, RLRQ c I-13.3.

⁴⁸ Idem, article 36. Alinéa 2 : « Elle a pour mission, dans le respect du principe de l'égalité des chances, d'instruire, de socialiser et de qualifier les élèves, tout en les rendant aptes à entreprendre et à réussir un parcours scolaire. »

L'analyse de leurs réponses fait voir que la plupart des participants s'entendent sur des caractéristiques complémentaires propres à l'enfance. À cet effet, la provenance de leur lieu de travail ne semble pas avoir d'influence sur l'énumération des principales caractéristiques données par chacun des participants et pour lesquelles une saturation a été vite constatée :

- besoin de sécurité pour se développer ;
- dépendance/vulnérabilité/tributaire de leur environnement (pauvreté) ;
- peu ou pas autonome.

Lors des entrevues, quelques personnes ont cependant eu quelques difficultés à présenter l'enfance sous un autre angle que celui de la mission de l'établissement dans lequel ils œuvrent. Pour ces personnes, leur vision de l'enfance est liée à leur expérience de travail. En effet, l'une dira l'enfant, l'enfance présentent diverses problématiques telles que victimes de négligence, d'abus, de maltraitance. Pour une autre, l'enfant est en formation en vue d'être autonome, l'enfant est issu de milieux précaires et présente des relations difficiles avec leur milieu.

Les définitions exprimées par ces deux personnes se distinguent des définitions données par les huit autres répondants. Elles ne se sont pas probablement distancées de leurs champs de pratique. Nos intérêts manifestés lors de la sollicitation de leur collaboration ont pu introduire un biais. Il demeure que nous avons constaté que leur vision de l'enfance renvoyait à la nécessité d'une protection supplétive pour contrer des carences parentales et à l'aide qui est requise pour aider et guérir.

En somme l'histoire professionnelle des répondants et le lieu de leur pratique semblent avoir influencé leur définition de l'enfance. Les participants reconnaissent tous plusieurs caractéristiques de l'enfance propres à cette période de la vie. La définition de Théry (2001 : 529)⁴⁹ résume bien leurs images de l'enfance : « [...] l'enfant a toujours été institué à la fois comme un être jeune (le *puer* latin) et en tant que fils ou fille de (*filius*)... ».

⁴⁹ Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, 3^e édition, Presse universitaire de France.

1.1.3 Leur expertise et leur rôle auprès des enfants présentant des t.s.a.

Nous nous sommes enquis de leur expertise en matière d'intervention auprès des enfants présentant des t.s.a. Huit participants s'en sont reconnus une, les deux autres ne s'en sont pas reconnu bien qu'intervenant régulièrement auprès de ceux-ci. Cette reconnaissance ou non de leur expertise nous a amené à regarder le rôle de chacun auprès de ces enfants. Nous avons constaté que les travailleurs sociaux, les psycho éducateurs, l'éducateur, le criminologue et l'enseignant ont des fonctions d'intervention directes auprès des enfants et de leurs parents. Il en est autrement pour les psychologues et le pédopsychiatre rencontrés qui ont dit avoir des rôles mixtes de consultants auprès des cliniciens et d'intervenants auprès des enfants et de leurs parents. Selon les personnes rencontrées, elles ont dit avoir des fonctions différentes selon leurs formations et responsabilités, exerçant celles-ci à divers moments de l'intervention auprès des enfants et de ses parents. Par exemple, la personne responsable de l'évaluation d'un signalement précèdera l'intervenant de la prise en charge qui pourra à son tour précéder le consultant. Pour l'enseignant, il pourra en être différent, étant avant tout en lien avec la fréquentation scolaire de l'enfant et il pourrait être concerné par les interventions auprès d'un tel enfant à tous les moments de sa fréquentation scolaire. Pour la ressource responsable de l'accueil de l'enfant, son intervention pourrait être, comme celle de l'enseignant, à des moments liés à la décision d'héberger l'enfant qui pourrait être prise tant par la personne responsable de l'évaluation du signalement que celle responsable de la prise en charge.

1.1.4 Leurs représentations des enfants présentant des t.s.a.

Notre sujet de recherche étant lié aux interventions auprès des enfants présentant des t.s.a., nous avons demandé aux personnes interviewées de nous exposer les principales particularités de ces enfants. Leurs réponses ont été de nous présenter les conséquences des t.s.a. sur la vie de l'enfant, qui s'entrecroisent autour de ces pôles :

- des enfants pour qui la diade parent(s)/ enfant est dysfonctionnelle ;
- des enfants qui ont de la difficulté à faire confiance aux gens qu'ils perçoivent comme interchangeables ;
- des enfants très vulnérables et très désorganisés ;
- des enfants extrêmement hypothéqués qui ne peuvent fonctionner en famille d'accueil.

1.1.5 Leurs définitions des t.s.a.

Dans la continuité de leur vision des enfants présentant des t.s.a., nous leur avons demandé de nous définir les troubles sévères de l'attachement. Ils nous les ont présentés comme suit :

- un participant le définit comme un enfant qui s'est trouvé face à lui-même sans support d'adultes ;
- un participant le définit comme un enfant qui n'a pas eu la chance de vivre dans un milieu ;
- un participant le définit comme un enfant qui a vécu tellement de discontinuités, de mauvais traitements psychologiques, de ruptures ;
- un participant le voit comme un enfant qui n'a pas réussi à créer un pôle d'attachement.

Leurs réponses nous identifient des éléments que nous pouvons regrouper comme des pièces d'un casse-tête présentant le tableau d'un enfant dont les parties nommées par chacun semblent lier les champs individuels d'intervention entre eux. Le regroupement de leurs réponses nous donne leur définition collective de t.s.a. comme nous présentant un enfant ayant vécu des mauvais traitements psychologiques, des ruptures et il n'a pu créer un pôle d'attachement avec pour conséquence que son lien d'attachement entre lui et l'adulte ne se crée pas. Cet enfant a dû se créer une forteresse entre lui et l'extérieur pour ne pas faire face.

Les distinctions apportées sur les types d'attachement et ses qualificatifs de sécurés/insécurés/organisés/désorganisés, développées par les auteurs et chercheurs, Lemay, Ainsworth, Winnicott, dont une synthèse a été faite par Michelle St-Antoine⁵⁰ n'ont pas été nommées. Nous n'avons pas posé de questions complémentaires, nous voulions éviter que notre entrevue soit perçue comme un examen théorique et mette les participants sur leur garde d'être jugés. Nous voulions connaître leurs perceptions sur les t.s.a.

Nous avons néanmoins pu constater qu'ils ont une compréhension commune des problèmes qui affligent ces enfants en lien avec la théorie de l'attachement et son application clinique. Ils présentent la souffrance de ces enfants avec beaucoup d'empathie. Ils sont aussi conscients de la complexité de leur vécu et des difficultés qu'ils rencontrent dans la dispense de l'aide.

⁵⁰ (s.d.) Les Troubles de l'attachement, Revue professionnelle *Défi Jeunesse*, http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm, consulté septembre 2016.

1.2 Leurs interventions

1.2.1 Les limites de leurs interventions auprès de ces enfants

Nous cherchions aussi à connaître les liens qu'ils font entre leurs interventions, leur établissement et leurs collègues et la complexité de leurs interventions, la nécessité de travailler avec d'autres, les valeurs présentes et leur éthique.

Plusieurs ont reconnu les limites de leurs interventions, limites qui seraient tributaires, entre autres, de leurs connaissances insuffisantes, incomplètes de la problématique du t.s.a., de la spécificité inhérente à toute intervention professionnelle spécialisée, des outils à leur disposition, des difficultés de communication et interactions de la collaboration avec d'autres intervenants, des lourdeurs administratives et des ressources insuffisantes.

1.2.2 Leurs distinctions entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et inter établissement

Par ailleurs, pour enchaîner avec ce qui a été rapporté plus haut : Prenant acte du fait que l'intervention auprès des enfants ayant un t.s.a. fait appel à des expertises disciplinaires ou professionnelles diverses, et que les personnes interviewées faisaient état des difficultés de communication et d'interaction ou de collaboration entre les divers intervenants concernés, nous les avons interrogées sur leurs conceptions ou façons de voir la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité, ainsi que les rapports inter-établissements. Elles ont identifié majoritairement la pluridisciplinarité au travail de plusieurs professionnels appartenant à des disciplines différentes sur une même problématique permettant une meilleure compréhension. Leur métaphore d'un travail en pluridisciplinarité est celle de personnes réunies autour d'une table pour échanger, discuter, tenter ensemble de mieux saisir et comprendre ce qui est en jeu. Deux participants l'ont identifiée comme étant la présence d'autres collègues, d'autres disciplines, une autre comme devant amener chacun à faire les choses en concertation avec les autres, mais chacun de son côté.

Pour ce qui est de l'interdisciplinarité, sauf pour deux personnes qui y voient un travail interactif, inter relié, elle est perçue comme pratiquement identique à la pluridisciplinarité : quatre participants ne voient pas de différence avec la pluridisciplinarité, un y voit un lieu d'échange d'informations, un autre déclare ne pas accorder d'importance.

Quant à l'inter-établissement, cinq personnes le relient au partenariat, deux à la collaboration École-hôpital, deux au travail-ensemble et à l'échange d'informations et une n'y attache pas d'importance.

On peut ici percevoir le peu d'importance qu'ils vouent au qualificatif sur leur structure de travail avec d'autres intervenants. Ceci peut aussi découler des établissements où ils exercent leurs fonctions où ces modes de travail-ensemble ne semblent pas avoir été définis, définitions auxquelles les personnes rencontrées semblent attacher peu d'importance. Cette réalité que nous constatons donne raison à Violaine Lemay (2014) lorsqu'elle écrit : « à peine quelques heures de lecture sur l'interdisciplinarité suffisent pour découvrir qu'il y a presque autant de définitions de cette dernière qu'il y a d'auteurs qui en discutent » (p. 1).

1.2.3 Les défis de l'intervention auprès de ces enfants

Pour ce qui est des défis liés à l'intervention auprès d'un enfant présentant un t.s.a., les participants identifient l'interdépendance des diagnostics, les difficultés de comprendre le langage des autres intervenants, le souci de rester neutre, de garder ses distances. On perçoit ici comment la théorie de l'attachement a forcé les cliniciens à quitter leur silo de pratique traditionnelle pour mieux comprendre les difficultés de l'enfant, son vécu, ses souffrances et comment il peut être aidé. Ces nouveaux défis pour les intervenants relevés depuis Bowlby ont fait école grâce à Molénat (2009 : 220)⁵¹ et Lamas et Guédeney (2006 : 114). Ces derniers ont démontré à la fois la complexité de l'établissement de l'attachement de l'enfant et comment il devenait nécessaire d'intervenir différemment. Des participants ont aussi évoqué le rôle spécifique de l'intervenant social comme intervenant pivot.

1.2.4 Le support à l'intervenant

Leur réseau d'aide ou d'entraide en support à l'intervenant est personnifié par leur chef d'équipe, leurs collègues de travail avec qui ils peuvent discuter de la problématique de ces enfants, de leur solitude, de leurs difficultés, de leurs détresses face au défi de l'intervention.

⁵¹ « Car en fin de compte, chaque discipline, chaque fragment qu'elle défend représente une des facettes d'une réalité vécue par une patiente, par une famille. »

1.3 L'éthique et la déontologie

Le travail-ensemble exigé par l'intervention auprès des enfants aux prises avec un t.s.a. ne va pas sans soulever des questions de l'ordre de l'éthique et/ou de la déontologie. C'est pourquoi nous avons voulu savoir comment les personnes interviewées entendaient et définissaient les deux concepts. Les participants à notre recherche voient dans l'éthique un concept plus large, moins concret que la déontologie. Ils relient l'éthique aux valeurs de chacun, à la confidentialité et à la personne dans son jugement ou dans sa prise de décision. Pour ce qui est de la déontologie, quatre l'ont reliée aux ordres professionnels, trois aux bonnes pratiques, et une a déclaré qu'elle ne pouvait faire de distinction. La perception commune actuelle présente donc l'éthique comme englobant la déontologie sans toutefois préciser que la déontologie est de l'éthique. Cette représentation du type poupée russe relève d'une certaine confusion des genres, car si un élément est inclus dans l'autre, la différenciation et les distinctions sont rendues plus difficiles. Notons par ailleurs en reliant l'éthique aux valeurs de chacun, les répondants ne l'ont pas reliée à leur pratique professionnelle.

Dans certains propos tenus sur l'éthique et sur les bonnes pratiques, nous constatons une certaine confusion entre image publique, bonne réputation et bonne pratique. Rappelons que plusieurs des participants à notre recherche œuvrent en Centre jeunesse, établissement responsable de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et aussi de l'hébergement des enfants⁵². Ainsi nous avons des répondants habitués à se référer à des règles identifiant leurs bonnes pratiques dans l'exécution de leurs actes.

2. La deuxième étape

2.1 La lecture de la vignette et les questions convergentes

Comme nous l'avions projeté, nous avons remis à chaque participant une copie de la vignette, que nous avons lue à haute voix. Par la suite, nous nous sommes déclaré disponible pour répondre à leurs questions. La vignette a semblé être suffisamment claire et significative pour chacun d'eux, de sorte que nous sommes presque aussitôt passé à une séquence de questions (3^e étape). Nous

⁵² 82. « La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1) ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. » RLRQ c S-4.2.

cherchions à leur faire préciser quand ils interviendraient auprès de cet enfant ou à un enfant qui serait dans une situation semblable, avec qui et comment, et à quelles éthiques et valeurs il serait fait appel tant chez eux-mêmes que chez leurs collaborateurs ou partenaires.

3. La troisième étape

3.1 Les personnes interrogées interviennent à quel moment

Nous avons vérifié auprès des participants, s'ils avaient eu à intervenir auprès de cet enfant, quand l'aurait-il fait ? Leurs réponses nous donnent des moments différents pour la plupart. Un participant l'aurait fait au moment du signalement de l'enfant à la Protection de la jeunesse, le criminologue; un à son entrée scolaire, l'enseignant; quatre au cours de son hébergement dans une ressource du Centre jeunesse⁵³, travailleurs sociaux, psycho-éducateur et éducateur; trois personnes à titre de consultant, ils sont médecin ou psychologues et un à titre de support à l'intervention comme psycho éducateur. Nos participants, selon les connaissances empiriques du chercheur, font aussi, généralement, partie de discussions de cas concernant les décisions à être prises concernant les mesures d'aide pour les enfants présentant des t.s.a. et leurs parents. Ainsi ils nous ont confirmé qu'ils étaient représentatifs du milieu socio-médical et éducatif inhérent, nous le croyons, (Fortin, 2006 : 233) au phénomène que nous explorons. Ils ont aussi ajouté qu'ils interviendraient pour évaluer l'enfant, répondre à une consultation, accueillir l'enfant, supporter la famille d'accueil et quatre personnes ont précisé qu'elles interviendraient en équipe. Conséquemment, nous avons des personnes ayant la responsabilité d'interventions à des moments multiples.

3.2 Les autres professionnels susceptibles d'intervenir

Nous avons voulu savoir si les personnes interviewées anticipaient l'intervention d'autres professionnels auprès de cet enfant. Précisons que les personnes rencontrées étaient dans l'ignorance des autres personnes participantes à notre recherche. Dans ce contexte, les énumérations des autres personnes appelées à intervenir s'inscrivent dans notre recherche et ont toutes leur poids. Elles ont identifié plus de dix professionnels, entre autres, des médecins, pédopsychiatres, psychologues, orthopédagogues, travailleurs sociaux, éducateurs ou psycho

⁵³ Le début de l'hébergement peut être réalisé à plusieurs moments de l'intervention de la DPJ, tels lors de la réception du signalement et l'application de mesures d'urgence, article 47 de la Loi sur la protection de la jeunesse, dans le cadre du constat de la possibilité d'un tort sérieux pour l'enfant, article 79 ou dans le cadre d'un jugement ou d'une entente sur mesures volontaire, article 91 ou 54 de la Loi sur la protection de la jeunesse.

éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmières, personnels de service de garde, enseignants⁵⁴ et une équipe du centre jeunesse. Nous retenons qu'ils considèrent que ces professionnels identifiés sont porteurs de savoirs et de savoir-faire nécessaires aux interventions auprès de cet enfant. Cette multiplication d'intervenants auprès de ces enfants reflète sa problématique lourde telle qu'ils l'ont définie. Nous constatons aussi que les participants, à ce stade de nos entrevues, n'ont pas fait mention de l'interaction ou des interdépendances fonctionnelles entre les professionnels identifiés (Champy, 2011 : 109) que ces savoirs et savoir-faire peuvent ou pourraient entretenir entre eux. Ils ont dit qu'ils pouvaient être appelés à intervenir. Nous constatons aussi que toutes ces professions porteuses de savoirs spécifiques peuvent avoir en commun de pouvoir donner de l'aide ou de l'assistance à l'enfance. Rappelons que l'objectif de notre recherche n'est pas d'isoler ces savoirs les uns des autres, mais plutôt d'analyser ce qui se passe lorsque leurs porteurs doivent travailler avec d'autres ou s'associer à d'autres pour comprendre ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est passé et ce qu'il faut faire pour protéger et aider cet enfant et comment le faire. La difficulté dans notre recherche est de déterminer la part des valeurs dans ce savoir et ce savoir-faire et comment les cliniciens les appliquent lorsqu'ils donnent des soins ou lorsqu'ils prennent soin.

3.3 Leurs valeurs dans leurs interventions

3.3.1 Les personnes interrogées veulent avant tout connaître l'enfant et ses parents

Nous avons requis des participants qu'ils nous informent de leurs valeurs lors de leurs interventions et celles qu'ils attendaient des autres. En introduction à leur réponse, ils nous ont individuellement exposé l'importance de bien comprendre la situation de l'enfant. Ils veulent non seulement savoir qui est cet enfant, mais aussi qui sont ses parents. Pour avoir ces informations, une évaluation tout au moins devra être effectuée. Six personnes ont exprimé la priorisation d'un milieu protégeant, stimulant pour l'enfant et donner un support à la famille d'accueil. Trois cherchent à comprendre ce qui se passe pour l'enfant et avoir accès à l'information pertinente. Trois expriment l'importance d'avoir une bonne lecture en lien avec leur savoir pour expliquer. Deux veulent que l'enfant bénéficie d'une bonne évaluation et d'un bon support. Un invoque la nécessité d'une évaluation médicale. Un autre priorise l'obtention de l'évaluation des capacités

⁵⁴ Ces personnes sont pour la plupart détentrices d'une scolarité niveau universitaire et quelques-uns du de niveau collégial. La plupart doivent aussi être membre d'un ordre professionnel pour pratiquer ou d'une association professionnelle. La plupart font aussi partie de la collaboration interprofessionnelle créée le 16 novembre 2016. Leur site est : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/>, consulté le 22 novembre 2016.

parentales. L'obligation d'évaluation se retrouve dans tous les codes de déontologie⁵⁵ des professionnels du réseau socio-sanitaire ainsi que dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Conséquemment, si tous les professionnels susceptibles d'intervenir auprès de ces enfants font leur propre évaluation, cet enfant et ses parents, avant de recevoir de l'aide par chacun des professionnels, pourraient être sujet de plusieurs évaluations. Pour paraphraser Bourgeault (1989) nous constatons que leur pratique « est orientée par les politiques et les choix institutionnels » (p. 44). Dans le cadre de l'application de ces règles, nous retrouvons le défi d'accéder à ces évaluations multiples et s'ils le peuvent, ils espèrent qu'elles feront le tour de la problématique de l'enfant. Les personnes interviewées ont aussi insisté sur l'importance de bien comprendre le langage utilisé par les autres professionnels. Elles veulent pouvoir se servir mutuellement des informations disponibles pour entrer en communication avec l'enfant et ses parents. Il ressort de cette partie de l'entrevue la nécessité pour ces personnes d'une communication réciproque entre les professionnels de leur savoir et savoir-faire permettant l'établissement de cette communication adéquate avec l'enfant et ses parents qui à son tour est nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance. Nous pourrions résumer ces réponses par le bien comprendre pour le bien faire.

3.4 Les suites de leurs évaluations

3.4.1 Bien intervenir ne signifie pas proximité

Les participants nous ont fait part de l'importance qu'ils accordent à l'établissement d'une distanciation à l'égard de la situation de l'enfant et de ses parents qu'ils joignent à la nécessité d'éviter tout jugement à leur égard. Les participants ont aussi insisté sur la priorité d'assurer le bien-être de cet enfant et de s'assurer qu'il reçoive les bons soins. Force nous est de constater la

⁵⁵ Ex : Code de déontologie des psychologues, RLRQ c M-9, r.16 : article : « Le psychologue n'établit un diagnostic psychologique à l'égard de son client et ne donne des avis et conseils à ce dernier que s'il possède l'information professionnelle et scientifique suffisante pour le faire. »

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r.17 : article 46 : « Le médecin doit élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, en utilisant les méthodes scientifiques les plus appropriées et, si nécessaire, en recourant aux conseils les plus éclairés. »

Code de déontologie des membres de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux, RLRQ c C-26, r.286 : article 3.02.05 : « Le travailleur social ne formule une évaluation de la situation de son client et n'intervient à son égard que s'il possède les données suffisantes pour porter un jugement éclairé sur la situation et pour agir avec un minimum d'efficacité dans l'intérêt du client. »

Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ c S-4.2 : article 82 : « La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'offrir dans la région des services de nature psychosociale [...]. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

présence d'une dichotomie entre établir une communication avec l'enfant et ses parents et les dangers d'une trop grande proximité recherchée avec l'enfant et ses parents qu'ils veulent éviter par l'établissement d'une distance. Ils veulent aussi s'assurer que des soins seront donnés à l'enfant et ses parents pour établir ou rétablir le bien-être de l'enfant. Ils ont été silencieux sur qui fait quoi dans ce processus ou qui est responsable de quoi ? Les receveurs de l'aide sont connus, les donneurs le sont moins.

3.5 Le travail-ensemble

3.5.1 Les prérequis pour travailler avec d'autres professionnels

Ils nous ont dit que pour faire avec d'autres, leur savoir-faire doit comprendre empathie, transparence, respect, capacité d'écoute et vouloir soutenir et aider l'enfant et ses parents, mais, avant tout, les autres doivent « aimer l'enfance ». Nous croyons qu'« aimer avant tout l'enfance » est présenté comme une façon pour les personnes interviewées de donner une existence propre à l'enfant. Nous pouvons coupler cette exigence de l'empathie à l'égard de l'enfant et au ressenti de ses souffrances. Cette réalité recherchée fait aussi appel à la transparence des intervenants et au respect que chacun accorde à l'autre intervenant pour lui permettre d'exprimer sa partie de la connaissance de la situation de l'enfant et de ses parents et de leurs besoins. Nous retenons aussi de leurs réponses qu'ils donnent une priorité à la protection de l'enfant, ce qui s'explique par la provenance de la majorité des personnes interviewées. Elles nous ont présenté ce qui constitue la base pour intervenir auprès de ces enfants et pour accueillir d'autres intervenants impliqués auprès de cet enfant.

3.5.2 Les pourquoi du travail-ensemble

Nous avons requis des participants plus d'informations sur leur comment ils réussissent à travailler avec d'autres. Ils nous ont alors rappelé les limites de leur savoir et savoir-faire pour faire face aux besoins d'un enfant présentant des t.s.a. Ils considèrent que ces enfants représentent des cas difficiles dont les exigences d'intervention nécessitent l'intervention de plusieurs savoirs et savoir-faire qu'ils nous ont déjà identifiés. Ces limites, ils les ont exprimées ainsi :

- les limites de leurs connaissances ;
- leur savoir qu'au-delà de cela je ne peux rien faire ;
- les limites de notre temps de réflexion ;
- la lecture limitée de chaque profession ;

- les diagnostics que l'on ne peut pas poser ;
- les limites personnelles qui entraînent des limites professionnelles ;
- les limites matérielles qui entravent les perspectives de faire mieux ;
- les limites dues au « case load » ;
- les limites des outils à notre disposition.

Dans cette même conjoncture, des participants ont partagé leurs questionnements qui, comment l'aider à avoir une vie meilleure, l'aider à repousser ses blocages, on veut beaucoup les aider, il faut doser et surtout éviter le sabotage de l'enfant, présentent les difficultés de l'intervention et encore une fois les dichotomies entre bien faire, trop faire et ne pas perdre de vue les réactions de l'enfant et faire face aux incertitudes d'y arriver.

Quatre personnes ont aussi exposé leurs perceptions des limites de leur établissement où ils exercent leur profession. Ils nous ont identifié :

- les lourdeurs administratives ;
- on n'a pas les moyens de nos ambitions ;
- absence de dialogue entre l'administratif et la clinique ;
- réalisme du projet.

Nous devons préciser que notre sélection des participants s'est intéressée aux cliniciens seulement dans laquelle nous n'avons pas inclus le personnel administratif, conséquemment nous n'avons pas leurs perceptions de leur rôle, de leurs valeurs dans notre recherche.

Une personne a exposé les contradictions entre ses interventions et celles décidées par un autre établissement.

Quatre personnes ont exprimé l'absence de cohérence entre les réalités administratives et leurs réalités cliniques :

- la fermeture de ressources;
- le constat de déplacements multiples de ces enfants et les ruptures qu'on leur fait vivre;
- les ressources financières limitées.

Nous comprenons que les personnes interviewées comprennent leurs limites à plusieurs niveaux : savoir, savoir-faire et organisationnels. Nous avons rencontré des personnes voulant aider et qui avaient pour objectifs de se relier à d'autres pour mieux comprendre, mieux intervenir, mais que cela ne se fait pas sans obstacle.

3.5.3 Le faire ensemble et la recherche des objectifs

Selon les participants, les intervenants appelés auprès de ces enfants doivent être conscients que leur regard ne sera pas le même sur la situation de l'enfant selon leurs compétences, mais aussi parce que certains sont plus à proximité de l'enfant de par leur formation et leur pratique et d'autres plus à distance. Certains considèrent qu'ils doivent aussi avoir des objectifs communs. Ainsi pour deux personnes, tous doivent vouloir aider ; pour deux autres de vouloir répondre aux besoins des enfants ; une déclare que tous doivent rechercher la donation de services adéquats pour l'enfant et une dernière insiste sur le respect de l'intérêt de l'enfant.

3.6 La place de l'éthique dans le faire ensemble

3.6.1 La référence à l'éthique ou ce qui est éthique et ce qui ne le serait pas...

Cherchant à connaître, dans la dernière partie des entrevues, les valeurs de référence sous-tendant leurs pratiques, nous avons interrogé les participants à notre recherche non pas sur leurs propres pratiques, mais sur celles des autres partenaires de leurs interventions. Cela, pour permettre l'exercice plus libre du regard critique et une expression plus libre également de leurs propres valeurs.

Nos interlocuteurs, rappelons-le, sont de disciplines diverses ; ils sont médecin, travailleur social, éducateur ou psychoéducateur, criminologue, enseignant, psychologue ; et ils œuvrent dans des institutions qui ont des missions elles aussi diverses ; centre jeunesse, centre hospitalier, maison d'enseignement, ressource d'hébergement. A priori, nous aurions pu penser que ce double niveau de diversité serait reflété dans la présentation de valeurs et de repères des déontologies et des codes institutionnels comme référents pour définir les bonnes pratiques. Mais, dans les témoignages reçus, c'est plutôt la conscience des incertitudes découlant des limites de leurs savoirs ou de leur propre expertise qui sont source d'un certain malaise et d'interrogations d'ordre éthique, ainsi que les difficultés de la communication et des interactions entre les divers acteurs ou intervenants.

Qu'est-ce qui est éthique et qu'est-ce qui ne le serait pas ? Ont été considérés comme relevant de l'éthique ou constituant des exigences de l'ordre de l'éthique les éléments suivants liés au travail-ensemble : l'écoute mutuelle entre les intervenants, l'entente, la collaboration, le savoir-être, le respect de la confidentialité, le souci de l'intérêt de l'enfant, le respect de sa vie privée. Dans la collaboration de ce travail-ensemble, ils doivent se poser constamment la question ce que je vais faire est-il respectueux ? Une majorité croit aussi que le savoir influence l'éthique en suscitant un plus grand respect, une plus grande ouverture d'esprit et la recherche de l'équité.

Les répondants ont multiplié leurs réponses à notre question sur ce qui n'est pas éthique dans le travail en collaboration. Ainsi ils considèrent non éthiques les jugements de valeur, nommer l'enfant et les parents en donnant des informations véhiculant une image négative sans en évaluer les conséquences. D'autres y ont ajouté l'empiètement de la logique administrative sur la logique clinique, celui qui se donne bonne conscience en offrant des services ou en intervenant qu'à l'approche d'une audition au tribunal.

Nous devons prendre en considération que les participants sont détenteurs d'une bonne formation et d'une bonne expérience. Dans le cadre de leur pratique, ils ont dû être confrontés à ces situations qui les ont fait réfléchir sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas et ce qu'ils considèrent éthique et non éthique. Mais l'ont-ils partagé avec leurs collègues pour rechercher la possibilité de valeurs communes ? Nous avons interrogé les participants s'ils pouvaient partager une éthique commune.

3.6.2 Le partage d'une éthique commune

Les personnes interviewées considèrent qu'ils peuvent partager une éthique commune avec des gens avec qui ils ont plus d'affinité dans la façon de faire. L'assise de leur éthique est la conscience partagée par tous qu'un enfant présentant des t.s.a. est un cas difficile. Les prérequis pour les personnes interviewées sont que les autres doivent avoir la capacité de communiquer, de dialoguer, d'établir des liens avec les autres professionnels. Ils ont aussi insisté sur l'acceptation que selon les compétences de chacun on ne voit pas l'enfant de la même façon. Pour favoriser ce dialogue, cette communication, ils nous ont dit qu'il doit y avoir un climat de confiance découlant du respect et de l'empathie et faire montre de diplomatie. Il leur apparaît aussi nécessaire que chacun doive avoir le goût de travailler ensemble, aller au-delà de la description technique de l'enfant, de ses parents, éviter de faire montre de trop de rigidité. Pour les participants, il faut tout mettre en place pour éviter d'installer des barrières entre les personnes devant collaborer

découlant de la crainte d'être jugé par les autres s'il déclare ne pas savoir ou ne pas être sûr ou ne pas comprendre. En soi, tous doivent démontrer de la générosité les uns à l'égard des autres motivée par la volonté de répondre aux besoins d'un enfant présentant des t.s.a. dont celui de son bien-être.

Pour nous assurer que les personnes interviewées se projetaient dans le travail-ensemble découlant de sa nécessité compte tenu de la complexité que représente la situation d'un enfant présentant des t.s.a., nous les avons interrogés sur ce qu'ils feraient s'ils intervenaient seul.

3.6.3 Les limites d'une intervention en silo

Neuf répondants ont fait ressortir les limites de chacun de répondre à tous les besoins de cet enfant. Ils nous ont parlé des difficultés dans un tel contexte de donner un sens à leurs interventions. Ils ont invoqué les dangers de détresse pour l'intervenant, assez pour que plusieurs refuseraient d'intervenir et iraient jusqu'à démissionner. Des commentaires ont été faits tels que, ça n'arrive jamais, c'est impossible, une personne a déclaré si on me l'impose je vais le faire, mais... Ainsi, ils nous ont confirmé la complexité de la situation d'un enfant présentant des t.s.a. et la nécessité d'intervenir à plusieurs détenteurs de savoirs et savoir-faire différents. Ils nous ont partagé le poids d'une intervention en solo pour porter seul la situation de cet enfant.

Rappelons que sept personnes sur les dix rencontrées travaillent en centre jeunesse et sont les porteurs à divers niveaux de la responsabilité de protéger cet enfant. Leurs réponses confirment qu'une partie de l'intervention découle de l'application de la Loi. Ils se présentent aussi comme porteur de l'histoire de l'enfant et de ses parents par les évaluations effectuées et de la justification de l'intervention de la direction de la Protection de la jeunesse et des interventions nécessaires pour mettre fin à la situation compromettant la sécurité ou le développement de l'enfant.

À cet effet, un des participants a déclaré : « C'est effrayant comme on est nombreux autour d'un enfant et en même temps, on s'aperçoit comment c'est essentiel. » Parce, en paraphrasant Morin (2005a : 93), qu'ils n'ont pas la totalité du savoir et du savoir-faire qu'exigent l'intervention auprès de cet enfant et que s'ils prétendaient l'avoir ils seraient dans la non-vérité.

4. Conclusion

Le résultat et l'analyse de nos entrevues nous ont permis de connaître les personnes interviewées et leurs pratiques. Elles sont toutes impliquées à des moments parfois différents et aussi à des intensités différentes auprès de ces enfants. Nos entrevues ont permis de collecter des informations reflétant leurs interventions découlant de leur connaissance de la situation de ces enfants. Les répondants nous ont dit comment ces enfants requièrent des soins importants à divers niveaux et par plusieurs professionnels. L'énumération de plus de 10 professionnels requis pour l'intervention auprès de cet enfant nous présente la perspective qu'ils auront à un moment ou à un autre dans le cadre de leurs interventions à travailler avec d'autres professionnels. Cette multiplication des personnes à être impliquées nous démontre les défis que représente la situation très problématique de cet enfant. Les personnes rencontrées ne nous ont pas dit quelle est la formule de leur travail-ensemble, les qualificatifs de pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou inter établissement semblent les importer peu, ce qu'ils nous ont dit est ce que requière la communication interprofessionnelle pour qu'elle se passe bien. Les participants nous ont entretenu sur leurs valeurs de respect, d'accueil du savoir et savoir-faire de l'autre et surtout qu'il ne doit pas y avoir entre autres de jugement de valeur les uns à l'égard des autres. Il y a maintenant lieu que nous regardions ces résultats et ces analyses à la lumière de notre problématique et notre assise théorique afin d'en faire la discussion de notre recherche exploratoire.

CHAPITRE 5

LA DISCUSSION

Au départ, une recension des écrits scientifiques et professionnels sur le trouble sévère de l'attachement (t.s.a) et sur l'intervention auprès de jeunes qui en sont atteints nous a permis de constater, outre une adhésion consensuelle des cliniciens à la théorie de l'attachement, que la complexité tant des situations que des interventions elles-mêmes exigeait de faire appel à diverses expertises ou disciplines. Dans les écrits recensés, les difficultés du travail-ensemble pluridisciplinaire ou interdisciplinaire (et parfois inter-institutions) ont été évoquées, de même que des questions et/ou des enjeux de l'ordre des valeurs et de l'éthique, mais sans que ces difficultés et ces questions ou enjeux fassent l'objet d'une présentation tant soit peu articulée ni, a fortiori, d'une analyse et d'une discussion. D'où l'objet de notre recherche, tel qu'il a été présenté dans le chapitre 1, avec sa question à deux volets portant sur les exigences du travail dans la pluri ou en interdisciplinarité et l'inter établissement ainsi que les enjeux éthiques de même que les valeurs présentes lors des interventions socio-médico-éducatives auprès des enfants présentant des t.s.a.

Dans le présent chapitre, nous allons discuter des apports des intervenants interviewés présentés et analysés dans le chapitre 3. Cela, en trois temps ou sections : (1) un même regard sur l'enfant ayant un t.s.a. et sur l'intervention auprès d'eux — les données recueillies dans notre recherche corroborent ici les résultats de recherches antérieures; (2) les exigences et difficultés du travail-ensemble; (3) les questions et enjeux d'ordre éthique liés au travail-ensemble auprès de jeunes ayant un t.s.a.

1. Un même regard sur les t.s.a.

1.1 Une vision commune de l'enfant

Les personnes interviewées dans le cadre de notre recherche parlent-elles du même enfant que celui des études ? Oui. Elles considèrent l'enfant dans sa réalité physique, psychologique, de son développement et de sa relation avec ses parents. Elles nous ont donc présenté cet enfant comme étant dépendant, vulnérable et tributaire de son environnement (pauvreté) et aussi en besoin de protection pour pouvoir se développer. Comme Théry (2001). Elles reconnaissent que : « [...] l'enfant a toujours été institué à la fois comme un être jeune (le *puer* latin) et en tant que fils ou

filie de (*filius*)... (p. 529). » On peut ici percevoir que la réalité, exprimée par les participants, de tout enfant est empreinte de fragilité, vulnérabilité et de dépendance et plus il est jeune plus cette réalité sera omniprésente et amplifiée.

C'est lors de cette période de grande vulnérabilité et de dépendance que s'établit son lien d'attachement considéré par les auteurs comme un lien essentiel à sa sécurité et son développement. Ce lien d'attachement est tributaire selon Bowlby (1969)⁵⁶ des soins continus de sa mère ou d'une autre personne stable dans les premières années de sa vie. À défaut de recevoir ces soins, cet enfant vivra des problèmes importants. Comme Ainsworth⁵⁷, les personnes interviewées ont observé les failles ou les défaillances dans les relations parent/enfant, elles se sont servi de leurs observations cliniques pour présenter le vécu d'un enfant présentant des t.s.a. Lorsque nous relient la définition donnée par chaque personne interviewée, ils nous présentent un enfant qui a vécu des mauvais traitements psychologiques, des ruptures et il n'a pu créer un pôle d'attachement avec pour conséquence que son lien d'attachement entre lui et l'adulte ne se crée pas. Cet enfant a dû, selon les répondants, se créer une forteresse entre lui et l'extérieur pour ne pas faire face.

Ils corroborent, à cet effet les chercheurs Davidson, O'Hare, Mactaggart, Green, Young, Gillberg, Minnis, (2015) ont exposé les problèmes multiples présentés par ces enfants : « *additional problems such as aggression, anxiety, hyperactivity, behavioural problems or social relationships difficulties may be more likely to result in a referral to CAMHS than symptoms of the core disorder itself* » (p. 64).

Ils connaissent à la fois les difficultés que ces enfants vivent ou ont pu vivre dans leurs relations avec leurs parents et leurs conséquences sur leur développement. Les personnes rencontrées et les chercheurs nous présentent le même enfant.

⁵⁶ P.6, aussi les textes de Bowlby de 1944 et 1951

⁵⁷ (1963), The development of infant-mother interaction among the Ganda, dans B-M. Foss (sous la direction de) Determinants of infant behaviour II, ed. Methuen, Londres.

(1967), Infancy in Uganda, Infant Care and the Growth of love, ed. John Hopkins Press, Baltimore.

Blehar, M.-C.; Walters, E.; Wall, S.,(1978) Patterns of Attachment : A Psychological Study of the strange situation, Lawrence Erlbaum, Hillsdale NJ.

Marvin, R.,(1995) On the Shaping of attachment theory and research : An interview with Mary D-S Ainsworth (fall 1994), dans E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (sous la direction de).

1.2 Comment les personnes interviewées interviennent-elles près de ces enfants?

Lorsque nous avons interrogé les participants sur leurs interventions auprès de ces enfants, ils nous ont exposé les étapes de leurs interventions. Ils nous ont dit qu'il leur fallait, avant tout, bien connaître l'enfant, son vécu et ses conséquences sur sa sécurité et son développement ainsi que leurs parents.

Ils nous ont ensuite exposé les étapes de leurs interventions. La première est l'évaluation à la fois de l'enfant et de ses parents. Ainsi ils ont une approche globale de la situation de cet enfant conformément aux chercheurs, Schofiels, Beek (2011), qui considèrent que la théorie de l'attachement « utilisée avec précision et souplesse dans le cadre d'une approche globale visant à promouvoir le bien-être des enfants, peut apporter une importante contribution à l'amélioration du devenir des enfants » (p. 491).

Cette évaluation devrait leur permettre de connaître les problèmes qui affligent cet enfant. Pour bien évaluer sa situation, ils savent que cette évaluation sera séquentielle devant apporter un éclairage sur le vécu passé et présent de l'enfant, son état de santé physique et psychologique, son développement et sur les capacités parentales. Ainsi, ils considèrent, comme Lamas, Guédeney (2006), l'intérêt de se référer à la théorie de l'attachement pour « l'évaluation et la compréhension de l'impact de certains événements de vie pour l'enfant (modification du mode de garde, séparation ou perte parentale, garde alternée, [...]) et la compréhension des situations de maltraitance » (p. 114).

Nous sommes aussi intéressés au comment les participants abordaient les séquences de l'évaluation.

2. Les difficultés, les enjeux et les exigences ((ou défis)) du travail-ensemble

Déjà à cette étape de l'évaluation de l'état et de la situation de l'enfant, dont ses liens déficients avec ses parents, et par la suite au cours des interventions assurant selon les cas traitement ou soutien ou insertion de l'enfant dans un nouveau milieu de vie, il est nécessaire de faire appel à des spécialistes de diverses disciplines. Il est difficile de bien saisir, dans sa complexité, le jeu des actions et interactions constitutif des interventions parce que, comme le note Molénat (2013),

Le cloisonnement de la littérature scientifique rend complexe l'évaluation d'actions diversifiées dans le continuum, puisqu'il met en jeu l'obstétrique, la pédiatrie, la médecine générale, la Protection maternelle et infantile, l'action sociale, la psychologie, la psychiatrie et les multiples rééducations (p.203).

Ces exigences de savoirs pour pouvoir exercer leur savoir et savoir-faire nécessiteront le travail avec d'autres professionnels. Les personnes interviewées sont conscientes de cette exigence pour que l'une d'elles fasse le constat : « C'est effrayant comme on est nombreux autour d'un enfant et en même temps, on s'aperçoit comment c'est essentiel. », nous apparaît représentatif des données recueillies.

2.1 Une multiplication des savoirs et savoir-faire

2.1.1 Les professionnels impliqués

Les personnes identifiées par les répondants et pouvant être impliquées auprès de cet enfant seront la personne représentant la direction de la protection de la jeunesse, l'intervenant de la prise en charge responsable de l'exécution de l'entente sur mesure volontaire ou du jugement, la personne responsable de la ressource qui accueille l'enfant, son pédiatre, son éducateur, son enseignant, son parent ou ses parents. Cette multiplication de personnes constitue une partie de la complexité de l'intervention auprès de cet enfant. C'est ce tissu de savoir, de compétences qui les rallie à la première partie de la définition de la complexité de Morin (2005a) : « Au premier abord, la complexité est un tissu (complexus : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogènes inséparablement associés : elle pose le paradoxe de l'un et du multiple » (p. 21).

S'ajoute à cette énumération de personnes le cadre légal dans lequel les personnes identifiées interviennent toutes et chacune

2.1.2 Les cadres légaux pouvant s'appliquer

Les cadres légaux susceptibles de s'appliquer lors de l'intervention auprès d'un enfant présentant des t.s.a. sont les droits de l'enfant⁵⁸, les droits et obligations des parents⁵⁹, la Loi sur la protection de la jeunesse pour l'intervenant de direction de la protection de la jeunesse⁶⁰, la Loi sur les services de santé et services sociaux⁶¹ pour la prise en charge de l'enfant et pour la famille

⁵⁸ Ex. Article 39 de la Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c. C-12. «Tout enfant a droit à la protection [...] que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner.»

⁵⁹ L'exercice de l'autorité parentale, prévue entre autres aux articles 597 à 612 du Code civil du Québec.

⁶⁰ RLRQ c. P-34.1.

⁶¹ RLRQ c. S-4.2.

d'accueil, le Code des professions et leur Code de déontologie pour les autres professionnels et d'autres lois spécifiques telle que la Loi sur l'instruction publique⁶² pour l'enseignant.

À ces cadres légaux vont s'ajouter les cadres autres s'appliquant à l'exécution des actes professionnels

2.1.3 Le contexte institutionnel des actes professionnels

La plupart des professionnels susceptibles d'être appelés à intervenir auprès de cet enfant seront soit à l'emploi d'un établissement du réseau socio-sanitaire ou en pratique libérale.

Ces trois cadres présentent le contexte de l'intervention individuelle qui aura des répercussions sur le travail-ensemble et pourraient être ajoutés au second volet de la complexité de Morin, (2005a) pouvant présenter à certains égards « des traits inquiétants du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté, de l'incertitude... » (p. 21).

2.2 Les perspectives de faire autrement

Il nous est apparu important d'interviewer les participants sur les limites de leurs connaissances à l'égard de ces enfants. Elles ont insisté sur la nécessité qu'ils soient conscients de leurs limites au niveau :

- de leurs connaissances ;
- de la lecture limitée de chaque profession ;
- des diagnostics que l'on ne peut pas poser ;
- dues au « case load » ;
- des outils à leur disposition.

Ainsi les personnes interviewées se reconnaissent des limites dans leurs interventions auprès de cet enfant. Nous les avons alors interrogées si elles accepteraient d'intervenir seul auprès de cet enfant. Neuf personnes sur dix nous ont répondu, cela ne se peut pas ou elles refuseraient d'intervenir. Mais en auraient-elles le choix ?

Selon Champy (2009) :

Dans les cas, par exemple, d'assistances sociales cherchant à protéger des enfants en danger (Serre, 2009), le contrôle hiérarchique et les contraintes économiques sont tels

⁶²RLRQ c I-13.3.

que les tensions provoquées par la complexité et la singularité des cas traités semblent devoir être vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener le travail à bien que comme sources de liberté (p.93).

Si elle n'avait pas le choix, une personne interviewée a déclaré : je démissionnerais.

2.3 Comment les personnes interviewées interviendront-elles avec d'autres?

Pour savoir, si les participants avaient adopté une méthode travail, nous leur avons demandé s'ils faisaient des distinctions entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et inter établissement ?

Leurs réponses nous amènent à constater qu'ils ne font pas de distinction entre la pluridisciplinarité et interdisciplinarité. Cependant, leurs réponses imagées telles que des personnes réunies autour d'une table, la présence d'autres collègues, d'autres disciplines et chacun fait les choses en concertation, mais chacun de son côté nous amène à qualifier sommairement qu'ils travaillent plus en pluridisciplinarité qu'en interdisciplinarité. Leurs exemples nous permettant de faire un lien avec la définition de pluridisciplinarité par Pécaud, (2008) : « La pluridisciplinarité en tant que juxtaposition de disciplines qui conservent leur spécificité et leur autonomie, mais où se manifeste une volonté de convergence ». Précisons que les réponses de nos participants excluent de soi, sans qu'ils en aient fait un lien, la perspective d'une méthode de travail en multidisciplinarité telle que définie par Delattre (2004) qui considère que « la multidisciplinarité relie des disciplines peu apparentées alors que la pluridisciplinarité rassemble des disciplines plus apparentées ». Étant donné que les disciplines invoquées jusqu'à maintenant en sont plus apparentées que peu apparentées puisque toutes convergentes vers l'enfant, la pluridisciplinarité serait la méthode la plus à proximité de leur méthode de travail. Plusieurs nous ont aussi exprimé qu'ils ne faisaient pas de distinction entre ces deux concepts. Pour ce qui est de l'inter établissement ou de l'inter institutionnel, les répondants y ont vu du partenariat sans plus.

Au-delà de la connaissance de ces concepts par les personnes interviewées, nous retenons qu'elles apparaissent disponibles à un partage de responsabilité d'interventions compte tenu des exigences d'intervention auprès de cet enfant et de leur souci de le protéger et d'assurer son bien-être apparentés au constat de Jonas (1995) :

C'est pourquoi l'État a une responsabilité à l'égard des enfants qui relèvent de son domaine bien différente de celle du bien-être des citoyens en général. [...] En lui se manifeste de façon exemplaire que le lieu de la responsabilité est d'être plongé dans le devenir, livré au caractère périssable et menacé de périr (p. 258-259).

Elles ont reconnu qu'une telle responsabilité ne peut être assumée par une seule personne. Ce contexte unique d'intervention provoque le travail regroupé de plusieurs professionnels où l'interdépendance n'est pas nommée, mais nous apparaît présente. Les personnes interviewées nous ont présenté des habitudes de pratique hors des silos traditionnels et adhèrent aux souhaits de Bourgeault (2014) :

Comme si la souveraineté des disciplines, comme celle des états, pouvait aujourd'hui, à l'heure de la globalisation et de la mondialisation, être pensée sans reconnaissance du jeu proprement constitutif des interdépendances, sans association et sans intégration dans des ensembles plus vastes (p.195)

Cette ouverture n'est pas seulement souhaitée, mais nécessaire par les personnes interviewées. À cet effet, la théorie de l'attachement a eu et a le mérite de faire prendre conscience des diverses facettes inhérentes aux vécus des enfants présentant des t.s.a. et a, selon Molénat (2001 :67), favorisé le rapprochement des disciplines aux premières étapes de la vie, ainsi par un esprit de recherche pour mieux comprendre comment se construit l'enfant, en forçant à aller au-delà de l'analyse et des soins liés aux troubles constatés de regarder le potentiel des parents plutôt que leur défaillance et de se donner des formations interprofessionnelles.

Cette théorie a aussi, selon Michel Lemay (2014 : 121), donné la conscience que l'enfant pouvait aussi être à la fois un personnage acteur de son développement, et aussi l'enfant de ou dépendant de sa mère ou de son principal donneur de soins donné une véritable existence à l'enfant. Ainsi les intervenants, grâce à cette théorie ont pris conscience de la complexité de la situation de l'enfant présentant des t.s.a., de la complexité de l'interdépendance, de leurs limites individuelles et de la nécessité de relier leurs connaissances pour le bien-être de cet enfant qu'ils ont considéré comme un sujet à l'égard duquel bien des insécurités sont vécues.

Nous avons retenu dans cette première partie que les personnes interviewées s'entendent sur ce qu'est un enfant présentant des t.s.a, sur la complexité de sa situation, la nécessité de plusieurs savoirs et savoir-faire auprès de lui. Ces constats s'inscrivent dans la littérature nous amènent à l'objet principal de notre recherche les valeurs, les éthiques interpellées dans ce travail-ensemble.

2.4 Les valeurs et l'éthique des personnes interviewées

2.4.1 Un constat

Tant l'avènement du directeur de la Protection de la jeunesse (1979) que celui des Centres jeunesse (1992) et celui de l'appropriation de la théorie de l'attachement (à partir de 1980) constituent en soit des phénomènes nouveaux. Les valeurs et l'éthique que nous recherchons y sont liées.

2.4.2 Questions et enjeux de l'ordre des valeurs ou de l'éthique

Dans le cadre de l'organisation de leurs interventions, nous voulions connaître leurs valeurs et la place qu'ils font à l'éthique.

Comme Champy (2009 : 81), les participants considèrent que la nécessité de plusieurs évaluations peut « rendre l'analyse potentiellement infinie ». Nos participants sont aussi réalistes et savent qu'ils doivent s'occuper de cet enfant, mais qu'ils ont aussi la responsabilité d'autres enfants. Ils devront donc partager leur temps professionnel.

Nous allons discuter au cours des prochaines lignes de l'identification de leurs valeurs et des éthiques au travers trois étapes dans leurs interventions en nous inspirant de Champy (2009). Ce chercheur établit à partir de la théorie de Abbott trois séquences dans les interventions d'un professionnel, à savoir le diagnostic, le traitement et l'inférence concernant le lien qui doit s'installer entre les deux étapes identifiées.

2.4.3 Les nécessités de la complexité

Tel que nous l'avons exposé dans notre chapitre précédent, plusieurs évaluations peuvent être nécessaires pour bien connaître les problèmes qui affligent cet enfant et ses parents. Celles-ci devront être partagées entre les professionnels impliqués tout au moins dans leurs constats et leurs conclusions. Ces évaluations ont dû être adaptées à la singularité de chaque situation. Ce contexte propre à l'enfance, à sa vulnérabilité, sa dépendance et les perspectives de son développement sont inter reliés et représentent une complexité qui généreront à la fois questionnements et incertitudes chez les professionnels qui devront être partagés, parce que des choix devront être faits et des décisions devront être prises à partir de ces savoirs, de savoir-faire exercés dans le cadre des soins socio sanitaires encadrés à plusieurs degrés par des lois multiples et à des moments différents de l'intervention.

À chacune de ces étapes, il pourra y avoir expression de valeurs suscitant des questionnements éthiques lors de la prise de décisions ayant des conséquences sur le travail-ensemble.

Par exemple, la conclusion concernant la sécurité et le développement de cet enfant par la direction de la protection de la jeunesse se fera en fonction de l'évaluation de la situation de l'enfant en lien avec l'application de l'article 38 de la L.P.J.⁶³ celui du médecin en fonction de ses savoirs et savoir-faire médicaux et de son ressenti à l'égard de la situation qu'il connaît de l'enfant, il en sera de même pour le psychologue et les autres professionnels impliqués et exerçant dans des cadres différents les uns des autres, mais concernant toujours le même enfant, les mêmes parents

2.5 L'impact du cas (vignette) et l'expression des frictions

À cet effet, la vignette présentée aux personnes rencontrées est éloquent sur les étapes suivies et les parties de connaissances de la situation de l'enfant et de ses parents.

Rappelons ce médecin voulait comprendre ce qui arrive à cet enfant. Il demande une évaluation. Il est confronté aux délais de la clinique et durant ce temps, cet enfant vit une situation familiale qui se détériore. Le médecin craint pour cet enfant qu'il pourrait être victime de mauvais traitements physiques ou psychologiques. Il le signale à la direction de la protection de la jeunesse de laquelle découle une intervention dans un contexte d'autorité légale. On peut concevoir ici les métaphores permettant de projeter à la fois le nombre de professionnels impliqués, la complexité de la situation de l'enfant, les étapes qui devront être franchies, la complexité des interventions subséquentes et les cadres légaux s'y appliquant.

Ainsi des frictions pourraient se vivre, par exemple : le médecin pourrait dire, j'ai signalé, pour qu'il y ait une évaluation de l'enfant par la clinique et non pour son placement. Les parents pourraient se sentir trahis par la personne qui a signalé dont l'identité ne leur est pas connue. L'intervenant chargé de l'évaluation va limiter l'irréductible à la singularité de la loi pour prendre la décision qu'il se doit de prendre. Ainsi complexité et singularité vont se côtoyer et nous pouvons croire qu'elles ne feront pas nécessairement, au premier abord, bon ménage. Elles pourront susciter des incertitudes encore une fois sur les soins nécessités par cet enfant. Seront-ils dispensés dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, de la Loi sur les services de santé

⁶³ Il s'agit de situations retenues par le législateur vécues par un enfant et permettant au directeur de la protection de la jeunesse de déclarer la sécurité ou le développement de l'enfant compromis et lui permettant d'intervenir dans l'autorité de la Loi auprès de l'enfant et de ses parents.

et services sociaux, par qui et comment. Les parents voudront-ils donner leur consentement au partage des informations, devra-t-il y avoir saisie de la cour de la situation de cet enfant?

Ce contexte présenté par la vignette a rapproché les personnes interviewées de l'organisation du travail-ensemble présenté par Perrier-Genas (2009) qui constate la nécessité pour les intervenants de prendre en considération pour bien intervenir auprès de parents à risque de développer chez son enfant des troubles de l'attachement :

1. L'attitude du professionnel qui consiste à placer le parent en place de parent et à le garder à cette place
2. L'importance de la prise en compte des émotions de l'enfant, des parents et du professionnel.
3. L'urgence pour les professionnels de se relier, c'est-à-dire de se lier et de s'articuler dans la complémentarité et d'éviter de substituer les uns aux autres avec parfois en arrière - plan des jugements de valeur.
4. Les points de sécurité nécessaires du professionnel qu'il doit pouvoir trouver dans son équipe ou dans son réseau (p. 189).

C'est à la lumière de cette connaissance théorique que nous avons interrogé les participants sur leurs valeurs, celles des autres en couplant ces questions avec ce qu'ils considéraient être éthiques et ce qui ne l'est pas dans les moments où ils ont à travailler ensemble.

Rappelons que les participants ont joint valeur et éthique dans lesquelles ils ont énuméré la nécessité de s'écouter, de s'entendre, de collaborer, de prioriser le savoir-être, de respecter la confidentialité et l'intérêt de l'enfant. Ils y ont ajouté le respect de la vie privée de l'enfant. Ils ont aussi précisé que lorsqu'ils travaillent ensemble ils doivent se poser la question : ce que je vais faire est-il respectueux ?

Ils reprennent dans leurs mots une partie des quatre éléments de Poizat (2009) que dans une situation complexe, il faut éviter qu'un professionnel « intervienne dans sa propre logique médicale et institutionnelle » (p. 235) et ignore celle des autres. Pour Poizat, cet intervenant restant dans son silo se comporterait comme si son savoir et savoir-faire avaient réponse aux besoins de l'enfant. Le risque de traiter l'enfant en objet plutôt qu'en sujet n'a pas été exprimé, mais nous retrouvons cette préoccupation dans leurs valeurs et ce qu'ils considèrent éthique. Les répondants reconnaissent le statut de sujet à l'enfant sans faire la distinction comme le fait Morin (2005 a) :

l'objet est le connaissable, le déterminable, l'isolable, et par conséquent le manipulable. Il détient la vérité objective et dans ce cas il est tout pour la science, mais manipulable par la technique, il n'est rien. Le sujet est inconnu, inconnu parce qu'indéterminé, parce que miroir, parce qu'étranger, parce que totalité (p. 59).

Ce passage nous interpelle en l'absence de ces valeurs, de cette éthique identifiée, quels seraient ces impacts sur la perspective du travail-ensemble, notre recherche n'y répond pas.

2.6 La reliance⁶⁴ des valeurs et des éthiques à des éthiques reconnues

Il nous apparaît important de reprendre chaque énoncé de ce qui est éthique présenté par les participants, et de discuter si nous pouvons les relier à une éthique reconnue dans la littérature.

Les écrits scientifiques répertoriés nous amènent à induire le sens donné à l'écoute comme étant une valeur par les personnes interviewées. Elles donnent ainsi une importance à l'autre, en font un sujet auquel ils attribuent une crédibilité à son savoir et savoir-faire. Comme Rygaard (2007 : 228), elles appliquent une des étapes qu'il identifie pour former une équipe (team) et invitent un professionnel à faire partie de l'équipe autour de l'enfant. L'invité doit avoir la perception que chacun puisse être différent dans le respect de l'autonomie et de la liberté de chacun de narrer leur histoire de cas découlant de leur évaluation et de leurs interventions auprès de l'enfant et de leurs parents. Cette narration peut se faire, selon ce chercheur, qu'en présence d'une solidarité au bénéfice de l'intérêt de l'enfant.

Ainsi, les répondants nous rapprochent de ce qui est considéré par Molénat (2001 : 116) essentiel à un travail-ensemble, il faut que l'autre (intervenant) comprenne non seulement le patient, mais aussi ceux avec lesquels le travail doit se faire. Et pour s'assurer de bien communiquer selon De Plaen (2005) « le climat de la discussion n'est pas compétitif et un effort est fait pour supporter les présentateurs et reconnaître les efforts réalisés » (p. 286). Conséquemment, des efforts doivent être investis par tous pour franchir cette étape du travail-ensemble, parce que selon Joël Roy (2009) « chaque discipline, chaque fragment qu'elle défend représente une des facettes d'une réalité vécue par une patiente, par une famille » (p. 220).

Cette conscience de l'importance de chaque partie de connaissance des besoins de l'enfant et de ses parents permet l'approche holistique de la situation d'un enfant présentant des t.s.a. Ainsi les

⁶⁴ Reliance est inhérent à la pensée complexe, que (Morin, 2004 :239) définit : « La notion de reliance, inventée par le sociologue Marcel Bolle de Bal, comble un vide conceptuel en donnant une nature substantive à ce qui n'était conçu qu'adjectivement, et en donnant un caractère actif à ce substantif. « Relié » est passif, « reliant » est participant, « reliance » est activant. On peut parler de « déliance » pour l'opposé à « reliance ».

personnes interviewées reliées à la conscience de la situation complexe de l'enfant appliquent la pensée de Pascal (1854) chère à Morin :

Donc toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître les parties (p. 15).

Cette conscience de l'importance de chaque partie de savoir et savoir-faire devrait susciter, ils ne nous l'ont pas dit en ces mots, la solidarité nécessaire au travail-ensemble pour faire face aux incertitudes découlant de la complexité des évaluations et des interventions auprès d'un enfant présentant des t.s.a.

Nous sommes ici dans ce que Malherbe (2007 : 57) qualifie de dialogue qui, selon lui, véhicule trois valeurs essentielles, la solidarité, la dignité et l'humilité. Nous relevons aussi cette nécessité du dialogue chez Rygaard (2007 : 174) lorsqu'il ajoute à cette énumération le respect de l'autonomie de l'autre qui inclut celle de l'enfant par le respect de son droit de savoir et de participer, selon ses capacités, à son traitement. Ce dialogue nécessaire serait possible que si l'autre a le même statut de sujet que soi avec la conviction qu'il apporte sa partie de connaissance de la problématique de l'enfant nécessaire à sa protection et à son bien-être.

Ainsi les participants, nous croyons, abordent l'éthique de la discussion.

Notre induction concernant l'utilisation de l'éthique de la discussion découle de ce qu'ils considèrent n'être pas éthique tels :

- les jugements de valeur;
- nommer l'enfant et les parents en donnant des informations véhiculant une image négative sans en évaluer les conséquences;
- l'empiétement de la logique administrative sur la logique clinique;
- l'intervenant qui se donne bonne conscience en offrant des services ou en intervenant qu'à l'approche d'une audition au tribunal.

Ces comportements identifiés par participants mettent en péril à la fois la dignité (Malherbe, 2007 : 57) de l'enfant, de ses parents et de l'intervenant ainsi que le dialogue essentiel à l'éthique de la discussion pour en arriver à une bonne décision.

Nous pouvons relier ce qui est présenté comme non éthique comme étant nuisible à l'éthique de la discussion selon Durand (2005 : 428-430) en y faisant les regroupements suivants :

- pour la réalité administrative qui impose à la clinique comme étant de l'intimidation ;
- pour celui qui intervient qu'à l'approche du tribunal comme étant des actes de manipulation ;
- pour celui qui véhicule une image négative sans en évaluer les conséquences comme étant partial, exagéré et pourrait être considéré comme mensonger.

Un comportement non éthique considéré important pour les personnes interviewées est le jugement de valeur. Pour elles, ce jugement sur l'autre l'exclut alors que son inclusion est considérée fondamentale pour Durand à l'établissement de l'éthique de la discussion.

Nous n'avons pas interrogé les répondants sur l'éthique du travail-ensemble. Nous n'avons pas vérifié leurs connaissances sur ce moyen de travailler ensemble, ni sur son utilité sur la recherche de l'objectif qui est la prise de certaines décisions ensemble. Notre recherche s'est intéressée à l'exploration des moyens que les personnes interviewées utilisent pour travailler ensemble dont les valeurs et l'éthique les guidant dans le travail-ensemble.

2.6.1 Les personnes interviewées utilisent-elles la délibération lors de leurs discussions ?

Pour Champy (2009) délibérer fait partie de l'autonomie du professionnel. Il la considère comme étant « la seconde composante de l'autonomie (*qui*) concerne la capacité de délibérer sur la hiérarchie des fins et sur le contenu précis de ces fins, mais à l'intérieur de la contrainte donnée par les fins générales de l'activité » (p. 90). Pour assurer une place à la délibération, les professionnels participant à une discussion de cas devraient pouvoir être en mesure, selon Bouthiller, Roigt, Faucher et Savignac (2015), citant Doucet, « de dégager les différentes options possibles avec leur argumentation et leur contre-argumentation en essayant de n'en oublier aucune », et en « identifiant des valeurs sous-jacentes (par ex : la protection d'une personne vulnérable) » (p. 215) ce qui est le cas de l'enfant dans notre vignette. L'objectif doit être d'en arriver, toujours selon Bouthiller et al. (2015) à « la meilleure décision dans la présente situation » (p. 215) et permettant d'établir la responsabilité de chacun pour un mieux faire ensemble.

Nous croyons que les personnes interviewées le font sans cependant être en mesure de nommer ce processus. Mais l'échange d'information nécessaire pour le travail-ensemble peut rencontrer des obstacles de taille : la confidentialité qui a été soulevée.

Pour délibérer, il faut que les professionnels impliqués dans une discussion de cas puissent avoir la latitude de se transmettre de l'information. Peuvent-ils toujours le faire compte tenu des règles en vigueur tant chez les ordres professionnels que dans les établissements socio sanitaires. À cet égard, les intervenants peuvent être confrontés à deux types de confidentialité, le secret professionnel et la confidentialité qui peuvent être contraignants à des niveaux différents.

3. Les entraves à la circulation de l'information

3.1 Le secret professionnel

Le secret professionnel découle de l'application de la charte des droits et libertés de la personne⁶⁵ et du code de déontologie adopté par chaque profession. Les professionnels pour pouvoir transmettre de l'information à d'autres intervenants doivent être en mesure de répondre à la question : est-ce que, la Loi et/ou mon Code me relèvent de mon secret professionnel dans le cadre du travail en pluridisciplinarité ? Si leur réponse est négative, il devra demander au détenteur du secret professionnel de le relever de celui-ci, s'il refuse, ce professionnel devra être circonspect avant de communiquer de l'information.

3.2 La confidentialité

La confidentialité est spécifiée à la Loi sur les services de santé et services sociaux⁶⁶ et la Loi sur la protection de la jeunesse. L'intervenant travaillant pour un établissement du réseau socio sanitaire devra évoquer ces règles pour se relever de sa confidentialité sinon il devra demander au détenteur de cette confidentialité de le relever de son obligation de confidentialité. Les mêmes obligations s'appliqueront pour celui qui exerce des fonctions dans le cadre la Loi sur la protection de la jeunesse⁶⁷. Ce contexte fait partie du cadre normatif dans lequel un professionnel peut œuvrer comme la plupart des personnes interviewées.

⁶⁵ Article 9 « Chacun a droit au secret professionnel ».

« Toute personne tenue par la loi au secret professionnel [...] ne peuvent divulguer, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi. »

⁶⁶ Article 19. « Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement : ».

⁶⁷ Article 11.2. Les renseignements recueillis dans le cadre de l'application de la présente loi concernant un enfant ou ses parents et permettant de les identifier sont confidentiels et ne peuvent être divulgués par qui que ce soit, sauf dans la mesure prévue au chapitre IV.1.

Lors d'une discussion de cas, ces cadres légaux ne peuvent être ignorés par le professionnel, ils devront aussi être respectés par les autres participants. Selon notre connaissance empirique, le respect de ces normes pourra susciter des frictions importantes puisqu'une personne présente pourra recevoir de l'information d'autres participants sans pouvoir à son tour en donner. Cette situation pourra être incompréhensible pour les participants qui s'attendent à la réciprocité et donner l'impression, selon Champy (2009), d'une impossibilité de mener à bien l'intervention :

Dans les cas, par exemple, d'assistances sociales cherchant à protéger des enfants en danger (Serre, 2009), le contrôle hiérarchique et les contraintes économiques sont tels que les tensions provoquées par la complexité et la singularité des cas traités semblent devoir être vécues plus sur le mode de l'impossibilité de mener le travail à bien que comme sources de liberté (p. 93).

Pour qu'il y ait délibération, il doit y avoir une autonomie professionnelle qui en constitue un élément important non exploré dans le cadre de notre recherche. Cependant, nous croyons, compte tenu des savoirs et savoirs faire sollicités par la théorie de l'attachement, que les personnes interviewées sans l'avoir exprimé comme tel se relie à la définition de l'autonomie de Morin (2005a) qui :

dépend de conditions culturelles et sociales. Pour être nous-mêmes, il faut apprendre un langage, une culture, un savoir, il faut que cette culture elle-même soit assez variée pour que nous puissions nous-mêmes faire le choix dans le stock des idées existantes et réfléchir de façon autonome (p. 89).

L'autonomie de chacun apparaît, selon les personnes interviewées, se heurter à, ce qu'elles considèrent non éthique, l'empiètement de la logique administrative sur la logique clinique rejoignant ainsi Champy (2009 : 93) lorsqu'il considère que cette conjoncture ne peut donner lieu « [...] à des réflexions collectives ».

Nous n'avons pas dans notre sujet de recherche exploratoire l'étude de la pratique prudentielle telle que développée par Champy. Ce concept mériterait d'être exploré puisqu'il nous apparaît près de la pratique des personnes interviewées.

4. L'éthique du Care ou prendre soin

Les personnes interviewées ont, sans nul doute, une pratique de prendre soin, (le *care*) puisque leurs réponses les relient à sa description donnée par Brugère (2004) :

L'éthique du *care* se réalise dans une attention aux autres qui comme une réponse appropriées à des êtres dépendants dont le statut de sujet doit être pensé à travers la nécessité de la survie, du maintien de la vie ou du mieux-être (p. 66).

À cet effet, ils ont fait part de l'importance de l'intérêt de l'enfant, son bien-être dans leurs valeurs. Ils ont dit aussi qu'ils s'attendaient de ceux avec qui ils devaient travailler auprès de ces enfants qu'ils les aiment. Dans cette complexité de l'intervention auprès de ces enfants, le premier souci des intervenants est de le protéger pour ensuite prendre soin. À cet effet, la référence à Frankard et Schonne (2015) nous apparaît appropriée. Ces dernières évoquent l'éthique dans son sens général pour les guider dans les soins à donner aux enfants présentant des problèmes multiples fréquentant leur centre de jour. Par exemple : « L'autisme confronte les soignants, sans doute davantage que bien d'autres pathologies, à des questions éthiques au cœur même du quotidien, dans toute prise en charge institutionnelle » (p. 167).

Cette citation relie les personnes interviewées aux difficultés rencontrées par les intervenants auprès d'enfants présentant des problèmes autres que de santé d'identifier une éthique spécifique. Frankard et Schonne (2015) inscrivent leurs « pratiques dans une éthique de l'être, nous misons nos interventions sur la dynamique qui s'instaure entre les enfants et les soignants et également entre les enfants » (p. 189). Ainsi elles expriment par le biais de l'éthique de l'existence de l'autre⁶⁸ qu'est l'enfant et ne veulent pas le traiter à partir de processus standards, mais plutôt le considérer dans ses particularités pour adopter un « plan » d'intervention qui lui est propre. Elles insistent sur l'importance d'être conscient des limites des mandats qui ouvrent la perspective à d'autres qui ont aussi des responsabilités à l'égard de l'enfant dont ses parents. Elles ne définissent pas ce qu'elles entendent par l'éthique de l'être.

Les personnes rencontrées ne nous ont pas communiqué leur formule du travail-ensemble, les qualificatifs de pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou inter établissement semblent les importer peu. Ce qu'ils ont dit est ce que requiert la communication interprofessionnelle pour qu'elle se passe bien. Ils nous ont parlé de leurs valeurs de respect, d'accueil du savoir et savoir-faire de

⁶⁸ Elles se réfèrent (2015 : 188) à Malherbe qui précise que pour adopter : « une éthique authentique qui est une éthique de l'être et non du faire. Pour devenir un peu plus nous-mêmes, pour exister, nous avons besoin des autres. »

l'autre et surtout qu'il ne doit pas y avoir entre eux de jugement de valeur parce que la situation de l'enfant nécessite que tous doivent se sentir libres de communiquer leur savoir et savoir-faire pour mieux intervenir auprès de lui et assurer son bien-être dans le respect de son intérêt.

Ainsi nous nous devons de préciser que le nombre limité de participants et notre impossibilité de faire les comparaisons escomptées entre les participants selon leur appartenance professionnelle constitue une limite dans la discussion des données de notre recherche sans toutefois limiter les perspectives que celle-ci offre pour l'avenir.

CONCLUSION

Notre recherche exploratoire s'est intéressée aux enfants présentant des troubles sévères de l'attachement et au travail des professionnels intervenant auprès d'eux. Une recension des écrits scientifiques et professionnels sur le sujet a révélé que la théorie de l'attachement était largement reconnue et utilisée en clinique pour le diagnostic, puis pour l'intervention, laquelle exige le recours à des disciplines diverses compte tenu de la complexité inhérente au t.s.a. tant dans ses sources que dans ses conséquences pour l'enfant et pour sa famille. Nous avons voulu aller plus loin en explorant, par des entretiens avec dix intervenants de diverses disciplines, les modalités, les difficultés et les exigences du travail-ensemble dans la pluri- ou interdisciplinarité, voire dans le pluri- ou inter institutionnel; ainsi que les enjeux éthiques éventuellement en cause et les valeurs sous-tendant leurs pratiques.

Que pouvons-nous retenir au terme de cette exploration ? Quelles voies de recherche notre exploration ouvre-t-elle pour la recherche et éventuellement l'action ?

1. Que retenir ?

Pour ce qui est du recours à la théorie de l'attachement et de la nécessité du recours à des savoirs et savoir-faire relevant de diverses disciplines, notre recherche a corroboré ce qui se dégageait de la recension des écrits. Tous les participants connaissent la théorie de l'attachement et les troubles sévères de l'attachement, quelles que soient leurs fonctions d'évaluation, d'intervention ou d'éducation auprès des enfants présentant un t.s.a. Comme dans les écrits recensés, ils nous ont dit ne jamais intervenir seuls auprès de ces enfants parce qu'ils demandent beaucoup, leurs situations rendant complexes tant leurs évaluations que leurs interventions, et qu'un seul intervenant n'y arriverait pas. Ils nous ont aussi identifié les autres professionnels appelés à intervenir qui, fait intéressant, recoupe la liste de Molénat (2013 : 203).

S'ils n'interviennent pas seuls, qu'ils connaissent les autres professionnels généralement appelés à intervenir, comment le font-ils ensemble ? Nous servant des concepts présentés dans les écrits, nous avons interrogé les participants à notre recherche sur la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité (ainsi que l'inter-établissement ou l'inter-institution). Nous avons vite constaté qu'ils sont plus intéressés à ce qui se passe concrètement ou en réalité dans leurs rencontres de travail qu'aux catégories permettant de les nommer ou qualifier. Leurs réponses sur ces descriptifs ou qualificatifs de travail-ensemble nous ont cependant instruit sur l'importance

qu'ils vouent à la communication autour d'une table réunissant des professionnels d'autres disciplines en vue d'une concertation plus espérée que réelle, semble-t-il, puisqu'après les rencontres chacun interviendrait de son côté. Cette description rapproche de la pluridisciplinarité plus que de l'interdisciplinarité. (Quant à l'inter-établissement ou l'inter-institution, ça ne semble pas faire problème, ils y voient un partenariat.) La préoccupation sous-jacente au désir d'une communication améliorée pouvant conduire à la concertation nous présente les personnes interrogées comme des cliniciens soucieux, comme le note Voyer (1996 : 64), « de mettre en rapport singularité et totalité concrète et d'en délibérer pour en tirer un choix préférentiel ».

Quelles valeurs, quelle éthique sous-tend leurs interventions ? Même si, ici encore, la distinction entre déontologie professionnelle et éthique n'est pas très claire pour bien des participants à notre recherche, leur souci du mieux-être d'enfants dont le t.s.a. accroît en quelque sorte la vulnérabilité (« C'est effrayant comme on est nombreux autour d'un enfant et en même temps on s'aperçoit comment c'est essentiel ») prend diverses formes : reconnaissance de la dignité de chacun, de son identité propre ou de son unicité, et en découle l'importance donnée à l'écoute en vue de bien connaître chacun. Nous retrouvons ici les valeurs constitutives d'une éthique du souci et du soin, souvent dite éthique du *care*, pour une part issue de la philosophie féministe, qu'on retrouve communément chez les infirmières, par exemple, mais chez tous les professionnels, souvent des professionnelles (Brugère, 2011 : 124) qui ont à faire une prise en compte conjointe de l'enfant sujet de droit, mais aussi de besoin.

Par ailleurs, le travail-ensemble exige à son tour, cette fois dans les rapports entre les intervenants et non pas dans la relation professionnelle l'écoute de l'enfant, de ses parents et des autres professionnels qui, pour répondre aux exigences d'une éthique de la discussion, doivent faire montre selon Durand (2005 : 429) d'un accueil de l'autre dans ses différences tout en le considérant son égal dans le dialogue.

2. Quelques voies pour la recherche et pour l'action

Y aurait-il lieu, pour renforcer les dynamiques d'un travail-ensemble et le rendre à la fois plus efficace et plus respectueux des personnes en cause, d'explorer plus à fond, par-delà des définitions et distinctions entre pluridisciplinarité et interdisciplinarité, les pratiques des intervenants auprès des enfants présentant un t.s.a.? Sans doute.

Cela permettrait, peut-être, grâce à de telles recherches de mieux comprendre les enjeux du travail professionnel en cause, dont certains touchent plus spécifiquement l'éthique professionnelle, et d'aider ensuite les intervenants à mieux assumer les exigences de leurs pratiques qui sont, comme l'a montré Champy (2009 : 93), des pratiques prudentielles faisant constamment appel, non à la multiplication des règles, mais à la délibération au service de ces enfants affligés de problématiques lourdes.

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth, M. (1963). The development of enfant-mother interaction among the Ganda. Dans B-M. Foss (dir.) *Determinants of infant behaviour* (Tome II). (p.67-104) London : Methuem.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore : John Hopkins Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M.-C., Walters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N, J. : Lawrence Erlbaum
- Batifoulier, F., Touya, N. (dir.) (2014). *Travailler en MECS, Maisons d'enfants à caractère social*. Paris : Dunod.
- Bomber, L.M. (2013). La survie des plus aptes! Les Adolescents trouvent leur chemin dans le labyrinthe des transitions à l'école. Dans A. Perry (dir.). *Aider les adolescents à grandir et à apprendre. Outils pratiques pour travailler avec des adolescents ayant des difficultés d'attachement* (traduit et adapté par F. Hallet) (p. 43-69).Bruxelles : De Boeck.
- Bouchard, J.-M. (2007). Partenariat familles-professionnels : à l'épreuve des savoirs tirés des forums Internet. Dans J.-C. Kalubi (dir.). Recherche interdisciplinaire en réadaptation et défis technologiques : nouvelles perspectives théoriques et réflexions cliniques. *Partenariat familles-professionnels*, (p.67-78). Repéré à http://www.erudit.org/livre/crir/2007/livrel6_div6.pdf.
- Bourgeault, G. (1989). Depuis le serment d'Hippocrate...- des codes, des modèles, des repères. Dans J. Tremblay, R. Desrosiers, G. Bourgeault, H. Doucet et Pierre Gaudette. *L'Éthique professionnelle : Réalités du présent et perspectives d'avenir au Québec* (p. 43-63). Montréal : Fides.
- Bourgeault, G (2004). *Éthiques : dit et non-dit, contredit, interdit*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Bourgeault, G. (2014). Transgresser les frontières pour mieux connaître son pays. Dans V. Lemay et F. Darbellay (dir.). *L'interdisciplinarité racontée : chercher hors frontières, vivre l'interculturalité* (p. 185-204). Berne : Peter Lang.
- Bouthiller, M.-É., Roigt, D., Faucher, C. et Savignac, P. (2015). Méthodes d'analyse de cas : les grilles d'analyse. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.). *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*. (213-220). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Genève : World Health Organization monograph series. Repéré à <https://www.questia.com/library/405287/maternal-care-and-mental-health>.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1978-1984). *Attachement et Perte* : I. *L'Attachement* (traduit par J. Kalmanovitch). II. *La séparation, angoisse et colère* (traduit par B. de Panafieu). III. *La perte : tristesse et dépression* (traduit par D. E. Weil). Paris : Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1988a). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10 (trad. fr. *Devenir*). 1992, 4 (4), 7-31.
- Bowlby, J. (1988b). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development*. New-York : Basic Books.
- Bowlby, J. (2001). Developmental risks (still) associated with early child's care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 845-860.
- Brandel, J.R., Ringel, S. (2007). *Attachment and dynamic practice: An integrative guide for social workers and other clinicians*. New York : Columbia University Press.
- Brugère, F. (2014). *L'Éthique du « Care »* (2^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

- Canto-Sperber, M. (2001). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (3e éd. mise à jour éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Carton, M.-T. (2013). De la complexité des relations Parents-Professionnels. Vision de l'Unapei, *Contraste*, 255-266. Doi : 10,3917/cont.037.0255. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-contraste-2013-1-page-255.htm>
- Chamberland, C., Léveillé, S. et Trocmé, N.M. (dir.). (2007). *Enfants à protéger parents à aider, Deux univers à rapprocher*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions* (2e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Cleret de Langavant, G. (2001). *Bioéthique méthode complexité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les Vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2002). *Un merveilleux Malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2012). *Résilience : connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2015) Préface à la quatrième édition. Dans N. Guédeney et A. Guédeney. *L'attachement : approche théorique : du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier.
- Davidson, C., O'Hare, A. Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C. et Minnis, H. (2015) Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 40, 63-72.
- Declercq, S., Nicolis, H. (2010). La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 107-111.

- Delattre, P. (2004). Recherches interdisciplinaires. Encyclopaedia, Universalis, multimédia. Dans B. Morel. « *Pluridisciplinarité* » » *Interdisciplinarité* » « *Transdisciplinarité* », qui a dit facilité? » *Réflexion épistémologique sur l'origine et le devenir des disciplines dans l'enseignement spécialisé de la musique*. (Mémoire de fin d'étude). Cefedem Rhône-Alpes, 2002-2004. Repéré à : <http://www.cefedem-rhonealpes.org/documentation/memoires.pdf/memoires2004/MOREL/MOREL.pdf>
- Deleury, É., Goubau, D. (2008). *Les droits des personnes physiques* (4^e éd.). Montréal : Éditions Yvon Blais.
- De Plaen, S., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., Sassine, M. et Néomie, A. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels, *Santé mentale au Québec* 30(2), 281.
- Deslauriers, J.-P. (1997). L'Induction analytique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer A. P. Pires (dir.) et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. *La Recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 293-308). Montréal : Gaëtan Morin.
- Dominique, P. (2008). Pluridisciplinarité et professionnalisation du « préventeur ». Repéré à <http://www.adhys.org/documentation/2008/Pluri/PECAUD.pdf>
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche : guide pour le chercheur en sciences de la santé*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Doucet, H. (2015). L'Éthique de la responsabilité. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.). *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*. (49-53). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Dugravier, R., Guedeney, A., Saias, T., Greacen, T. et Tubach, F. et Le groupe de recherche CAPEDP. (2009). Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 482-486.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils* (nouv. éd.). Montréal : Fides.

- Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y. et Laudy, D. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière : contexte socioculturel et scientifique*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Farmer, Y., Bouthillier, M.-È et Roigt, D. (dir.). (2013). *La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, F., avec la collaboration de Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière-éducation.
- Frankard, A-C., Shoone, I. (2015). Entre normalité et autonomie, la place du projet thérapeutique de l'enfant : réflexions éthiques menées dans un centre psychothérapeutique de jour pour enfants. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 44, 165-191. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2015-1-page-165.htm>
- Gagnon, C. (2006). *De la relation d'aide à la relation d'êtres : la réciprocité transformatrice*. Paris : Harmattan.
- Gaucher, N. (2015). Lexique d'éthique. Dans A. Payot et A. Janvier (dir.). *Éthique clinique : un guide pour aborder la pratique*. (235-242). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Gauthier, Y., Fortin, G. et Jeliu, G. (2009). *L'Attachement, un départ pour la vie*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Gauthier, Y. (2009). *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant : le parcours d'un psychiatre d'enfant*. Toulouse : Érès.
- Giroux, S., Tremblay, G. (2002). *Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action*. Montréal : Éditions du renouveau pédagogique.
- Guédeney, N et Guédeney, A. (2015). *L'attachement : approche clinique : du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Guérin, F., Dominique, A., Léveillé, G., Kennepohi, S., Honoré, W., Brière, N. et McKerral, M. (2005). Intervenir sur la nature multifactorielle du traumatisme craniocérébral léger. *Nouvelles perspectives théoriques et cliniques*, 2, 155-168.
- Hottois, G. (2004). *Qu'est-ce que la bioéthique?* Paris : Vrin.

- Jonas, H. (1995). *Le principe responsabilité* (3^e édition, traduit par J. Greisch). Paris : Flammarion.
- Koury, R. P., Philips-Nootens, S. (2005). *L'Intégrité de la personne et le consentement aux soins* (2^e éd.). Montréal : Éditions Yvon Blais.
- Labbé, Y., Lespinasse, J., Labine, R., Walther, M., Lemieux, N., Goyette, C. et Fortin, F. (2010). *Handicaps et retards de développement : prévention et intervention précoce*. Montréal : Béliveau éditeur.
- Lamas, C. et Guedeney, N. (2006). Constitution des liens d'attachement. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19(3) p.111-114. Doi :10.1016/j.jpp.2006.02.010
- Lemay, M. (1993). *J'ai mal à ma mère : approche thérapeutique du carencé relationnel*. (2^e éd. rev. et aug.). Paris : Fleurus.
- Lemay, M. (2014). *Forces et souffrances psychiques de l'enfant. T.1 Le développement infantile*. Toulouse : Éres.
- Lemay, V. (dir.). (2011) *Au miroir des disciplines : réflexions sur les pratiques d'enseignement et recherche inter- et transdisciplinaires*. Berne : Peter Lang.
- Lemay, V. et Darbellay, F. (dir.). (2014). *L'interdisciplinarité racontée : chercher hors frontière, vivre l'interculturalité*. Berne : Peter Lang.
- Leroux, J. et Terradas, M.M., (2013). Évaluation de la qualité développementale de la fonction réflexive parentale chez les mères d'enfants présentant un trouble réactionnel de l'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 56, 557-583.
- Losinski, M., Katsiyannis, A., White, S. et Wiseman, N. (2016) Addressing the complex needs of students with attachment disorders. *Intervention in School and Clinic*, 51(3), 184–187.
- Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides.
- Marzano, M. (2008). *L'éthique appliquée*. Paris : Presses universitaires de France.
- Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Ramonville-Saint-Agne : Éres.

- Molénat, F. (2013). La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste*, 37,185-207.
- Molénat, F. (dir.). (2009). *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Toulouse : Éditions Érès.
- Montagner, H. (2004). Processus d'attachement et du « fonctionnement » de l'enfant : nouvelle approche. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32, 525-539.
- Morin, E. (2005a). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (2005b). *La Méthode T. 6 Éthique*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (2008). *Mon Chemin. Entretiens avec Djénane Kareb Tager*. Paris : Fayard.
- Morin, E. (2015a). *L'aventure de La Méthode*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (2015b). *Penser global : l'humain et son univers*. Paris : Robert Laffont.
- Pascal, B. (1854). *Pensées de Pascal*. Publié dans leur texte authentique, avec un commentaire suivi et une étude littéraire par Ernest Havet. Paris : Dezobry et E. Magdeleine, libraires-Éditeurs, p. 15. Repéré à : <http://books.google.ca/books?id=D18RAAAAYAAJ&hl=fr>.
- Pécaud, D. (2008). Pluridisciplinarité et professionnalisation du « préventeur ». France : École polytechnique de l'Université de Nantes. Repéré à : <http://www.adhys.org/documentation/2008/Pluri/PECAUD.pdf>.
- Perrier-Genas, M. (2009). Émergence d'un réseau « périnatalité/petite enfance » et incidence sur une pratique psychomotrice. Dans F. Molénat. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains* (p. 187-197). Toulouse : Éditions Érès.
- Perry, A. (dir.). (2013). *Aider les adolescents à grandir et à apprendre : outils pratiques pour travailler avec des adolescents ayant des difficultés d'attachement* (Adapté et traduit par F. Hallet). Bruxelles : De Boeck.
- Poizat, A. (2009). Un dispositif particulier de prise en charge médico-psychologique en périnatalité : l'Unité transversale d'accompagnement périnatal. Dans F. Molénat. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains* (p. 233-246). Toulouse : Éditions Érès.

- Poupart, J., Groulx, L-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R. , Pires, A.P. et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. (1997). *La Recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Quintin, J., Boire-Lavigne, A.-M. (2013). Exercer une délibération en éthique clinique avec le souci de l'expérience des personnes. Dans Y.Farmer, M.-E. Bouthillier et D. Roigt. *La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro* (p. 43-61). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Reid, H. (2004). *Dictionnaire de droit québécois et canadien* (3^e éd.). Montréal : Wilson et Lafleur.
- Ricard, L. (2013). Le rapport entre le juridique et la clinique dans l'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse* : une perspective relationnelle. *Revue générale de droit*, 43(1), 49-88. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/1020839ar>.
- Rygaard, N.P. (2007). L'enfant abandonné : guide de traitement des troubles de l'attachement (2^e éd., trad. par F. Hallet). Bruxelles : De Boeck.
- Roy, J. (2009). Référentiel pour la mise en place et l'animation de formations « au travail en réseau personnalisé de soins ». Dans F. Molénat. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains* (p. 201-232). Toulouse : Éditions Érès.
- Roy, J., Kojayan, R., Tutunovic, C. et Havasi, K. (2009). Un pôle périnatal de prévention en santé mentale (p3sm) en maternité privée. Dans F. Molénat. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains* (p. 247-254). Toulouse : Éditions Érès.
- Saint-Antoine, M. (s.d.). Les Troubles de l'attachement. *Revue professionnelle Défi Jeunesse*. Repéré à : http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm.
- Simmonds, J. (2007). Holding children in mind or holding therapy: developing an ethical position. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 12(2) 243–251.
- Schofield, G. et Beek, M. (2011). *Guide de l'attachement en famille d'accueil et adoptives : la théorie en pratique* (traduit par S. Arsian, sous la coord. de A. Guédeney). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Sutter, A. L., Glatigny-Dallay, E. et Sammut, S. (2004). Attachement et mères en souffrance, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, 721–724.

Théry, I. (2001). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (3^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

Voyer, G. (1996). *Qu'est-ce que l'éthique clinique? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*. Montréal : Artel-Fides.

Wahl, E., Ismard, P. et Guedeney, A. (2011). Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 149–156.

CODES CITÉS :

Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991.

Code des Professions, RLRQ c C-26.

Lois citées :

Loi sur la Protection de la jeunesse, RLRQ c P-34.1.

Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ c. S-4.2.

Règlements cités :

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ c I-8, r 9.

Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17.

Code de déontologie des psychologues, RLRQ c C-26, r 212.

Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices, RLRQ c C-26, r 207.2.01.

Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, RLRQ c C-26, r 286.

Annexe 1 Protocole d'entrevue

Questions posées à la première étape

- Qui il/elle est ? (femme ou homme) son âge?
Connaît-il/elle la mission de son établissement?
- Quelles sont les caractéristiques qu'elle reconnaît à l'enfance ?
- Quelles sont sa/ses formation(s), son/ses expertise(s), son/ses expérience (s) ?
- Quelle est son appartenance professionnelle ?
- Quelles sont les qualités qu'il/elle accorde à son appartenance professionnelle ?
Considère-t-il/elle qu'il y a des limites à sa profession ? Lesquelles ?
En lien avec les enfants présentant un trouble sévère de l'attachement ?
- Quel est son lieu de travail ? Quels sont ses liens avec l'offre de service aux enfants en trouble sévère d'attachement ?
- Quelle est la définition qu'il/elle donne à trouble sévère d'attachement ?
- Qui sont ces enfants qui en souffrent et auprès desquels il/elle intervient ?
- En quoi, sa pratique découlant de sa formation, est aidante ou rencontre des difficultés dans sa pratique auprès des enfants ?
- En quoi, sa pratique découlant de son expertise, est aidante ou rencontre des difficultés dans sa pratique auprès des enfants ?
- Comment et à qui il/elle exprime sa perception ou sa conception de ses limites dans les effets positifs de ses soins ?
- Comment pourrait-il/elle repousser ses limites ?
- Quelle différence fait-il/elle entre déontologie, guide de conduite éthique, et éthique ?
- Fait-il/elle des distinctions entre pluridisciplinarité, interdisciplinarité et inter établissement ?

Questions posées à la troisième étape la suite de la lecture de la vignette

- Quand normalement seriez-vous appelé(e) à intervenir dans les événements décrits dans la vignette ?
- Quelles sont vos valeurs, préoccupations qui guideraient vos actes auprès de cet enfant, de ses parents ?
- Comment entreverriez-vous votre intervention ?
- Quels seraient les autres intervenants (e)s qui seraient normalement appelés à intervenir auprès de cet enfant ?
- Quelles sont les valeurs de ceux, celles avec lesquels (le)s vous devez travailler ?
- Quels seraient les liens et les attentes que vous auriez à l'égard des autres intervenant(e)s?
- Comment travaillerez-vous avec les autres ?
- Quelle place faites-vous à l'éthique dans votre pratique ?
- Quelle place les autres font-ils à l'éthique dans leur pratique selon vous ?
- Pouvez-vous partager une éthique, une déontologie commune [...] ?
- À défaut de pouvoir avoir l'intervention d'expertises autres, d'autres personnes, que feriez-vous ?
- Partagez-vous vos préoccupations avec vos collègues, votre établissement et d'autres professionnels d'autres établissements vos problèmes d'éthique ?
- Comment le faites-vous et pourquoi ?

Annexe 2 Approbation finale du projet de recherche



Le 9 avril 2010

M. Létourneau
M. Doucet
Faculté de théologie, Université de Montréal
3333 av. Queen-Mary, Montréal, QC, H3V 1A2

Objet: Évaluation du comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire du projet: *L'influence de l'éthique dans la motivation des saignants à travailler en pluridisciplinarité, en interdisciplinarité et en inter établissement afin d'assurer la prestation de meilleurs soins aux enfants présentant des troubles sévères de l'attachement* - APPROBATION FINALE

Numéro de dossier CER CJM-IU: 09-07-012

Messieurs,

Le comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a pris connaissance de vos réponses lors de sa réunion du 19 mars 2010 puis dans votre courriel du 8 avril 2010. Les documents suivants ont été examinés:

Lettre de réponse adressée au CÉR (3 mars 2010)
Fiche de présentation d'un projet de recherche au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (3e version datée 16 mars 2010)
Protocole de recherche modifié (dernière version datée du 3 mars 2010)
Formulaire d'information et de consentement pour les intervenants (dernière version datée du 8 avril 2010)

Lettre de sollicitation destinée aux participants (dernière version datée du 8 avril 2010)
Document *Engagement des chercheurs à la confidentialité* (version signée le 28 février 2010)

Document *Engagement des chercheurs à la tenue d'une liste des sujets de recherche*
(version signée le 28 février 2010)

Considérant la recommandation positive du comité scientifique datée du 22 décembre 2009 et le faible niveau de risque du projet, le CÉR a le plaisir de vous informer que le projet mentionné en rubrique est approuvé. Cette approbation finale est valide pour un an, soit jusqu'au 9 avril 2011. À la date anniversaire, vous devrez alors compléter le formulaire de suivi annuel requérant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet.

Cette approbation finale suppose que vous vous engagez

- o à respecter la présente décision;
- o à remettre au CER un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- o à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois
Suivant la fin du projet;
- o à aviser le CER dans les plus brefs délais de tout *incident* en cours de projet ainsi que tout *changement ou modification* que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement.

- o à notifier au CER dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- o à communiquer au CER toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- o à informer le CER de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- o à notifier au CER l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- o à remettre au CER un rapport final faisant état des résultats de la recherche. Pour toute

information, n'hésitez pas à vous adresser à :

Mme Rossitza Nikolova
Comité d'éthique de la recherche
Coordination du soutien à la recherche
Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire 1001,
bout. de Maisonneuve Est, 7^e étage
Montréal (Québec) H2L 4R5
Téléphone : 514-896-3496; Courriel : rossitza.nikolova@cjm-iu.qc.ca

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner dans votre correspondance le numéro attribué à votre demande par notre institution.

En vous souhaitant la meilleure des chances pour la réalisation de votre projet, veuillez agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

✓ Elodie PETIT

Présidente du comité d'éthique de la recherche
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire

Annexe 3 Lettre d'invitation à la participation à la recherche



Saint-Lambert, ce 2010

Objet : Invitation à participer dans une recherche dont le titre : **L'influence de l'éthique dans la motivation des soignants à travailler en pluridisciplinarité, en interdisciplinarité et en inter établissement afin d'assurer la prestation de meilleurs soins aux enfants présentant des troubles sévères de l'attachement.**

Madame,

Je suis étudiant à la maîtrise en bioéthique à l'Université de Montréal et à l'emploi du CJM-IU à titre d'adjoint au directeur du contentieux. Mon directeur de recherche est Monsieur Hubert Doucet, éthicien et professeur au programme de bioéthique de l'Université de Montréal. Dans le cadre de mon mémoire, je fais une recherche dont le titre est cité ci-haut.

Vous avez été identifiée par Madame Pierre-Thérèse Jean du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, comme personne ayant oeuvré dans l'exécution de l'offre de ces services. C'est pourquoi je sollicite votre participation à cette recherche.

Votre participation consistera en une rencontre d'environ une heure durant laquelle quelques questions vous seront posées. Cette rencontre comportera aussi la présentation d'une vignette portant sur un cas fictif, qui sera suivie de quelques questions sur votre intervention et celle des autres intervenants en pareille matière.

La rencontre pourra avoir lieu sur votre lieu de travail dans un endroit où notre rencontre pourra être confidentielle.

Les entrevues seront enregistrées sur un appareil audio. Les enregistrements audio seront détruits dès que les transcriptions des entrevues auront été réalisées. Les transcriptions formats papiers et numériques seront conservées dans une filière barrée afin d'en assurer la confidentialité dont seuls le soussigné et son directeur de mémoire auront accès. Elles seront détruites subséquemment à la recherche.

Les suites des rencontres que j'effectuerai seront répertoriées dans mon mémoire de maîtrise tout en respectant la confidentialité de mes sources. Le mémoire une fois approuvée par les autorités de l'Université de Montréal sera déposé sur un site WEB où vous pourrez le consulter.

Vous êtes entièrement libre de participer. Si vous acceptez de participer, je vous prie de me l'informer en me retournant votre réponse dans l'enveloppe affranchie. Si vous avez quelle question que ce soit, veuillez me contacter au numéro [REDACTED] en me laissant un numéro de téléphone où je peux vous rejoindre en soirée.

Avant le début de notre rencontre, je vous présenterai un formulaire de consentement écrit que vous devrez signer, condition essentielle au début de l'entrevue.

Afin d'éviter tous biais, il serait préférable de ne pas participer à cette recherche si vous vivez des conflits actuels avec votre employeur vous suscitant des colères qui pourraient influencer la teneur de vos réponses.

Je vous remercie de votre collaboration et vous assure de la mienne,