



CENTRE JEUNESSE
DE MONTRÉAL
INSTITUT UNIVERSITAIRE

BILAN DPJ 2006 - 2007

Dépôt légal, 3^e trimestre 2007
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-89218-200-2

Rédaction : Anne Duret, Direction des services professionnels et des affaires
universitaires (DSP-AU)
Lise Laporte, Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS)
Monique Laganière, Bureau des communications
Claudette Leblanc, Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Production : Bureau des communications
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire

Note : Nous tenons à remercier la famille de monsieur Louis-Steve Desjardins,
employé du CJM-IU, ainsi que Zoé Boivin, qui ont accepté d'être
photographiées pour agrémenter cette production.

Le mot du directeur de la protection de la jeunesse

Le 9 juillet 2007 entraient en vigueur les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse à la suite de l'adoption de la Loi amendée en juin 2006. Ces modifications, résultant de travaux majeurs menés depuis 2003, constituent une mise à jour importante de la Loi. Elles tiennent compte de l'évolution des connaissances et de l'expérience acquise depuis plus de 25 ans dans le domaine de la protection de la jeunesse.

Plusieurs objectifs sont visés par les changements. Mentionnons d'abord que l'enjeu de la stabilité des enfants est au cœur de cette réforme. Quoique la majorité des enfants pris en charge par le DPJ connaissent ou ont connu une stabilité auprès de leur famille ou d'une famille substitut, certains ont vécu plusieurs déplacements ou des allers et retours entre leur famille et des milieux d'accueil. La Loi amendée introduit des délais qui limitent la durée des placements, au terme desquels un projet de vie stable devra être établi pour chacun d'eux. Tous les efforts devront être déployés pour maintenir ou retourner les enfants dans leur famille. Cependant, à défaut d'y parvenir dans un délai raisonnable du point de vue de l'enfant, celui-ci devra faire l'objet d'une mesure permanente lui assurant de grandir et de se développer dans un milieu lui assurant la stabilité et la sécurité affective. Cette famille substitut, autant que faire se peut, sera constituée de personnes déjà significatives pour l'enfant.

D'autres changements importants visent à favoriser davantage la participation de la famille en donnant plus d'espace aux approches consensuelles, ou encore, visent à faciliter le partage de l'information pour améliorer la protection des enfants. Les motifs d'intervention en protection de la jeunesse ont aussi été revus afin qu'ils soient plus précis, tout en voulant bien faire ressortir le caractère d'exception du recours à cette Loi. Il importe, en effet, de ne pas confondre un réseau d'aide et de services à la jeunesse qui se doit d'être accessible à tous, et la protection de la jeunesse qui est une intervention d'autorité dans la vie privée des familles. Enfin, certaines dispositions assouplissent le processus judiciaire, alors que d'autres viennent baliser le recours à l'encadrement intensif.

L'année 2006-2007 a été marquée par les préparatifs à l'implantation de la nouvelle Loi. L'ensemble des intervenants de notre établissement a été formé et la formation des principaux partenaires est en cours. Nos programmes, protocoles et guides de pratique ont été révisés, ou sont en cours de révision.

Outre ce travail, ce bilan évoque les principales données démontrant encore une fois l'ampleur du travail accompli cette année pour assurer la protection au très grand nombre d'enfants signalés chaque année à Montréal. Quoique le nombre de signalements reçus ait légèrement diminué cette année comparativement à l'an dernier, nous constatons encore la très grande détresse sociale de la famille montréalaise par l'ampleur des problématiques qui la confrontent.

Parmi ces problématiques, les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale en général nous préoccupent particulièrement. La deuxième partie de ce bilan traitera de cette problématique et des liens significatifs qu'on peut établir entre l'état de santé mentale

des parents et la qualité des soins prodigués aux enfants, voire, leur maltraitance. Cette maltraitance qui, à son tour, pourra engendrer des problèmes de santé mentale aux enfants qui en sont victimes. Comment briser ce cercle vicieux ?

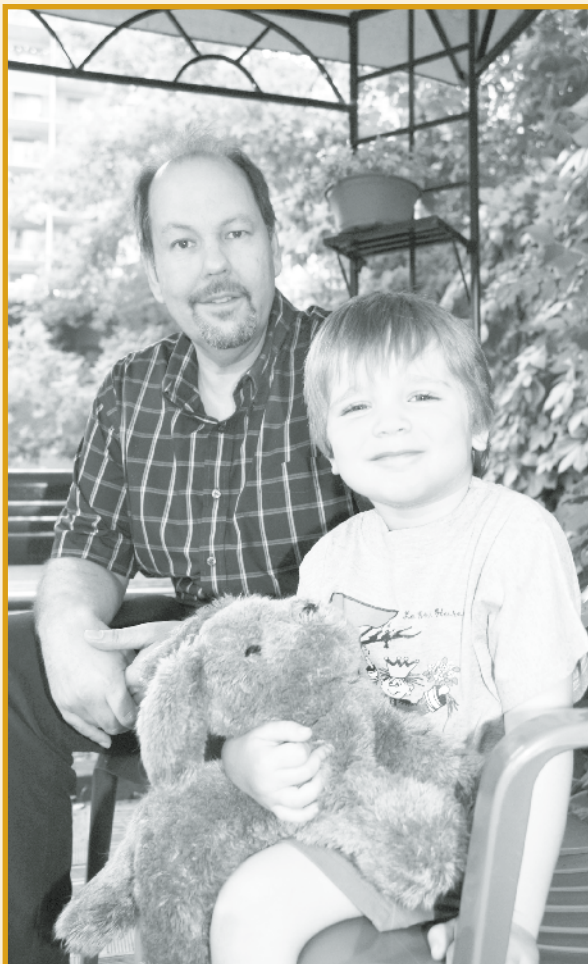
La Loi modifiée nous donne des outils; reste le défi de mobiliser tous les services spécialisés et les ressources d'aide nécessaires aux enfants et à leur famille, et ce, sans délai, car les enfants qui grandissent, eux, ne peuvent attendre.

Nous voulons relever ce défi avec nos partenaires et nous continuerons à promouvoir que le bien-être des enfants doit être au cœur de toutes nos priorités !

Le directeur de la protection de la jeunesse et directeur provincial au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire,



Jean-Marc Potvin



Des données sur le travail accompli en 2006-2007

1. Les signalements

En 2005-2006, nous avons connu une augmentation importante du nombre de signalements. Comparativement à cette même année, le nombre de signalements reçus en 2006-2007 a légèrement diminué de 2 %. Cependant, la légère hausse du taux

de rétention fait en sorte qu'il y a une augmentation de 2 % des signalements retenus pour évaluation. Comparativement à 2004-2005, le nombre de signalements reçus demeure supérieur de 4 % et le nombre de signalements retenus, de 6 %.

Évolution du nombre de signalements reçus et retenus

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 06-07		Écart 05-07	
Signalements reçus	8 326	8 840	8 636	- 204	-2 %	+ 310	+ 4 %
Signalements retenus	4 161	4 334	4 408	+ 74	+ 2 %	+ 247	+ 6 %
Taux de rétention	50 %	49 %	51 %	+ 2 %		+ 1 %	

2. Les sources des signalements

Signalements reçus et retenus par catégorie de personnes qui signalent

		Reçus	%	Retenus	Taux de rétention
Milieu familial	Parent (père, mère, tuteur)	994	11,5%	247	25%
	Fratrie ou parenté	380	4,5%	226	59%
	Enfant ou jeune lui-même	33	0,5%	13	39%
	Conjoint du parent	71	1%	23	32%
	Sous-total	1 478	17%	509	34%
Employés des différents organismes	Centre jeunesse	799	9%	566	71%
	CLSC	641	7,5%	377	59%
	CH - Médecin	534	6%	357	67%
	Organisme ou autre institution	22	0,3%	15	68%
	Famille d'accueil	22	0,3%	12	55%
	Autres professionnels	30	0,5%	17	57%
	Sous-total	2 048	24%	1 344	66%
Milieu policier		2 215	26%	1 096	49%
Milieu scolaire		1 698	20%	913	54%
Communauté	Voisins	558	6,5%	216	39%
	Autres personnes de la communauté	639	7,5%	330	52%
	Sous-total	1 197	14%	546	46%
Total		8 636	100%	4 408	51%

La proportion de signalements reçus selon chacune des catégories de personnes qui signalent n'a guère varié depuis les deux dernières années. La moitié des signalements reçus provient du milieu policier (26 %) et des employés des différents orga-

nismes de santé et des services sociaux (24 %). Ensuite viennent le milieu scolaire (20 %), le milieu familial (17 %) et la communauté (14 %). Par rapport à 2005-2006, on note cependant une diminution de 115 signalements provenant du milieu familial, soit une baisse de 7 %.

3. La répartition des signalements par territoire de CSSS en 2006-2007

Signalements reçus par territoire de CSSS et par problématique en 2006-2007

CSSS au moment de la demande	Abandon	Abus physique	Abus sexuel	Négligence	Troubles de comportement	Non spécifié	Total
01- CSSS de l'Ouest-de-l'Île	5	57	14	138	92	6	312
02- CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	9	55	33	213	162	10	482
03- CSSS Sud-Ouest—Verdun	5	87	57	514	287	36	986
04- CSSS Cavendish	2	18	4	58	28	2	112
05- CSSS de la Montagne	9	62	22	213	78	21	405
06- CSSS Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent	5	64	19	187	97	12	384
07- CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	19	191	91	599	228	44	1 172
08- CSSS du Cœur-de-l'Île	13	51	44	238	136	12	494
09- CSSS Jeanne-Mance	5	37	36	250	121	13	462
10- CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	8	75	74	320	162	20	659
11- CSSS Lucille-Teasdale	19	107	104	693	318	35	1 276
12- CSSS de la Pointe-de-l'Île	12	158	93	654	395	42	1 354
Autres	10	37	44	300	108	39	538
Total	121	999	635	4 377	2 212	292	8 836

Signalements retenus par territoire de CSSS et par problématique en 2006-2007

CSSS au moment de la demande	Abandon	Abus physique	Abus sexuel	Négligence	Troubles de comportement	Total	Taux de rétention
01- CSSS de l'Ouest-de-l'Île	3	52	8	82	28	173	55 %
02- CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	7	44	23	123	42	239	50 %
03- CSSS Sud-Ouest—Verdun	5	67	30	317	74	493	50 %
04- CSSS Cavendish	2	14	2	43	9	70	63 %
05- CSSS de la Montagne	7	52	9	137	28	233	58 %
06- CSSS Bordeaux-Cartierville — Saint-Laurent	1	55	12	117	32	217	57 %
07- CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	11	169	46	339	66	631	54 %
08- CSSS du Cœur-de-l'Île	8	46	25	146	53	278	56 %
09- CSSS Jeanne-Mance	4	30	19	158	41	252	55 %
10- CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	6	67	36	202	36	347	53 %
11- CSSS Lucille-Teasdale	13	90	57	406	112	678	53 %
12- CSSS de la Pointe-de-l'Île	10	132	56	358	107	662	49 %
Autres	4	25	14	75	17	135	25 %
Total	81	843	337	2 502	645	4 408	51 %

4. L'évolution des motifs des signalements retenus

Signalements retenus selon les problématiques

	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Écart 06-07		Écart 05-07	
Négligence	2 241	54 %	2 440	56 %	2 502	57 %	+ 62	+ 3 %	+ 261	+ 12 %
Abus physique	752	18 %	773	18 %	843	19 %	+ 70	+ 9 %	+ 91	+ 12 %
Abus sexuel	348	8 %	323	8 %	337	8 %	+ 14	+ 4 %	- 11	- 3 %
Troubles de comportement	744	18 %	715	16 %	645	15 %	- 70	- 10 %	- 99	- 13 %
Abandon	76	2 %	83	2 %	81	2 %	- 2	- 2 %	+ 5	+ 7 %
Total	4 161	100 %	4 334	100 %	4 408	100 %	+ 74	+ 2 %	+ 247	+ 6 %

Dans la dernière année, il y a une augmentation importante de 9 % de signalements retenus pour abus physique et une diminution de 10 % des signalements retenus pour des troubles de comportement. Comparativement à 2004-2005, on observe depuis deux ans une augmentation significative de 12 % des signalements retenus pour négligence

(+ 261) et de 12 % également pour abus physique (+ 91). La négligence demeure, et de loin, le principal motif de signalement. Par ailleurs, on enregistre une baisse régulière du nombre de signalements retenus pour des troubles de comportement (- 13 %). Pour les autres problématiques, il n'y a pas de différences significatives d'une année à l'autre.

5. Les motifs de signalement selon l'âge

Signalements retenus selon l'âge et les problématique en 2006-2007

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total
Négligence	1 070	932	500	2 502
Abus physique	215	391	237	843
Abus sexuel	91	120	126	337
Troubles de comportement	1	64	580	645
Abandon	22	23	36	81
Total	1 399	1 530	1 479	4 408
Pourcentage	32 %	35 %	33 %	100 %

Si on compare les signalements retenus en 2006-2007 en fonction des groupes d'âge, on remarque que la négligence touche, dans 80 % des cas, les enfants de 0 à 11 ans (1 070 + 932). Les signalements retenus pour abus physique touchent plus souvent les enfants de 6 à 11 ans (391). On note aussi que 63 % des signalements retenus pour abus sexuel touchent les enfants de 0 à 11 ans (91 + 120) et que 90 % des signalements retenus pour troubles de comportement touchent les jeunes de 12 à 17 ans (580).

D'autres données montrent que la proportion de signalements retenus qui concernent les enfants de 0 à 11 ans est passée de 65 % en 2005-2006 à 67 % en 2006-2007. À l'inverse, la proportion de signalements retenus concernant les jeunes de 12 à 17 ans a connu une baisse passant de 35 % en 2005-2006 à 33 % en 2006-2007.



Évolution des signalements retenus selon l'âge

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 06-07		Écart 05-07	
0-5 ans	1 309	1 316	1 399	+ 83	+ 6 %	+ 90	+ 7 %
6-11 ans	1 384	1 504	1 530	+ 26	+ 2 %	+ 146	+ 11 %
12-17 ans	1 468	1 514	1 479	- 35	- 2 %	+ 11	+ 1 %
Total	4 161	4 334	4 408	+ 74	+ 2 %	+ 247	+ 6 %

Comparativement à 2005-2006, on constate une hausse de 6 % des signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans. Depuis 2004-2005, on enregistre une hausse importante de 11 % de signalements retenus chez les 6-11 ans.

6. L'évaluation du signalement retenu et la décision sur la compromission

Décisions sur la compromission

	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Écart 06-07	
Évaluations terminées avec décision	3 541		3 680		3 618		- 62	- 2 %
Sécurité et développement compromis	1 590	45 %	1 636	44 %	1 479	41 %	- 157	- 10 %
Sécurité et développement non compromis	1 951	55 %	2 044	56 %	2 139	59 %	+ 95	+ 5 %

À la suite de l'évaluation réalisée auprès des enfants et des jeunes dont le signalement avait été retenu, 41 % se sont révélées être des situations où la sécurité ou le développement de l'enfant était compromis. Une telle décision entraîne la dispensation de services pour mettre fin à cette situation et éviter qu'elle ne se reproduise. Il s'agit d'une diminution de 3 % du taux de compromission par rapport à l'an dernier et de 4 % comparativement à 2004-2005, ce taux passant de 45 % à 41 %.

Comparativement à l'an dernier, on retient davantage les signalements. Cependant, après évaluation, il y a moins de situations où la sécurité et le développement sont compromis. On note en effet une diminution de 10 % des situations de compromission (- 157). Cela traduit une plus grande prudence à la réception des signalements, particulièrement pour les enfants de 0 à 5 ans où nous choisissons plus souvent de retenir les situations pour évaluation.



7. L'orientation en regard du choix du régime

Choix du régime à l'orientation

	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Écart 05-07
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	%
Requêtes judiciaires	825	53 %	708	50 %	676	49 %	- 4 %
Mesures volontaires	735	47 %	720	50 %	690	51 %	+ 4 %
Total orientation	1 560	100 %	1 428	100 %	1366	100 %	

Les services dispensés aux enfants, aux jeunes et à leurs parents s'effectuent soit dans le cadre d'une entente sur les mesures volontaires convenue avec les parents et le jeune de 14 ans et plus, soit dans le cadre de mesures ordonnées par la Chambre de la jeunesse. On observe depuis deux ans une diminution de 4 % du taux de judiciarisa-

tion à l'orientation, le régime volontaire étant maintenant plus souvent choisi que le régime judiciaire. Ceci traduit bien notre volonté de respecter celle du législateur à travers les récents amendements à la Loi en privilégiant la recherche de consensus et, lorsque possible, la conclusion d'ententes dans le respect des droits de chacun.

8. L'attente en protection de la jeunesse au 31 mars 2007

Attente en protection de la jeunesse

	Au 31 mars 2005		Au 31 mars 2006		Au 31 mars 2007		Écart 05-07
Évaluations en attente	228		26		85		- 143
Entre 0 et 29 jours	159	70 %	26	100 %	78	92 %	
30 jours et plus	69	30 %	0	0 %	7	8 %	
Application des mesures	36		14		16		- 20
Placés	15	42 %	2	14 %	3	19 %	
En milieu naturel	21	58 %	12	86 %	13	81 %	

Sans être au même niveau qu'au 31 mars 2005, le nombre d'évaluations en attente au 31 mars 2007 est supérieur à celui de l'an dernier. Cependant, nous avons pu répondre dans les délais attendus pour la majeure partie de l'année. Par ailleurs, nous avons eu dans les derniers mois des difficultés de recrutement et de remplacement de personnel et ceci explique les données sur l'attente au 31 mars, qui est un portrait à un jour donné. Notre capacité hebdomadaire d'assignation pour les évaluations à réaliser est de 75. La situation de l'attente est donc de manière générale sous contrôle.

À l'application des mesures, la situation est comparable à celle de l'an dernier. L'application du protocole favorisant le transfert personnalisé des jeunes entre l'intervenant à l'évaluation et celui de la prise en charge assure une continuité et évite ainsi toute attente.



9. Le portrait des enfants dont la situation est prise en charge

Application des mesures au 31 mars 2007

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total	%
Négligence	638	961	1 092	2 691	69 %
Abus physique	36	91	129	256	7 %
Abus sexuel	4	29	90	123	3 %
Troubles de comportement	0	16	484	500	13 %
Abandon	31	75	208	314	8 %
Total	709	1 172	2 003	3 884	100 %
Mesures ordonnées jusqu'à majorité					
Nombre de jeunes	47	285	796	1 128	
Pourcentage selon l'âge	7 %	24 %	40 %	29 %	

Au 31 mars 2007, la situation de 3 884 enfants et jeunes était prise en charge dans le cadre de mesures volontaires ou ordonnées par le Tribunal. Ceci est une diminution de 4 % par rapport à l'an dernier. On observe également que 69 % des enfants et des jeunes étaient pris en charge pour motif de négligence.

Le nombre de jeunes pris en charge en vertu de mesures ordonnées jusqu'à majorité (1 128) a légèrement diminué (- 38) mais ce sous-groupe représente toujours 29 % de l'ensemble des jeunes recevant des services dans le cadre de la LPJ.

Jeunes ayant une mesure ordonnée jusqu'à majorité au 31 mars 2007

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total	%
Négligence	38	224	450	712	63 %
Abus physique	1	9	46	56	5 %
Abus sexuel	0	1	38	39	3 %
Troubles de comportement	0	0	104	104	9 %
Abandon	8	51	158	217	19 %
Total	47	285	796	1 128	100 %

La négligence est le motif initial de protection dans 63 % des situations faisant l'objet de mesures ordonnées jusqu'à majorité. Cette proportion est identique à celle de l'an dernier.

10. La révision

La révision a pour but de faire le point sur la situation de l'enfant, selon des périodes déterminées par règlement ou au besoin. En 2006-2007, il y a eu 4 416 révisions, dont 1 497 se sont conclues par une fin d'intervention dans le cadre de la LPJ.



11. L'adoption

Adoption

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Écart 2005-2007	
Adoptions					
Enfants adoptés	130	204	117	- 13	- 10 %
Adoptions québécoises	61	102	79	+ 18	+ 30 %
Adoptions internationales	69	102	38	- 31	- 45 %

L'an dernier, des ajustements au système d'information nous imposaient une certaine réserve dans l'interprétation de la hausse des adoptions québécoises et internationales dans lesquelles le DPJ est impliqué par rapport à 2004-2005. Nous avons émis l'hypothèse que des résultats de 2004-2005 avaient pu être enregistrés en 2005-2006. La diminution du nombre d'adoptions québécoises cette année s'explique dans ce contexte et les données 2006-2007 sont beaucoup plus représentatives du nombre habituel d'adoptions québécoises que nous réalisons annuellement.

En ce qui concerne le nombre réel d'adoptions internationales dans lesquelles le DPJ est mis à contribution, nous savons qu'un ralentissement du proces-

sus de cheminement de l'information entre le milieu judiciaire et nos services a retardé la consignation des jugements de reconnaissance. Ceci pourrait expliquer la baisse observée dans nos données pour 2006-2007. Dans les faits, nous estimons que l'activité est comparable à celle de 2004-2005.

12. Antécédents et retrouvailles

Depuis plusieurs années, nous observons une tendance à la baisse du nombre d'adultes ayant fait des recherches d'antécédents et de retrouvailles : 740 en 2004-2005, 643 en 2005-2006 et 516 en 2006-2007. L'attrition naturelle explique cette diminution de clientèle qui est de 30 % (-224) depuis 2004-2005.



Santé mentale et maltraitance

Ce que signifie la santé mentale

« La santé mentale, (...) est un état d'équilibre psychique qui s'apprécie à la capacité d'une personne « d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel) » (MSSS, 1989 dans Boily et al. 2006)

Toute personne, quel que soit son sexe, son origine ethnique ou sa condition sociale est susceptible de vivre à un moment ou à un autre de sa vie divers problèmes de santé mentale d'intensité variable. Elle pourra vivre de la détresse psychologique légère, situationnelle, liée à un événement de vie ou être aux prises avec un trouble mental avéré, en fonction de critères diagnostics propres au domaine médical, qui pourra affecter son niveau de fonctionnement social de façon importante.

Bien qu'il existe encore peu de recherches sur l'état de santé mentale des parents, des enfants et des jeunes qui font l'objet d'une intervention en protection de la jeunesse, il ressort cependant que ceux-ci se retrouvent parmi les groupes de la population qui présentent une plus grande vulnérabilité au plan de la santé mentale. Une revue de littérature récente (Lenoir, 2007) indique en effet que ces derniers, de par le cumul de conditions difficiles auquel ils doivent faire face tant au plan personnel, social, qu'économique, constituent un groupe particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé mentale, voire des troubles mentaux sévères au cours de leur vie.

Cela se confirme dans la perception même des parents d'enfants recevant des services des centres jeunesse puisque, lors de certaines enquêtes québécoises, entre 60 et 75 % de ces parents ont indiqué souffrir ou avoir déjà souffert d'un problème de santé mentale (Pauzé et al. 2004 et Pouliot et al. 2004). Il importe aussi de préciser que les membres des familles où l'un des parents souffre de trouble mental sévère constituent un groupe à risque de développer des problèmes d'ordre psychosociaux (Boily, 2006).

Santé mentale et parentalité

Des recherches réalisées au Québec à partir de l'étude de dossiers d'enfants faisant l'objet d'un signalement révèlent qu'entre 16 et 24 % des enfants ont un parent atteint de trouble mental (Boily et al. 2006).

Les impacts possibles des problèmes de santé mentale du parent sur l'exercice de son rôle paren-

tal sous l'angle de la sécurité et du développement de l'enfant constituent une question d'importance pour le DPJ. Le premier défi réside dans l'évaluation des capacités parentales du parent aux prises avec un problème de santé mentale ou atteint d'un trouble mental. Le second se situe dans la mise en place d'une intervention concertée tenant compte à la fois des besoins de l'enfant au plan de sa sécurité et de son développement ainsi que des besoins du parent lorsque son état de santé mentale nuit à l'exercice de son rôle parental.

Difficultés manifestées dans l'exercice du rôle de parent

Quelques diagnostics de troubles mentaux sévères ont fait davantage l'objet de recherche et semblent plus souvent associés à des incapacités importantes chez la personne qui en souffre. Il s'agit des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et des troubles de la personnalité (Boily, 2006). Il faut savoir cependant qu'au-delà du diagnostic, c'est la présence de symptômes et de dysfonctionnements, la fréquence et l'intensité de ceux-ci qui vont affecter la capacité du parent à exercer son rôle parental et à répondre aux différents besoins de son enfant.

Les manifestations des troubles mentaux qui peuvent affecter les capacités du parent à jouer adéquatement son rôle sont multiples : faible degré de tolérance, changement de l'humeur, manque d'énergie, de motivation, perceptions erronées de la réalité, difficulté à trouver des solutions à des problèmes simples de la vie, retrait social. Au moment où le parent est aux prises avec d'intenses symptômes du trouble mental dont il souffre, il devient peu disponible à son enfant. Les risques d'abus ou de négligence sont ainsi augmentés et les impacts des diverses manifestations du trouble mental sur le développement de l'enfant doivent être pris en compte. Ces risques seront d'autant plus grands lorsque l'enfant est en bas âge et donc très vulnérable et lorsqu'il y a cooccurrence des difficultés vécues par le parent : maladie mentale, toxicomanie, alcoolisme, déficience intellectuelle.

Il faut donc reconnaître que vivre avec un parent aux prises avec un problème de santé mentale peut avoir sur l'enfant diverses répercussions sur le plan émotionnel et développemental.

Perspectives et espoir dans l'exercice du rôle de parent

Le parent souffrant d'un trouble mental sévère peut connaître diverses périodes où les manifestations de sa maladie et la souffrance deviennent si intenses qu'elles entravent sérieusement son fonctionnement. Il pourra alors vivre des épisodes d'hospitalisation plus ou moins fréquents et prolongés, ce qui soulève toute la question de la continuité des soins à l'enfant et de la stabilité des liens parent-enfant. Cela pose aussi de grands défis aux services de protection.

Il est toutefois possible qu'un parent, tout en étant atteint d'un trouble mental sévère, puisse atteindre un niveau de santé mentale optimal dans la mesure où il recherche, accepte et reçoit les soins que nécessite sa situation, mais aussi le soutien social dont il a besoin. Il est donc, dans ces conditions, souventes fois en mesure d'assumer de façon adaptée son rôle parental et capable de répondre aux besoins de son enfant au plan de sa sécurité et de son développement.

Facteurs à considérer lors de l'intervention en protection de la jeunesse :

- le caractère épisodique ou la chronicité des manifestations du trouble mental et leurs conséquences sur la sécurité et le développement de l'enfant;
- la reconnaissance par le parent de l'existence du trouble mental et des impacts possibles sur ses enfants;
- son niveau d'engagement dans un traitement médical et psychosocial;
- le soutien social dont il dispose;
- les caractéristiques propres à l'enfant.



Être victime de maltraitance : un déterminant important de la santé mentale

La maltraitance vécue en très bas âge (abus sexuel, abus physique, violence familiale, négligence) et même au moment de la grossesse (consommation d'alcool, de drogue, refus de l'enfant à naître, malnutrition, etc.) joue un rôle considérable sur le niveau d'adaptation à l'adolescence et sur la présence d'une bonne ou mauvaise santé mentale à l'âge adulte.

Selon Chamberland et al. (2007), il existerait des liens entre le fait de subir de mauvais traitements et le développement de divers troubles mentaux à l'âge adulte tel que l'état dépressif, le trouble de la personnalité limite, le trouble de stress post-traumatique complexe ou les troubles dissociatifs.

Les enfants et les jeunes dont le signalement est retenu cumulent plusieurs facteurs de risque tant au plan biologique, psychologique que social qui augmentent chez eux les probabilités de développer des troubles mentaux : prédisposition génétique (maladie physique, avoir un parent affecté d'un trouble mental), facteurs familiaux (absence de soutien parental, compétences parentales inadéquates, instabilité) et sociaux (isolement social, pairs déviants).

La vulnérabilité au plan de la santé mentale des jeunes qui reçoivent des services en protection de la jeunesse serait plus importante compte tenu de la complexité et de l'intensité des difficultés observées. Ainsi, une recension récente réalisée auprès de 144 familles recevant des services de protection, avec ou sans hébergement, au CJM-IU révèle que, dans 72 de ces familles, au moins un des enfants avait un diagnostic de trouble mental (Laporte et Baillargeon, 2007).

Réadaptation des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale

Les centres jeunesse hébergent un certain nombre de jeunes qui ont été victimes de maltraitance et qui présentent des problèmes de santé mentale. S'il est particulièrement difficile de poser un diagnostic de trouble mental dans le cas des enfants et des adolescents, cela est d'autant plus vrai dans le cas de ceux présentant des profils cliniques mixtes et complexes comme les jeunes en besoin de protection. Il n'en demeure pas moins que la présence d'un diagnostic de trouble mental chez les jeunes recevant des services en centre jeunesse est un phénomène important.

Un recensement effectué à la demande du MSSS en 2006 a révélé que, chez les jeunes hébergés au CJM-IU, 36,9 % avaient au moins un diagnostic de trouble mental ou une impression diagnostique inscrite à leur dossier. Il est à noter que bien que les enfants de 6 à 11 ans ne constituaient qu'un peu

plus de 14 % des jeunes recensés, plus de 65 % d'entre eux avait au moins un diagnostic ou une impression diagnostique comparativement à 14 % chez les 12-14 ans et 27 % chez les 15-17 ans. Cette réalité présente des enjeux particuliers au plan de la réadaptation.

Prévention et rétablissement : une approche intégrée auprès des familles

La complémentarité des services de santé mentale et des services de protection de l'enfance est essentielle si l'on veut répondre aux multiples besoins des parents souffrant d'un trouble mental, diminuer les impacts du trouble mental sur l'enfant et prévenir le développement d'un problème de santé mentale chez l'enfant. Un effort important demeure à consentir pour assurer un arrimage efficace entre les services sociaux et les services de santé.



Le défi de rapprochement qui se pose invite chacun à placer « le bien-être de l'enfant au cœur des préoccupations des interventions, même si le « client » est l'adulte. » (Chamberland et al. Dir. 2007). Il est cependant reconnu que la grande majorité des programmes en santé mentale adulte, tels qu'ils existent actuellement, tiennent peu compte des besoins de la personne comme parent et conséquemment très peu des besoins de l'enfant. Il semble que l'intervention concertée autour de la famille ne se mette généralement en place que lorsque survient de la maltraitance, d'autres situations de danger ou lorsqu'un diagnostic de trouble mental sévère est posé (Boily et al. 2006). Les services de psychiatrie adulte, compte tenu notamment des nouvelles dispositions de la *Loi sur la protection de la jeunesse* sur les délais limitant les durées de placement des enfants, doivent se sentir interpellés. Leur contribution à la mise en place des mesures de soutien aux parents et des mesures de protection des enfants est nécessaire.

L'état de vulnérabilité au plan de la santé mentale dans lequel se trouvent les enfants victimes de maltraitance commande, quant à elle, une intervention précoce et concertée visant à la fois à augmenter la capacité de résilience chez l'enfant et à assurer la poursuite de son développement. Les

expériences récentes au plan de l'accessibilité à des services de consultation en pédopsychiatrie et, le cas échéant, à des services de traitement pour les enfants de 0-5 ans, indiquent toute l'importance d'intervenir tôt. La mobilisation des parents et le développement de leurs capacités parentales doivent aussi être au centre des actions du DPJ et de ses partenaires dans l'intervention.

Tant pour les parents souffrant de troubles mentaux chez qui on constate des déficits dans les soins de base à prodiguer à l'enfant que pour les jeunes en besoin de protection, qui sont en voie de développer un trouble mental ou pour qui un diagnostic a été posé, diverses actions doivent être mises en place afin de favoriser leur rétablissement et leur intégration sociale. Les objectifs et les moyens d'intervention doivent faire l'objet de protocoles de collaboration impliquant les services de protection, le réseau de services en santé mentale et diverses ressources de la communauté. C'est au moyen d'une responsabilité partagée au plan de l'évaluation et des modalités de traitement que les parents et les jeunes qui présentent à la fois des problèmes de fonctionnement psychosocial et des troubles mentaux pourront véritablement avoir accès aux services dont ils ont besoin.



« Je voulais un enfant parce que je sais que lui ne me quittera jamais. Jamais il ne m'abandonnera »

Les parents ayant un trouble de personnalité limite

Parmi les parents des enfants en besoin de protection qui présentent un problème de santé mentale, nombreuses sont les mères qui souffrent d'un trouble de personnalité limite (TPL). Dans une récente enquête réalisée au Centre jeunesse de Montréal auprès des parents reconnus comme ayant un trouble mental, 50 % des mères et 32 % des pères ont été identifiés comme ayant un trouble ou trait de personnalité limite, la majorité ayant un TPL. Ces parents peuvent avoir de grandes difficultés à prendre soin adéquatement de leurs enfants.

Les enfants de parents ayant un TPL : un groupe très vulnérable

Certaines caractéristiques sont généralement observées chez les individus ayant un TPL : un vécu émotionnel perturbé, des cognitions qui transforment la réalité, un vécu de conflits perpétuels, la faible tolérance à la frustration, l'imprévisibilité et l'impulsivité. Ces caractéristiques font en sorte que ces personnes peuvent vivre des difficultés importantes dans leur rôle parental. Durant les périodes caractérisées par l'impulsivité, le risque de mauvais traitements envers leurs enfants est sérieux. Ceux-ci peuvent devenir l'objet de l'agression ou du rejet de certains parents. Les périodes de dépression peuvent faire en sorte que ces parents ne sont plus sensibles aux besoins des enfants et le risque de négligence est augmenté. L'exposition à des comportements à risque élevé, comme l'abus de drogue et d'alcool et la promiscuité sexuelle, augmente le potentiel de danger pour l'enfant. Par ailleurs, ces parents peuvent être si préoccupés par leurs propres besoins émotifs qu'il y a des périodes où ils deviennent incapables de répondre adéquatement aux besoins développementaux de leurs enfants. De plus, sur le plan purement clinique et relationnel, mentionnons qu'il est toujours très éprouvant pour l'enfant d'être témoin de la détresse psychologique intense d'un parent.

Certaines mères ayant un TPL ont tendance à maintenir leur enfant dans une relation fusionnelle. Elles ont énormément de difficultés à percevoir leur enfant comme une personne différente d'elle; tout se passe dans leur esprit comme si l'enfant n'a pas d'existence propre. Ce dernier peut être utilisé pour combler leur vide intérieur et est perçu comme celui qui leur donnera l'amour qu'elles n'ont pas reçu. « Je voulais un enfant parce que je sais que lui ne me quittera jamais. Jamais il ne m'abandonnera ». Ces mères peuvent avoir tendance à « s'accrocher » à leur enfant et ainsi entraver le développement de leur indépendance. Les signes d'autonomie de l'enfant peuvent être source d'angoisse et d'abandon. Elles deviennent alors surprotectrices, contrôlantes et intrusives, et ce, tant avec leur tout jeune enfant qu'avec leur adolescent (Turcotte et David, 2003). L'enfant à l'inverse peut aussi être vu comme étant

trop dépendant, trop demandant, envahissant. Lorsque l'enfant tente de se rapprocher de sa mère ou lorsqu'il s'investit dans une autre relation, ces mères auront tendance à retirer leur affection, à repousser l'enfant et parfois à « l'attaquer ».

Les enfants de parents ayant un TPL vivent dans des familles où se conjuguent de nombreux problèmes. Bien qu'il puisse ne jamais y avoir d'épisodes d'abus visible ou d'évènement tragique, ces enfants sont exposés régulièrement à des stress importants et n'ont pas les capacités d'adaptation nécessaires pour y faire face. D'après Rutter et Quinton (1984), vivre avec un parent qui présente ce trouble sévère de la personnalité est le facteur qui prédit le mieux le développement d'un trouble de santé mentale chez l'enfant.



L'intervention auprès de ces parents : un défi de taille

L'intervention auprès des personnes ayant un TPL est reconnue comme étant très difficile. Ces personnes ont de la difficulté à tolérer une relation d'aide intense ou à s'engager dans un traitement; elles reconnaissent difficilement leurs problèmes et ont tendance à rejeter toutes formes d'aide. Elles ont de la difficulté à respecter les ententes et peuvent avoir peu de motivation à changer. Ces personnes vivent beaucoup d'impuissance et une grande détresse qu'elles ont beaucoup de difficultés à apaiser. Elles peuvent alors présenter beaucoup d'hostilité et de méfiance, et ce, tout particulièrement envers les intervenants qui travaillent sous ordonnance de la cour.

Cependant, les manifestations de ce trouble varient énormément d'une personne à l'autre et les conséquences du TPL sur les capacités parentales sont toutes aussi variables. En effet, des observations cliniques ont souligné que pour certaines femmes qui ont un TPL, la venue d'un enfant semble apaiser certains de leurs symptômes et les portent à mieux utiliser leurs ressources psychiques. Des études sont requises pour mieux comprendre le fait que, parmi les femmes ayant un TPL, certaines deviennent en quelque sorte plus compétentes grâce à leur enfant, tandis que d'autres ont beaucoup de difficultés à faire face aux défis de la parentalité. Ces études, alliées à de la formation plus spécifique en la matière et à l'établissement d'une collaboration plus étroite entre les services de protection de la jeunesse et les services spécialisés en santé mentale, sont nécessaires pour offrir à ces parents tous les soins nécessaires.



Le cas de Thérèse et de sa fille Annie

Annie est référée à la DPJ à l'âge de 9 ans. L'ami de sa mère l'avait battue. L'évaluation a révélé qu'elle vivait régulièrement ce genre d'abus aux mains de sa mère et des nombreux conjoints violents qui cohabitaient avec eux. Thérèse considérait sa fille comme étant très « demandante » et envahissante. Elle décrivait vivre des sentiments intenses d'anxiété, de frustration et de désespoir car elle se disait incapable de la satisfaire. Lorsqu'elle se sentait rejetée par sa fille ou lorsqu'elle sentait qu'elle n'était pas une assez bonne mère, elle réagissait en la maltraitant physiquement. De son côté, Annie se demandait si sa mère la haïssait. Annie démontrait beaucoup de colère envers sa mère et se comportait de façon provocatrice recherchant l'attention de l'entourage.

Thérèse semble avoir des problèmes de santé mentale. Elle révèle avoir vécu beaucoup d'abus familial durant son enfance. Elle décrit ne pas avoir été voulue par ses parents qui l'ont toujours rejetée, dénigrée et utilisée comme bouc émissaire. Elle a fait de nombreuses tentatives de suicide, la première à l'âge de 12 ans. Thérèse se décrit comme étant « une mauvaise personne » et affiche de nombreuses cicatrices d'automutilation sur ses deux bras. Malgré ces révélations, quand on lui parle de ses difficultés personnelles et de la possibilité d'aller chercher de l'aide, elle nie totalement qu'elle a des problèmes et blâme sa fille pour tout ce qui arrive.

Annie était souvent punie sévèrement et de façon imprévisible. Elle rapporte avoir été abusée sexuellement par son père alcoolique pendant plusieurs années. Fréquemment, elle a été témoin de violence conjugale. Elle avait peu d'amies, sa mère la gardant souvent à la maison

pour s'occuper d'elle. Elle a vécu d'importantes difficultés à l'école et suite à la séparation de ses parents, se mit à fuguer. Elle disait avoir besoin de vivre des sensations fortes et les comportements problématiques se succédèrent. Sa mère n'ayant plus aucun contrôle sur sa fille demanda un placement. Annie a vécu plusieurs placements et plusieurs échecs successifs, car Thérèse les sabotait invariablement, tout comme la série de services qui lui était offerte.

Aujourd'hui Annie a 16 ans. Elle reçoit toujours les services du CJM-IU et risque de développer elle-même un trouble de la personnalité.

Les défis de l'intervention

L'intervention auprès de ce type de famille pose plusieurs défis. Il est important de pouvoir identifier rapidement que la mère présente un trouble de la personnalité. Ceci n'est pas facile pour des intervenants qui ne sont pas des experts du domaine de la santé mentale. La mère doit ensuite être capable de reconnaître qu'elle a besoin d'aide. Elle sera soutenue par les intervenants du centre jeunesse qui l'aideront à se motiver, à se mobiliser et à trouver les services spécialisés dont elle a besoin. Il faut travailler en consultation et en concertation avec les intervenants de l'équipe de psychiatrie adulte. De telles rencontres font en sorte que la responsabilité de l'intervention auprès de cette famille est partagée et la lecture de la situation est alors multidisciplinaire. Tout en aidant le parent à obtenir les soins appropriés, l'intervenant doit donner priorité au développement de l'enfant et prendre les décisions nécessaires dans cette perspective.



L'enfance perdue

Maltraitance et négligence... mots qui sonnaient faux à mes oreilles d'adulte, mais qui résonnent et laissent leurs empreintes au plus profond de l'âme du jeune enfant.

Je suis consultant depuis quelques années auprès des équipes de la petite enfance du CJM-IU. Ces rencontres ont été pour moi une mine d'apprentissages; régulièrement, j'ai l'impression d'avoir entendu « le pire », mais... l'histoire se répète. Afin de mieux cerner l'impact de la maltraitance, il faut d'abord considérer l'étroitesse des liens entre l'environnement, les premières relations de l'enfant et les innombrables ramifications du cerveau humain. La génétique fait également entendre parfois sa voix. L'enfant négligé et maltraité doit non seulement être compris sous la loupe de ses difficultés d'attachement, mais également en terme de possibles désordres de stress post-traumatique et autres troubles anxieux, de déficits majeurs de régulation

avec l'hyperactivité et l'inattention qui peuvent en découler, voire de véritables épisodes dépressifs. Les retards de développement associés deviennent fréquemment une entrave à la mise en place d'interactions plus harmonieuses.

Mon travail, qui consiste à aider à reconnaître ces différents aspects, n'existerait pas sans l'implication des équipes d'intervenants. Toutefois, comprendre ces comorbidités nécessite la mise en place « rapide » de services adaptés; voilà que renaît l'éternelle question des moyens mis à notre disposition, voilà que surgit à nouveau mon sentiment épisodique d'impuissance. Je me reporte alors au point central de notre démarche; nous devons tout faire pour donner une amarre à ces enfants perdus sur une mer houleuse... ils en ont le droit!

Dr Sylvain Palardy, pédopsychiatre
CHU Sainte-Justine



2006

2007



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire