

Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic

Michelle St-Antoine
Suzanne Rainville
Psychologues
Centre Jeunesse de Montréal

L'élaboration du programme de traitement pour les enfants présentant des troubles sévères d'attachement s'est inspirée principalement des travaux de Paul Steinhauer en Ontario et de Charles Zeanah aux États-Unis. La notion de trouble d'attachement (issue du courant psychiatrique) paraissait circonscrire davantage le profil de la clientèle que nous recevions, soit des enfants qui avaient perdu leur capacité d'attachement et qui présentaient de graves difficultés d'adaptation sociale. Le cadre clinique du programme, soit le type de ressources offertes, la composition de l'équipe d'intervention et le processus de sélection des enfants admis sont décrits en annexe.

La notion de trouble de l'attachement

La première mention du diagnostic de trouble réactionnel de l'attachement (TRA) dans la littérature psychiatrique date de la parution du DSM III en 1980. Ce diagnostic repose alors sur l'existence d'un retard de croissance et d'un manque de réponses sociales, devant être manifeste avant l'âge de 8 mois. Lors de la révision du DSM en 1987, l'âge d'apparition des symptômes est repoussé à 5 ans et deux sous-types (inhibé et désinhibé) sont différenciés.

Le DSM IV (1994) associe le trouble de l'attachement et les soins gravement déficients et pathogènes dans l'enfance. Un contact social inapproprié dans la plupart des contextes, est décrit comme le principal symptôme du TRA à moins que ce comportement témoigne de la présence d'un trouble envahissant du développement ou d'une déficience intellectuelle.

Les descriptions du TRA proposées par le DSM IV mettent autant l'accent sur l'étiologie des troubles que sur leurs manifestations, qui sont succinctement abordées. Steinhauer (1999), Lieberman et Zeanah (1995) et Boris et Zeanah (2000) développeront des grilles plus élaborées, basées sur l'observation du comportement de l'enfant, qui permettront de raffiner le diagnostic de trouble de l'attachement et de trouver des assises pour le traitement.

Une dette envers John Bowlby

Nous ne voudrions pas passer sous silence, par ailleurs, l'influence prépondérante qu'ont exercée les travaux de John Bowlby (ainsi que ceux de nombreux chercheurs dont il a inspiré ultérieurement les recherches) sur la compréhension des problèmes d'attachement des enfants que nous soignons. En effet, dès les années 40, Bowlby attira l'attention des cliniciens sur les effets dévastateurs des carences maternelles précoces et des ruptures à répétition sur le développement des enfants et tout particulièrement sur leur adaptation sociale.

Cependant, les types d'attachement mis en évidence par Ainsworth et ses collaborateurs (1979) soit l'attachement sécurisé, les attachements insécurisés ambivalent-résistant et évitant, forts utiles pour la recherche en raison du décodage rigoureux dont elles font l'objet à partir de l'observation de l'enfant dans la «Situation étrange», demeurent difficiles à appliquer en clinique. D'une part, le décodage spécialisé nécessaire à cette situation de laboratoire demeure inaccessible à l'intervenant et, d'autre part, le fait de déterminer qu'un enfant présente un attachement insécurisé ne permet pas de se prononcer sur le risque d'inadaptation sociale. En effet, il ne faut pas oublier que pour Bowlby, les attachements insécurisés chez l'enfant représentent des formes d'adaptation de l'enfant à son milieu.

Les recherches récentes sur l'attachement de type désorganisé-désorienté, mis en évidence dans les années 90 par Mary Main, apparaissent davantage pertinentes pour la clinique. Certains auteurs affirment en effet que l'attachement de type désorganisé serait un facteur de risque majeur de développer une psychopathologie. Certains posant même qu'il pourrait être le début d'une psychopathologie chez l'enfant (Fonagy, 2001).

Les comportements de l'enfant présentant un attachement de type D, tels que mis en évidence par les dernières recherches (Fonagy, 2001) soit les réactions de colère, la faible tolérance à la frustration, l'irritabilité, l'incompétence sociale, l'expression fréquente de détresse personnelle et l'inattention, trahissent des difficultés importantes de régulation des émotions que nous retrouvons également chez les enfants présentant des troubles de l'attachement. Des recherches ultérieures permettront probablement de déterminer si les enfants classés désorganisés-désorientés (à partir de la Situation étrange) correspondent aux critères cliniques du trouble réactionnel de l'attachement.

Profil clinique des enfants en troubles sévères d'attachement

L'étude des dossiers des 23 enfants traités au cours des cinq dernières années dans notre programme et les nombreuses discussions cliniques à leur sujet permettent de tracer un profil clinique général, et même de différencier trois types de troubles d'attachement sur la base du mode relationnel observé chez l'enfant.

Facteurs étiologiques

De nombreuses ruptures de liens comprenant des déplacements à répétition (placements privés ou en familles d'accueil) ou encore des allées et retours provoqués par des réinsertions familiales avortées jalonnent le parcours de vie de ces enfants, même des plus jeunes. La présence de négligence physique, affective et souvent d'abus (physique ou sexuel) marque le vécu familial des toutes premières années de vie. D'ailleurs tous ces enfants ont été signalés en bas âge.

Plan relationnel

Hughes (1999) dans un article sur l'adoption d'enfants présentant des problèmes d'attachement, souligne avec justesse que du fait de leurs besoins de base non remplis, ces enfants canalisent toute leur énergie et font en sorte de les combler eux-mêmes. L'enfant découvre ainsi les chemins de l'autosuffisance.

Refus de toute dépendance

Tout comme Steinhauer (1999), nous observons qu'afin de ne plus souffrir de l'absence de réponses d'un milieu qui lui a fait cruellement défaut, l'enfant en trouble d'attachement refuse de dépendre du monde adulte, soit en se détournant de la relation et en cherchant à devenir autosuffisant, soit en établissant des relations superficielles.

Plusieurs comportements de l'enfant trahissent ce refus de s'abandonner à la relation, tel que se bercer, se frapper la tête avant de s'endormir. De même l'enfant demeure vigilant en toutes circonstances, attentif à un éventuel danger, témoignant ainsi de son habitude à assurer lui-même sa protection.

Blessé, effrayé ou en détresse, il ne cherche pas le réconfort, ayant intériorisé l'image d'un adulte non disponible à ses besoins. Plutôt que de demander de l'aide, il redouble d'ingéniosité pour chercher par lui-même le jouet désiré, la nourriture, le mouchoir. Certains d'entre eux enregistrent les trajets en auto et c'est souvent à la faveur d'un changement de parcours qui amène protestations et sentiment de panique chez l'enfant que nous le constatons.

Absence de réactions à la séparation

L'une des manifestations les plus frappantes du trouble d'attachement est, comme le souligne Steinhauer (1999), l'absence de réactions de l'enfant à la séparation, un peu comme si les adultes étaient interchangeable. L'enfant passe souvent sous silence la rupture de lien, en ne réclamant ni ne parlant des personnes qui en prenaient soin. Cette adaptation superficielle masque des deuils non résolus que le travail d'accompagnement individuel de l'enfant mettra à jour et qui réitérera pour l'équipe l'importance de tenir compte du « parent dans l'enfant », même si celui-ci n'est plus présent dans la réalité.

Attaque du lien

Les bons moments passés avec l'intervenant au cours d'activités agréables ou spéciales, les premiers moments d'intimité partagés provoquent inévitablement chez l'enfant des mouvements de rupture du lien. Crises, désorganisations, attaques agressives contre l'adulte ou d'autres enfants, destruction du matériel, l'enfant s'attaque à la relation avec une force nourrie par la panique qu'a suscité en lui ce mouvement d'abandon à la relation. Comme le souligne Hughes

(1999), l'enfant rejette l'affection et les interactions agréables qu'on lui offre parce que cela le rend vulnérable et qu'il n'a aucune confiance que cela puisse durer.

L'enfant lutte pour ne pas se laisser aller et risquer de ressentir à nouveau la déception et la trahison. La crainte que ce moment de vulnérabilité ne soit perçu par l'adulte et utilisé pour le blesser à nouveau amène l'enfant à se protéger en l'éloignant de lui. Ces attaques, qui témoignent des premiers fléchissements de l'enfant au plan relationnel, percutent d'autant plus l'adulte, qu'ils surviennent au moment précis où l'enfant laisse prise à des attentes affectives.

Indifférence à la punition

L'enfant présentant des troubles de l'attachement cache sa vulnérabilité. Il ne veut montrer aucune marque d'attachement, ni se laisser toucher par les interventions des adultes. De ce fait, les intervenants gardent souvent l'impression que l'enfant est indifférent à toute forme de punition. En fait, l'enfant refuse de se montrer touché, parce qu'il ressent cette marque ouverte de vulnérabilité comme un danger d'abus.

De même, il est clair que certains enfants ne manifestent aucun signe d'émotion face à des cadeaux ou des sorties, de peur que l'adulte, témoin de ce qui leur procure du plaisir, ne les prive ultérieurement. Les abus antérieurs déterminent chez ces enfants une crainte viscérale que l'adulte ne prenne plaisir à les faire délibérément souffrir. De même tel que le souligne Steinhauer (1999), les limites semblent vécues par ces enfants comme des attaques, des tentatives délibérées de les faire souffrir plutôt que comme des exigences de la réalité. Le piège pour l'intervenant est d'entrer alors dans une lutte de pouvoir avec l'enfant.

Entraves à la socialisation

Selon Steinhauer (1999), plusieurs difficultés présentées par l'enfant en trouble d'attachement viendront entraver sa socialisation. Tel que noté précédemment, l'enfant est centré sur la satisfaction immédiate de ses besoins et ne peut y renoncer pour conserver la relation à l'autre. De plus sa manipulation (où l'autre est utilisé comme un objet pour arriver à ses fins), son besoin excessif de contrôle, son manque d'empathie lui rendent difficile la coopération avec l'autre.

D'autre part, les recherches récentes démontrent que la difficulté de ces enfants à réguler leurs émotions constitue fort probablement la plus grande entrave à leur socialisation. Selon Fonagy (2001), la capacité de régulation des émotions dépend de la compréhension des expériences internes qui est plus susceptible de se construire dans le contexte d'une relation dyadique précoce (la relation en miroir avec la figure maternelle). Cette capacité de régulation fait clairement défaut aux enfants que nous recevons qui se désorganisent régulièrement, sans être en mesure d'identifier ce qui se passe en eux.

On peut donc déduire en accord avec Fonagy (2001), que l'agressivité de ces enfants serait une indication de leur incapacité à répondre de façon flexible et stratégique aux situations qui soulèvent de l'émotion. Les forces désorganisatrices de l'émotion forceraient l'enfant à adopter des stratégies rigides qui mènent à des difficultés dans les relations interpersonnelles. D'où la présence chez les enfants de notre étude, de crises, de désorganisations sévères, d'attaques agressives contre les autres enfants ou envers eux-mêmes.

Structure de personnalité: indifférenciation partielle des frontières et identité diffuse

L'expérience des dernières années et l'effort de compréhension du sens des gestes posés au quotidien par ces enfants, mettent en lumière ce qui apparaît comme une indifférenciation partielle de leurs frontières. En effet, en plus de confondre leurs propres attributs avec ceux des autres, ils arrivent mal à délimiter leur propre territoire. Ainsi une multitude de situations viennent témoigner de la difficulté de ces enfants à circonscrire leur espace personnel et à ne pas envahir celui des autres. En fait, on observe comment ils peuvent foncer dans l'adulte, comme s'ils lui rentraient dans la peau, envahissent l'espace des autres enfants en prenant leur objet, touchant leur corps, piquant la nourriture dans leur assiette.

Les mécanismes de clivage (gardant séparées les bonnes et les mauvaises images de soi et de l'objet) sont observés entravant le développement d'un sentiment de soi et des autres unifié. La diffusion de l'identité qui en résulte rend ce type d'enfant très dépendant de l'adulte, du cadre externe pour ressentir une certaine continuité d'être, pour pouvoir bien se conduire et faire des choix. Un peu comme ce petit garçon qui s'identifie dans un dessin, à « un train fou » qui s'est détaché, ces enfants ont besoin de « rails » pour pouvoir se diriger.

Ils arrivent donc mal à fonctionner hors du regard de l'adulte, se mettant en situation de danger ou agressant les autres dès que l'adulte ne joue plus son rôle de contenant. Ainsi, certains d'entre eux doivent tenir la main de l'adulte lorsqu'ils sortent à l'extérieur. D'autres doivent se trouver à portée de voix ou du regard. Le transport scolaire, les cours de récréation (sans le regard et le cadre rassurant du professeur) constituent des défis que plusieurs d'entre eux n'arrivent pas à relever.

La fragilité des frontières qui fait en sorte que l'enfant se sent peu protégé contre un monde extérieur et où la présence de l'autre est vécue comme intrusive rend extrêmement difficile pour lui la vie en grand groupe.

Développement intellectuel : retards de développement et difficultés d'apprentissage

Des difficultés d'apprentissage et des retards de développement sont observés chez plusieurs des enfants à l'arrivée. Ils éprouvent pour la plupart besoin d'être près de l'adulte pour fonctionner, ce qui complique la scolarisation. Des diagnostics de déficits d'attention ou d'hyperactivité sont posés pour plusieurs d'entre eux.

Typologie de troubles réactionnels sévères d'attachement (TRA)

Nos observations permettent clairement de différencier les enfants en traitement selon qu'ils appartiennent aux TRA inhibé ou désinhibé du DSMIV ou à leurs catégories correspondantes dans la typologie de Boris et Zeanah (2000), soit les pathologies d'absence d'attachement avec retrait émotif ou sociabilité indistincte. Pour sa part, Paul Steinhauer (1999) n'a pas introduit de typologie mais l'analyse de sa grille permet de constater qu'elle correspond davantage au profil d'enfant présentant une sociabilité indistincte. Nous proposons pour notre part une troisième catégorie qui se différencie des deux autres au niveau de l'étiologie, de la lourdeur de la prise en charge et du pronostic.

Type 1 : Trouble d'attachement avec retrait : « les inhibés »

Les enfants du profil inhibé se caractérisent par leur retrait de la relation. Les intervenants les décrivent souvent comme étant « dans leur bulle ». Solitaires, à l'allure triste et plutôt amorphes, ils rejettent ce qui vient de l'extérieur. Ils donnent l'impression d'avoir renoncé à la relation et de ce fait, ils peuvent présenter une apparence d'autosuffisance plus importante que les autres types. Ils veulent tout faire par eux-mêmes, sans aide, et les intervenants doivent se contenter d'être près d'eux pour prévenir les accidents. Le tableau clinique de retrait et de passivité apparaît très tôt et leur vulnérabilité psychique est souvent camouflée par une allure « parentifiée » lorsqu'ils sont observés en présence de leur mère.

La position de retrait de ces enfants cache pourtant une forte hostilité, souvent retournée contre eux-mêmes. On note de l'automutilation et certains enfants refusent de se nourrir comme s'ils fermaient à l'autre toutes les ouvertures, même celles de leur corps. Bien qu'ils se montrent moins agressifs que les enfants des types désinhibés, ces enfants peuvent attaquer les pairs ou détruire les objets dans des moments de stress plus importants. Les enfants de ce type se situent tous à un niveau élevé sur le continuum de la méfiance, allant pour certains jusqu'à des sentiments de persécution.

Au plan étiologique, ces enfants ont connu une alternance de périodes d'investissement parfois décrites comme fusionnelles, suivies de périodes de délaissement affectif. L'étude de l'histoire sociale de ces enfants permet de constater que la majorité d'entre eux ont bénéficié d'une période d'investissement soit par un parent, soit par une figure substitut, où ils ont expérimenté une réponse assez sensible à leurs besoins. Cette présence d'investissement pourrait peut-être expliquer pourquoi ils semblent un peu plus différenciés au plan psychique que les deux autres types, l'identité semblant un peu moins diffuse. Le peu qu'ils ont reçu n'a toutefois pas permis un développement adéquat. Comme la majorité des enfants en troubles sévères d'attachement, les enfants « retirés » démontrent des retards dans une ou plusieurs sphères de leur développement. L'histoire de certains enfants dévoile même, de façon particulière, des retards ou un arrêt de croissance au cours de leur petite enfance.

Vignette clinique : Gabriel

À son arrivée, Gabriel est âgé de 8 ans et prend une forte dose de Risperdal. Il est aux aguets et son anxiété est très élevée. Il se tient à l'écart et s'isole souvent au point où les intervenants ont

tendance à « l'oublier ». Il ne connaît toujours pas le nom des intervenants après un certain temps et on le décrit comme étant « dans la lune ». Il peut facilement se sentir persécuté par les pairs et ses peurs multiples le conduisent parfois à menacer les autres avec des ciseaux par exemple. D'allure frêle et chétive, il n'est pas situé dans le temps et présente un problème de motricité évident dans sa démarche. Bien qu'il s'applique en classe, il ne sait ni lire, ni écrire, comme s'il n'apprenait pas. Son intérêt principal est l'ordinateur, une activité solitaire. Enfin, Gabriel met en place toutes sortes de mécanismes obsessionnels pour contrôler son environnement, par exemple, aucun objet ne doit être déplacé dans sa chambre.

Dès sa naissance, la mère éprouve de l'ambivalence envers son fils. Elle n'arrive pas à lui trouver un prénom et est incapable de contacts physiques ou visuels envers lui, tout en démontrant des mouvements fusionnels par souci de prendre soin de son enfant « malade ». Depuis le placement de son fils, la mère parle de son désir de le reprendre et l'utilise souvent comme confident pour partager avec lui ses propres problèmes. Auparavant, elle le menaçait régulièrement de le placer. Cette relation teintée d'ambivalence occasionne des désorganisations importantes chez l'enfant lors de visites. Durant plusieurs mois, Gabriel se montre inquiet pour sa mère lorsqu'il parle à sa travailleuse sociale. Il adopte souvent une position de parent envers sa mère lorsqu'il la sent en détresse.

Type 2 : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte : « les désinhibés »

Ces enfants correspondent au profil désinhibé du trouble réactionnel de l'attachement tel que décrit dans le DSM IV. Charmants et séducteurs au premier contact, ils se lient facilement aux étrangers et peuvent rechercher un rapprochement physique étroit dès les premiers contacts. Selon Hughes (1999), ces enfants sont souvent amicaux parce qu'ils ont compris que cette familiarité empreinte de gentillesse amène la plupart des adultes à se montrer aimables en retour avec eux. Ils peuvent parfois adopter une position très infantile, cherchant à se faire prendre en charge. Toutefois si ces tactiques échouent, ils peuvent faire une crise pour obtenir ce qu'ils veulent. Ils cherchent avant tout à contrôler ainsi la relation. Les adultes paraissent interchangeable, seule l'exclusivité est recherchée. Ces enfants peuvent donc se montrer intrusifs et accaparants au point de susciter intensément chez l'autre un désir de mise à distance. Ces enfants ont besoin de l'adulte pour fonctionner. Ils se désorganisent facilement lorsqu'ils se trouvent en dehors de son regard, de sa présence. L'adulte semble jouer un rôle de contenant, de « pare-excitation ». Ils donnent davantage accès à leurs angoisses internes que le type inhibé mais paraissent confus, incapables d'identifier ce qui se passe en eux.

L'enfant désinhibé se caractérise par son comportement agressif. La socialisation est particulièrement problématique : les relations avec les pairs, fortement teintées de rivalité, se vivent de façon conflictuelle, et plusieurs de ces enfants ont proféré des menaces de mort ou agressé sérieusement d'autres enfants.

L'histoire de ces enfants se distingue du groupe précédent en ceci qu'ils n'ont pas réellement été investis par leurs parents en tant que personne distincte, différente d'eux. Souvent objets de projections négatives, (« méchant », « bon à rien », « monstre »), ils sont perçus comme dérangeants, inadéquats, voire dangereux. Les tentatives de différenciation de l'enfant semblent avoir été vécues comme des attaques par le parent. Des désirs de mort du parent envers l'enfant sont notés dans plusieurs dossiers. Ces enfants semblent avoir intériorisé une image très négative d'eux-mêmes, suscitant une peur continue d'être pris en défaut. Ils se doivent d'être parfaits pour ne pas se percevoir comme totalement mauvais.

Vignette clinique : Mike

Mike a été signalé à la protection de la jeunesse à l'âge d'un an. La mère est décrite comme étant infantile et très changeante. Elle cajole son enfant lorsqu'elle en a besoin mais la plupart du temps celui-ci est abandonné à lui-même dans son parc, toute la journée. Malgré l'aide qui lui est apportée, la mère se désintéresse de l'enfant et l'envoie chez un ami qu'elle sait violent, pour plusieurs semaines, sans donner de nouvelles à l'enfant. Puis, Mike est envoyé chez son père qui demande le placement rapidement. Il épuise une famille d'accueil par sa désorganisation.

À son arrivée dans nos services, Mike est âgé de quatre ans. Il joue au petit bébé, se montre très dépendant, va à n'importe qui et devient très envahissant tout en demeurant hypervigilant. Les intervenants le qualifient de charmant : « il est comme une petite poupée ». Mike présente des retards de développement importants au plan du langage et de la motricité. Il se montre opposant face aux apprentissages, obsessionnel par rapport à la propreté et cherche à contrôler la relation. Il

exige beaucoup d'encadrement, particulièrement auprès des pairs qu'il a tendance à frapper. Son agitation et sa difficulté à se concentrer exigeront une prise de Ritalin à son entrée à la maternelle. À chaque visite de la mère, l'enfant se désorganise et devient malade physiquement. La mère le qualifie de « petit démon ». Celle-ci peut s'absenter plusieurs semaines puis revenir subitement. Elle est très instable. Durant ses absences, Mike ne demande pas sa mère et semble progresser davantage. De son côté, le père réapparaît après un an d'absence. Il nie sa violence et son instabilité et se montre insensible aux réactions de l'enfant. Ses propres besoins priment toujours sur ceux de son enfant.

Type 3 : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte et perversion du lien : « les désinhibés pervers »

Ce troisième type (qui pourrait être considéré comme une sous-catégorie du deuxième) nous est apparu utile lorsque l'équipe traitante a cherché à comprendre pourquoi certains enfants ne semblaient pas en mesure de restaurer leur capacité d'attachement, même si le milieu thérapeutique leur avait permis de mieux fonctionner de façon générale. Dès le processus d'accès, ces enfants, qui présentaient le profil du trouble d'attachement avec sociabilité indistincte, apparaissent davantage atteints que les autres et d'une capacité très restreinte à se contenir. Leur prise en charge, semée d'embûches, confirme leur état de désorganisation et met à rude épreuve tous les intervenants impliqués auprès d'eux.

Contrairement aux autres enfants du profil désinhibé, victimes de négligence et de délaissement, ces trois enfants, parmi les plus perturbés et désorganisés de notre échantillon, portent les traces d'un investissement pathologique d'une figure parentale. Ce lien que nous qualifierons de « pervers », semble avoir détourné l'enfant de sa voie, de son existence, pour en faire l'objet du scénario pervers narcissique du parent. Tout comme le soulignent Schreier et Libow (1993) dans leur étude de mères souffrant du syndrome de Munchausen par procuration, ce type de lien ne réfère pas à des pratiques sexuelles perverses, mais plutôt à un mode de fonctionnement mental où fantasme et réalité coexistent, dans une relative indistinction.

Ces enfants semblent avoir subi le même traitement que réservent les individus pervers à leurs partenaires : « les individus pervers traitent leurs partenaires comme si ceux-ci n'étaient pas des êtres humains, mais des pantins à manipuler sur la scène où se joue la perversion » (Stoller, 1978, p. 113). À l'instar de Schreier et Libow, nous notons une profonde absence de reconnaissance de l'enfant qui est traité comme un objet fétiche par le parent.

Le premier de ces enfants, à l'âge de trois ans, en remplacement d'un bébé décédé dont la mère n'a jamais fait le deuil, est tantôt magnifié et qualifié de « génie », lorsqu'il agit en conformité avec l'idéal maternel, puis dénigré et sadiquement répudié lorsqu'il y échoue. La mère l'appelle le « survivant », en référence au bébé décédé.

Le deuxième doit jouer le rôle de l'enfant surdoué qui permet à sa mère d'entretenir des fantasmes de perfection maternelle. Par la force (il est battu avec une ceinture), il apprend l'alphabet dès 18 mois, la lecture ensuite. On sent l'emprise maternelle jusque dans un corps qui ne lui appartient plus, ne sachant de quel sexe il est, tant il est imprégné et possédé par cette mère dont les injonctions le suivent encore. La troisième, surnommée la reine, la poupée ou la « chatte » par son père, semble faire partie du scénario sexuel pervers de ce dernier.

Ces enfants, contrairement à ceux du groupe désinhibé, semblent avoir fait l'objet de surstimulation. Envahis, contrôlés, ils sont devenus le jouet ou l'objet d'un parent qui les a pris de force dans son scénario. Ces enfants ne semblent avoir aucune conscience de leur propre existence. L'omniprésence du parent paraît avoir empêché l'enfant d'advenir à lui-même, de développer son identité. Les intervenants donnent l'image d'un enfant qui ne garde rien, comme si tout passait à travers son corps et son psychisme désertés. L'enfant n'apprend pas, n'intègre pas les règles et les routines. Autant il ne garde pas le lien avec l'adulte absent, autant en présence de l'adulte, il cherche constamment le contact physique, il s'accroche, donnant l'impression de vouloir entrer dans la peau de l'autre. Le regard de l'autre sur lui le retient, l'empêche de se perdre et de se désorganiser. Il bouge, parle sans cesse, touche comme pour se sentir vivant. Il ne tolère pas la distance, la limite, la frustration, qui le ramènent brusquement à sa différenciation d'avec l'autre, à son sentiment de non-existence.

Les intervenants décrivent souvent comme robotisés et programmés, ces enfants à qui finalement on a volé en quelque sorte âme et existence. L'espace psychique interne, issu de la différenciation, étant lacunaire, le jeu symbolique n'existe pas pour deux de ces enfants. Pour

l'un l'activité favorite est de faire des activités dans des manuels scolaires, des casse-tête ou mots croisés, pour l'autre elle consiste en un jeu répétitif et stéréotypé autour du lit. Pour ces deux enfants, il semble s'agir d'une répétition d'ordre traumatique.

Tout changement dans le cadre de vie ou les routines de ces enfants provoque une désorganisation qui peut prendre l'allure d'attaques agressives, d'automutilations ou encore de crises interminables qui semblent plus intenses, plus fréquentes et plus destructrices que celles des autres enfants en trouble d'attachement; les éléments déclencheurs en sont aussi plus difficiles à cerner.

Vignette clinique : Rosie

Rosie est arrivée à l'âge de 4 ans après un court séjour en famille d'accueil où ses comportements désorganisés (casser des vitres, se mettre en danger, refus des cadres et des limites, encopésie) ont mis rapidement son placement en péril. La fillette a vécu ses premières années avec ses parents, puis seule avec son père.

Rosie est décrite par les intervenants comme une fillette d'allure masculine, s'exprimant d'une voix rauque. Son discours est souvent incohérent et elle fuit le regard. Familière avec les étrangers, elle va à tout le monde de façon indifférenciée. Le contact physique est souvent brusque et intrusif un peu comme si elle était inconsciente de l'existence de l'autre. À d'autres moments, l'approche est séductrice et même d'une sensualité trouble (elle se transforme en chatte en chaleur et se colle sur l'éducatrice en poussant de petits cris d'excitation). L'état profond de malaise suscité chez l'éducatrice par cette mise en scène témoigne de l'aspect pervers plutôt que ludique de la scène.

Des phrases répétitives, stéréotypées, ponctuent son discours : « mon beau papa Francis » dit-elle à chaque fois qu'elle mentionne son père, ce qui est fréquent en début de traitement. Les intervenants décrivent alors Rosie comme « ayant son père tatoué dans la peau », obsédée par lui. La fillette semble complètement sous emprise, parasitée par une présence étrangère, qui imprègne son discours et ses attitudes. Les visites (sous supervision) avec le père permettent d'observer le contrôle total exercé sur « sa petite reine » et sa façon particulière de laisser sur elle son empreinte, en cherchant à lui peindre les ongles ou en lui apportant des vêtements qu'il voudrait la voir revêtir.

Rosie répète sans cesse les mêmes jeux (faire le lit, se coucher et inviter les amis dans le lit de papa Francis), répétition traumatique et obsessionnelle qu'elle ne peut élaborer. « Vide et inatteignable », selon les intervenants, elle semble inconsciente de sa propre existence et de celle des autres, les bousculant et les frappant comme autant d'obstacles sur son chemin. Plusieurs gestes posés par Rosie semblent avoir pour but de se sentir exister : se pincer le visage, toucher le drap de lit en s'endormant, toucher le corps de l'autre afin de ressentir ses propres frontières, parler pour se stimuler et non pour communiquer.

Traitement des enfants en troubles sévères d'attachement

« Personne ne peut manipuler ou forcer un enfant présentant des difficultés d'attachement à créer un lien avec un adulte. La seule chose qui puisse être faite est de fournir les conditions où les plus résistants et perturbés vont, après des années de distance, se sentir assez en confiance dans le milieu, pour se permettre de risquer à nouveau de s'engager avec un adulte. »

Paul Steinhauer, 1999, p. 12

À partir de ce constat basé sur la longue expérience de Paul Steinhauer, on peut concevoir que le but général du traitement est de fournir des soins suffisamment bons qui permettront à l'enfant de se sentir assez en sécurité dans le milieu pour prendre le risque de former un attachement. Il faut donc que les adultes, qui assument les soins survivent aux attaques de l'enfant et résistent aux sentiments d'impuissance qui pourraient les pousser à demander son déplacement. Il leur est indispensable de savoir que l'enfant a besoin de temps pour faire confiance à nouveau aux adultes et à l'environnement, et que la non-évolution apparente est une période nécessaire à l'enfant pour tester l'environnement et s'assurer qu'il ne lui fera pas défaut, qu'il résistera à ses attaques.

Le premier défi consistera à garder l'enfant sans le déplacer à nouveau, et à faire en sorte qu'il ne mette pas en péril le placement des autres enfants ou encore la survie psychique des intervenants. Voici quelques principes qui guident notre intervention.

Offrir à l'enfant un cadre contenant

L'enfant présentant des troubles sévères d'attachement a besoin de se sentir en sécurité dans un environnement prévisible sur lequel il puisse compter. Plus l'enfant démontre des signes de désorganisation et des difficultés à se contrôler, plus on doit restreindre et structurer son espace, afin d'éviter qu'il se mette en danger ou qu'il pose des gestes répréhensibles. Ceci permet à l'enfant de commettre moins de bêtises ce qui l'empêche d'être constamment renvoyé à des sentiments d'échec et de honte, comme le précise Hughes (1999).

Ce cadre comprend aussi une structuration du temps où on précise ce qu'on attend de lui, en établissant des règles claires qui lui servent de balises. Des rituels et des routines sont établis dans le quotidien de sorte que l'enfant puisse peu à peu appréhender le monde autour de lui comme davantage prévisible, et de ce fait plus sécurisant. Tout changement du cadre de vie de l'enfant est préparé avec soin afin que l'enfant puisse l'anticiper et y faire face.

L'intervenant sert également, par sa sécurité personnelle, de contenant à l'enfant. Il l'arrête, contrôle ses débordements, ses désorganisations et lui offre un environnement où il ne se fera pas mal et ne fera pas mal aux autres. Une vigilance constante est exercée pour protéger l'enfant de l'excès de stimulations.

L'enfant peut parfois ressentir le besoin de se sentir davantage "contenu" physiquement pour diminuer l'angoisse qu'il ressent. Par exemple cet enfant qui ne dormait pas et qui a réussi à s'apaiser lorsqu'on lui a donné un petit sac de couchage. Différents moyens peuvent donc permettre à l'enfant, fragile au niveau de ses frontières corporelles, de se doter d'une "deuxième peau".

Préserver une distance relationnelle adéquate avec l'enfant

L'intervention ne vise pas à ce que l'enfant crée un lien d'attachement dans un premier temps. L'intervenant doit éviter de nourrir trop d'attentes affectives et émotives envers l'enfant. Il doit également se prémunir contre toute attente irréaliste quant aux progrès de l'enfant et au temps nécessaire pour y parvenir. Ceci évite des déceptions et un sentiment d'impuissance que l'enfant ressent et porte douloureusement. Par ailleurs, l'intervenant doit tirer satisfaction des petits pas accomplis par l'enfant, sans se décourager devant les régressions inévitables qui ponctuent le traitement. En accord avec la recherche de Howe (1995), nous constatons que la capacité de donner un sens aux comportements de l'enfant permet à l'intervenant d'éviter le piège de se sentir visé personnellement par les attaques de l'enfant.

Afin de contrer le mécanisme de brisure relationnelle, l'intervenant veille également à doser les encouragements, les compliments jusqu'à ce que l'enfant puisse les absorber, sans par la suite s'attaquer au lien.

Avec les enfants de profil inhibé, l'intervenant ne doit pas chercher le rapprochement et éviter de bercer, caliner ou engager le contact physique. L'enfant décidera lui-même du rythme de rapprochement et l'intervenant devra se montrer prudent en dosant sa réponse, au risque d'effrayer l'enfant. L'intervenant accompagne l'enfant, se montre sensible à ses besoins sans jamais forcer la relation.

Alors que l'enfant inhibé se protège de la relation en gardant sa distance, l'enfant désinhibé, par son attitude intrusive, commande un réflexe de protection chez l'intervenant afin d'éviter l'envahissement. Le défi consiste à veiller à ce que cette distance, indispensable à la survie de l'intervenant, ne se transforme en fermeture face à l'enfant.

Éviter la lutte gagnant-perdant : sortir des enjeux de contrôle

Ce principe énoncé fort à propos par Paul Steinhauer (1999) est d'autant plus important que l'attitude d'indifférence des enfants en troubles sévères d'attachement face à la punition mène tout droit à l'escalade et à la lutte de pouvoir avec l'intervenant. L'adulte peut facilement verser dans l'excès de punitions afin d'atteindre l'enfant, confirmant alors ce dernier dans sa crainte d'être abusé. Seule la répétition de la même conséquence à l'acte aidera l'enfant à comprendre et accepter les limites de ce qui est acceptable ou non.

Une intervention plus neutre convient davantage à l'enfant en trouble d'attachement qui n'acceptera pas de cesser un comportement répréhensible pour faire plaisir à l'adulte. Il faut donc utiliser la règle plutôt que de miser sur la relation. Au niveau des moyens, l'utilisation d'une horloge ou d'une minuterie pour indiquer à l'enfant l'heure où une activité prendra fin permet à ce

dernier de garder l'impression de ne pas se soumettre complètement au pouvoir de l'adulte et de récupérer un espace où il peut décider par lui-même.

Servir de miroir à l'enfant pour l'aider à comprendre et à identifier ce qui se passe en lui.

Les désorganisations des enfants en trouble d'attachement apparaissent souvent aux intervenants comme imprévisibles. Cependant, un examen plus fouillé du sens qu'ont pris pour l'enfant les événements et interactions précédant la désorganisation, mène à une identification des émotions associées au débordement de l'enfant.

Cet exercice paraît d'autant plus souhaitable que l'enfant en trouble d'attachement ne possède pas la capacité d'identifier ce qui se passe en lui-même et nécessite l'aide de l'adulte pour identifier des émotions qui prennent souvent pour lui la forme primitive d'une angoisse difficile à contenir.

Il ne s'agit pas de reprendre l'enfant sur ses comportements problématiques pour lui offrir des alternatives mais plutôt de proposer à l'enfant des liens entre sa désorganisation et des émotions qu'il aurait pu vivre afin de donner un sens à ce qui se passe en lui.

Il existe ici un parallèle entre le rôle joué par l'intervenant et la fonction « miroir » jouée par la mère (Fonagy, 2000) qui par son expression empathique permet peu à peu au nourrisson de se représenter son propre état interne et d'acquiescer éventuellement le contrôle de soi.

Pronostic associé au traitement selon le type de troubles d'attachement

Le mandat donné par l'établissement aux ressources pour enfants présentant des troubles sévères de l'attachement est d'enrayer le cycle de déplacement et de restaurer la capacité d'attachement des enfants qui y sont admis. Un bilan basé sur nos cinq années d'expérience permet de constater que la réussite au plan de la stabilisation des enfants est entière, mais que le pronostic au niveau de la restauration des liens d'attachement varie selon le profil de l'enfant. Nos constats basés sur un très petit nombre d'enfants continuent de faire l'objet de validation clinique à partir de l'observation des autres enfants admis dans le programme.

Type 1 : Troubles d'attachement avec retrait : « les inhibés »

Les périodes d'investissement qu'ont connu les enfants inhibés semblent avoir laissé des traces permettant une ouverture éventuelle à la relation. En effet, malgré leur retrait initial, ceux-ci démontrent un meilleur potentiel d'évolution que les autres types. Ils semblent mieux récupérer leurs capacités d'attachement et développent une meilleure adaptation sociale.

Les enfants inhibés, après un temps d'observation leur permettant de juger s'ils peuvent faire confiance à nouveau, initient des mouvements de rapprochement envers l'adulte et se laissent aller à des gestes ou des propos démontrant qu'ils tolèrent davantage un début de dépendance. La méfiance diminue et les comportements agressifs disparaissent pratiquement au sein de leur milieu de vie et souvent dans les milieux connus comme l'école. Si l'enfant devient plus fébrile ou agité, un simple coup de téléphone avec un intervenant significatif peut l'aider à se contenir et à reprendre ses activités. Ces enfants demeurent toutefois fragiles devant l'inconnu et la méfiance peut réapparaître, entraînant un recours à l'agressivité, mais à un degré moindre qu'auparavant.

Avec le temps, les intervenants diront de ces enfants qu'ils les sentent plus « déprimés » lorsqu'ils pleurent et que ce sont « des vraies larmes » et non des larmes de rage. Ils les sentent désarmés, en pleine détresse, suscitant alors le goût de les rassurer et de les consoler. On observe une nette amélioration de leurs capacités de mentalisation : il est possible de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent et ils se montrent capables d'accepter les liens que nous leur proposons. Certains osent poser des questions sur leur histoire et commencent à avoir accès à des souvenirs jusqu'alors inaccessibles.

Ces enfants, tout comme ceux du groupe désinhibé, récupèrent en grande partie leurs retards de développement, suffisamment pour qu'une scolarisation régulière soit possible pour plusieurs d'entre eux. Certains enfants ont démontré une amélioration de leur fonctionnement intellectuel. Par exemple, un de ces enfants est passé du niveau limite de la déficience légère, à un fonctionnement au niveau de la moyenne. Tout comme dans le groupe des enfants désinhibés, une baisse de la dose de médication ou du nombre de médicaments est notée.

Ce groupe d'enfants est celui qui suscite le plus d'espoir chez les intervenants. La capacité d'attachement de plusieurs enfants a pu être partiellement restaurée, ceux-ci paraissant suffisamment aimables pour susciter l'intérêt des milieux d'accueil. L'intégration dans de nouveaux milieux exige beaucoup de support et de travail de collaboration entre les ressources mais les enfants y poursuivent leur évolution.

Type 2 : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte : « les désinhibés »

Ces enfants profitent énormément du cadre et de la stabilité offerts par les ressources. Ils améliorent peu à peu leur capacité à se contenir ce qui contribue à une meilleure adaptation sociale. L'agitation et les comportements agressifs prennent beaucoup de temps à diminuer et resurgissent facilement dans des moments de tensions ou devant des situations nouvelles. Même si des progrès sont notés, à défaut d'une différenciation suffisante au plan psychique, le cadre extérieur demeurera en partie garant de leur adaptation sociale mais cet encadrement pourra s'atténuer sans susciter de désorganisation chez l'enfant. Par exemple, l'intégration au scolaire a été très difficile pour tous ces enfants. Ils n'étaient pas disponibles et se désorganisaient régulièrement. La sécurité engendrée par l'étroite collaboration entre les services a permis aux enfants de développer leur potentiel.

Sans pouvoir parler d'une restauration du lien d'attachement, les intervenants notent que ces enfants deviennent moins intrusifs et accaparants et respectent davantage le territoire de l'autre. Alors qu'ils n'ont plus le sentiment de devoir constamment les tenir à distance, ces derniers ont l'impression de pouvoir s'approcher d'eux sans se sentir envahis. La relation demeure toutefois à un niveau plus superficiel que le type inhibé.

Le travail de différenciation au niveau des frontières dans le milieu de vie et l'accompagnement individuel offert permettra à plusieurs de ces enfants de sortir un peu de la confusion et de développer un début de sentiment d'identité. Ce travail permet de découvrir que plusieurs de ces enfants semblent « accrochés » à leurs parents, même si dans certains cas, ceux-ci ont disparu de leur vie. Ils donnent l'impression d'attendre d'être confirmés autrement que dans un statut de mauvais objet.

L'intégration de ces enfants dans d'autres milieux demeure une préoccupation plus grande pour les intervenants comparativement aux enfants du type inhibé.

Type 3 : Trouble d'attachement avec sociabilité indistincte et perversion du lien : « les désinhibés pervers »

Tout comme les autres types d'enfants, ceux-ci profiteront énormément de la prévisibilité du cadre mis en place dans le traitement. Plus que les autres, ils exigeront une ritualisation des activités et des moments de vie et une stabilité du personnel pour pouvoir fonctionner. Le traitement leur permet d'acquérir une meilleure capacité de contenance: ils se montrent moins agressifs, les crises et les désorganisations diminuent. Devant le caractère inébranlable du cadre, ils testent moins les limites et respectent mieux les règles.

L'apaisement des enfants, vivement ressenti par les intervenants, témoigne de la sécurité qu'ils acquièrent peu à peu face à un monde qui leur apparaît comme davantage prévisible. Souvent les enfants s'informent de ce qui vient après en vérifiant auprès de l'adulte pour se rassurer. L'enfant demeure donc très dépendant du cadre apporté par l'environnement : le cadre de la scolarisation et des visites supervisées avec les parents doivent donc faire partie intégrante du traitement de l'enfant. Dans le cas des visites supervisées, le rythme, le local, le jour et même le trajet en auto avec l'intervenante font partie du rituel.

Au niveau des contacts avec l'adulte, ces enfants deviennent peu à peu moins accaparants et envahissants, respectant davantage les frontières corporelles avec l'adulte. Ce dernier semble cependant davantage investi comme dépositaire du cadre, des règles (véritable « poteau » pour l'enfant) mais semble prendre peu d'existence réelle aux yeux de l'enfant. Au niveau social, ils continuent d'éprouver beaucoup de difficultés à composer avec les autres, tout en ne manifestant que peu d'empathie à leur égard.

Après un séjour d'en moyenne trois ans pour chacun de ces enfants, ils commencent à pouvoir identifier à l'occasion des émotions et à vouloir garder des « traces » des autres (cadeaux, cartes données lors d'une fête de départ). Alors que tout semblait plutôt morcelé et robotisé chez eux, ils nous ont étonné tour à tour par des tentatives de « lier » des événements, des personnes et

même de rappeler l'image d'une figure maternelle absente depuis des années et dont ils s'efforçaient de nier l'existence (« toi au moins tu as une mère, je ne retournerai jamais chez ma mère »). Moments brefs d'émotions où l'enfant est ressenti comme « vrai » et en même temps intensément vulnérable, un peu comme si un espace intérieur s'ouvrait enfin.

Avec ces enfants, nous sommes confrontés à la limite de ce type de ressource permettant un séjour de 2 à 3 ans, un peu plus pour certains. Cliniquement, tous les intervenants s'entendent pour dire qu'une continuité de ce type d'encadrement aurait pu être porteuse, même si nous demeurons très réservés quant à la possibilité de restauration des liens d'attachement.

Conclusion

L'expérience des cinq dernières années permet de confirmer qu'un cadre clinique adapté, proposé autant aux enfants en trouble grave d'attachement qu'aux ressources appelées à les soigner, permet d'éviter les déplacements et d'améliorer de façon importante la capacité de fonctionnement de l'enfant. L'évolution au niveau de la capacité d'attachement des enfants diffère d'un type à l'autre : l'enfant inhibé présente le meilleur pronostic et l'enfant désinhibé investi de façon perverse, le pronostic le plus sombre. Cette observation nous amène à reconsidérer la prise en charge de ces enfants.

Pour les enfants les plus jeunes et possédant un pronostic plus favorable, la rupture supplémentaire que constitue le passage dans nos ressources pourrait être évitée en offrant aux familles d'accueil déjà impliquées auprès d'eux (et désireuses de le rester), le support de l'équipe spécialisée associé aux services d'un centre de jour. Ce projet est actuellement à l'étude.

L'enfant de type désinhibé pervers, du fait de sa dépendance au cadre, serait mieux desservi par la création de ressources résidentielles (de 4 à 6 enfants), ayant un mandat de traitement à très long terme. Il faut en effet être conscient qu'actuellement la majorité de ces enfants vont d'une ressource à l'autre durant l'enfance pour se retrouver dans des services d'encadrement intensif dès le début de l'adolescence. La création de ressources adaptées à leurs besoins permettrait de favoriser une adaptation sociale maximale, en évitant les longues périodes de désorganisations associées aux déplacements.

Le cadre clinique utilisé et les principes de traitement expérimentés apparaissent prometteurs et pourraient être adaptés pour répondre aux besoins d'une grande proportion de jeunes actuellement hébergés en centres jeunesse.

Références

- Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: an overview. *Infant Mental Health Journal* 1999, 20, 1-9.
- Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New-York : Other Press, 2001.
- Howe D. Adoption and attachment. *Adoption and fostering* 1995; 19 (4) : 7 - 15.
- Hughes DA. Adopting children with Attachment Problems. *Child Welfare* 1999; (sept/oct): 541-561.
- Lieberman AF, Zeanah CH. Disorders of Attachment in Infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1995; 4, 3.
- Schreier HA, Libow, JA. *Hurting for love*. New-York: Guilford Press, 1993.
- Steinhauer PD (1996). *Le Moindre Mal*. La question du placement de l'enfant. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1996, 463p.
- Steinhauer PD. *Recognizing and management of attachment disorders in children*. Ottawa: National teleconference, Child Welfare League of Canada, 1999.
- Stoller, RJ. *La perversion*. Paris : Payot, 1978.

Annexe

Le programme pour les enfants présentant des troubles sévères d'attachement est offert dans trois ressources de réadaptation différentes des CJM : deux résidences de groupes et une maison d'accueil. Cette dernière est composée d'une professionnelle qui accueille deux enfants âgés entre cinq et huit ans, dans son cadre familial. L'une des deux résidences de groupe reçoit quatre enfants entre six et douze ans et l'autre accueille six enfants âgés entre trois et six ans. Ces deux ressources se composent du responsable de la résidence et d'une petite équipe de deux ou trois intervenants. Tous possèdent une formation de base en réadaptation puis ont reçu

une formation sur la théorie de l'attachement au cours de leur première année de fonctionnement comme ressource pour notre programme.

Ces ressources sont entourées d'une équipe stable et engagée : un gestionnaire responsable du programme, une conseillère du service de l'Accès qui est responsable de l'entrée de tous les enfants dans nos ressources et animatrice des tables cliniques, deux psychologues qui se partagent la consultation régulière dans les ressources et le suivi de la situation de tous les enfants et une psycho-éducatrice qui a pour mandat de soutenir les ressources dans leur travail quotidien, coordonner le travail entre les intervenants et accompagner individuellement les enfants. Au cours du projet, cette professionnelle s'est vu attribuer le rôle de personne autorisée pour chacun des enfants. Cette équipe vise à créer un milieu d'échange, de soutien et de réflexion pour les ressources et favorise une concertation maximale entre tous les intervenants impliqués auprès de l'enfant.

Des rencontres régulières ont contribué à créer ce climat d'équipe. Tout d'abord, les psychologues ont donné une série de séminaires sur la théorie de l'attachement qui a permis de constituer une assise théorique commune, puis des séminaires réguliers sont organisés pour poursuivre ensemble la réflexion sur le cadre du traitement incluant le travail avec les parents, l'utilisation clinique des contacts parents-enfants, la fin de l'intervention et les transferts d'attachement, le choix des ressources ultérieures... Ensuite, la situation de chaque enfant est revue par un comité clinique aux trois mois et enfin, des consultations ad hoc sont disponibles en tout temps.

Le processus d'accès à ces ressources est rigoureux. L'intervenant qui fait une demande de service pour un enfant, s'adresse à la conseillère à l'accès rattachée au programme qui effectue une première analyse de la situation. Si l'enfant présente des indicateurs de troubles sévères d'attachement, une grille de lecture de la situation de l'enfant est proposée à l'intervenant pour qu'il complète ses informations avant de rencontrer le comité responsable de déterminer l'admissibilité ou non de l'enfant dans une de nos ressources. Ce comité est constitué de la conseillère à l'accès, de la psycho-éducatrice, d'une des deux psychologues qui sera rattachée à ce dossier et parfois du gestionnaire si la situation l'exige. L'intervenant peut aussi y inviter toute autre personne jugée pertinente pour la compréhension de la situation de l'enfant.

Pour être jugé admissible au programme, l'enfant doit présenter plusieurs indicateurs de troubles sévères de l'attachement tels que définis par la recherche et un minimum de capacité de contrôle interne puisque toutes les ressources sont des milieux ouverts sans mécanisme d'encadrement particulier. Les enfants présentant des problématiques psychiatriques identifiées ou de la déficience de niveau moyen à sévère, ne sont pas admissibles. Le comité d'accès prend également en considération la composition du groupe dans lequel l'enfant pourrait se retrouver et l'impact que pourrait avoir ce nouveau déplacement dans la vie de l'enfant.

suzanne.rainville@cjm-iu.qc.ca