

Université du Québec en Outaouais

Entre méfiance et mobilisation :
Relation thérapeutique en contexte d'intervention
pour négligence en protection de la jeunesse

MÉMOIRE DE MAÎTRISE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 2035)

Par
Joëlle Bouchard

Sous la direction de
Vicky Lafantaisie
et
Annie Bérubé

©Joëlle Bouchard, juin 2022

Remerciements

Merci aux parents et intervenantes qui, par leur témoignage, ont rendu possible cette étude. Votre contribution est inestimable, vos mots m'ont grandement touché. J'espère que ce mémoire rendra justice à la sincérité et à la profondeur de vos pensées.

Merci à tous ces parents qui m'ont ouvert la porte de leur cuisine depuis tant d'années. Un brin de chacune de vos histoires traverse en filigranes ces pages, car c'est à travers votre confiance que j'apprends encore chaque jour, comment il est possible de changer, petit à petit, le monde.

Merci à Vicky et Annie pour vos précieux conseils, votre regard scientifique aiguisé et votre générosité. Je n'aurais pu choisir meilleures guides pour mener à bien cette épopée. Votre compétence, votre chaleur et votre humanité m'inspirent à persévérer dans la poursuite de mes rêves.

Merci à Billie-Lux et Kelo-Météore pour leur patience et leur compréhension envers le parcours académique de leur mère, et à leurs grands-parents pour leur soutien immense et infini. Merci à cette grande famille qui m'entoure si bien et sans laquelle rien de tout cela n'aurait été possible.

Cette recherche a reçu le soutien financier de l'Institut universitaire jeunes en difficultés et du Conseil de recherche en science humaine du Canada

Résumé

Agir pour contrer la transmission intergénérationnelle de la négligence pose un défi d'envergure aux intervenantes oeuvrant en protection de la jeunesse au Québec comme à l'international. Certaines séquelles pouvant être reliées à la présence de trauma complexe chez les parents, comme des difficultés de gestion du stress et la propension à la méfiance envers autrui, pourraient compliquer l'établissement d'une relation constructive entre le parent et l'intervenante. D'ailleurs, plusieurs études ont constaté que la qualité de la relation thérapeutique dans ce contexte d'intervention pouvait favoriser l'engagement du parent ainsi qu'une résolution positive des services. Cette étude vise donc à identifier les déterminants de la qualité de la relation thérapeutique parent-intervenante en contexte d'intervention pour négligence en protection de la jeunesse selon la perspective des parents y ayant participé. Pour ce faire, 44 entrevues menées auprès de 37 parents issues de données secondaires de la démarche d'évaluation du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC²), ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats ont permis d'identifier les habiletés interpersonnelles, reliées au sentiment de connexion affective avec l'intervenante, ainsi que la perception de sa compétence, associée à ses habiletés de communication et à ses aptitudes de partage du pouvoir comme les principaux déterminants de la relation thérapeutique parent-intervenante. Il apparaît que l'adoption d'approches sensibles au trauma pourrait favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique positive et ainsi soutenir l'engagement parental dans l'intervention, élément essentiel à une protection efficace de l'enfant au coeur de ces interventions particulières.

Mots-clés : Relation thérapeutique, Protection de la jeunesse, Trauma complexe, Négligence.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	Erreur ! Signet non défini.
Introduction.....	6
Système de Soins et Protection de la Jeunesse	7
Différentes Conceptions de la Négligence.....	8
Les Conditions liées à la Création d'un Trauma	12
Transmission Intergénérationnelle de la Maltraitance.....	14
Processus de Transmission	15
Trauma Complexe	16
Relation Thérapeutique en Protection de la Jeunesse.....	19
ARTICLE SCIENTIFIQUE	22
Mise en Contexte et Problématique	24
Négligence et Trauma	24
Services Actuels en Protection de la Jeunesse	25
Relation Thérapeutique et Approches Sensibles au Trauma	26
Résultats	28
Les Habiletés Interpersonnelles et la Connexion Affective	28
Perception de Compétence.....	29
Discussion.....	36
La Connexion Affective.....	36
La Perception de Compétence.....	37
L'engagement Réciproque	38
Importance d'une Approche Clinique Sensible au Trauma.....	39
Limites de l'Étude	41
Conclusion	42
Références :	42
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	51
Connexion Affective.....	53
Connexion Cognitive.....	55
La Participation Comportementale.....	57
Vers une Réelle Mobilisation Des Parents	61
Implications Cliniques	67
CONCLUSION	72
Références :	73

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction

La négligence envers les enfants est un phénomène sociétal d'importance. La négligence représente près de 80% des situations de maltraitance à travers le monde, tout comme au Québec (Hélie et al., 2017; Proctor & Dubowitz, 2014). Les conséquences tentaculaires de ces expériences sur la trajectoire de vie des enfants engendrent de nombreuses interventions étatiques par le biais des systèmes de santé, scolaire, de protection de la jeunesse et judiciaire. La haute prévalence de ces situations constitue ainsi un enjeu de santé publique majeur (Gilbert et al, 2009). Malgré ces constats, les services de prévention et d'intervention mis en place pour contrer le phénomène présentent des résultats dont l'efficacité reste mitigée, tant au Québec qu'à l'international (Ainsworth & Hansen, 2012 ; Kobulsky et al, 2020 ; Pagé & Moreau, 2007 ; Proctor & Dubowitz, 2014 ; Russel et al., 2018). À cet effet, van IJzendoorn et al. (2020) montrent dans leur méta-analyse que les programmes actuels ne sont pas suffisants pour réduire de manière significative le nombre de cas d'enfants signalés à la protection de la jeunesse (PJ). Ce constat met en lumière le défi colossal que représente la mise en place d'actions efficaces pour contrer la négligence ; les problématiques (comme la pauvreté, l'isolement social ou l'accès aux soins en santé mentale) qui peuvent participer à son émergence, la maintenir et la perpétuer, sont très complexes. Heureusement, au cours des vingt dernières années, une volonté collective de mieux comprendre les facteurs entourant ces situations complexes a mené plusieurs chercheurs à réclamer un changement de paradigme en protection de la jeunesse (Chamberland & Milani, 2021, Lacharité, 2014). Ce mouvement réclame une vision renouvelée des multiples mécanismes sociaux et relationnels à l'œuvre dans ces situations familiales alambiquées.

Système de Soins et Protection de la Jeunesse

Le système de santé et de services sociaux québécois propose un continuum de services à l'intérieur des Centres intégrés [universitaires] de santé et de service social (CI[U]SSS) afin de répondre aux besoins psychosociaux et de santé des personnes. La première ligne offre des services universels de prévention et d'action de courte durée à travers différents programmes, dont certains visent la prévention de la négligence, tels que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et l'initiative AIDES (Dufour et al., 2014). La deuxième ligne, accessible sur référence, propose des services multidisciplinaires spécialisés visant des problématiques particulières, telles que les problèmes de santé mentale. La troisième ligne est constituée d'équipes hautement spécialisées offrant des services de pointe pour des problématiques complexes. Il incombe normalement à ces trois lignes de soins de répondre aux besoins psychosociaux et de santé de tous les enfants québécois. Alors que l'on retrouve les services intégrés en négligence dans la 1^{re} et la 2^e ligne, les interventions relevant directement de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) s'inscrivent surtout en 2^e ligne. La DPJ doit être interpellée lorsque la sécurité d'un enfant ou son développement est compromis, par exemple en situation de négligence. Lorsqu'un enfant vit une telle situation, les adultes qui l'entourent et plus largement les professionnels témoins de cette situation sont dans l'obligation de signaler la situation à la DPJ. Les services en protection de la jeunesse se divisent en trois niveaux d'intervention : la réception et la rétention des signalements, l'évaluation-orientation et l'application des mesures. Lorsqu'un enfant est signalé, les intervenantes¹ à la réception et rétention des signalements effectuent un premier tri où le signalement sera retenu ou redirigé vers un autre service de première ligne pouvant répondre au besoin de la famille. Si le signalement est

¹ Compte tenu de la surreprésentation des femmes dans le domaine de l'intervention psychosociale, le féminin inclusif sera utilisé. Ainsi, les termes comme « intervenante » ou « professionnelle » désignent autant les personnes qui s'identifient comme femme que celles qui s'identifient comme homme, non-binaire ou autre.

retenu, ce sont les intervenantes à l'évaluation-orientation qui, sur une période de 30 jours, procéderont à l'évaluation de la situation familiale. Ces procédures d'évaluation portent a priori sur les capacités parentales et le milieu de vie immédiat de l'enfant, ainsi que sur la reconnaissance des faits et la collaboration du parent avec les services proposés. Ces critères d'évaluation s'appuient sur le Code civil québécois qui définit les pères et les mères comme seuls responsables de la garde, de la surveillance, de l'éducation et de la réponse aux besoins de base de leur enfant. En conclusion de l'évaluation, l'intervenante doit alors statuer sur la compromission du développement ou de la sécurité de l'enfant. Si le développement ou la sécurité de l'enfant est considéré compromis, l'intervenante et la famille doivent procéder à l'orientation pour décider des mesures à prendre pour remédier à cette situation. Ils peuvent s'entendre sur des mesures volontaires, ou en cas de litige, se diriger vers des mesures judiciaires. Dans le cas d'une judiciarisation, la cause sera donc entendue à la chambre de la jeunesse et c'est le juge qui, par l'examen des recommandations émises lors de l'évaluation, déterminera les mesures à suivre pour l'enfant et sa famille. Par la suite, une intervenante à l'application des mesures prendra en charge la famille et s'assurera de l'application du plan d'intervention jusqu'à ce que la situation de compromission soit considérée résolue. Différentes mesures, comme le retrait de l'enfant du milieu familial ou le maintien de différents services (p.ex. programme d'habiletés parentales, groupe de gestion de la colère, suivi en toxicomanie), peuvent être considérées nécessaires au cours de ce processus.

Différentes Conceptions de la Négligence

L'un des enjeux fondamentaux liés à la négligence est celui de sa définition (Proctor & Dubowitz, 2014 ; Lacharité, 2014). Il semble notamment difficile de déterminer un « seuil » d'acceptabilité des réponses apportées ou non aux besoins de l'enfant. Ces attentes quant à la

« parentalité acceptable » sont définies culturellement, et varient au sein d'une même société (Bernheim & Lebeke, 2014). Ainsi, aucune définition claire sur ce sujet n'est encore adoptée de façon consensuelle autant dans les milieux scientifiques que dans la pratique. Également, il existe une opposition entre deux conceptions répandues de la négligence : celle fondée sur la défaillance parentale et celle centrée sur la non-réponse aux besoins de l'enfant (Proctor & Dubowitz, 2014). Adoptée en 1977, la définition acceptée par système législatif et institutionnel québécois s'inscrit sous cette première conception. Selon l'article 38 b) de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), on entend par négligence une situation où « les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux ».

Ces besoins fondamentaux sont classifiés comme étant d'ordre physique (alimentaire, logement, matériels, hygiène, salubrité), de santé (soins de base, suivi et traitement médicaux) ou éducatifs (surveillance et encadrement, stimulation, scolarisation) (Gouvernement du Québec, 2010). La loi québécoise inclut aussi certaines problématiques des parents pouvant constituer un risque sérieux de négligence telles que les troubles de santé mentale, la consommation problématique de substances, l'instabilité de vie ou les difficultés d'adaptation (Gouvernement du Québec, 2010) comme motif raisonnable de compromission.

Selon cette conception, l'apparition de la négligence est reliée à différents facteurs de risques individuels appartenant aux parents. Plusieurs auteurs mentionnent notamment que les troubles de santé mentale, la consommation de substances, le manque de soutien social, les difficultés d'apprentissage du parent, la victimisation dans l'enfance ou les difficultés relationnelles parent-enfant comme les facteurs principaux expliquant le dysfonctionnement familial (Carter & Myers, 2007 ; Cleaver et al., 2011 ; De Bellis et al., 2001 ; Mulder et al., 2018). Selon l'étude d'incidence québécoise (EIQ) 2014 (Hélie et al., 2017), les problèmes de santé mentale, l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que la violence conjugale affecteraient

respectivement 25 %, 22% et 26% des figures parentales impliquées dans des situations de maltraitance². A priori, la présence d'un trouble de santé mentale chez le parent tel que la dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique ou le trouble de personnalité limite serait un des facteurs le plus souvent associés à la négligence (Korbin & Krugman, 2014; De Bellis et al., 2001; Connell-Carrick, 2003 ; Laporte et al., 2014). Il apparaît que la santé mentale de la mère pourrait expliquer à elle seule jusqu'à 46% de la variance de la hausse du potentiel d'abus (Éthier et al., 2006). Dans le même sens, selon Clément et ses collaborateurs (2016), les enfants vivant avec des figures parentales consommatrices avaient de 2,85 à 4,16 fois plus de chance d'être victime de négligence que les enfants de parent ne présentant pas une consommation problématique. De plus, McGuigan et Pratt (2001) démontrent qu'un tiers des mères qualifiées de négligentes dans leur échantillon était victime de violence conjugale. Ils expliquent que la violence conjugale aurait précédé la maltraitance des enfants dans 78% des cas observés. Un autre facteur important associé à la négligence serait la faiblesse ou l'absence du soutien social (Connell-Carrick, 2003 ; Lacharité et al, 2006) qui serait d'ailleurs la difficulté de fonctionnement parentale la plus souvent recensée, dans une proportion de 35 %, chez les enfants suivis en PJ (Hélie et al. 2017).

Quoiqu'importants à considérer, ces facteurs comporteraient plusieurs angles morts. Par exemple, une étude analysant l'action des symptômes dépressifs sur les stratégies de discipline dysfonctionnelles a démontré que cette relation perdait de sa puissance, lorsque contrôlée pour le stress. Ainsi, les comportements parentaux négatifs étaient mieux expliqués par l'augmentation du niveau de stress parental que par les symptômes dépressifs (Venta et al., 2016). D'autre part, 47% d'un groupe de mères utilisatrices de substances psychoactives ont obtenu des scores dépassant le seuil clinique de stress comparativement à seulement 3,3% des mères non

² Ces proportions reflètent la perception et la connaissance de la personne autorisée au dossier en PJ.

consommatrices (Kelley, 1998). Par ailleurs, la perception de précarité financière serait associée positivement à la négligence même après le contrôle des caractéristiques parentales (Slack et al., 2004). Face à ces observations, une conception élargie de la négligence comprise de manière écosystémique permet d'identifier des interinfluences essentielles à une compréhension juste de cette problématique.

C'est pourquoi, au-delà de cette conception de la négligence axée sur l'omission d'agir des figures parentales, une autre définition misant sur la responsabilité collective de répondre aux besoins des enfants est maintenant reconnue et prônée par plusieurs chercheurs (Ainsworth & Hansen 2012, Kobulsky et al., 2020; Lacharité, 2014). Une compréhension écosystémique du phénomène implique de considérer l'influence de toutes les couches de l'écosystème sur la capacité des adultes entourant l'enfant à répondre de façon adéquate à ses besoins. Sous cet éclairage, le phénomène de la négligence peut être compris comme une perturbation importante du fonctionnement familial attribuable à un cumul de difficultés et d'expériences adverses vécues par la famille sur les plans social, communautaire, familial et individuel. Ceci implique la reconnaissance de l'influence des nombreux facteurs proximaux et distaux sur lesquels les parents n'ont pas nécessairement le contrôle (p.ex. les politiques sociales, la sécurité du quartier, l'insécurité alimentaire, la stigmatisation ou l'accès au logement abordable). À cet égard, Éthier et ses collaborateurs (2004) mettent de l'avant dans une étude longitudinale que les mères cumulant plus de 8 facteurs de risques avaient 4 fois plus de chance de se retrouver en situation de négligence chronique. Les corrélations complexes entre différents facteurs et la rareté de la littérature scientifique étudiant les mécanismes en action entre les différents systèmes impliqués rendent difficile la distinction entre les facteurs contextuels, tels que la pauvreté, les facteurs collectifs ou ceux plus individuels (Proctor & Dubowitz, 2014). De plus, les conséquences développementales de la maltraitance se répercutent sur le fonctionnement des familles à travers

les générations, ce qui complexifie d'autant plus l'atteinte d'une compréhension globale (Mulder et al., 2018). Malgré cet écueil, une conception théorique élargie de la réponse aux besoins de l'enfant permet de mieux comprendre l'étiologie de la négligence et de situer son émergence dans une perspective de continuité intergénérationnelle.

Les Conditions liées à la Création d'un Trauma

L'adoption d'une compréhension écosystémique de la négligence peut mettre en lumière l'interrelation entre les différentes composantes de l'environnement des familles qui contribuent à créer des contextes favorables à l'émergence de traumatisme. À titre d'exemple, grandir en situation de désavantage économique donnerait lieu à une accumulation de stressseurs environnementaux néfastes pour le développement de l'enfant. La pauvreté résulte en des conditions de vie pénibles et stressantes par l'accès limité aux ressources essentielles pour la famille telles que la nourriture, les vêtements, le logement et les soins de santé (Cloutier et al., 2008). Il apparaît que les enfants au statut économique faible vivant avec des parents rapportant des niveaux élevés de stress parental auraient trois fois plus de chances de vivre au moins quatre expériences à potentiel traumatique avant l'âge de 18 ans (Crouch et al., 2019). La pauvreté augmenterait ainsi la probabilité d'exposition aux événements traumatiques. Ces traumatismes, par l'altération de différents processus intrafamiliaux, contribueraient à leur tour au désavantage économique de la prochaine génération, générant un cycle de pauvreté pouvant se perpétuer à travers le temps (Collins et al., 2010; Kiser & Black, 2005; Pitillas, 2019; Steele et al., 2016). Ces impacts générationnels impliquent de nombreux processus complexes affectant à la fois le fonctionnement familial ainsi que le contexte socioculturel dans lequel les familles évoluent (Kiser & Black, 2005). Quoiqu'une compréhension étendue de cette dynamique d'effets soit au-delà des objectifs de cette étude, il importe d'en établir les bases pour situer le contexte

d'intervention dans lequel s'inscrit l'action en PJ. Selon Collins et ses collaborateurs (2010), les familles vivant en contexte socioculturel défavorisé sont exposées à de multiples stressseurs (tels que des logements surpeuplés ou mal entretenus ou l'accès difficile aux denrées de bases), ont plus de chance de vivre des séparations ou des deuils et seraient plus exposées à la violence familiale et communautaire. Ces stressseurs, mêlés à l'expérience de traumatismes répétés par les membres de la famille, sont associés à une augmentation des troubles de santé mentale et au recours à la consommation de substances comme moyens d'adaptation (Cloutier et al., 2008). Ces difficultés augmentent la désorganisation familiale et l'instabilité tout en contribuant à l'érosion des pratiques parentales positives et des facteurs de protection intra et extrafamiliaux à travers le temps. De plus, les familles vivant dans de tels contextes auraient moins accès à différentes formes de soutien social, autant informel que sur le plan des services formels et recevraient moins d'aide matérielle nécessaire pour remédier ou faire face à ces situations stressantes (Evans & Kim, 2007; Schumacher et al., 2001). Par l'exposition aux violences familiale, conjugale, communautaire ou sexuelle, les membres de ces familles seraient sujets à une victimisation chronique, entraînant des réactions de stress aiguës et sévères et souvent des symptômes traumatiques durables, ayant un effet en cascade sur la famille en entier. À travers le temps, le cumul de ces expériences entraînerait un type d'organisation familial orienté vers la crise que certains auteurs qualifient de « système familial organisé autour du trauma » (*trauma-organised systems*)(Collins et al., 2010, p.86). Alors que certains milieux familiaux réussissent à s'adapter et à expérimenter une croissance à travers ces expériences, de nombreuses familles transmettront à petite ou à grande échelle ce type d'organisation aux futures générations.

Transmission Intergénérationnelle de la Maltraitance

De nombreuses études ont aujourd'hui fait preuve de l'existence d'un phénomène de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Bartlett et al., 2016; Ben-David et al., 2015; Berzenski et al., 2014; Madigan et al., 2019; Mulder et al., 2018; St-Laurent et al., 2019). Ce sont 30 à 70 % des parents ayant vécu de la maltraitance dans l'enfance qui la reproduirait envers leur propre enfant (Bartlett et al., 2016; Berzenski et al., 2014; Collins et al., 2010) et cette transmission serait liée à la chronicité de la négligence (Éthier et al., 2006). De plus, une majorité de parents impliqués dans des situations de négligence présenterait un historique traumatique, c'est-à-dire que ces parents auraient eux-mêmes vécu des situations de trauma relationnel. À titre d'illustration, dans un échantillon québécois regroupant des mères dont les enfants avaient vécu une situation de négligence ou étaient considérés à risque, ce sont 90% des participantes qui ont rapporté avoir vécu au moins une forme de trauma relationnel dans l'enfance, avec une moyenne de près de trois formes différentes d'abus (Milot et al., 2014). La hausse du risque serait d'ailleurs plus importante chez les parents ayant vécu plusieurs types d'abus (Bartlett et al., 2016). On remarque que la transmission intergénérationnelle serait plus fréquente dans les situations de négligence qu'en présence d'autre type de maltraitance (Mayer et al., 2003). Même chez les personnes ne cumulant pas d'autres facteurs de risque, les expériences traumatiques dans l'enfance poseraient un risque pour la parentalité (Ben-David et al., 2015; Steele et al., 2016). De surcroît, les enfants dont les mères ont été victimes de maltraitance par une figure parentale courraient 4,52 fois plus de risques de vivre de la maltraitance que ceux dont les mères n'en ont pas vécu, et 1,58 fois plus que ceux dont les mères ont été victime de maltraitance par une figure non parentale (Fenerci & Allen, 2018).

Processus de Transmission

Alors que les connaissances sur les mécanismes de cette transmission intergénérationnelle restent encore à approfondir (Madigan et al, 2019), des études récentes permettent d'identifier certaines variables d'intérêt. Entre autres, les processus liés à l'attachement et à l'acquisition d'habiletés de mentalisation apparaissent comme centraux. Pereira et ses collaborateurs mentionnaient à cet effet que l'expérience de maltraitance dans l'enfance pourrait diminuer la sensibilité parentale à l'âge adulte, qui est une habileté contribuant à l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant, et que cet effet pourrait être augmenté par le stress parental. Il semble aussi que, chez les mères à risque ou impliquées en situation de négligence, l'accumulation d'expériences de mauvais traitements dans l'enfance de différents types puisse être reliée au développement de représentations d'attachement désorganisées (Milot et al., 2014). Également, les résultats de l'étude de Berthelot et ses collaborateurs (2015) montre qu'une majorité d'enfants de mères ayant vécus des abus et de la négligence dans l'enfance présenterait un attachement insécurisant (83%) et une proportion significative d'entre elles manifesterait un attachement désorganisé (44%). On remarque d'ailleurs une forte concordance entre le type d'attachement des mères et celui de leur enfant, appuyant l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle du type d'attachement. Les auteurs soulignent que l'absence de mentalisation en regard des traumas vécus pourrait jouer un rôle central dans les mécanismes de transmission de l'attachement désorganisé. Ces résultats rejoignent ceux de Boulet et ses collaborateurs (2004) qui associaient le nombre de traumas non résolus avec la hausse du potentiel de chronicité de la négligence. La fonction réflexive a d'ailleurs été associée à la fois à l'attachement de l'adulte et de l'enfant, à la santé mentale du parent ainsi qu'à la qualité de la relation parent-enfant, facteurs reliés à l'adaptation positive de l'enfant (Katnelson, 2014). De cette façon, il apparaît que ces processus d'attachement et de mentalisation sous-tendent d'autres aspects de la relation parentale

susceptibles de contribuer à la transmission des situations de maltraitance. La présence de psychopathologie serait aussi l'un des facteurs les plus reliés à la continuité intergénérationnelle, alors que des facteurs de protection comme un fort réseau de soutien, l'augmentation des ressources financières, l'accès à la thérapie et les capacités de générer du sens de l'expérience (*meaning making*) seraient associés à sa discontinuité (Berzenski et al., 2014, p.115; Dixon et al., 2009). Ces facteurs de discontinuité soulignent l'importance de la « résolution » traumatique et des processus de mentalisation relatifs au trauma, soit les réflexions et interprétations sur ses propres états mentaux et ceux d'autrui pouvant être reliés aux expériences traumatiques. Dans leur revue de littérature, Narayan et ses collaborateurs (2021) suggèrent que la symptomatologie traumatique, par des manifestations telles que l'hypervigilance ou les difficultés de régulation émotionnelle, serait un médiateur sous-estimé dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

L'ensemble de ces constats mettent l'accent sur le trauma comme un élément central à considérer lors des interventions visant les parents impliqués en situation de négligence. Pour mieux comprendre la manière dont s'établissent les relations parent-enfants et les autres relations sociales dans ce contexte spécifique, il importe de les situer dans le fonctionnement caractéristique des individus vivant avec des séquelles psychologiques de trauma.

Trauma Complexe

Le trauma complexe désigne un ensemble complexe de manifestations durables associées à l'expérience de traumatismes interpersonnels chroniques et répétés, survenant souvent en bas âge et au sein même du milieu familial (Courtois, 2008; Milot et al., 2018). Ces traumas affectent négativement l'ensemble du système de croyances fondamentales envers la vie, les relations humaines et l'identité. L'organisme fonctionne alors selon un mode de survie permanent tant au

niveau biologique que psychologique : les ressources cérébrales disponibles sont orientées en premier lieu vers la détection et la réactivité aux menaces potentielles (Courtois & Ford, 2013). Recoupant la majorité des conséquences liées à la négligence recensées par la littérature (Norman et al., 2012), les manifestations reliées au trauma complexe sont multiples et se répercutent en cascade sur l'ensemble des sphères du développement, entraînant des séquelles durables jusqu'à l'âge adulte (Courtois & Ford, 2013; Milot et al., 2018). Alors que les répercussions reliées au trauma complexe comprennent de multiples effets enchevêtrés et invasifs tout au long du développement (voir Milot, et al., 2018), elles seront abordées brièvement ici sous deux thèmes principaux considérés comme les plus pertinents concernant la pratique en PJ: la dérégulation émotionnelle et comportementale et la perturbation des relations interpersonnelles.

Dérégulation émotionnelle et comportementale : L'une des conséquences observées du trauma complexe est une difficulté persistante sur le plan de la régulation émotionnelle. On observe, autant chez les enfants que les adultes, des difficultés d'identification et d'expression des émotions, des difficultés à faire preuve d'autocontrôle et des états d'hyporéactivité ou d'hyperactivité face aux stressseurs (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013). Il semble que l'attachement en contexte traumatique puisse porter atteinte au développement de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (HPS), réduisant possiblement la taille de l'amygdale, de l'hippocampe, de l'hypothalamus, ainsi que l'activité pouvant être enregistré dans la zone préfrontale (Bick & Nelson, 2017; Tabachnick et al., 2022). Ces structures, essentielles à la régulation du stress et des émotions, jouent aussi un rôle dans le développement des comportements sociaux (Porges, 2011). Les altérations de ces structures pourraient être impliquées dans l'hypervigilance, une hypersensibilité au stress, des réactions de dissociation ou d'agression et la diminution du recours aux fonctions cérébrales supérieures, en plus d'être liées au développement de troubles anxieux ou dépressifs subséquents (Bick et al., 2017; Cook et al.,

2005; Schore, 2009). Ces altérations affecteraient aussi le fonctionnement des fonctions exécutives telles que le contrôle de l'attention, la mémoire ou les stratégies de planification et de résolution de problème (Tabachnick et al., 2022). Au plan comportemental, les conséquences de ces difficultés combinées entraînent, dès la petite enfance et de manière persistante, des troubles de comportements intériorisés, comme la peur, le retrait social, l'anxiété et la dépression, et extériorisés, tels que l'impulsivité, les difficultés de gestion de la colère ou de l'agressivité. Tout en augmentant parallèlement le recours à la consommation problématique de substances comme stratégies d'adaptation (Courtois & Ford, 2013; Milot et al., 2018).

Perturbation des relations interpersonnelles : Une autre manifestation constitutive du trauma complexe est une perception durable du monde comme dangereux et imprévisible, ainsi qu'une sensation d'identité altérée, entraînant des sentiments persistants d'impuissance, de désespoir et de détresse (Milot et al., 2018). Par l'inconsistance des réponses aux signaux de l'enfant ainsi que par la transmission de ses propres modèles internes opérants négatifs (de soi et des autres), le parent pourrait modeler une telle conception négative du monde (Lieberman, 1999). Le développement des processus de mentalisation serait aussi affecté par la qualité du reflet que le parent offre aux émotions de l'enfant. C'est par une reconnaissance des émotions vécues par l'enfant que celui-ci développe la capacité à interpréter ses propres états internes et ceux d'autrui (Katnelson, 2014). Par le biais de différents mécanismes relationnels, la qualité de l'attachement établie entre les figures significatives et l'enfant influencerait donc trois aspects essentiels au fonctionnement psychosocial, soit la régulation émotionnelle, l'autocontrôle et la mentalisation (Pitillas, 2019). L'une des caractéristiques résultant de l'altération de ces processus est une méfiance persistante envers autrui (Fonagy & Allison, 2014). Cette méfiance peut entraîner des réactions de suspicion, de retrait, de conflit ou de désorganisation dans les relations interpersonnelles, indices d'un paradoxe alors que la personne cherche à la fois la connexion

sociale tout en tentant d'éviter le danger d'un rapprochement envers l'autre (Courtois & Ford, 2013). Au cours de l'enfance et de l'adolescence, ce type de cognitions sociales peut entraîner des difficultés telles que la rigidité cognitive, un conformisme extrême, ou des comportements opposant, provocateur ou agressif (Cook et al., 2005; Éthier et al., 2004). Ces représentations internes, en conjonction avec des difficultés de santé mentale et d'autres stratégies d'adaptation à la souffrance comme l'utilisation de substances psychoactives, résultent en une détérioration du réseau social à l'âge adulte et augmentent la probabilité de s'engager dans des relations dysfonctionnelles ou empreintes de violence (Courtois & Ford, 2013).

Relation Thérapeutique en Protection de la Jeunesse

On déduit ainsi que l'établissement de la relation thérapeutique entre le parent et l'intervenante en PJ peut être compliquée par plusieurs éléments tels que le contexte d'autorité, la nature souvent involontaire des suivis, la possibilité de perdre la garde des enfants ainsi que les nombreuses pressions extérieures, sans compter la présence de séquelles traumatiques qui amplifient d'autant plus la résistance et la méfiance des parents à l'égard d'une telle intervention. Les interactions avec les services de protection de l'enfance seraient souvent la source d'émotions telles que la frustration, la peur, la colère, la culpabilité ou la honte et laissant parfois des dommages psychologiques permanents (Dale, 2004; Memarnia et al., 2015). Des sentiments de perte de contrôle et de manque de support sont aussi évoqués pour décrire les rapports avec l'institution de la protection de la jeunesse (Memarnia et al., 2015) ainsi qu'une impression que les services soient dénués « d'humanité » (Dale, 2004, p. 153). De surcroît, il apparaît que dans certains cas, ces interventions peuvent exacerber des traumatismes existants ou générer une retraumatisation parfois associée à des rechutes de problèmes de santé mentale ou de consommation de substance (Blakey, 2018; Haight et al., 2017). Ces réactions psychologiques

des parents nuiraient à leur engagement dans le processus d'intervention (Haight et al., 2017). L'engagement des parents serait d'ailleurs l'un des plus grands défis rencontrés en intervention en protection de la jeunesse (Yatchmenoff, 2005). Au contraire, certains parents évoquent avoir été aidé par le soutien affectif et concret reçu de leur intervenante (de Boer & Coady, 2006; Dale, 2004). Cette disparité dans la perception des parents souligne la nécessité de s'attarder aux facteurs pouvant influencer cette perception du soutien reçu.

À cet effet, Ruch (2005) mentionne que la relation thérapeutique pourrait être l'une des composantes à travers laquelle l'engagement s'installe. En lien avec les altérations du fonctionnement social soulevées précédemment, des interventions centrées sur la vie relationnelle de mères consommatrices de substances ont démontré que l'amélioration de la capacité des mères à être confortable dans leurs relations interpersonnelles pouvait améliorer la santé mentale, diminuer la consommation et améliorer les relations mère-enfant et les relations interpersonnelles en général après un an d'intervention (Espinet et al., 2016). En effet, tout champ de pratique ou approche d'intervention confondus, la qualité de la relation thérapeutique semble rester un facteur stable associé à des résultats positifs dans le processus de changement (Cole & McLean, 2003; Karver et al., 2005; Horvath, 2005). Étant donné le haut potentiel conflictuel des relations parent-intervenante en contexte de protection de la jeunesse, la qualité de cette relation pourrait réduire le stress induit par l'intervention et jouer un rôle dans la poursuite du meilleur intérêt de l'enfant (Howe, 2010). Or, les études sur la question de la relation thérapeutique en PJ se font rares. Citons à cet effet le travail récent de Chateaufort et ses collaborateurs (2022) ayant étudié la dynamique relationnelle dans le contexte précis de la réunification familiale. Ils mentionnent que différentes dynamiques relationnelles parent-intervenante peuvent influencer la prise de décision concernant le projet de vie de l'enfant. Considérant les conséquences de la négligence et le contexte dans lequel le phénomène se transmet entre les générations, il semble essentiel de

s'intéresser à cette relation thérapeutique, particulièrement vu son effet bénéfique sur l'engagement du parent dans les interventions en PJ. Toutefois, il n'existe à notre connaissance aucune étude s'étant penchée spécifiquement sur l'établissement de la relation thérapeutique en contexte d'intervention pour négligence en PJ basée sur la perception des parents. En conséquence, nous tenterons de répondre à cette question : lors d'intervention en protection de la jeunesse en contexte de négligence, quels sont, du point de vue des parents, les déterminants associés à l'établissement d'une relation thérapeutique positive ? Cette étude exploratoire visera donc à identifier les déterminants de la relation thérapeutique parents-intervenante dans le discours des parents dont l'enfant est suivi pour négligence en PJ. Pour ce faire, une méthode qualitative descriptive (Fortin & Gagnon, 2016) a été utilisée. Les résultats de ces analyses ont permis d'identifier les déterminants de la relation thérapeutique en PJ selon la perspective des parents. Par la suite, en discussion, les résultats sont mis en parallèle avec les principes issus des théories écosystémiques et du trauma (Brandell & Ringel, 2019; Lacharité et al., 2006).

ARTICLE SCIENTIFIQUE

TITRE :

La relation thérapeutique entre parent et intervenante lors d'intervention en négligence en protection de la jeunesse : l'importance d'une approche sensible au trauma.

RÉSUMÉ :

Plusieurs parents dont les enfants sont signalés pour négligence en protection de la jeunesse ont vécu différents types de traumatismes durant l'enfance. Les répercussions de ces expériences peuvent compliquer l'établissement d'une relation thérapeutique positive. Cette étude porte sur les déterminants qui influencent la qualité de la relation thérapeutique. Des entrevues menées auprès de 37 parents montrent que les principaux déterminants de la qualité de la relation thérapeutique sont les habiletés interpersonnelles permettant un sentiment de connexion affective mutuelle, les habiletés de communication de l'intervenante et le partage du pouvoir entre cette dernière et le parent. Les déterminants identifiés rappellent les principes issus des pratiques sensibles au trauma.

Mots clés : Relation thérapeutique, protection de la jeunesse, négligence, pratiques professionnelles, approche sensible au trauma.

Mise en Contexte et Problématique

Négligence et Trauma

En 2021, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse au Québec a montré que les services en protection de la jeunesse (PJ) peinent à répondre aux besoins complexes des familles suivies pour négligence (Gouvernement du Québec, 2021). Une compréhension écosystémique du phénomène de négligence implique de considérer que la capacité des adultes entourant l'enfant à répondre de façon adéquate à ses besoins est perturbée autant sur le plan individuel, par exemple par des difficultés de santé mentale, qu'au plan social, par exemple par l'indisponibilité du soutien social informel ou formel. Sous cet éclairage, le phénomène de la négligence peut être attribuable à un cumul de difficultés et d'expériences adverses vécues par la famille sur les plans social, familial et individuel. Des conditions précaires souvent liées à la pauvreté mettent ces familles à risque de subir un stress élevé (Steele et al., 2016) et de traverser des expériences traumatiques répétées ou chroniques (Collins et al., 2010) pouvant mener au développement d'un trauma complexe.

On définit le trauma complexe comme une cascade de réactions suivant la répétition d'expériences de traumatismes relationnels (TR), telles que la négligence ou l'abus physique, sexuel ou psychologique, généralement causés par une personne de confiance (Courtois & Ford, 2013). Ces expériences entraîneraient des altérations permanentes du système nerveux, notamment des systèmes limbique et neuroendocrinien responsables de la réponse au stress et de la régulation émotionnelle, et seraient associées au développement de liens d'attachement insécurisant et à l'altération des processus de traitement de l'information (Berthelot et al., 2015; Courtois & Ford, 2013). L'étendue de ces conséquences peut compromettre l'adaptation de l'individu, augmentant le risque de développer à l'âge adulte des troubles de santé mentale, une

consommation problématique de substances et des difficultés relationnelles (Anda et al., 2006; Courtois & Ford, 2013; Espinet et al., 2016; Steele et al., 2016). De plus, ces personnes sont aussi plus à risque d'être exposé à une revictimisation par le biais de la violence conjugale ou sexuelle, ainsi que de vivre en situation de pauvreté (Anda et al., 2006; Courtois & Ford, 2013; Currie & Spatz-Widom, 2010). Ces difficultés sont généralement admises comme des facteurs de risques de la négligence (Korbin et al., 2014). On observe également chez ces personnes le développement d'une vision négative de soi et des autres, ainsi qu'une grande difficulté à établir un lien de confiance avec autrui (Widera-Wysoczanska, 2016).

L'interrelation entre les facteurs individuels, familiaux et systémiques complexifie ainsi le phénomène de la négligence, rendant ces interventions en PJ difficiles à conceptualiser cliniquement (Kiser & Black, 2004).

Services Actuels en Protection de la Jeunesse

Vu l'importance des conséquences associées à la traumatisation ou la retraumatisation chez ces personnes déjà fragilisées, il importe de se questionner sur les effets immédiats et à long terme des pratiques en PJ sur les familles. Des symptômes traumatiques ont d'ailleurs été recensés chez des parents à la suite des procédures d'interventions des services de protection de l'enfance (Haight et al., 2017). Les interventions en PJ se font souvent dans un langage technique, à un rythme rapide et s'appuient sur des procédures rigides appliquées de manière uniforme par les intervenantes³ (Buckley et al., 2019; Lafantaisie et al., 2018). Les discussions sont dirigées majoritairement par les professionnelles, induisant ainsi un rapport de pouvoir où l'intervenante adopte une posture d'expert (Firestone, 2009, Lacharité, 2015). Chez les parents,

³ Compte tenu de la surreprésentation des femmes dans le domaine de l'intervention psychosocial, le féminin inclusif sera utilisé. Ainsi, les termes comme « intervenante » ou « professionnelle » désignent autant les personnes qui s'identifient comme femme que celles qui s'identifie comme homme, non-binaire ou autre.

ces interactions sont marquées par la peur, le stress, la méfiance, l'anxiété, la confusion, la culpabilité, l'incompréhension et l'impuissance (Robert, 2012; Serbati, 2017; Schreiber et al., 2013; Saint-Jacques et al., 2000; Saint-Jacques et al., 2015). Certains se sentent menacés, attaqués et même harcelés par les intervenantes (Haight et al., 2017; Smithson & Gibson, 2017) et ressentent que l'expression de leur opinion ne modifie pas le cours des procédures, entraînant un sentiment d'exclusion et l'impression que l'évaluation est biaisée (Haight et al., 2017; Lafantaisie, 2017; Robert, 2012; Serbati, 2017). Les intervenantes, confuses entre leur double rôle de surveillance et de soutien, ressentiraient tout autant d'impuissance et 68% à 92% d'entre elles présenteraient des symptômes de trauma vicariant. (Bundy-Fazioli et al., 2009; Molnar et al., 2020). Les réponses apportées semblent donc peu adaptées aux besoins spécifiques de ces parents, et pourraient même entraîner des effets néfastes pour les familles et les intervenantes.

Relation Thérapeutique et Approches Sensibles au Trauma

Plusieurs approches ont été proposées dans les dernières décennies pour répondre aux besoins de ces familles. Les pratiques sensibles au trauma font partie des approches prometteuses dans ce domaine (Cao et al., 2019; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2014). La prestation de services sensibles au trauma implique que les intervenantes : 1) réalisent l'étendue des impacts des traumas, 2) reconnaissent les signes et symptômes chez les personnes desservies, 3) offrent une réponse cohérente avec ces connaissances, 4) agissent de manière à prévenir la retraumatisation (SAMSHA, 2014). L'utilisation d'approches axées sur une relation thérapeutique (RT) positive peut s'inscrire dans ce type de pratique. Celles-ci augmenteraient la confiance entre le parent et l'intervenante ainsi que l'engagement du parent dans l'intervention, elle pourrait réduire le risque de retraumatisation lié au service et elle favoriserait une résolution positive de l'épisode de services en PJ (Brown et al., 2013; Cheng &

Lo, 2016 ; De Montigny & Lacharité, 2012; Schreiber et al., 2013). L'approche relationnelle serait aussi associée à une réadaptation positive de la relation parent-enfant chez des mères dépendantes aux substances (Espinete et al., 2016). Charest-Belzile (2020) ainsi que Cheng et Lo (2016) ont établi que la qualité de la relation parent-intervenante en PJ est associée positivement aux progrès des parents. Malgré l'importance de la relation thérapeutique pour le déroulement de l'intervention en PJ, peu d'études se sont penchées sur ce qui facilite cette relation en contexte d'intervention pour négligence et un très faible nombre s'intéressent à la perspective des parents visés par ces interventions. Une question s'impose : qu'est-ce qui favorise l'établissement d'une relation thérapeutique positive entre un parent en situation de négligence et une intervenante en PJ ? Cette étude exploratoire vise à identifier, du point de vue des parents, les déterminants de la relation thérapeutique parents-intervenantes.

Méthode

La présente étude emprunte une approche qualitative descriptive (Paillé & Mucchieli, 2021). Des entrevues semi-dirigées conduites entre 2012 et 2014 dans le cadre de la démarche d'évaluation du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC²) ont été analysées. L'étude originale a porté un regard évaluatif sur l'implantation et les effets de ce programme d'intervention destiné aux familles à risque ou en situation de négligence.

Participants: Des 100 entrevues originales, 44 ont été retenues pour l'analyse en fonction des critères d'inclusion suivant: 1) entrevues de parents qui ont eu un suivi actif en protection de la jeunesse, 2) parents qui ont répondu aux questions sur la relation thérapeutique concernant leur intervenante en PJ. Pour les entrevues répondant aux critères d'inclusion, 31 parents ont réalisé une entrevue, cinq en ont réalisé deux et un participant a participé à trois entretiens à des temps de collecte différents, pour un total de 37 parents participants. L'échantillon est composé de 34 mères et 3 pères, qui avaient au moment de l'entrevue entre 19 et 41 ans ($X=28,36$ ans, E-T.= 6,7

ans). Le tiers des parents n'avaient pas obtenu de diplôme de niveau secondaire et l'ensemble des participants avaient des revenus considérés sous le seuil de la pauvreté (selon les données disponibles). **Entrevues:** Du canevas d'entrevue original, trois questions concernant la relation thérapeutique parent-intervenante ont été analysés. **Analyses:** Les verbatim ont été soumis à une analyse de contenu (Bardin, 2013). Une exploration préliminaire des verbatim a d'abord permis de mettre en relief les différents thèmes abordés. Une grille d'analyse constitué des thèmes émergents dans le discours des parents a été appliqué au corpus.

Résultats

Dans notre échantillon, près d'un tiers des parents estimait avoir une mauvaise relation thérapeutique (RT) avec leur intervenante, contrairement au 2/3 de l'échantillon disant avoir établi une RT positive. Les déterminants principaux ayant émergé du discours des parents sont : les habiletés interpersonnelles de l'intervenante permettant de créer un sentiment de connexion affective , ainsi que la perception de sa compétence, notamment ses habiletés de communication et ses aptitudes de partage du pouvoir.

Les Habiletés Interpersonnelles et la Connexion Affective

Lorsque questionnés sur la RT développée avec leur intervenante, la majorité des parents expriment spontanément la dimension affective, en utilisant fréquemment le verbe aimer : « je l'aime beaucoup » m8, « on a vraiment une bonne relation, je l'aime ben... » p25, ou « je l'ai adoré là » m34, « je l'ai aimé super » m18. Différentes habiletés interpersonnelles des intervenantes sont évoquées pour expliquer ce sentiment telles que la gentillesse, la douceur ou l'amabilité. Par ailleurs, le soutien affectif a été identifié par les parents comme la forme d'aide la plus utile, particulièrement à travers les capacités d'écoute. Exprimée par des formulations du type : « À l'a été beaucoup là pour moi » m40, ces mères apprécient la disponibilité affective de

leur intervenante : « est sur écoute de qu'est-ce que je dis. Pis le respect aussi. Pis elle fait rien que m'écouter, elle dit pas plus de choses. » m13. Les parents recevant ce soutien émotif semblent y répondre par une confiance accrue en comparaison à ceux qui ne le perçoivent pas.

L'aide offerte, lorsqu'accompagnée d'empathie et de considération perçue comme authentique ou « sincère » m41, entraîne un sentiment de sécurité, permettant au parent de s'ouvrir à l'aide offerte et au travail à accomplir : « ... elle nous respecte. C'est pareil comme un membre de la famille qui te donne des conseils, tu l'écoutes parce qu'elle veut essayer de t'aider. » p19. La redondance de l'expression de sentiments quasi filiaux pour décrire la nature de leur RT: « C'est comme si ce serait ma sœur. » m17, « comme une matante... » p19, « Je la trouve comme une mère pour moi » m14, marque d'ailleurs l'importance de cette connexion affective. Ces extraits soulignent l'importance d'une approche jugée « humaine » m45, où la bienveillance authentique permet le développement d'un sentiment de confiance réciproque et favorise la transparence des échanges: « Ben une relation d'amitié j'trouve. Je peux y confier tout pis je sais qu'elle va être là pour m'écouter pis qu'elle serait pas là pour me juger. » m32.

Perception de Compétence

Plusieurs parents ayant une relation positive avec leur intervenante perçoivent celle-ci comme compétente, qualifiant celle-ci de « bonne » m8, « vraiment bonne » p19 ou « super bonne » m30. Cette perception de compétence est reliée principalement à deux aspects de l'approche utilisée : 1) les habiletés de communication et 2) l'aptitude à partager le pouvoir et à offrir un soutien adapté au besoin de la famille.

Les habiletés de communication : Il ressort que des aptitudes de communication, telle que l'écoute active, augmentent la qualité de la RT :

Elle je l'aime beaucoup. (...) c'est la meilleure agente que j'ai eue jusqu'à présent. Celles que j'avais avant elle, c'tait l'enfer. Y prenaient pas l'temps d'écouter c'que j'avais à dire, rien. Pis elle (...) on s'assoie, on discute de chaque chose, (...) le cas de chaque enfant, pis c'est vraiment une toute autre relation ... m8.

Les habiletés interpersonnelles des intervenantes, telles que l'empathie et la considération, leur permet d'atteindre une plus juste interprétation des propos des parents, entraînant chez ces derniers un sentiment d'être compris : « elles comprennent très bien quand je leur dis quelque chose, comment moi je me sens... »⁴ m6. De plus, les habiletés expressives des intervenantes apparaissent centrales dans cette perception de compétence, notamment, la capacité de l'intervenante à communiquer de façon constructive et claire ses préoccupations et à rendre compréhensible les enjeux, principes et bénéfices reliés à l'intervention : « Y'étaient super (...) Y'ont comme toute expliqué de A à Z quand [les intervenants des autres services] (...) y sortaient des mots à 100 piasses des dictionnaires. (...) y savent qu'est-ce qu'y font. » m17, « Si elle a quelque chose à dire, elle trouve une bonne manière de l'expliquer sans qu'on le prenne personnel. » p44, « Oui sont, t'sais sont directes quand qu'y a du nég, mais comme en même temps (...) sont plus basées sur essayer d'trouver des solutions ... » m45.

Ce style de communication clair et direct est perçu par une majorité de parents comme de la « transparence » ou de l'« honnêteté », notions associées à la considération et au respect. On constate que ces habiletés agissent en synergie pour soutenir un lien de confiance, augmentant la transparence de la part des parents : « Tu peux lui dire quasiment toute. Je suis pas gênée avec-là c'est sûr que j'suis plus ouverte que je vais être ouverte avec d'autre personne-là. » m3, « Est pas

⁴ Certains extraits font référence à des situations où les familles sont accompagnées par une équipe de deux intervenantes.

deux faces pantoute là (...) Elle disait les vraies affaires. Elle était ben directe pis ben ouverte pis était respectueuse, pis au moins elle te parlait pas comme si t'étais une moins que rien. » m18, « Elle agit bien avec nous autres, je peux parler de n'importe quoi avec (...). Elle va te dire si elle a quelque chose, elle ne peut pas (...). Elle ne porte pas de jugement rien. Si elle a quelque chose à dire, elle va nous le dire, pis si on a quelque chose à lui dire, on va lui dire. On n'a pas de gêne vraiment entre nous autres. » p44

Un sentiment de sécurité émerge pour le parent, influençant son ouverture à communiquer et sa réceptivité. L'intervenante peut ainsi atteindre une compréhension plus précise et juste des besoins perçus de la famille sur des plans tels que financier, du logement ou alimentaire comme exprimé ici : « Elle posait des questions sur mes enfants, pour vraiment savoir l'aide que j'avais de besoin. Pis y'allait pas me donner l'aide que j'avais pas de besoin dans le fond. » m3. Ces processus dynamiques mènent alors au développement d'une vision commune sur la réalité vécue : « Elle est pas dans un autre monde, elle est là là! » m17. Ce type d'interaction bonifie la perception de compétence et mène la dyade à agir de façon coordonnée en fonction d'un but commun.

Le partage du pouvoir et le soutien : Une opposition s'observe entre l'image de la travailleuse sociale autoritaire et menaçante et celle d'une intervenante sensible qui offre un soutien affectif et concret. Ce qui met en relief une représentation de l'intervenante comme figure d'aide, plutôt que comme agent de contrôle social:

C'est qu'elle nous respecte. Elle a l'air plus comme un membre de la famille qu'une fille qui nous "bosse". Pis des fois, tu ne sais même pas si c'est une travailleuse. Elle nous donne notre espace pis elle nous traite correctement. p19.

C'est une femme qui était très ouverte, dans le fond c'est une travailleuse sociale que quand je lui demandais quelque chose, d'avoir une ressource quelque part elle m'aidait. Pis elle était pas juste-là pour dire : « moi j'suis intervenante de DPJ pis comme ah non faut que tu te débrouilles tout seul pis si tu le fais pas, on t'enlève tes enfants. ». Elle était pas comme ça... Elle était vraiment une travailleuse sociale vraiment différente là. m10.

En effet, les intervenantes en PJ sont en position d'autorité, elles ont le pouvoir de prendre des décisions pouvant avoir un impact important sur la famille. Par exemple, la possibilité de placement est une menace qui traverse l'ensemble des propos des participants, affectant souvent leur interprétation des intentions de l'intervenante. Toutefois, de nombreux parents nomment que leur intervenante utilise les « conseils » m13, les « trucs » p19, la « proposition » m8, la « recommandation » m38 ou la « suggestion » m6, les amenant à décider par eux-mêmes de l'intervention la plus appropriée. Ce type d'intervention est associé à la compétence et au respect, comme en témoigne ce père : « Il y en a qui ont la difficulté, ils prennent le "power", ils savent qu'ils ont le "power", ils font certaines choses. Mais elle, elle nous respecte, elle est bonne à sa job. » p19

L'utilisation du pouvoir par les intervenantes en PJ pour offrir du soutien est associé à la perception de compétence. En plus du soutien affectif, le soutien instrumental (transport, aide alimentaire et matérielle) est celui le plus fréquemment nommé. Ensuite vient le soutien au plan des habiletés parentales, tel que le partage de conseils concernant la réponse aux besoins des enfants. À cet égard, l'expérience personnelle et professionnelle des intervenantes est un facteur facilitant : « Quand t'as envie de parler de p'tits pains tu vas voir le boulanger (...) quand t'as

envie de parler de maman-enfant, tu vas voir une mère. » m38. De plus, plusieurs nomment que le soutien auprès des autres institutions, comme l'école ou l'aide sociale, a été déterminant pour leur bien-être :

... à m'a appuyé au niveau de l'école parce qu'à voyait que j'avais des difficultés de communication, mais qu'à voyait que l'effort moi j'le faisais (...) pis ça l'a réglé une grande situation qui aurait pu être déficitaire à long terme pour moi ainsi que ma fille. m5

Chez ces parents qui expriment de nombreux obstacles matériels, psychologiques ou affectifs, le soutien apporté contribue à la RT positive. Il semble que ce soutien participe à augmenter le sentiment de sécurité des parents sur plusieurs sphères de leur vie.

Relation Thérapeutique Négative

Pour un tiers des participants, les déterminants nommés précédemment ont influencé l'établissement d'une RT négative. Ces parents affirment ainsi « ne pas aimer pantoute » m15 ou « haïr » m11 leur intervenante. Généralement insatisfaits des services reçus, ceux-ci ont qualifié l'intervenante comme « bête » m7, « effrontée » m12, « dure » m29, en allant jusqu'à « vraiment méchante » m12:

... j'trouve qu'est décourageante, j'trouve qu'au lieu d'm'encourager à va me dénigrer, comme j'en ai braillé là l'autre jour. J'l'aime pas pantoute (...) j'la trouve hypocrite pis j'trouve pas qu'à m'aide pantoute pis j'trouve qu'à fait rien que me rabaisser pis m'faire sentir comme d'la marde. m11

...je m'entends pas avec ma travailleuse pantoute. Pis je me sens que je suis en train de perdre mon p'tit par rapport à ma relation avec elle (...) ça devrait pas affecter le rapport de mon enfant à cause que je m'entends pas avec elle (...) C'est pas à cause que je t'aime pas la face que j'suis instable pour mon enfant. m9

Ces parents disent s'être sentis « visés » m15, « attaqués » m27, « rabaissés » m29 ou « dénigrés » m11 lors de leurs rencontres de suivis. En majorité, ils nomment qu'un ton et des propos blessants, culpabilisants, infantilisants ou des critiques étaient utilisés et ont associé ces interactions à un manque de respect. Ces communications semblent avoir engendré des sentiments d'injustice, de peur, de découragement, de frustration, d'agressivité, de colère et de tristesse. La presque totalité de ces parents se sentent incompris. Plusieurs ont aussi perçu que leurs propos étaient « dits de travers » p22 ou « déformé... interprété à leur façon » m37. Le manque de transparence apparaît comme central, qualifiant souvent leur intervenante « d'hypocrite » ou de « malhonnête ». Des incompréhensions ou de l'imprévisibilité dans les décisions prises ont aussi été nommées, ainsi que l'impression que leur intervenante ne voyait pas le changement, « Elle avait ses idées de faites » m35 ou qu'elle « se fiait tout le temps au passé » m38, entraînant une démotivation dans l'intervention. Ce type de communication peut mener à des situations de conflits, comme le souligne cette mère : « C'est plus négatif, ben plutôt la chicane qu'on se pogne plus que les positifs... » m16, entraînant un désengagement mutuel.

D'autre part, l'utilisation du pouvoir de ces intervenantes était souvent perçue comme unilatérale, Par des expressions comme « c'est moé qui a le power là » m12 ou « boss des bécoses » m16, les parents ont associée les attitudes de leur intervenante à une perception d'incompétence ou d'un manque de professionnalisme. Ces parents nomment en général n'avoir reçu aucune aide ou soutien de la part de leur intervenante. Il est remarqué que les émotions

adverses ressenties en situation de RT négative en PJ génèrent une méfiance généralisée face à l'intervenante et une perception de son incompetence, comme l'exprime cette mère : « Non à cause c'est des perdus en d'autres mots. C'est des bons riens, excusez. [Le centre jeunesse], c'est le gros zéro, bon. » m12. L'établissement d'une RT négative semble créer un blocage à la collaboration des parents.

J'me sens pas écoutée, j'me sens pas soutenue, non plus compris. J'me sens vraiment pas bien avec elle... C'pas l'fun de travailler avec quelqu'un avec qui tu t'entends pas là clairement. Tsé c'est pas comme si j'veux pas travailler, comme si j'veux pas avancer, j'veux l'faire ! Mais c'est avec la personne avec qui je suis que j'ai d'la misère... l'avoir comme travailleuse sociale, ça m'bloque comme, si j'en aurais une autre j'suis sûr j'avancerais plus vite. m11.

On remarque ainsi que l'obligation de collaborer dans un contexte de RT négative, sous la menace réelle de la restriction des droits parentaux apparaît comme une source de peur et de stress important chez les parents. Plusieurs discours analysés pointent vers des indices de stress dans les réactions parentales, pouvant être divisés en 3 réactions principales : 1) l'attaque : « scuse moi, mais elle mériterait un coup de pied dans face. » m9, « avant que j'l'étouffe. » m12, « j'étais tellement agressive pis j'avais peur... » m21, 2) la fuite : « je l'aime pas fait'que j'l'appelle pas » m11, « C'est du passé pis j'veux pas repenser à ça. » m27, et 3) l'immobilisation : « Ben moi ça me AHH!.. Ça me pogne, pas capable. » m6, « j'pas capable de dire un mot parce que sinon à m'fait enrager » m16. Ces réactions de stress semblent nuire à la réception des parents, monopolisant leur attention non pas sur l'intervention à effectuer, mais plutôt sur la méfiance et les difficultés relationnelles.

Discussion

Nos résultats suggèrent que des caractéristiques propres aux pratiques professionnelles sont associées à la qualité de la RT. On constate que dans la perception des parents, la qualité de la relation thérapeutique apparaît comme un élément central dans leur processus de changement.

La Connexion Affective

Les habiletés interpersonnelles telles que l'écoute empathique et la bienveillance authentique peuvent résulter en une réelle connexion affective entre le parent et l'intervenante. Ceci est un rappel manifeste des écrits de Rogers (1957) qui identifia les conditions « nécessaires et suffisantes » au changement thérapeutique dont les clés sont l'empathie, la congruence (authenticité) et la considération bienveillante inconditionnelle. L'emphase mise sur l'aspect affectif chez les parents appelle à ramener la qualité de la RT comme élément prioritaire lors d'intervention en PJ. L'absence de ces habiletés mène au développement d'une RT négative, entraînant des situations stressantes pour les parents et des conflits, parfois irréconciliables. Pour un tiers de l'échantillon, les attitudes de l'intervenante ont mené les parents à adopter des attitudes de fermeture, d'attaque, d'évitement ou de passivité dans l'intervention. Plusieurs intervenantes en PJ auraient tendance à adopter un style de communication confrontant et agressif, aborderaient plus souvent les problématiques que les forces, utiliseraient souvent le blâme et démontreraient peu d'écoute, d'empathie, de réflexions et d'ouverture (Boutanquoi et al., 2019; Forrester et al., 2008; Hansen & Ainsworth, 2007). Cela renforcerait les résistances des parents, diminuerait la transparence et creuserait l'écart de pouvoir, freinant la participation du parent (Lacharité, 2015). Soulignons que les intervenantes sont aussi assujetties à leur propre réaction de stress, ce qui peut influencer leurs attitudes, leur disponibilité affective et engendrer une évaluation des risques plus élevée (Leblanc et al., 2012). Surtout, il apparaît qu'un stress

élevé lors de l'intervention réduit la capacité du parent et de l'intervenante à garder en tête l'enfant en priorité (Howe, 2010). Dans les résultats observés, il semble que l'établissement de la confiance affective, par le biais notamment du soutien affectif et de la connexion affective, offre une base de sécurité au parent, augmentant ainsi sa réceptivité aux messages portés par l'intervenante.

La Perception de Compétence

La perception de compétence pourrait référer au phénomène de confiance épistémique, soit la confiance que « l'information nouvelle provenant d'une autre personne est authentique, fiable, généralisable et peut s'appliquer à soi » (Fonagy & Alison, 2014, p.373). En effet, les parents ayant un lien affectif avec leur intervenante nomment avoir confiance en ses propos et ressentir une compréhension mutuelle. La confiance affective pourrait donc être la clé par laquelle l'intervenante peut entamer un processus de réflexivité partagé, soit un processus de réflexion continue autour des enjeux présents dans la vie quotidienne de la famille. De cette façon, les intervenantes arrivent à établir une vision commune de la réalité avec le parent. Le développement d'une telle aptitude de réflexivité implique que tous deux adoptent une position décentrée (Lacharité & Lafantaisie, 2016) en plaçant au centre de leur réflexion les besoins de l'enfant. Ce modèle d'intervention permet de positionner le focus sur la sécurité de l'enfant plutôt que sur les points de tensions entre le parent et l'intervenante, diminuant ainsi le stress dans l'intervention et favorisant l'ouverture.

Les habiletés de communication permettent d'établir une collaboration authentique si les intervenantes parviennent à une négociation réciproque du pouvoir (Bundy-Fazioli et al., Trotter, 2002). Cela fait aussi écho à ceux de Dumbrill (2006) mentionnant que certaines intervenantes utilisent le pouvoir « sur » les parents, dans une optique de contrôle, et d'autres « avec » eux,

dans une posture de soutien. Les parents ont été nombreux à décrire que de se sentir impliqué dans la définition du problème et des solutions, ainsi que de recevoir du soutien concret ou des appuis dans leur relation avec d'autres organisations, correspondait à leur idée de la compétence. Ces éléments recourent aussi la définition du pouvoir d'agir tel que définie par Le Bossé (1998). On remarque donc que le partage du pouvoir de l'intervenante ainsi que ses habiletés professionnelles peuvent être vecteurs d'une augmentation du pouvoir d'agir chez le parent.

L'engagement Réciproque

Force est de constater que la RT et les déterminants identifiés ont souvent été reliés à l'engagement des parents en intervention en PJ. Les habiletés interpersonnelles identifiées ont été reliées à l'engagement des parents ainsi qu'à celui du professionnel (Cheng & Lo, 2016; Damiani-Taraba et al., 2017; Symons, 2018). Aussi, la perception de compétence a été associée à un engagement parental élevé (Cheng & Lo, 2016; Damiani-Taraba et al., 2017; Schreiber et al., 2013). De plus, les parents pensant que leurs enfants étaient plus en sécurité à la suite de l'intervention seraient plus engagés, et la confiance et la perception de compétence seraient une motivation au changement (Gladstone et al., 2012). L'engagement des parents et celui de l'intervenante seraient aussi reliés. Cet engagement réciproque, dans un contexte où l'asymétrie de pouvoir est minimisée, serait associé à des résultats positifs en PJ (Charest-Belziles et al., 2020; Gladstone et al., 2012). Ainsi, plusieurs auteurs définissent l'engagement en PJ comme un phénomène réciproque, itératif, évolutif et multidimensionnel dans lequel la RT jouerait un rôle central (Charest-Belziles et al., 2020; Damiani-Tabara et al., 2017; Gladstone et al., 2012). L'engagement des parents dans l'intervention en PJ serait aussi associé aux progrès parentaux et pourrait augmenter les chances de réunification familiale comme issue de l'intervention (Cheng & Lo, 2016; Maltais et al., 2019).

Ces résultats mettent en exergue l'importance de considérer la RT positive comme indispensable à l'intervention. Par le biais de la connexion affective, de la confiance épistémique et de l'engagement réciproque, la RT se révèle être le terreau fertile au sein duquel le parent peut acquérir le sentiment de sécurité nécessaire à l'acquisition de nouvelles habiletés. Ces étapes seraient préalables à un changement observable du fonctionnement individuel, familial et plus largement, social influençant la dynamique familiale.

Importance d'une Approche Clinique Sensible au Trauma

Les parents dont les enfants sont suivis en PJ portent généralement un passé marqué par les TR, ce qui complique, notamment en raison d'une hyperactivité au stress et d'une méfiance accrue, l'établissement d'un lien de confiance thérapeutique. En observant les déterminants identifiés par les parents, il semble que d'importants recoupements avec les principes clés des approches sensibles au trauma puissent être établis. Des six principes guides émis par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) pour soutenir une approche sensible au trauma, quatre sont partie intégrante des déterminants identifiés, soit : 1) la sécurité, 2) la confiance et la transparence, 3) la collaboration et la mutualité et 4) le pouvoir d'agir (SAMHSA, 2014). On peut donc penser que l'utilisation d'approches sensibles au trauma auprès des parents en PJ puissent favoriser une RT positive.

Des pratiques professionnelles perçues comme menaçantes sont particulièrement susceptibles d'entraîner l'activation du système nerveux sympathique, qui concentre l'attention disponible exclusivement sur la menace perçue, alors incarnée par l'intervenante. L'organisme est alors enclin à présenter des mécanismes de défense tels que l'attaque, la fuite ou l'immobilisation (Porges, 2011). Des réactions de détresse (pleurs), de fuite (évitement des contacts) ou d'attaque (insultes, menaces, agressivité) ont d'ailleurs été décrites par les parents ayant une RT négative

dans la présente étude. En contexte d'intervention en PJ, les intervenantes peuvent interpréter ces attitudes comme les signes d'une instabilité affective ou d'un manque de collaboration du parent, pouvant nuire à leur évaluation des compétences parentales. Sans une compréhension approfondie des conséquences d'un trauma complexe sur le fonctionnement, ces intervenantes peuvent se retrouver à évaluer les parents sur leur réponse au stress face à la menace d'une RT négative, donc induite par l'adéquation entre l'intervention et les besoins du parent, plutôt que d'évaluer le fonctionnement réel de la personne. Cette analyse clinique peut introduire d'importants biais dans l'évaluation, influençant une prise de décision pour l'enfant comprenant des mesures plus coercitives, telles que la perte du droit de garde ou la diminution des contacts parent-enfant, générant des effets néfastes ou une retraumatisation dont l'impact relationnel pourrait parfois s'étendre sur plus d'une génération.

D'ailleurs, 80% des dossiers cliniques et 32% des jugements concernant l'évaluation des compétences parentales en PJ feraient état de l'instabilité émotionnelle des mères, de leur passivité ou de leurs problèmes de santé mentale (Pouliot & Turcotte, 2019). Aussi, l'expérience d'un pouvoir asymétrique axé sur le contrôle, surtout sous la menace de la restriction des droits parentaux, semble augmenter ces réactions défensives et nuire d'autant plus à la collaboration des parents (Buckley et al., 2010; Dale, 2004; Dumbrill, 2006; Haight et al., 2017; Smithson & Gibson, 2017). En termes de procédures, le critère de « collaboration parentale » à l'intervention est inscrit dans la loi en PJ comme un indicateur des compétences parentales. Celui-ci, utilisé fréquemment lors du processus d'évaluation continue, sert à justifier l'utilisation de mesures contraignantes. Ces décisions seraient généralement fondées sur des facteurs négatifs et individuels, dont l'attitude parentale de non-collaboration, qui est le premier motif de décision de placement (Pouliot & Turcotte, 2019; Tourigny et al., 2010).

Ainsi, les déterminants identifiés dans la présente étude renforceraient le sentiment de sécurité, engendrant un apaisement du parent dans l'intervention. En effet, les intervenantes, en générant une confiance réciproque, permettent au parent de s'appuyer sur leur soutien affectif comme outil de corégulation émotionnelle. Cette connexion affective, en apaisant les réactions défensives initiales ressenties par le parent, semble ouvrir la porte à une collaboration constructive, ainsi qu'au processus de réflexions partagées soutenant l'engagement mutuel autour du bien-être de l'enfant. Une intervenante mettant au premier plan la sécurité affective, psychologique et physique non seulement de l'enfant, mais de l'ensemble de la famille, permet au parent d'être plus disponible aux apprentissages et soutien ainsi sa mobilisation. À terme, il est possible que la généralisation de pratiques sensibles au trauma auprès des parents puisse augmenter l'efficience et l'efficacité des interventions en PJ pour motif de négligence, tout en minimisant les risques d'effets néfastes de l'intervention ou de retraumatisation pour l'ensemble de la famille.

Limites de l'Étude

Alors que cette étude offre une perspective nouvelle sur la perception qu'ont les parents de la relation thérapeutique avec leur intervenante en protection de la jeunesse, certaines limites doivent être considérées. Premièrement, l'étude originale ne portait pas spécifiquement sur la RT, ce qui nous a empêchés de questionner les parents en profondeur sur le sujet. Aussi, comme il s'agit d'une étude basée sur l'analyse secondaire d'entrevues qui ont été menées de 2014 à 2016, il n'a pas été possible de retourner vers les participants pour valider les interprétations réalisées à partir de leur propos. Cela aurait permis d'augmenter la validité interne des interprétations émises (Drapeau, 2004).

Conclusion

La relation thérapeutique apparaît comme une composante essentielle au succès des interventions pour négligence en protection de la jeunesse. Cette étude propose une compréhension des déterminants contribuant à la qualité de cette relation de la perspective privilégiée des parents ayant vécu ce type d'intervention. Les déterminants identifiés permettent d'approfondir les connaissances sur l'établissement de cette relation thérapeutique particulière, mais peuvent aussi constituer des leviers de changement pour pouvoir agir directement sur le bien-être des familles concernées par ces actions étatiques d'exception. Nous avons présenté des connaissances relatives au trauma complexe pour saisir l'action dynamique de ses déterminants et l'influence de la relation thérapeutique sur le déroulement de l'intervention. Ces résultats sont encourageants considérant la place grandissante que prennent les approches sensibles au trauma dans les pratiques institutionnelles. En toutes circonstances, nous considérons que l'accès aux ressources nécessaires pour assurer la sécurité et le bien-être physique, psychologique et affectif du parent lui permet de se positionner comme un acteur central dans la poursuite du meilleur intérêt de son enfant lors d'intervention pour négligence en protection de la jeunesse.

Références :

- Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Dube, S., & Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu-2^{ème} Edition. *Collection Quadrige*.
- Ben-David, V., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Kohl, P. (2015). The association between childhood maltreatment experiences and the onset of maltreatment perpetration in young adulthood controlling for proximal and distal risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 46, 132-141.

- Bernheim, E., & Lebeke, C. (2014). De la mère «normale»: Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 20, 109-127.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212.
- Boulanger, D., Larose, F., & Couturier, Y. (2010). La logique déficitaire en intervention sociale auprès des parents: les pratiques professionnelles et les représentations sociales. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 23(1), 152-176.
- Boulet, M. C., Éthier, L., & Couture, G. (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques. *Santé Mentale au Québec*, 29(1), 221-242.
- Boutanquoi, M., Ansel, D., & Bournel-Bosson, M. (2020). Parent–professional interviews in child protection: Comparing viewpoints. *Child & Family Social Work*, 25, 107-115.
- Brown, V. B., Harris, M., & Fallo, R. (2013). Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: A collaborative model of agency assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(5), 386-393.
- Buckley, H., McArthur, M., Moore, T., Russ, E., & Withington, T. (2019). Stakeholder's experiences of the forensic child protection paradigm. In Lonne, Scott, D., B., Higgins, D., Herrenkohl, T.I. (Eds), *Re-visioning public health approaches for protecting children* (pp. 19-33). Springer.
- Bundy-Fazioli, K., Briar-Lawson, K., & Hardiman, E. R. (2009). A qualitative examination of power between child welfare workers and parents. *British Journal of Social Work*, 39(8), 1447-1464.

- Bunting, L., Davidson, G., McCartan, C., Hanratty, J., Bywaters, P., Mason, W., & Steils, N. (2018). The association between child maltreatment and adult poverty—A systematic review of longitudinal research. *Child Abuse & Neglect*, *77*, 121-133.
- Cao, Y., Hoffman, J. A., Bunger, A. C., Maguire-Jack, K., & Robertson, H. A. (2019). Identifying and addressing parental trauma and behavioral health need: The role of the child welfare system. *Journal of Public Child Welfare*, *13*(3), 265-284.
- Chamberland, C., & Milani, P. (2021). Repères pour un renouvellement des pratiques en protection de l'enfance. *Vie Sociale*, *2*, 141-158.
- Charest-Belzile, D., Drapeau, S., & Ivers, H. (2020). Parental engagement in child protection services: A multidimensional, longitudinal and interactive framework. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105162.
- Cheng, T. C., & Lo, C. C. (2016). Linking worker-parent working alliance to parent progress in child welfare: A longitudinal analysis. *Children and Youth Services Review*, *71*, 10-16
- Collins, K., Connors, K., Davis, S., Donohue, A., Gardner, S., Goldblatt, E., & Thompson, E. (2010). *Understanding the impact of trauma and urban poverty on family systems: Risks, resilience, and interventions*. MD: Family Informed Trauma Treatment Center.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Currie, J., & Spatz Widom, C. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, *15*(2), 111-120.
- Dale, P. (2004). Like a fish in a bowl: Parents' perceptions of child protection services. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, *13*(2), 137-157.

- Damiani-Taraba, G., Dumbrill, G., Gladstone, J., Koster, A., Leslie, B., & Charles, M. (2017). The evolving relationship between casework skills, engagement, and positive case outcomes in child protection: A structural equation model. *Children and Youth Services Review, 79*, 456-462.
- Dumbrill, G. C. (2006). Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 30*(1), 27-37.
- Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, D., Chateauneuf, D., Poirier, M. A., Saint-Jacques, M. C., & Turcotte, G. (2015). *Évaluation des impacts de la loi sur la protection de la jeunesse: qu'en est-il huit ans plus tard?*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque, Université Laval.
- Espinete, S. D., Motz, M., Jeong, J. J., Jenkins, J. M., & Pepler, D. (2016). 'Breaking the Cycle' of maternal substance use through relationships: a comparison of integrated approaches. *Addiction Research & Theory, 24*(5), 375-388.
- Éthier, L. S., Lacharité, C., Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *International Journal of Child Abuse and Neglect, 19*(5), 619-635.
- Firestone, G. (2009). Empowering parents in child protection mediation: Challenges and opportunities. *Family Court Review, 47*(1), 98-115.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380.
- Forrester, D., Kershaw, S., Moss, H., & Hughes, L. (2008). Communication skills in child protection: How do social workers talk to parents?. *Child & Family Social Work, 13*(1), 41-51.

- Gladstone, J., Dumbrill, G., Leslie, B., Koster, A., Young, M., & Ismaila, A. (2012). Looking at engagement and outcome from the perspectives of child protection workers and parents. *Children and Youth Services Review, 34*(1), 112-118.
- Gouvernement du Québec. (2021). Instauration d'une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Repéré à https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Haight, W., Sugrue, E., Calhoun, M., & Black, J. (2017). Basically, I look at it like combat: Reflections on moral injury by parents involved with child protection services. *Children and Youth Services Review, 82*, 477-489.
- Hansen, P., & Ainsworth, F. (2007). Parent blaming in child protection and health settings: A matter for concern. *Children Australia, 32*(2), 29-35.
- Howe, D. (2010). The safety of children and the parent-worker relationship in cases of child abuse and neglect. *Child Abuse Review, 19*(5), 330-341.
- Kiser, L. J., & Black, M. M. (2005). Family processes in the midst of urban poverty: What does the trauma literature tell us?. *Aggression and Violent Behavior, 10*(6), 715-750.
- Korbin, J. E., Krugman, R. D., & Miller-Fellows, S. (Eds.). (2014). *Handbook of child maltreatment*. Springer.
- Lacharité, C. (2014). Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the Province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review, 23*(4), 286-296.
- Lacharité, C. (2015). Participation des parents et services de protection de l'enfance. *Les cahiers du CEIDF, 1*, Trois-Rivières, QC : CEIDF/UQTR.

- Lacharité, C., & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue Québécoise de Psychologie*, 37(3), 159-180.
- Lafantaisie, V. (2017). «Recherche et intervention en négligence : comment expliquer l'exclusion du point de vue des familles dans ces espaces institutionnels». Thèse de doctorat, Trois-Rivières (Québec), Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lafantaisie, V., Milot, T., & Lacharité, C. (2018). L'ethnographie pour explorer comment les représentations des situations de négligence se construisent à l'intérieur de l'institution de la protection de la jeunesse. In *Recherches qualitatives et quantitatives en sciences humaines et sociales: Pour une formation théorique et pratique appuyée empiriquement* (pp. 263-286). Éditions JFD Montréal.
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A., & Bogo, M. (2012). Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 404-412.
- Le Bossé, Y. (1998). Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. *Cahiers de la Recherche en Éducation*, 5(3), 349-370.
- Maltais, C., Cyr, C., Parent, G., & Pascuzzo, K. (2019). Identifying effective interventions for promoting parent engagement and family reunification for children in out-of-home care: A series of meta-analyses. *Child Abuse & Neglect*, 88, 362-375.
- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsy, G., Lemelin, J. P., & Éthier, L. S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1351-1357.
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*. Presse des Université du Québec.

- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., & Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 110*, 104679.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2012). Perceptions des professionnels de leurs pratiques auprès des parents de jeunes enfants. *Enfances, Familles, Générations, 16*, 53-73.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect, 23*(8), 745-758.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-5e éd.* Armand Colin.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Pouliot, E., & Turcotte, D. (2019). Facteurs invoqués dans l'évaluation de la compétence parentale en protection de la jeunesse: comparaison des perspectives sociale et judiciaire. *Sciences Actions Sociales, 1*, 69-100.
- Robert, D. (2012). *Point de vue des parents sur leur expérience avec la personne autorisée lors d'une évaluation/orientation en protection de la jeunesse*. Dissertation doctorale, Université du Québec à Montréal.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95.
- Ryland, S., Johnson, L. N., & Bernards, J. C. (2021). Honoring Protective Responses: Reframing Resistance in Therapy Using Polyvagal Theory. *Contemporary Family Therapy, 1*, 1-9.

- Saint-Jacques, M. C., Lessard, G., Beaudoin, A., & Drapeau, S. (2000). *Les pratiques d'implication parentale dans l'intervention en protection de la jeunesse*. Beauport: Centre Jeunesse de Québec-Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.
- Saint-Jacques, M. C., Noël, J., & Turbide, C. (2015). Mieux comprendre l'engagement des parents dans l'intervention en protection de la jeunesse. In Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, D., Chateaufort, D., Poirier, M., Saint-Jacques, M., & Turcotte, G. (Eds), *L'évaluation des impacts de la Loi sur la protection de la jeunesse: qu'en est-il huit ans plus tard ?*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque, Université Laval, 1-98.
- Serbati, S. (2017). "You won't take away my children!" families participation in child protection. Lessons since a best practice. *Children and Youth Services Review*, 82, 214-221.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Schreiber, J.C., Fuller, T., & Paceley, M.S. (2013). Engagement in child protective services: Parent perceptions of worker skills. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 707-715.
- Smithson, R., & Gibson, M. (2017). Less than human: A qualitative study into the experience of parents involved in the child protection system. *Child & Family Social Work*, 22(2), 565-574.
- Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S.R., Danskin, K., Knafo, H., Nikitiades, A., Bonuck, K., Meissner, P., & Murphy, A., (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 32.

- Tourigny, M., Poirier, M.A., Dion, J., & Boisvert, I. (2010). Recommandation de placement de l'enfant dans le contexte de la protection de la jeunesse: facteurs associés. *Revue de Psychoéducation*, 39(2), 165-187.
- Trotter, C. (2002). Worker skill and client outcome in child protection. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 11(1), 38-50.
- Widera-Wysoczańska, A. (2016). *Trauma treatment: Factors contributing to efficiency*. Cambridge Scholars Publishing.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans un effort de réflexion sur les possibilités d'amélioration de l'efficacité des services en PJ, nous avons porté un regard sur la relation thérapeutique parent-intervenante, une composante centrale pour la réussite et l'efficacité des interventions (Bozarth et al., 2014). Alors que plusieurs études se sont intéressées au développement de la relation thérapeutique avec les enfants et les adolescents impliqués dans le système de protection de la jeunesse, les études s'étant penchées directement sur la relation thérapeutique parent-intervenante en contexte de protection de la jeunesse sont rares, d'autant plus en contexte québécois. Tout comme le mentionnaient Maltais et ses collaborateurs (2019) dans leur méta-analyse, on en sait encore trop peu sur les mécanismes à travers lesquels l'intervention peut générer l'engagement des parents en PJ. De ce fait, après avoir exposé le rôle central que la qualité de la RT joue dans les processus d'évaluation et d'intervention en situation de négligence, notamment de par son effet sur l'engagement des parents, il est essentiel d'approfondir la compréhension des mécanismes sous-jacents à son établissement dans ce champ particulièrement complexe de la relation d'aide.

Les déterminants identifiés dans nos résultats, soit les habiletés interpersonnelles de l'intervenante menant au sentiment de connexion affective réciproque, ainsi que la perception de sa compétence, associée à ses habiletés de communication et à ses aptitudes de partage du pouvoir, sont cohérents avec les composantes de la RT déjà identifiées par d'autres études (Cole & McLean, 2003). Dans leur méta-analyse sur la RT en contexte d'intervention jeunesse et familiale, Karver et al., (2006) concluent que 3 construits distincts composeraient la RT : la connexion affective, la connexion cognitive, et la participation comportementale. Nous présenterons la prochaine section selon ces trois dimensions, qui ont pu être dégagées du discours des participants.

Connexion Affective

Tel que décrit précédemment dans nos résultats, il apparaît que la RT soit basée sur une connexion affective réciproque. Nous avons identifié que les habiletés interpersonnelles de l'intervenante, notamment l'écoute empathique et la bienveillance authentique seraient liées à l'émergence de cette connexion affective, entraînant la confiance mutuelle entre le parent et cette dernière. Kemp et ses collègues (2009) mentionnent d'ailleurs que l'attention, la considération positive et l'empathie compteraient pour un tiers de la variance dans les interventions en santé mentale adulte, l'établissement de cette connexion affective serait donc la « fondation » (*Bedrock*, Kemp et al., 2009, p.114) d'une pratique efficace en protection de la jeunesse.

Pour les participants de notre étude, ces qualités ont souvent été associées à la gentillesse. Canter et ses collaborateurs (2017) suggèrent que la gentillesse est composée de trois dimensions : 1) la tolérance bénigne, 2) la réponse empathique, 3) la proaction morale. Ainsi, la gentillesse serait une attitude d'acceptation humaine reliée à la courtoisie et à l'amour de son prochain, la considération envers les émotions de l'autre, ainsi qu'une tendance à agir de façon proactive (à l'inverse de réactive) selon des principes moraux. Cette attitude témoignerait une chaleur authentique et une volonté de protection envers autrui. Cette description rejoint les résultats de l'étude de De Boer et Coady (2007) qui soulignent que l'approche « humaine » nommée par les participants s'expliquerait à la fois par le naturel de l'expression du professionnel ainsi que par le regard authentique et optimiste que celui pose sur le parent. Cette bienveillance est aussi au cœur de la conceptualisation de la confiance et serait l'un des deux facteurs composant la confiance affective (Tomlinson et al., 2020). Ainsi, les habiletés interpersonnelles exprimant une bienveillance authentique chez l'intervenante peuvent donner lieu au développement d'une confiance affective réciproque.

Dans un même ordre d'idée, l'empathie contribuerait aussi au développement de cette confiance affective. De façon très générale, l'empathie affective est la capacité à ressentir et à comprendre les émotions de l'autre (de Vignemont & Singer, 2006). Ces processus complexes peuvent se traduire autant par le langage verbal, par exemple par l'utilisation de reflets justes de l'émotion du parent, que par le non-verbal, comme par des micro-expressions faciales ou une gestuelle démontrant sa compréhension de ce que le parent exprime, ou par un ajustement physiologique mutuel à travers le rythme cardiaque et la respiration (Boston Change Process Study Group (BCPSG), 2018). Lorsque l'intervenante fait preuve d'empathie envers le monde émotif du parent et tente de comprendre sa réalité, il agit comme une figure bienveillante envers le parent, ce qui soutient l'émergence d'une confiance mutuelle (BCPSG, 2018). Cette confiance, lorsqu'elle se développe de façon continue entre le parent et l'intervenante, peut donner naissance à une connexion affective véritable. Au-delà des mots, cette connexion est ressentie par un sentiment d'attachement à son intervenante, comme l'expliquent plusieurs parents participants. Il apparaît dans nos résultats que cette connexion affective devient un ancrage de sécurité pour les parents.

Comme exposé précédemment, un raisonnement clinique réduisant la compréhension des comportements parentaux à un manque de volonté individuelle pourrait diminuer la réponse empathique chez les intervenantes confrontées à des résistances de la part des parents. À l'inverse, une compréhension élargie de la situation de négligence et la connaissance des conséquences des traumatismes sur le fonctionnement des parents pourraient déclencher des réactions davantage empathiques envers ceux-ci (de Vignemont & Singer, 2006). Ainsi, comme le soulèvent d'autres auteurs, la compréhension contextuelle des comportements parentaux peut augmenter, par le biais de la compassion à leur égard, l'empathie et l'utilisation de pratiques

favorisant le développement du pouvoir d’agir des parents (Crittenden, 2008; Lacharité et al., 2005; Boulanger et al., 2010).

Plusieurs auteurs mettent de l’avant que la dimension affective de la RT serait préalable à d’autres aspects tels que la collaboration, la participation ou l’engagement. Par exemple, les habiletés interpersonnelles du professionnel telles que la chaleur, l’authenticité, le respect, l’empathie permettraient au client d’entrer en relation thérapeutique, ce qui l’amènerait à s’engager dans la démarche de changements (Altman, 2008; Cheng & Lo, 2020; Rylands et al., 2021). D’autres ont relié l’engagement à l’écoute (Cheng & Lo, 2020), au soutien affectif et social ou à la corégulation émotionnelle (Fogarty et al., 2022; Kemp et al., 2009; Schreiber et al., 2013). Plusieurs ont nommé la confiance, la relation thérapeutique, la connexion affective ainsi que le sentiment de sécurité comme des facteurs soutenant l’engagement et la participation (Gladstone et al., 2012; Fogarty et al., 2022; Platt, 2012; Rylands et al., 2021; Staudt, 2007; Yatchmenoff, 2005). La qualité de la RT a aussi été identifiée comme un préalable à la collaboration en intervention en PJ (Alexander & Dore, 1999; Chateaufneuf et al., 2021). Ces constats appuient l’idée que les déterminants de la qualité de la RT agissent en amont du processus menant à l’engagement, et par la suite au changement en intervention en PJ.

Connexion Cognitive

Nous avons détaillé, dans la précédente section, le développement de la confiance affective. Nous discuterons ici de la confiance sur une base cognitive. Celle-ci serait composée de deux éléments, soit ; la croyance de celui qui accorde sa confiance que l’autre détient des habiletés concernant un domaine spécifique et la mesure selon laquelle celui-ci juge que l’autre adhère à des principes acceptables et agit en cohérence avec ceux-ci (Tomlinson et al., 2020). Selon cette définition, la perception de compétence du parent envers son intervenante est

essentielle au développement d'une confiance cognitive envers elle, rejoignant le concept de confiance épistémique. Fonagy et Allison (2014) ont défini la méfiance épistémique comme « une défense naturelle visant à se protéger envers les informations venant d'autrui pouvant possiblement être fausses, décevantes ou potentiellement dangereuses » (notre traduction, p.373). Or, Knox (2016), explique que l'expérience de trauma relationnel dans l'enfance contribuerait directement au développement d'une méfiance épistémique.

En présence de signes de sécurité, tels que la connexion affective, ces réponses se désactiveraient, favorisant l'ouverture des fonctions réflexives nécessaires à l'apprentissage (Knox, 2016; Porges & Furman, 2011). La confiance épistémique rend ainsi l'individu disponible à recevoir et acquérir de connaissances nouvelles (Fonagy & Campbell, 2017). Puisque le cumul d'expériences traumatiques apparaît être un enjeu important chez les parents impliqués dans les interventions en PJ, il semble essentiel de considérer leur niveau de confiance (affective et épistémique) envers l'intervenante pour comprendre leur disponibilité à collaborer ou à s'engager dans l'intervention. Cette interprétation correspond aussi aux conclusions de Gladstone et ses collaborateurs (2012) qui mentionnent que les deux principales raisons expliquant les changements chez les familles suivies en PJ sont la confiance du parent en son intervenante et la croyance que son intervenante possède des connaissances sur la parentalité.

Selon nos résultats, en s'appuyant sur le lien de confiance mutuel, l'intervenante utilise ses habiletés de communications et partage son pouvoir de façon à créer une vision commune de la situation familiale et à identifier les problématiques et pistes d'action possibles pour améliorer la réponse aux besoins de l'enfant. La connexion cognitive s'établirait ainsi par cette réflexivité partagée, par laquelle l'intervenante peut, par sa considération envers les états mentaux du parent et de l'enfant, modéliser le développement de la fonction réflexive chez le parent (Lacharité & Lafantaisie, 2016). L'utilisation de pratiques comprenant l'écoute, la considération des opinions

du parent, l'utilisation du dialogue, l'inclusion du parent dans la planification des services, l'accord mutuel sur les objectifs, les moyens à mettre en œuvre et les tâches à réaliser ont d'ailleurs été reliés à l'augmentation de l'engagement (Altman, 2008; Cheng & Lo, 2020 ; Damiani-Taraba et al., 2017; Kemp et al., 2009 ; Littel & Tajima, 2000 ; Platt, 2012). De plus, les habiletés de communication réceptives et expressives telles que l'utilisation de la communication positive, les explications détaillées sur les enjeux et un ralentissement du rythme des échanges favorisent aussi l'engagement (Altman, 2008 ; Cheng & Lo, 2020 ; Schreiber, et al., 2013). Ce processus dynamique, lorsqu'il est utilisé dans une perspective de partage du pouvoir, soutient une réelle participation du parent et augmente son pouvoir d'agir (Dumbrill, 2006; Lemay et al., 2015). Par le fait même, des habiletés telles que l'acceptation de la définition du problème émise par le parent, une vision holistique du parent considérant les stressseurs externes impliqués et le fait de formuler des objectifs en collaboration plutôt que de les imposer seraient des pratiques efficaces reconnues pour générer de meilleurs résultats en PJ (Trotter, 2002). Ces habiletés et techniques se retrouvant dans diverses approches (par ex. participative, collaborative ou basée sur les forces) auraient d'ailleurs toutes été reliées à une augmentation de l'engagement (Kemp et al., 2014; Cheng & Lo, 2020).

La Participation Comportementale

Dans ce contexte d'intervention où le parent peut souvent sentir qu'il a peu de contrôle sur la situation, les pratiques en cohérence avec ces dimensions affective et cognitive favoriseraient donc l'augmentation de son pouvoir d'agir (Bundy-fazioli et al., 2009). LeBossé et ses collègues (2009) ont identifié des indices qui montrent la présence d'un certain pouvoir d'agir, pouvant mettre en lumière certaines conditions nécessaires à la mise en action. Ces indices comprennent, le contrôle perçu, la compétence à participer, les bénéfices perçus de l'action, la

motivation à l'action ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. Ces indices sont utiles pour mieux comprendre quelles perceptions sont nécessaires pour qu'un parent s'engage dans une intervention. Par exemple, pour se mettre en action, le parent doit percevoir qu'il possède un certain contrôle sur la situation, qu'il possède des compétences lui permettant de participer à l'intervention et que sa participation amènera des bénéfices pour son enfant. La RT positive avec l'intervenante, à travers les déterminants identifiés, peut alors augmenter ce sentiment de compétence et la motivation à agir, conditions préalables à l'engagement. Il apparaît ainsi que le soutien offert au parent sur différents plans, tels que la régulation émotionnelle ou l'acquisition de connaissances et de ressources permettant de mieux répondre aux besoins complexes de la famille, tout comme l'acquisition de connaissances et d'habiletés spécifiques servant à naviguer le système complexe de la protection de l'enfance, permettrait d'augmenter l'engagement parental (Brown et al., 2006; Kemp et al., 2009). L'utilisation de pratiques favorisant la participation du parent permettrait ainsi graduellement d'augmenter leur confiance en soi dans l'intervention et leur capacité pratiques à participer aux processus décisionnels (Kemp et al., 2009). Serbati (2017) mentionne aussi que des changements internes ont été remarqués chez les mères participantes suite à une intervention participative, ces mères auraient modifié leur vision de soi et de leur enfant, ce qui aurait par la suite modifié leurs comportements. De surcroît, l'augmentation du pouvoir d'agir économique pourrait aussi influencer la diminution de la victimisation conjugale ainsi que de l'insécurité alimentaire chez les personnes ayant un trauma (Eggers del Campo & Steinert, 2020; Phojanakong et al., 2020). De façon plus large, on associe une augmentation de l'engagement suite à la réduction de la violence conjugale (Firestone, 2009), à l'augmentation du soutien social (Cheng & Lo, 2020; Kemp et al., 2009) et à la diminution des stressors environnementaux par l'apport de soutien concret et le repérage de ressources appropriées (Damiani-Tabara et al., 2017; Fogarty et al., 2022; Kemp et al., 2009), cela

diminuerait aussi les barrières à l'engagement (Fogarty et al., 2022; Staudt, 2007). Au contraire, sous la perception que son opinion et ses actions n'apporteront aucune amélioration à la situation, celui-ci pourrait être démotivé face à l'intervention. De plus, l'accumulation d'expériences adverses et incontrôlables, tel que le sont souvent les expériences générant des traumatismes, ainsi que le désavantage social caractérisant la situation de ces familles peuvent favoriser le développement d'un faible sentiment d'efficacité personnelle, voire d'un sentiment d'impuissance (Courtois & Ford, 2013). De plus, le contexte de dénonciation (signalement) d'un tiers qui déclenche généralement l'intervention peut contribuer au sentiment d'incompétence du parent dans son rôle parental.

Ces idées sont appuyées par plusieurs auteurs qui ont montré que la reconnaissance des difficultés, l'ouverture à l'aide proposée et l'acceptation des services peuvent être reliées à l'engagement (Platt, 2008; Yatchmenoff, 2005). Cet engagement serait aussi relié aux cognitions, perceptions et croyances parentales telles que la perception de compétence de la professionnelle, l'adéquacité de l'intervention proposée ou la perception des bénéfices de l'intervention (Fogarty et al., 2022; Gladstone et al., 2012; Kemp et al., 2009; Littel et al., 2001; Schreiber, et al., 2013; Staudt, 2007). Ainsi, il semble qu'à travers l'utilisation de ce type de pratiques, en conjonction avec l'intervention directe sur les menaces à la sécurité physique telles que la sécurité alimentaire, l'apport en ressources matérielles, le logement ou la violence subie, les parents puissent se réapproprier leur pouvoir d'agir. Les parents participants à l'étude ont noté que cette réappropriation graduelle du pouvoir, que ce soit sur le plan de leur parentalité au quotidien, de la sécurisation matérielle ou alimentaire tout comme sur le plan de leur participation sociale (auprès du personnel scolaire, par exemple) a permis de diminuer leur stress quotidien et de se sentir plus en sécurité.

Mise en Action : Peu d'auteurs intègrent le facteur comportemental dans leur compréhension de l'engagement. Selon Staudt (2007), la composante essentielle de l'engagement serait de nature attitudinale (affective et cognitive), la composante comportementale serait plutôt une conséquence de l'attitude positive de la personne face à l'intervention, supportant l'idée que l'intention précède l'action. Toutefois, il est fort probable que ces relations soient bidirectionnelles. Des intervenantes ont tendance à associer ces actions observables, tel que prendre ou maintenir les contacts avec différentes ressources ou services, effectuer des tâches ménagères ou faire preuve de proaction face à la réponse aux besoins des enfants, à la mobilisation des parents (Chateaufort et al., 2021; Pleau, 2013). Dans le milieu clinique, la mobilisation serait « la mise en action des personnes pour atteindre l'objectif visé par la loi » (Leblanc, 2010). Selon cette définition, pour qu'ils soient considérés comme mobilisés, les actions des parents doivent répondre aux objectifs définis par la loi, laissant peu de place à une définition conjointe des objectifs et des actions nécessaires pour les réaliser. Cette définition s'appuie donc plus sur des attentes de conformité que sur une vision de réelle participation parentale au processus d'intervention. La mobilisation semble perçue par certaines intervenantes comme une caractéristique individuelle du parent, souvent associée à sa volonté ou à sa motivation au changement. Or, Leblanc (2010) mentionne que l'intervenante vise à « mobiliser » le parent, ce qui implique que cette mise en action serait interactionnelle. Dans les milieux cliniques, la mobilisation est un critère central sur lequel les intervenantes fondent leur réflexions cliniques pour déterminer une amélioration des situations familiales. Il apparaît que la mobilisation, selon cette définition, correspondrait à la « mise en action », mettant ainsi l'accent sur les comportements concrets et observables des parents, reléguant de la sorte les processus affectifs et cognitifs, sous-jacents mais pourtant essentiels à cette mise en action, au plan secondaire. .

À l'inverse, l'analyse et l'interprétation de nos résultats semblent indiquer que ces processus soient de nature interactionnelle plus qu'individuelle. Ainsi, l'établissement d'une confiance mutuelle, d'un engagement réciproque ainsi que la mobilisation conjointe pourraient être compris comme des processus reliés à l'établissement d'une RT positive et nécessaire au changement en contexte de PJ. La mise en relief de nos résultats avec les connaissances issues de la littérature appuie cette conception où ces processus apparaissent non pas de manière parallèle, mais plutôt de façon successive, s'ajustant et se consolidant au gré de la qualité des interactions entre le parent et l'intervenante. Nous suggérerons ainsi que le développement de la confiance (affective et épistémique) serait nécessaire à l'engagement, qui à son tour serait préalable à la mobilisation. Ces processus interdépendants semblent opérer de manière dynamique et évolutive, s'appuyant sur les déterminants nommés précédemment.

Vers une Réelle Mobilisation Des Parents

Différentes définitions et conceptions des phénomènes de collaboration, de participation, de coopération, d'implication, d'engagement sont présentes dans la documentation scientifique. Ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable ou concurrente, entraînant un flou conceptuel (Littel et al., 2001). Ces termes, qui se retrouvent d'ailleurs à l'intérieur même de la LPJ, demeurent difficiles à distinguer. Pourtant, une meilleure compréhension de ces concepts semble essentielle à une pratique sensible en PJ.

L'implication des parents est une condition nécessaire pour maintenir un régime volontaire et éviter la judiciarisation des mesures en PJ. Trois critères sont évalués par les intervenantes pour déterminer si les parents sont suffisamment impliqués : la reconnaissance de la situation de compromission, la motivation et la collaboration avec les intervenantes pour faire changer la situation et les capacités (ou le potentiel) nécessaires à l'engagement dans

l'application des mesures envisagées (Gouvernement du Québec, 2010). Lorsque questionnés sur la définition de l'implication parentale, les intervenantes ont tendance à mettre l'accent sur la responsabilité individuelle du parent et à reprendre les termes procéduraux inscrits dans la définition ci-haut en associant l'implication à : l'intérêt pour l'enfant, la volonté de changer, la reconnaissance de la problématique, la collaboration avec les services, la réponse au besoin de l'enfant ou la mise en action (Pleau, 2013; Villeneuve et al., 2012). Il semble ainsi que leur conception de l'implication parentale soit largement influencée par la définition produite par l'institution, et suggère que le parent considéré comme impliqué est en fait celui qui accepte la définition du problème identifié par l'intervenante et se conforme à ses demandes. Ainsi, l'interprétation des comportements et attitudes associée à l'implication parentale s'inscrit majoritairement dans la réponse aux attentes des intervenantes tout au long de l'intervention (Villeneuve et al., 2012). Cette interprétation exclut les facteurs relatifs à l'environnement ainsi que ceux découlant des pratiques de l'intervenante. En influençant la transparence, la motivation, la collaboration et l'engagement mutuel dans l'intervention, il est probable que des pratiques priorisant l'établissement d'une RT positive puissent aussi favoriser une évaluation adéquate de l'implication parentale par l'intervenante.

Cette perspective institutionnelle de l'implication parentale se retrouve aussi dans la conceptualisation de la participation en PJ développée par Littel et Tajima (2000) qui divisent ce construit en deux facteurs : 1) la collaboration, soit participer à la planification et être en accord avec le plan d'intervention, et 2) la conformité, soit la présence au rendez-vous, la réalisation des tâches demandées et la coopération avec les services. On dénote de nouveau dans cette définition que la participation s'approche plus d'un conformisme du parent envers les attentes de l'intervenante que d'une participation réelle. Au contraire, l'approche participative propose une conception s'appuyant fondamentalement sur la voix des enfants et des parents, qui, par

l'aménagement de conditions de communication favorisant l'actualisation de leurs compétences, permet la construction d'un sens commun guidant la compréhension des difficultés de la famille et de ce qu'il faut mettre en place pour soutenir le développement optimal de l'enfant (Lacharité et al., 2022). Yatchenoff (2005) pour sa part, souligne que la « participation » et « l'engagement » sont souvent utilisés comme termes « parapluie » (p.93) incluant des dimensions affectives, attitudinales et comportementales, dimensions nommées aussi par d'autres auteurs tels que Platt (2012) et Villeneuve et ses collaborateurs (2012). Ce flou dans la définition de ces concepts présents à même le libellé de la LPJ et nécessaire, selon le modèle actuel, à l'évaluation des capacités parentales, peut être source de confusion. Ce flou peut aussi nuire à l'approfondissement de la compréhension des mécanismes en jeu dans le processus de changement en PJ, notamment en ce qui a trait à l'établissement de la RT.

L'une des conceptualisations de l'engagement la plus souvent utilisées est celle de Yatchmenoff (2005), qui propose un modèle de l'engagement comportant 4 facteurs : la réceptivité, le *buy-in* (attentes et investissement), la relation parent-intervenante et la méfiance du parent envers l'intervention. L'engagement pourrait être considéré autant comme un mécanisme que comme une conséquence, ou être vu individuellement ou de manière interactionnelle, et serait relié à la participation, ou en serait le résultat (Altman, 2008). Selon Staudt, (2007), l'absence d'une définition claire de l'engagement et les lacunes théoriques concernant ses relations avec d'autres éléments du processus thérapeutique nuisent au développement des connaissances dans ce champ de pratique. McGinty (2003) propose cette définition de l'engagement : « Le procédé par lequel les familles et les professionnels développent et maintiennent une connexion, tout en simultanément se démontrant et se communiquant des informations, des besoins, des attitudes et des valeurs » (McGinty et al., 2003, p.489, tel que cité

dans Staudt, 2007, p.185). Notons que cette définition inclue à la fois l'engagement du parent et celui de l'intervenante. Elle est donc interactionnelle, et se développerait à travers un processus.

En examinant ces différentes conceptualisations de la participation et de l'engagement, il apparaît que ces concepts soient interreliés. D'intéressantes nuances peuvent aussi être soulignées entre les deux concepts sous l'angle de la RT. De nombreux auteurs incluent la relation thérapeutique comme une dimension de l'engagement (Fogarty et al., 2022; Kemp et al., 2009; Staudt, 2007; Yatchmenoff, 2005;). Par contre, plusieurs autres dimensions et habiletés nommées comme faisant partie de l'engagement se recoupent à la fois entre elles, et avec les déterminants identifiés dans nos résultats. Un bon exemple de ce recoupement est le lien entre la dimension « méfiance » de Yatchmenoff (2005) qui pourrait être considéré comme étant un aspect d'une RT négative entre le parent et l'intervenante. L'un des enjeux ici pourrait être l'adoption d'une conception interactionnelle plutôt qu'individuelle de l'engagement, dans laquelle on retrouve une influence réciproque entre l'engagement du parent et de l'intervenante, tel que le suggère les résultats de Gladstone (2011) et de Damiani-Tabara (2017) et leurs collaborateurs respectifs. La RT est aussi un facteur commun à toute démarche d'intervention. Elle est considérée comme un prédicteur modéré, mais stable de leur succès (Horvath, 2001; Schore, 2011; Karver et al., 2005). D'autres mentionnent que la priorisation de la RT tout au long du processus d'intervention serait cruciale à l'engagement ainsi qu'à l'atteinte de résultats positifs (BCPSG, 2018; Fogarty et al., 2022).

À la lumière des résultats de notre étude et dans l'optique de participer à une meilleure organisation conceptuelle des facteurs reliés à la RT, nous avons tenté de les situer entre eux pour éclaircir le processus menant à la mise en action, ou mobilisation, des parents. En s'inspirant du modèle conceptuel de l'engagement de Staudt (2007) qui propose un modèle à 2 dimensions : attitude (affective et cognitive) et comportementales, nous avons procédé à l'organisation

des différentes habiletés et dimensions attribuées à la participation et à l'engagement à travers la littérature selon les 3 dimensions de la RT, soit : la dimension affective, la dimension cognitive et la dimension comportementale.

Modèle dynamique de l'établissement de la RT : Il semble donc que ces trois mécanismes dynamiques et interactionnels soient impliqués de façon successive pour établir la RT et permettre l'apprentissage et le travail actif menant aux changements nécessaires à une résolution positive d'un épisode d'intervention en PJ. Cette vision alternative est inspirée des connaissances issues des théories du trauma et des étapes de la guérison traumatique (Cloitre et al., 2002; Lawson et al., 2013; SAHMSA, 2014). Nos résultats, en cohérence avec les étapes de guérisons du trauma, suggèrent que l'apprentissage ne peut se faire que dans un climat relationnel sécuritaire (Courtois & Ford, 2013). Les connaissances concernant les meilleures pratiques de thérapie avec les personnes vivant avec des séquelles de trauma complexe suggèrent que le travail thérapeutique peut être abordé par phases successives visant la sécurisation de la personne avant d'aborder les aspects directement reliés au trauma. Ainsi, l'établissement d'un lien de confiance, l'utilisation d'une pratique réflexive et l'augmentation de la motivation seraient des étapes à considérer avant de vouloir entamer un travail actif sur les manifestations et symptômes relatifs au trauma (Cloitre et al., 2002; Courtois & Ford, 2013; Lawson et al., 2013). Considérant le contexte menaçant entourant les services en PJ, cette sécurisation du parent, par le biais de l'établissement d'une RT positive, s'avère possiblement une étape incontournable à la mobilisation de celui-ci dans l'intervention.

Inspirés par ces principes, nous soulevons l'hypothèse que l'enchaînement de trois processus interactionnels reliés à la présence des déterminants d'une RT positive identifiés dans les résultats puisse constituer un mécanisme central du changement parental lors d'intervention en PJ. Ces trois processus sont : la confiance, l'engagement et la mobilisation. Il apparaît que

ceux-ci puissent s'activer successivement durant l'établissement de la RT pour permettre à la personne d'entreprendre des apprentissages et comportements menant aux changements visés par l'intervention. Dans cette optique, la création du lien de confiance affectif et épistémique permet de sécuriser le parent et de créer l'ouverture et la disposition cognitive à sa participation. Ensuite, l'utilisation de techniques permettant la construction d'un sens commun guidant l'intervention et la sécurisation de l'environnement familial agirait sur les capacités et le pouvoir d'agir de la personne pour développer son engagement dans la démarche de changement. Par la suite, cet engagement peut soutenir et renforcer la relation parent-intervenante à travers les expériences d'apprentissages et de mise en pratique des solutions développées ensemble, ce qui constitue la phase de mobilisation qui pourra mener ultimement au changement.

La considération d'un tel mécanisme pour atteindre un changement significatif suite à l'intervention remet en perspective certaines pratiques usuelles en PJ. Par exemple, on peut questionner les critères d'évaluation majoritairement axés sur l'observation d'une mobilisation rapide, qui correspond pour les intervenantes à des comportements observables, tels qu'effectuer des démarches auprès de différents services externes, adopter des comportements proactifs envers l'intervenante par des appels ou une participation verbale soutenue aux rencontres ou procéder à un ménage en profondeur de sa maison, pour démontrer la motivation et l'engagement des parents. Particulièrement auprès des personnes ayant survécu à des traumatismes souvent multiples, l'adaptation de la nature et de l'échéance des objectifs d'intervention pourrait être plus réaliste en tenant compte de ces étapes successives. D'ailleurs, lorsque mis en perspective avec les déterminants identifiés de la RT, il apparaît que les pratiques professionnelles puissent être grandement tributaires de l'activation de ce mécanisme que constitue l'enchaînement du développement de la confiance, l'engagement et de la mobilisation. Alors que différentes approches, par exemple l'approche participative ou celle centrée sur les forces, comprennent déjà

de nombreuses pistes d'action pouvant activer ce mécanisme, cette étude renforce et supporte le développement des connaissances relatives à l'établissement de la RT, qui fait partie intégrante de toutes ces approches. D'autant plus en présence d'une clientèle vivant avec des séquelles traumatiques et en contexte de menace à l'intégrité de la famille où d'importants obstacles peuvent compliquer l'établissement de la RT, une approche intégrant de façon consciente l'action progressive de ce mécanisme peut maximiser les chances d'obtenir une résolution positive de l'épisode de services.

Implications Cliniques

Vu sous l'angle de ce modèle, l'établissement de la RT pose un défi important aux intervenantes au cœur des processus d'intervention en PJ. D'une part, ils.elles doivent établir un lien de confiance affectif avec le parent fondamentalement blessé et méfiant. Suite à quoi, ils.elles doivent s'engager dans un processus itératif réflexif pour construire un lien de confiance épistémique pouvant mener à une relation de collaboration autour des besoins de l'enfant. Par la suite, ils.elles doivent soutenir le développement du pouvoir d'agir du parent, qui ressent souvent un fort sentiment d'impuissance. Pour finalement tenter de soutenir sa participation et sa mobilisation dans un contexte comportant de nombreux obstacles systémiques, et tout cela dans un cadre de procédures rigides demandant des résultats rapides. Alors que des intervenantes et des équipes dévouées relèvent ce défi à bout de bras et de souffle chaque jour, il importe de reconnaître que des adaptations cliniques, organisationnelles et législatives pourrait permettre de mieux soutenir le développement des enfants et des familles tout en assurant leur sécurité. Nous discuterons ici de quelques éléments qui, sans être exhaustifs, jettent des pistes de réflexion sur les conditions dans lesquelles se déroulent ces interventions.

Le temps : Incontestablement, le manque de temps est un obstacle fondamental pour l'établissement de cette relation. Influencé.e.s par la situation même, soit la nécessité d'assurer la sécurité et de soutenir le développement fragile des enfants, surtout en bas âge, mais aussi par le contexte d'intervention, comme la surcharge de dossier ou la lourdeur des procédures bureaucratiques, les intervenantes ne sont pas toujours en mesure de prioriser la RT. En effet, ces multiples éléments peuvent être une entrave à la disponibilité physique, psychologique ou affective du professionnel (Kemp et al., 2009). Firestone (2009) souligne aussi qu'un rythme trop rapide des échanges et des procédures de négociation peut compromettre la participation des parents. Il importe aussi de souligner que le délai maximal de placement, introduit depuis 2006, ajoute un aspect d'urgence à la mobilisation des familles dont les enfants ont été retirés (Goubau, 2012). Ces délais, qui débutent dès que l'enfant entre en hébergement, prescrivent que les enfants ayant cumulé un temps de placement de 12 à 24 mois doivent envisager un projet de vie permanent, donc possiblement le placement à majorité. Souvent, même si les familles sont en processus de changement à l'une ou l'autre des étapes citées préalablement, l'impossibilité d'atteindre dans les délais une mobilisation suffisante au retour dans le milieu familial entraîne des situations déchirantes où l'enfant doit être placé malgré la volonté de ses parents, et parfois même si l'intervenante juge que des progrès sont remarquables (Châteauneuf et al., 2021). Une vision holistique de la personne qui considérerait l'établissement de la RT, ainsi que les mécanismes y étant associés, pourrait aider à ajuster ces procédures. Tenir compte des particularités relationnelles des personnes vivant avec des séquelles de traumatismes, comme la majorité des parents impliqués dans des situations de négligence, pourrait permettre de mieux refléter la réelle démarche de changement dans ses aspects affectifs, cognitifs et comportementaux. Serbati et ses collaborateurs (2012) mentionnent que la construction d'une relation de confiance est un processus lent qui demande beaucoup d'attention et de soin. Ils

soulignent que plusieurs professionnels affirment avoir reçu peu de formation sur cet aspect de la pratique dans leur formation de base. Consacrer plus de temps à cet aspect de la pratique dans les milieux de formation pourrait aussi contribuer à l'établissement plus efficient de ces RT.

La continuité : Comme la RT est une relation privilégiée entre deux individus, elle n'est évidemment pas transférable lors du changement d'intervenante. Or, le roulement de personnel est un phénomène courant en PJ découlant à la fois de l'organisation des services et de la pénurie de professionnels (Gouvernement du Québec, 2021). La fragmentation des services en trois entités distinctes, soit la rétention des signalements, l'évaluation-orientation et l'application des mesures assurent d'entrée de jeu le contact avec deux à trois intervenantes différentes. De plus, les conditions de travail difficiles ainsi que le poids psychologique relié aux situations rencontrées nuisent à la rétention de personnel. Chateaufort et ses collègues (2022) soulignent d'ailleurs que ce roulement pourrait avoir un impact sur le succès de l'intervention ainsi que sur la réunification familiale en raison de la rupture relationnelle que doivent traverser les familles. Fondé sur les propos des participants ainsi que sur les mécanismes identifiés à l'établissement de la RT, l'hypothèse qu'un changement d'intervenante puisse allonger le temps nécessaire à l'atteinte de résultats dans l'intervention n'est pas farfelue. Certains participants ont mentionné avoir eu de nombreuses professionnelles attirées à leur dossier, pouvant parfois aller jusqu'à 10. Ces changements d'intervenantes ne sont toutefois pas comptabilisés et n'influent donc pas sur le temps alloué à l'intervention. La diminution de ce roulement serait certainement au service des familles ou, dans le cas contraire, une mesure flexible permettant d'allouer plus de temps pour l'établissement d'une nouvelle RT serait souhaitable. D'autre part, il n'est pas rare d'entendre un.e intervenante mentionner à des parents que « l'objectif est de sortir de votre vie le plus vite possible ». Alors que l'objectif de ces interventions est de mettre un terme la situation de compromission pour pouvoir transférer le dossier familial à d'autres services de première ligne,

lorsque ce transfert est effectué à la hâte, plusieurs parents se désistent des services par méfiance de ces nouvelles relations. Or, il est légitime de se questionner, quelle est réellement la nature de l'aide requise en contexte de négligence ? Si cette nature est relationnelle, prendre le temps de tirer profit de la relation de confiance déjà installée pourrait enrichir et consolider les bénéfices pour ces familles, favorisant ainsi un transfert fait à leur rythme et selon leur propre volonté.

Le mandat : Le mandat très précis de la protection de la jeunesse visant à « mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant » (Gouvernement du Québec, 2022) et fondé sur le principe que les parents sont responsables de subvenir aux besoins de leur enfant, est plutôt limité considérant la largeur et la complexité des difficultés qui ont précipité la famille dans les services de protection. Cette compréhension est fondée sur le principe de loi opposant « l'intérêt supérieur de l'enfant » à l'intérêt de ses parents. Pourtant, les intérêts des parents et des enfants sont relationnellement interreliés et interdépendants (Carnevale et al., 2017). Comme Crittenden (2008) l'expose, dans certaines circonstances, les besoins des enfants seraient mieux répondus par le biais d'une réponse globale aux besoins de la famille. Actuellement, le parent est considéré responsable de maintenir un logement jugé adéquat par les services de protection pour accueillir ses enfants et d'obtenir les services jugés nécessaires à sa capacité parentale dans les délais prescrits par le plan d'intervention. Or, plusieurs facteurs environnementaux et contextuels peuvent constituer des obstacles majeurs à l'atteinte de ces exigences. Des considérations soit financières, telles que la perte des allocations familiales suite au placement des enfants, d'accès à l'emploi ou au logement abordable, tout comme les délais d'obtention des services peuvent ne pas être intégrés au plan de service puisqu'il est actuellement de la responsabilité du parent de pallier à ces obstacles. Un mandat incluant l'ensemble des besoins de la famille pourrait soutenir l'inclusion de services nécessaire au bien-être de l'enfant et de son parent. La prestation de services tels que la facilitation de l'accès au logement, à des

soins de santé individuels (psychologue, psychiatre ou médecin généraliste) ou à des thérapies visant le contrôle de la consommation de substances pouvant accueillir un parent accompagné de ses enfants (à l'exemple du programme de réadaptation mère-enfant de Portage) pourrait améliorer l'offre de service en incluant la famille entière comme bénéficiaire des interventions en PJ. Il est possible qu'une vision globale des besoins de la famille en protection de la jeunesse puisse offrir plus de latitude aux intervenantes responsables de gérer la tension entre les besoins des parents et l'intérêt de leur enfant. À l'image de certains programmes centrés sur la famille (PAPFC), nous proposons qu'un mandat impliquant aussi la compromission de la sécurité et du bien-être de l'ensemble de la famille puisse être adopté. Ce type de modèle peut soutenir de façon plus holistique et durable la sécurité et le développement de l'enfant et, de cette façon, permettre de contrer le phénomène de négligence pour les générations à venir.

CONCLUSION

Tout au long de cette démarche de recherche, la perception de parents sur la relation thérapeutique avec les intervenantes en protection de la jeunesse en contexte de suivi pour négligence a été mise de l'avant pour offrir un éclairage nouveau sur cet aspect central de la relation d'aide. Comme nous l'avons exposé, la transmission intergénérationnelle de la négligence est un phénomène complexe posant un défi de taille aux institutions chargées de la contrer. Par la remise en perspective des spécificités de l'établissement de la relation thérapeutique avec des parents affectés par les séquelles de trauma complexe, nous avons réussi à identifier des déterminants et des mécanismes pouvant constituer des leviers importants. Comme l'ont confirmé les récits de changements inspirants, ces parents, dont les besoins mêmes ont été négligés à de multiples reprises tout au long de leur histoire de vie, ont en eux des ressources insoupçonnées qu'il est possible de mobiliser. Nous croyons fermement qu'une relation thérapeutique positive avec une intervenante de confiance en protection de la jeunesse peut servir de terreau fertile pour cultiver la considération mutuelle nécessaire pour soutenir un apaisement durable des traumatismes pouvant se transmettre à travers les générations au sein d'une même famille. Quoique le défi soit de taille, en leur consacrant le temps et le soin nécessaire, les parents ont la possibilité d'agir en tant que modèle de persévérance et de résilience pour ces enfants qu'ils ont vus naître et qu'ils aiment inconditionnellement.

Références :

- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2012). Doing harm while doing good: The child protection paradox. *Child & Youth Services, 33*(2), 146-157.
- Alexander, L. B., & Dore, M. M. (1999). Making the parents as partners principle a reality: The role of the alliance. *Journal of Child and Family Studies, 8*(3), 255-270.
- Altman, J.C. (2008) A study of engagement in neighborhood- based child welfare services. *Research on Social Work Practice, 18*, 555–564.
- Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H., & Bodian, R. (2016). Trauma-informed care in the Massachusetts child trauma project. *Child Maltreatment, 21*(2), 101-112.
- Ben-David, V., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Kohl, P. (2015). The association between childhood maltreatment experiences and the onset of maltreatment perpetration in young adulthood controlling for proximal and distal risk factors. *Child Abuse & Neglect, 46*, 132-141.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal, 36*(2), 200-212.
- Bernheim, E., & Lebeke, C. (2014). De la mère «normale»: Normes, expertises et justice en protection de la jeunesse. *Enfances Familles Générations, 20*, 109-127.
- Berzenski, S. R., Bennett, D. S., Marini, V. A., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2014). The role of parental distress in moderating the influence of child neglect on maladjustment. *Journal of Child and Family Studies, 23*(8), 1325-1336.

- Berzenski, S. R., Yates, T. M., & Egeland, B. (2014). A multidimensional view of continuity in intergenerational transmission of child maltreatment. In Krugman, R.D. & Korbin, J.E. (Eds), *Handbook of child maltreatment* (pp. 115-129). Springer.
- Bick, J., & Nelson, C. A. (2017). Early experience and brain development. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 8(1), 1387.
- Bick, J., Fox, N., Zeanah, C., & Nelson, C. A. (2017). Early deprivation, atypical brain development, and internalizing symptoms in late childhood. *Neuroscience*, 342, 140-153.
- Blakey, J. M. (2018). Trauma-Informed Care with Legally Mandated Involuntary Clients. In Rooney, R.H. & Mirick, R.G. (Eds.), *Strategies for work with involuntary clients* (pp. 139-164). Columbia University Press.
- De Boer, C. & Coady, N. (2007). Good helping relationships in child welfare: Learning from stories of success. *Child & Family Social Work*, 12(1), 32-42.
- De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G., & Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child Abuse & Neglect*, 25(7), 923-944.
- Le Bossé, Y., Dufort, F. & Vandette, L. (2009). L'évaluation de l'empowerment des personnes: développement d'une mesure d'indices psychosociologiques du pouvoir d'agir (MIPPA). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 91-114.
- Boston Change Process Study Group (2018). Moving through and being moved by: Embodiment in development and in the therapeutic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 54(2), 299-321.
- Boulanger, D., Larose, F. & Couturier, Y. (2010). La logique déficitaire en intervention sociale auprès des parents: les pratiques professionnelles et les représentations sociales. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 23(1), 152-176.

- Boulet, M. C., Ethier, L. S. & Couture, G. (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques. *Santé Mentale au Québec*, 24(1), 221-242.
- Bozarth, J. D., Motomasa, N. & Ducroux-Biass, F. (2014). La relation thérapeutique: enquête sur l'état de la recherche. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et Recherche*, 1, 58-76.
- Brandell, J. R. & Ringel, S. (2019). *Trauma: Contemporary Directions in Trauma Theory, Research, and Practice*. Columbia University Press.
- Brown, D. J. (2006). Working the system: Re-thinking the institutionally organized role of mothers and the reduction of “risk” in child protection work. *Social Problems*, 53(3), 352-370.
- Bundy-Fazioli, K., Briar-Lawson, K. & Hardiman, E. R. (2009). A qualitative examination of power between child welfare workers and parents. *British Journal of Social Work*, 39(8), 1447-1464.
- Bunting, L., Davidson, G., McCartan, C., Hanratty, J., Bywaters, P., Mason, W., & Steils, N. (2018). The association between child maltreatment and adult poverty—A systematic review of longitudinal research. *Child Abuse & Neglect*, 77, 121-133.
- Canter, D., Youngs, D. & Yaneva, M. (2017). Towards a measure of kindness: An exploration of a neglected interpersonal trait. *Personality and Individual Differences*, 106, 15-20.
- Carnevale, F. A., Teachman, G. & Bogossian, A. (2017). A relational ethics framework for advancing practice with children with complex health care needs and their parents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(4), 268-284.
- Carter, V. & Myers, M. R. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 110-121.

- Chamberland, C. & Milani, P. (2021). Repères pour un renouvellement des pratiques en protection de l'enfance. *Vie Sociale*, 2, 141-158.
- Chateauneuf, D., Pagé, G. & Poirier, M.-A. (2021). Le choix d'un milieu d'accueil pour un enfant suivi en protection de l'enfance : comment les intervenants orientent-ils leur décision ?. *Canadian Social Work Review / Revue Canadienne de Service Social*, 38(1), 47-70.
- Chateauneuf, D., Drapeau, S., Leblanc, K., Saint-Jacques, M. C., Noël, J. & Fortin, M. C. (2022). Le retour en milieu familial à la suite d'un placement en protection de l'enfance: regard sur les dynamiques relationnelles entre parents et intervenantes sociaux. *Recherches Familiales*, 19(1), 69-83.
- Cheng, T. C. & Lo, C. C. (2020). Collaborative alliance of parent and child welfare caseworker. *Child Maltreatment*, 25(2), 152-161.
- Cleaver, H., Unell, I. & Aldgate, J. (2011). *Children's needs - parenting capacity : Child abuse: parental mental illness, learning disability, substance misuse and domestic violence* (2. ed). TSO, The Stationery Office.
- Clément, M. È., Bérubé, A. & Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86-92.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cloutier, R., D. Nadeau, D. Bordeleau, S. et Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. In Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A. & Bernard, P. (Eds), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université Montréal, (pp. 263-291).
- Le Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64. a. 599

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Cole, M. B. & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56.
- Collins, K., Connors, K., Donohue, A., Gardner, S., Goldblatt, E., Hayward, A., Kiser, L., Strieder, F. Thompson, E. (2010). *Understanding the impact of trauma and urban poverty on family systems: Risks, resilience, and interventions*. Baltimore, MD: Family Informed Trauma Treatment Center.
- Connell-Carrick, K. (2003). A critical review of the empirical literature: Identifying correlates of child neglect. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(5), 389-425.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Crittenden, P. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Routledge.
- Crouch, E., Radcliff, E., Brown, M. & Hung, P. (2019). Exploring the association between parenting stress and a child's exposure to adverse childhood experiences (ACEs). *Children and Youth Services Review*, 102, 186-192.
- Dale, P. (2004). Like a fish in a bowl: Parents' perceptions of child protection services. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 13(2), 137-157.
- Damiani-Taraba, G., Dumbrill, G., Gladstone, J., Koster, A., Leslie, B. & Charles, M. (2017). The evolving relationship between casework skills, engagement, and positive case outcomes in child protection: A structural equation model. *Children and Youth Services Review*, 79, 456-462.

- Dixon, L., Browne, K. & Hamilton-Giachritsis, C. (2009). Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment. *Journal of Family Violence, 24*(2), 111-122
- Dufour, S., Lessard, D. & Chamberland, C. (2014). Facilitators and barriers to implementation of the AIDES initiative, a social innovation for participative assessment of children in need and for coordination of services. *Evaluation and Program Planning, 47*, 64-70.
- Dumbrill, G. C. (2006). Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 30*(1), 27-37.
- Eggers del Campo, I., & Steinert, J. I. (2020). The effect of female economic Empowerment interventions on the risk of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*24838020976088.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P. & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*(12), 1265-1278.
- Espinete, S. D., Motz, M., Jeong, J. J., Jenkins, J. M., & Pepler, D. (2016). 'Breaking the Cycle' of maternal substance use through relationships: a comparison of integrated approaches. *Addiction Research & Theory, 24*(5), 375-388.
- Evans, G. W. & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychological Science, 18*(11), 953-957.
- Fenerci, R. L. & Allen, B. (2018). From mother to child: maternal betrayal trauma and risk for maltreatment and psychopathology in the next generation. *Child Abuse & Neglect, 82*, 1-11.
- Firestone, G. (2009). Empowering parents in child protection mediation: Challenges and opportunities. *Family Court Review, 47*(1), 98-115.

- Fogarty, A., Rominov, H., Seymour, M., Evans, K., Fisher, C., Jones, A., O'Brien, J. & Giallo, R. (2022). Facilitators and Barriers of Mother Engagement in a Home-based Parenting Program Following Concerns of Child Maltreatment. *Journal of Family Issues*, (20220104).
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
- Fonagy, P. & Campbell, C. J. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 283-287.
- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation,.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Gladstone, J., Dumbrill, G., Leslie, B., Koster, A., Young, M. & Ismaila, A. (2012). Looking at engagement and outcome from the perspectives of child protection workers and parents. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 112-118.
- Goubau, D. (2012). La réforme de la protection de la jeunesse: quand l'éducation familiale devient une course contre la montre. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 16(16), 113-123.
- Gouvernement du Québec (2010). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. *Gouvernement du Québec*.
- Gouvernement du Québec (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. Repéré à

https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf

Gouvernement du Québec (2022). Directeur de la protection de la jeunesse.

Repéré à <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/directeur-de-la-protection-de-la-jeunesse-dpj>

Haight, W., Sugrue, E., Calhoun, M. & Black, J. (2017). “Basically, I look at it like combat”: Reflections on moral injury by parents involved with child protection services. *Children and Youth Services Review*, 82, 477-489.

Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. & Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014:(ÉIQ-2014)*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Horvath, A.O. (2001) The therapeutic alliance: Concepts, research and training, *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176.

Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7.

Howe, D. (2010). The safety of children and the parent-worker relationship in cases of child abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 19(5), 330-341.

Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107-117.

Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.

- Kelley, S. J. (1998). Stress and coping behaviors of substance-abusing mothers. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 3*(3), 103-110.
- Kemp, S.P., Marcenko, M.O., Hoagwood, K. & Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services: Bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare, 88*(1), 101-126.
- Kiser, L. J. & Black, M. M. (2005). Family processes in the midst of urban poverty: What does the trauma literature tell us?. *Aggression and Violent Behavior, 10*(6), 715-750.
- Knox, J. (2016). Epistemic mistrust: A crucial aspect of mentalization in people with a history of abuse?. *British Journal of Psychotherapy, 32*(2), 226-236.
- Kobulsky, J.M., Dubowitz, H. & Xu, Y. (2020). The global challenge of the neglect of children. *Child Abuse & Neglect, 110*, 104296.
- Korbin, J. E. & Krugman, R.D. (Eds), (2014). *Handbook of child maltreatment*. Springer.
- Lacharité, C., De Montigny, F., Miron, J. M., Devault, A., Larouche, H. & Desmet, S. (2005). *Les services offerts aux familles à risque ou en difficulté: Modèles conceptuels, stratégies d'action et réponses aux besoins des parents*. Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.
- Lacharité, C., Éthier, L. S. & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de Psychologie, 59*(4), 381-394.
- Lacharité, C. (2014). Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review, 23*(4), 286-296.
- Lacharité, C. & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue Québécoise de Psychologie, 37*(3), 159-180.

Lacharité, C., Balsells, M. A., Milani, P., Ius, M., Boutanquoi, M. & Chamberland, C. (2022).

Protection de l'enfance et participation des Familles: Cadre pour la transformation des cultures organisationnelles et l'adaptation des pratiques professionnelles. In *La maltraitance. Perspective développementale et écologique* (pp. 341-364). Presses de l'Université du Québec.

Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I. & Desrosiers, L. (2014). Être intervenante auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse: quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.

Lawson, D. M., Davis, D. & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.

LeBlanc, C. (2010). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse: enjeux, pièges et outils*. Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

Lemay, L., Lussier-Therrien, M., Proulx, I., Charest, G. & Lefebvre, N. (2015). Prendre contact avec les parents dans le contexte de la protection de l'enfance: quel pouvoir exercer?. *Sciences Actions Sociales*, 2(2), 169-197.

Lieberman, A. F. (1999). Negative maternal attributions: Effects on toddlers' sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 737-756.

Littel, J.H., & Tajima, E.A. (2000). A multilevel model of client participation in intensive family preservation services. *Social Services Review*, 74(3), 405-435.

Littell, J.H., Alexander, L.B., & Reynolds, W.W. (2001). Client participation: Central and underinvestigated elements of intervention. *Social Service Review*, 75(1), 1-28.

- Madigan, S., Eirich, R., Ly, A., Rash, C., Poole, J.C., Cyr, C., Fearon, R.M.P., & Alink, L.R.A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 23-51.
- Maltais, C., Cyr, C., Parent, G. & Pascuzzo, K. (2019). Identifying effective interventions for promoting parent engagement and family reunification for children in out-of-home care: A series of meta-analyses. *Child Abuse & Neglect*, *88*, 362-375.
- Mayer, M., Dufour, S., Lavergne, C., Girard, M. & Trocmé, N. (2003). *Les caractéristiques des figures parentales dans les familles signalées aux services de protection pour négligence*. Atelier au 71e congrès de l'ACFAS, Rimouski, Québec, Canada.
- Mayer, M., Lavergne, C., Tourigny, M., & Wright, J. (2007). Characteristics differentiating neglected children from other reported children. *Journal of Family Violence*, *22*(8), 721-732.
- McGuigan, W.M., & Pratt, C.C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *25*(7), 869-883.
- McGinty, K. L., Diamond, J. M., Brown, M. B., & McCammon, S. L. (2003). Training child and adolescent psychiatrists and child mental health professionals for systems of care. In Pumariega, A. J., & Winters, N. C. (Eds.), *The handbook of child and adolescent systems of care: The new community psychiatry*, (pp. 487–507). Jossey-Bass.
- Memarnia, N., Nolte, L., Norris, C., & Harborne, A. (2015). 'It felt like it was night all the time': Listening to the experiences of birth mothers whose children have been taken into care or adopted. *Adoption & Fostering*, *39*(4), 303-317.

- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsy, G., Lemelin, J.P. & Éthier, L.S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1351-1357
- Milot, T., Collin-Vézina, D. & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*. Presses de l'Université du Québec.
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., van der Put, C.E., Stams, G.J.J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210.
- Narayan, A.J., Lieberman, A.F., & Masten, A.S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997.
- Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 1001349.
- Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety*, 25(8), 626-632.
- Pagé, G., & Moreau, J. (2007). Intervention et transmission intergénérationnelle: services manquants, intervenants dépassés: l'intervention en protection de la jeunesse et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. *Service Social*, 53(1), 61-73.
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 433-437.
- Phojanakong, P., Welles, S., Dugan, J., Booshehri, L., Weida, E. B., & Chilton, M. (2020). Trauma-informed financial empowerment programming improves food security among

families with young children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(5), 465-473.

- Pitillas, C. (2019). Back to the origins: early interpersonal trauma and the intergenerational transmission of violence within the context of urban poverty. In Gaisbauer, H., & Schweiger, G. (Eds), *Absolute Poverty in Europe* (pp. 183-210). Policy Press.
- Platt, D. (2012). Understanding parental engagement with child welfare services: An integrated model. *Child & Family Social Work*, 17(2), 138-148.
- Pleau, A. (2013). *Les effets de la judiciarisation sur l'implication parentale en protection de la jeunesse: perceptions des intervenantes*. Mémoire de maîtrise. Université Laval.
- Porges, S.W., & Furman, S.A. (2011). The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behaviour: A polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, 20(1), 106-118.
- Proctor, L. J., & Dubowitz, H. (2014). Child neglect: Challenges and controversies. In Korbin, J.E., & Krugman, R.D. (Eds), *Handbook of child maltreatment* (pp. 27-61). Springer.
- Roose, R., Roets, G., Van Houte, S., Vandenhoe, W., & Reynaert, D. (2013). From parental engagement to the engagement of social work services: Discussing reductionist and democratic forms of partnership with families. *Child & Family Social Work*, 18(4), 449-457.
- Ruch, G. (2005). Relationship-based practice and reflective practice: holistic approaches to contemporary child care social work. *Child & Family Social Work*, 10(2), 111-123.
- Russell, J. R., Kerwin, C., & Halverson, J. L. (2018). Is child protective services effective?. *Children and Youth Services Review*, 84, 185-192.
- Ryan, B., Bashant, J. C., & Brooks, D. (2006). Protecting and supporting children in the child welfare system and the juvenile court. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 61-69.

- Ryland, S., Johnson, L. N., & Bernards, J. C. (2021). Honoring Protective Responses: Reframing Resistance in Therapy Using Polyvagal Theory. *Contemporary Family Therapy, 1*, 1-9.
- Serbati, S., Gioga, G., & Milani, P. (2012). Évaluer pour mieux intervenir: évaluer les résultats et les processus pour améliorer les pratiques d'intervention auprès des familles négligentes. *Enfances, Familles, Générations, 16*, 74-94.
- Serbati, S. (2017). "You won't take away my children!" families participation in child protection. Lessons since a best practice. *Children and Youth Services Review, 82*, 214-221.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. In Baradon, T. (Ed), *Relational trauma in infancy* (pp. 39-67). Routledge.
- Schreiber, J. C., Fuller, T., & Pacey, M. S. (2013). Engagement in child protective services: Parent perceptions of worker skills. *Children and Youth Services Review, 35*(4), 707-715.
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2-3), 231-254.
- Shepherd, J. R. (2012). *Poverty and child neglect: Subtypes of neglect and stress as a mediator*. Dissertation doctorale. Oregon State University.
- Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreatment, 9*(4), 395-408.
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies, 16*(2), 183-196
- Steele, H., Bate, J., Steele, M., Danskin, K., Knafo, H., Nikitiades, A., Dube, S. R., Bonuck, K., Meissner, P. & Murphy, A. (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48*(1), 32-38.

- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T. & Cantinoti, M. (2019). Intergenerational continuity/ discontinuity of child maltreatment among low-income mother-child dyads: The roles of childhood maltreatment characteristics, maternal psychological functioning and family ecology. *Development and Psychopathology*, 13, 189-202.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tabachnick, A. R., Bernard, K., Lind, T. & Dozier, M. (2022). Neurobiological Consequences of Neglect and Abuse. Dans Krugman, R.D., & Korbin, J.E. (Eds), *Handbook of Child Maltreatment* (pp. 199-220). Springer.
- Tomlinson, E. C., Schnackenberg, A. K., Dawley, D. & Ash, S. R. (2020). Revisiting the trustworthiness-trust relationship: exploring the differential predictors of cognition-and affect-based trust. *Journal of Organizational Behavior*, 41(6), 535-550.
- Trotter, C. (2002). Worker skill and client outcome in child protection. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 11(1), 38-50.
- van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 272-290.

- Venta, A., Velez, L., & Lau, J. (2016). The role of parental depressive symptoms in predicting dysfunctional discipline among parents at high-risk for child maltreatment. *Journal of Child and Family Studies, 25*(10), 3076-3082.
- de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why?. *Trends in Cognitive Sciences, 10*(10), 435-441.
- Villeneuve, M., Maltais, D. & Pouliot, E. (2012). L'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse: qu'en pensent les intervenantes?. *Intervention, 136*, 80-89.
- Yatchmenoff, D. K. (2005). Measuring client engagement from the client's perspective in nonvoluntary child protective services. *Research on Social Work Practice, 15*(2), 84-96.