

Service social



Une approche de prise en charge intégrant le contrôle social et la thérapie : analyse et réflexion

Isidore Néron

Volume 36, Number 2-3, 1987

Approches intégrées

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/706368ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/706368ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Néron, I. (1987). Une approche de prise en charge intégrant le contrôle social et la thérapie : analyse et réflexion. *Service social*, 36(2-3), 369-386.
<https://doi.org/10.7202/706368ar>

Article abstract

On présente ici une initiative novatrice découlant des adaptations nécessitées par l'entrée en scène de la Loi sur la protection de la jeunesse. L'auteur décrit d'abord une expérience de prise en charge se déroulant dans un centre de psychiatrie infantile et juvénile; il démontre ensuite comment cette expérience peut apporter une solution à certaines situations intenable dans la prise en charge habituelle ; il termine enfin par un retour aux assises théoriques de cette expérimentation.

Tous droits réservés © Service social, 1987

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

NÉRON, Isidore, travailleur social au C.S.S.
Québec, Centre hospitalier L'Hôtel-Dieu-
du-Sacré-Cœur.

Une approche de prise en charge intégrant le contrôle social et la thérapie : analyse et réflexion *

Isidore Néron

*« Raisonne pas tant bonhomme...
Navigue de ton mieux, et prends les
choses comme elles viennent. Faut pour-
tant que je réfléchisse... C'est tout ce
qui me reste. »*

(Hemingway, 1952 : 126.)

L'avènement de la Loi sur la protection de la jeunesse (Loi 24), en 1979, a créé certains remous chez les praticiens sociaux. C'était indéniable : l'intervention familiale, sous quelque forme que ce soit, venait inéluctablement de se métamorphoser. Et il était clair que ces changements étaient là pour durer : la société québécoise tout entière les avait souhaités.

Cœuvrant jusque-là auprès des familles, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux (Rivard-Leduc, 1982), les intervenants ont déploré le fait que la Loi 24 faisait « passer les services sociaux d'une perspective socio-thérapeutique à une perspective socio-judiciaire » (Lesemann et Renaud, 1980 : 25). Certains intervenants ont fait part de leur déception de voir la pratique en contexte d'autorité devenir l'intervention prioritaire dans les centres de services sociaux (Gingras-Potvin, 1986). Avec le temps, ils se sont montrés de plus en plus explicites et ont progressivement fait ressortir les modifications que la loi venait apporter à leur pratique. D'abord cette notion de contrôle, qui vient teinter chacune de leurs interventions et complique parfois leur existence :

« [...] la notion de contrôle vient tout chambarder quand elle est mise en priorité ou considérée comme une fin en soi [...] C'est pourquoi il existe des problèmes chez les praticiens qui ne se reconnaissent plus dans leurs attributions de fonctions, dans leur rôle, dans leur profession. » (Decoster *et al.*, 1982 : 6.)

Affirmation qui reste cohérente avec les conclusions d'une étude menée pour le Comité de la protection de la jeunesse :

« Soixante-quinze pour cent (75%) des praticiens ne se reconnaissaient pas la compétence pour traiter les cas d'inceste. » (Carrier, 1987.)

Dorénavant, l'intervenant familial devra travailler avec des problématiques nouvelles sans nécessairement avoir la formation et la compétence nécessaires.

Autre modification : le Tribunal de la jeunesse devient un sous-système qui sera mis à contribution très fréquemment dans l'exercice des fonctions de l'intervenant du Directeur de la protection de la jeunesse (D.P.J.). En effet, le 23 octobre 1986, dans un atelier du Conseil consultatif du personnel clinique (C.C.P.C.), Lise Binet affirmait, suite à sa recherche, que « deux tiers des professionnels institutionnels qui témoignent, sont des travailleurs sociaux » (Binet, 1986).

Il est assez explicite que cette modification dans la fonction de travailleur social ne s'est pas faite sans heurts :

« [...] Je trouve déplorable que moi, comme travailleuse sociale, je ne me sens pas considérée comme professionnelle. Je me sens plus considérée comme fonctionnaire de l'État, au service de l'État. » (Laforest et Redjeb, 1983 : 122.)

Quoi qu'il en soit, la Loi 24 fait maintenant partie du contexte québécois et nous croyons qu'il en sera ainsi pour encore plusieurs décennies si l'on en juge par les services qu'elle rend à la population (Gagnon, 1987) et la priorité qui lui est consentie par le pouvoir étatique. Les doléances exprimées ici et là par les praticiens sont, à notre point de vue, le prix à consentir pour s'être vu octroyer, du jour au lendemain, autant de pouvoir dans l'étatisation de l'éducation des enfants. Avec cette loi, tout praticien social peut être appelé à devenir un délégué du D.P.J. ; indépendamment de son expérience antérieure, texte de loi en main, il est quotidiennement susceptible, bon gré mal gré, de devoir s'immiscer dans les familles, questionner leur intimité (et exiger des réponses), juger de méthodes éducatives et prendre les moyens nécessaires pour que les parents ne se comportant pas selon les standards sociaux soient relevés de leurs fonctions. Il va sans dire que cela peut embêter un certain nombre de travailleurs sociaux d'autant plus que, d'après certaines

études, ils auraient tendance à obtenir des résultats plus bas que la moyenne « quant à leurs désirs de contrôler les autres » (Palmer, 1983 : 121).

Nous croyons également que la Loi sur la protection de la jeunesse, à cause des nombreuses remises en question qu'elle suscite quant à nos agirs professionnels, nous fournit l'occasion de faire preuve de créativité (Blais et al., 1985 : 24). Nous n'ignorons cependant pas qu'elle a eu pour certains l'effet d'un coup de massue :

« [...] quelqu'un qui continue à prendre le professionnalisme au sérieux est un dangereux farfelu qui ne peut résister longtemps dans la structure qu'on connaît. » (Legot et Lenoir, 1984 : 17.)

Le présent article s'inscrit dans cette perspective d'arrêter de « se poser en misérabilistes » (Dumais, 1987) et choisit de présenter et d'analyser une initiative novatrice qui a découlé des adaptations nécessitées par l'entrée en scène de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Dans un premier temps, nous décrirons sommairement une expérience de prise en charge qui se déroule depuis plus de trois ans dans un centre de psychiatrie infantile et juvénile. Cette expérimentation, pensée, articulée et menée par l'équipe de travailleurs sociaux et de travailleuses sociales, se veut une tentative de réorganisation de façon à conserver à notre profession sa spécificité, tout en tenant compte des impératifs tant cliniques que socio-politiques.

Nous verrons ensuite comment, à notre avis, cette expérience peut apporter une solution à certaines situations intenables dans la prise en charge habituelle.

Finalement, nous tenterons de dégager un certain nombre d'assises théoriques sur lesquelles cette expérimentation s'appuie.

Description de l'expérience

Cette expérience a débuté par le refus des travailleurs sociaux du Centre hospitalier L'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur d'assumer les autorisations de prise en charge, même lorsqu'il s'agissait d'un enfant déjà suivi par un membre de l'équipe. La délégation de prise en charge nous apparaissait à ce moment-là — et nous apparaît toujours — comme ajoutant une dimension absolument incompatible, en vertu du chapitre S-5 de la loi, avec l'intervention déjà en cause. On nous demandait alors de devenir simultanément agent de contrôle social et thérapeute de la famille.

Mais il ne suffisait pas uniquement de refuser les délégations de prise en charge. Nous nous sentions l'obligation morale de faire une contre-proposition, qui nous respecterait comme thérapeute et qui

respecterait également le contexte et les obligations inhérentes à la finalité de la Direction de la protection de la jeunesse (D.P.J.). Nous avons donc proposé ce qui suit :¹

1. Une seule intervenante assurera les autorisations de prise en charge des clients déjà suivis par un membre de l'équipe de praticiens sociaux en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux (chapitre S-5). La déléguée du D.P.J. sera responsable de toutes les tâches reliées à la fonction de protection de l'enfant, entre autres : s'assurer du respect d'une mesure volontaire ou d'une ordonnance du Tribunal ; rédiger les requêtes en protection en vue d'audiences au Tribunal de la jeunesse ; vérifier les situations d'un deuxième signalement pour le même enfant ; rédiger le rapport de révision ; prendre des mesures d'urgence lorsque cela s'impose.

Nous voulons par cette démarche distinguer très clairement les mandats respectifs, auprès d'une même famille, du délégué du D.P.J., que nous appellerons contrôleur social, et du thérapeute familial.

2. Le thérapeute familial continuera à rencontrer l'enfant « protégé » et sa famille et travailler avec eux dans une perspective de consultation volontaire. Concrètement, il articulera ses interventions autour de la demande de services faite par la famille.

Cette procédure permettra au délégué du D.P.J. de rencontrer des parents et de les informer que telle ou telle façon d'éduquer leur enfant est inacceptable aux yeux de la société québécoise et qu'on attend d'eux qu'ils prennent les moyens nécessaires pour mettre fin à cette situation, entre autres en consultant un intervenant familial. Cette façon de procéder permettra également à l'intervenant familial de laisser à la famille concernée le soin de faire auprès de lui les démarches nécessaires pour réaliser la prescription de la D.P.J. À ce moment, même si la famille est fortement incitée à consulter, absolument rien n'empêchera le thérapeute de s'asseoir avec la famille et de demander : « Qu'est-ce que je peux faire pour vous tous ? En quoi me voyez-vous utile dans votre situation familiale actuelle ? » Bref, il ne sera pas, *a priori*, lié par les engagements d'une mesure volontaire.

3. Il fut également entendu que l'expérience se déroulerait dans une perspective de complémentarité intra-professionnelle. Il était clair que, dans le contexte québécois, les fonctions de contrôle social et de thérapie familiale avaient chacune leur raison d'être, qu'elles étaient utiles chacune à leur façon et qu'il n'était pas question pour nous tous de verser dans de stupides

querelles, explicitement ou subtilement, dont le but non avoué serait de montrer à l'autre partie qu'on est meilleur ou plus utile.

Par conséquent, il fut préalablement entendu, et respecté dans l'opérationnalisation, que la praticienne déléguée du D.P.J. établirait des contacts sporadiques, au rythme qu'elle le déciderait, avec le thérapeute de la famille. Ces contacts auraient pour but premier de s'enquérir de la situation de consultation (les gens viennent-ils ou non aux entrevues fixées, les difficultés familiales sont-elles travaillées, etc.) afin de statuer sur la sécurité et le développement d'un enfant ; ils viseraient également à évaluer le comportement de la famille en regard des attentes du D.P.J.

Dès le début du processus de prise en charge, les membres de la famille seront prévenus par la déléguée du D.P.J. qu'elle rencontrera périodiquement leur thérapeute familial pour s'enquérir de l'évolution de leur situation. Ce qui sera confirmé par ce dernier lors de la première entrevue.

De même, il fut ouvertement discuté et entendu avec la représentante du D.P.J. que le thérapeute de la famille se donnerait toute latitude pour communiquer l'information jugée pertinente, compte tenu de sa connaissance de la famille. Bien sûr ces échanges feront dire à certains que nous devenons ainsi, tous, plus ou moins délateurs. Il est impossible de sortir de ce contexte ; mais l'avantage de ce modèle est que les règles sont claires pour chacun des acteurs. L'application de ces propositions a donné beaucoup de satisfaction aux acteurs engagés dans cette expérimentation.

Jetons maintenant un coup d'œil sur notre vécu professionnel pour découvrir comment nous en sommes venus à inventer cette structure pouvant dispenser à la fois les services de prise en charge et les services de thérapie de la famille.

Des solutions à des situations intenable

L'expérience mise sur pied par les praticiens sociaux de l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur se veut une tentative de se dégager de situations difficiles causées par la prise en charge d'enfants au niveau de la Direction de la protection de la jeunesse.

Nous ne sommes évidemment pas le seul État du monde à avoir édicté une loi pour protéger ses enfants. Nous sommes toutefois l'une des rares collectivités à l'avoir si mal appliquée. En effet, nous savons que l'Ontario et l'Ouest canadien ont leur Société d'aide à l'enfance et qu'il est de pratique courante que des intervenants de cette Société réfèrent

des familles à des organismes publics et privés ayant pour fonction première d'offrir une thérapie sur une base volontaire.

De même, les États-Unis ont leur loi de protection de la jeunesse. Si on se réfère au compte rendu de certaines expériences de thérapie familiale dans un contexte de protection, nous constatons qu'elles se déroulent sur une base tripartite : le système-client, impliqué à la fois avec ce que les américains appellent le « contrôleur social » sur une base non volontaire (Haley, 1980 : 56), et avec le thérapeute familial, sur une base volontaire ; le mandat de ce dernier étant de se rendre disponible à la demande de service telle que formulée par le système-client (Jurkovic, 1984).

D'autre part, des intervenants français parlent, dans une publication récente, « d'intervention scindée » afin de répondre aux prescriptions du juge. Encore là, ils font référence à une intervention tripartite auprès de la famille : le Juge et ses prescriptions, « l'éducateur chargé de la mesure » et le thérapeute familial (Taufour et al., 1986).

Plus près de nous, notons l'expérience d'un groupe de praticiens de l'équipe du Programme-Inceste du B.S.S. Laval (Giard et al., 1985). Cette expérience, reprise selon des modalités similaires au Centre de services sociaux de Québec, reste néanmoins très différente de la nôtre puisque le même praticien agit à la fois comme thérapeute et comme contrôleur social. Selon nous, c'est précisément en faisant jouer simultanément par la même personne ces deux rôles antinomiques que la situation devient absurde et intenable : « Être à la fois un "guérisseur de la maladie" et un geôlier est stressant et paradoxal » (Haley, 1980 : 53).

Cette réalité est loin de passer inaperçue ; plusieurs intervenants de la prise en charge nous confirment que, pour parvenir à développer un confort minimal dans ces fonctions, ils ont dû en privilégier une, le contrôle, au détriment de l'autre. Depuis des années, des praticiens expriment leur inconfort :

« Le travailleur social est une personne assise entre deux chaises. »
(Laforest et Redjeb, 1983 : 92.)

« On joue avec deux chapeaux pour montrer au monde que dans le fond on est beau, bon, gentil mais que de l'autre bord, s'ils ne font pas ce que l'on veut, on leur tape sur les doigts. » (Laforest et Redjeb, 1983 : 122.)

Il est permis de croire que les délégués du D.P.J. jouent de moins en moins au beau, bon et gentil intervenant et assument en priorité la fonction de contrôleur social. Bon nombre d'entre eux se sont retrouvés subrepticement dans la peau du juge qui devait à la fois juger son client et en être le procureur.

Regardons de plus près l'inconfort de porter simultanément deux chapeaux ou d'être assis entre deux chaises.

D'abord, les mandats d'intervention donnés par la Loi sur la protection de la jeunesse sont incompatibles avec ceux de la Loi sur la santé et les services sociaux. Du strict point de vue sémantique, protéger vient de deux mots latins : *pro* (devant, en avant) et *tegere* (couvrir, mettre à l'abri). Le préfixe *pro* est souvent lié à l'idée de « défense, de protection », à laquelle s'ajoute une notion de substitution, « à la place de » (Ernout et Meillet, 1967 : 678). Nous référant au *Robert*, protéger signifie qu'on « aide une personne à [...] [se] mettre à l'abri d'une attaque, de mauvais traitements, d'un danger quelconque » (1974 : 521). On trouve également des synonymes tels : se mettre au devant de, défendre, faire l'ange gardien, appuyer, préserver, garantir, prendre des précautions contre, etc. (Quillet, 1974 : 2341).

Le praticien de la prise en charge a pour mandat, *a priori*, de se placer du côté de l'enfant pour jauger, selon un système de valeurs et de convictions assez floues, si les besoins fondamentaux de cet enfant sont respectés. Au départ, le praticien a pour mandat d'être le procureur de l'enfant, de faire valoir ses intérêts et de les défendre contre des abus réels ou potentiels. Il doit être l'allié de l'enfant puisque, dans les faits, le représentant du D.P.J. est généralement contre les parents, subtilement, implicitement ou ouvertement ; il vaudrait alors mieux dire qu'il ait comme mandat, *a priori*, de former une coalition avec l'enfant, entre autres dans le but de forcer les parents à se conformer à des pratiques éducatives généralement acceptées par la société qui les entoure. Et le praticien de la prise en charge a l'autorité et les pouvoirs nécessaires pour obliger les personnes concernées à procéder aux modifications exigées (Koerin, 1979). Ceci est aux antipodes du mandat implicite de la Loi sur la santé et les services sociaux, qui véhicule comme philosophie que les gens sont capables de demander eux-mêmes ce dont ils ont besoin pour eux et leur famille. Le thérapeute familial n'a absolument pas à juger les clients ; il doit être préoccupé par « la difficulté telle qu'elle est ressentie, perçue et présentée par le client lui-même » (Martin-Beausoleil, 1982 : 195). Il devient alors assez utopique de prétendre pouvoir véhiculer deux mandats aussi opposés.

« Les parents et/ou l'enfant ne sont pas concernés au moment où le Directeur a à statuer sur l'état de compromission non plus au moment où l'orientation est décidée. » (Bouchard et al., 1984 : 7.)

Même si cette citation fait référence à une étape différente de la prise en charge, elle indique la place réservée aux parents lorsqu'on agit en vertu d'un mandat de protection des enfants et de la société.

De toute façon, on a raison d'agir ainsi puisque le but de l'intervention n'est pas d'abord d'être attentif aux doléances de la famille ou de lui venir en aide, mais de protéger l'enfant, de s'assurer que sa sécurité et son développement (quelle latitude dans ces deux concepts !) ne sont pas compromis.

Cette attitude face aux parents, bien qu'ici encore à l'opposé absolu de celle du thérapeute familial, n'est pas le fait d'intervenants typiquement localisés dans un secteur géographique précis. Haley (1980 : 53) en vient à dire que les agents de contrôle social, non seulement n'ont aucun intérêt pour la conception systémique d'un problème ou d'une difficulté, mais qu'ils sont « anti-famille ». Selon Haley, les agents de contrôle social ont une perspective individuelle des difficultés, considèrent généralement et spontanément que la famille est nocive pour l'enfant et ignorent, plus souvent qu'autrement, le point de vue des proches de l'enfant. Tout ceci avec l'appui le plus démocratique qui soit : une loi votée par les élus du peuple.

Par ailleurs, le thérapeute familial a généralement une conception systémique des difficultés présentes chez un enfant. Il est au départ convaincu que le problème ne peut pas se développer et se maintenir sans l'interaction soutenue d'acteurs influents gravitant autour de l'enfant (Weakland et al., 1974 : 144). Comment alors un seul intervenant peut-il arriver à articuler deux conceptions aussi divergentes de l'étiologie des difficultés ?

C'est justement en croyant qu'une même personne peut concilier ces vues opposées qu'on en arrive à « brûler » les intervenants les uns après les autres ; ces derniers, dans une telle situation, ont alors tendance à ne pas se croire suffisamment compétents.

Philippe Caillé (1981 : 104) parle des conditions nécessaires pour établir un contact thérapeutique avec la famille. Parmi celles-ci, retenons que la famille doit convenir d'un malaise au sein même de son système, reconnaître son incapacité à soulager ce malaise elle-même et être disposée à utiliser la compétence d'un professionnel pour lui venir en aide.

L'expérimentation quotidienne de prise en charge nous permet de rencontrer une multitude de familles qui ne se reconnaissent pas de difficultés spéciales, ne demandent aucune aide pour elles-mêmes et leurs enfants et perçoivent l'intervention d'un professionnel comme une lubie générant chez elles suspicion et méfiance, et dont l'aboutissement final est très souvent le Tribunal de la jeunesse. Par sa procédure mettant en présence des parties adverses, il est fréquent que le Tribunal de la jeunesse vienne amplifier, chez les familles, une certaine « hostilité de départ » (Lajoie, 1980 : 21) qui a davantage pour effet, chez les

parents, de se mettre à la recherche du délateur qu'à la résolution de leurs propres dysfonctionnements. Encore là, il nous apparaît ambitieux et téméraire d'oser croire qu'un seul praticien de prise en charge, même s'il a de bonnes habiletés d'intervenant, réussira à engager la famille dans un mouvement synchronique et harmonieux pour faire cesser les comportements socialement inacceptables et engager en même temps avec elle un processus de modifications systématiques. Cela est chimérique et humainement impossible.

Une autre source d'inconfort, pour l'intervenant de prise en charge, réside dans la confusion existant dans les rôles et fonctions attribués aux parents. D'un côté, l'article 646 du Code civil stipule qu'un enfant « reste sous l'autorité de ses père et mère jusqu'à sa majorité ou son émancipation ». Il est donc permis de croire, à partir de cet énoncé, qu'*a priori* les parents sont les premiers responsables de leurs enfants. Ceci est d'ailleurs confirmé par certains avis juridiques : « Les parents demeurent tributaires de l'autorité parentale dans tous les cas, sauf s'il intervient un jugement de déchéance de l'autorité parentale » (Houde, 1986 : 5). Ces textes, laissent-ils sous-entendre qu'à chaque fois qu'un intervenant veut entrer en contact avec un enfant, il doit préalablement sonner à la porte et attendre l'autorisation des maîtres de la maison avant d'entrer et d'enquêter auprès de cet enfant ?

Par ailleurs, la Loi sur la protection de la jeunesse reste assez vague et donne ainsi toute latitude au représentant de la D.P.J. pour aller rencontrer l'enfant seul à l'école, aller enquêter chez des voisins concernant le comportement d'un enfant qu'on soupçonne d'être mal contrôlé, aller discuter avec un professeur qui possède, bien entendu, une quantité inestimable d'informations. La plupart du temps, ces différentes démarches se font à l'insu des parents et sans leur autorisation. Le praticien de prise en charge se retrouve soudainement au milieu d'une situation paradoxale ayant l'effet d'une double contrainte (Watzlawick et al., 1972 : 211). Il y a en effet deux messages contradictoires à des niveaux différents ; d'un côté, le Code civil affirme que les parents sont responsables de leurs enfants alors que, d'un autre côté, certains agissent des agents de la Protection de la jeunesse, cautionnés eux aussi par une loi, laissent comprendre qu'ils sont bien placés pour dicter aux parents les bonnes façons d'éduquer un enfant : par exemple, il devra visiter ses grands-parents moins fréquemment, sa mère devra aller moins souvent au bingo, on devra coucher l'enfant plus tard ou plus tôt, etc. Des responsabilités « qui appartiennent normalement aux parents sont confiées au D.P.J. ou son délégué qui n'a pas le choix de les décliner » (Decoster et al., 1982 : 4). « Vous êtes responsable de votre enfant » dit un premier interlocuteur. Et pour être bien certain de

l'efficacité de la double contrainte, le tout sera nié par les « agisseurs », parfaitement conscients que les actions parlent plus fort que les paroles... du Code civil.

Il est bien évident qu'il faudrait des habiletés « surnaturelles » au délégué du D.P.J. pour travailler confortablement avec une famille, dans le contexte où les parents sont à la fois en charge et dominés dans l'éducation de leurs enfants. Et comment le délégué du D.P.J. peut-il, dans cette situation confuse et paradoxale, en arriver à mobiliser les parents et les ré-intéresser à l'éducation des enfants ? Dans ce contexte, les parents se sentent en *ersatz*, et il n'est pas facile de leur fournir des évidences pouvant les inciter à se sentir autrement.

L'expérience des travailleurs sociaux de l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur fut précisément structurée dans le but de fournir une réponse cliniquement valable à ces situations intenable pour une seule personne et incohérentes au niveau de l'intervention.

Assises théoriques de l'expérience

Nous jetterons maintenant un coup d'œil sur les assises théoriques qui sous-tendent la réalisation d'une telle expérience, en nous appuyant sur un certain nombre de concepts liés aux approches stratégiques déjà dégagés ailleurs (Néron et Paquet, 1982).

Certains praticiens ont déjà affirmé que l'intervention dans le contexte de la protection était elle-même une violence déguisée (Gauthier, 1982). Ce point de vue réfère aux situations dans lesquelles on enlève, contre leur gré, des enfants à leur mère, où on force des aveux qui nous simplifient tellement la tâche, où on entre dans les maisons verrouillées où il y a présomption de situation de danger pour un enfant, où on traduit devant le Tribunal, etc. Pendant ce temps, on fait vivre aux clients exactement ce qu'on leur reproche : on les agresse violemment dans leur vécu, dans leurs réalités culturelles souventes fois fort différentes des nôtres et impénétrables par un observateur. Bref, sans trop s'en rendre compte, la solution mise en place par la société devient un élément important dans la genèse d'un problème que par ailleurs on s'efforce de résoudre : dans les mots de Watzlawick, plus de la même chose ou quand le problème c'est la solution (1975 : 49-58). Même pris dans un cercle de relations aussi vicieuses, l'intervenant continue de vouloir aider. Il est vrai que ce désir fait partie intégrante de son être : « La principale maladie dont souffrent la plupart des thérapeutes est leur obsession à vouloir aider » (Andolfi, 1981 : 64).

L'expérience, telle que vécue à l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur, place le thérapeute familial dans une meilleure position vis-à-vis les familles.

Celles qui le désirent auront accès à une ressource clinique supplémentaire après que le branle-bas de combat se sera apaisé et même si, au hasard des circonstances, certaines situations ont pu être vécues péniblement par la famille.

Pour sa part, le thérapeute familial occupe une position relativement confortable. Il est bien placé pour rester vigilant aux réactions courantes des familles, suite à leurs démêlés avec la Protection de la jeunesse et pour les inciter à dépasser les sentiments de trahison, de rejet, d'abandon et de nullité vécus par la plupart d'entre elles, face à l'intervention de l'agent de la Protection de la jeunesse (Palmer, 1983 : 122). À la suite de ces expériences avec la Loi sur la protection de la jeunesse, nous avons rencontré plusieurs parents devenus complètement confus et insécures dans l'exécution de leurs rôles parentaux. Ils se sont sentis blâmés, ont perdu confiance en eux, si bien qu'ils n'osent plus poser les actes éducatifs nécessités par leurs fonctions de crainte de se faire rabrouer. Ceci est d'ailleurs en accord avec les observations d'autres auteurs, qui concluent que les tensions générées suite aux contacts avec le Tribunal de la jeunesse ont tendance à amplifier les difficultés interactionnelles qui prévalaient antérieurement. Une famille portée à s'en remettre à des tierces personnes dans l'exécution de ses rôles parentaux devient encore plus désengagée suite aux auditions, et ainsi de suite (Jurkovic, 1984 : 225).

Par ailleurs, la période entourant les démêlés avec la Protection de la jeunesse constitue souvent, pour le thérapeute familial, un moment toute à fait opportun pour engager des familles dites rigides et détériorées dans un processus de changement. On y retrouve fréquemment les caractéristiques d'un système en état de crise (Golan, 1969) particulièrement prêt à entrer en interaction avec une tierce personne, ne serait-ce que pour déverser le trop-plein émotionnel. Peu importe que les familles deviennent alors spontanément plus prêtes à s'impliquer, le fait demeure que les démêlés avec la Protection de la jeunesse créent fréquemment chez elles une nouvelle motivation utile et utilisable par le thérapeute familial : « [...] d'une façon générale, on pensait qu'en abordant immédiatement la colère et la méfiance, le traitement pouvait commencer ». (Gourse et Cheschair, 1981 : 72). Le traitement peut justement s'engager dans une perspective stratégique tout à fait pertinente pour maximiser les chances d'aboutir à des changements significatifs du système familial. Voici les principaux éléments qui se dégagent de cette perspective stratégique.

Absence de confusion

D'abord, le thérapeute familial peut représenter un intervenant non menaçant pour la famille, et ceci hors de toute confusion objective. Dans le modèle de prise en charge privilégié par les praticiens de l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur, les clients sont informés dès leurs premiers contacts avec l'agent de la Protection de la jeunesse que, ni lui-même ni l'intervenant familial ne porteront simultanément deux chapeaux. À notre avis, cette clarté dans les communications crée un contexte clinique propice au changement.

Si le thérapeute réussit à se faire percevoir par la famille comme non menaçant grâce à sa position professionnelle non ambiguë, nous osons croire qu'il contribuera à créer ainsi un contexte favorable à des échanges faciles et moins empreints de méfiance : « Est-il possible de souhaiter être honnête et sincère avec quelqu'un qui a menacé de vous poursuivre ? » (Weakland et Herr, 1979 : 20).

Système-client : artisan de son devenir

Au plan stratégique, le thérapeute familial est placé, dans ce modèle de prise en charge, dans une position où il peut demander à la famille : « En quoi puis-je vous être utile ? ». Cette question, bien qu'anonodine pour bon nombre d'entre nous, est susceptible d'avoir ici une portée fort différente. Effectivement, la famille est invitée à redevenir artisan de son propre devenir. Ayant dû se résigner, depuis quelques semaines, à subir passivement ce que la société l'enjoignait de vivre, elle a maintenant un interlocuteur qui lui offre une occasion supplémentaire de se prendre en main et de reprendre une partie des rôles dont elle s'est sentie dépossédée. Nous croyons que cette question banale, si elle est vécue avec cohérence, lui offre la possibilité de reprendre ses pouvoirs en commençant par celui de reconnaître ou non l'autorité du thérapeute familial. En effet, l'autorité de l'agent de la Protection de la jeunesse lui est conférée par la société, et non par la famille concernée, qui doit plutôt la subir (Palmer, 1983 : 122).

Que ce soit le système-client qui ait à reconnaître l'autorité du thérapeute familial présente l'avantage que ce dernier reçoit ses mandats directement du système concerné. Le thérapeute n'a des comptes à rendre qu'à la famille ; il ne se sent pas coïncé pour aider, bon gré, mal gré, bien que la société nourrisse face à lui des attentes explicites de normalisation et de rétablissement de la douce quiétude. Et justement parce qu'il se sent plus libre, le thérapeute se place dans une position stratégique qui maximise son utilité potentielle : « Plus l'intervenant

sent le besoin de faire quelque chose, plus il devient inutile » (Weakland et Herr, 1979 : 24). L'inverse est également vrai : moins l'intervenant sent le besoin de faire quelque chose, plus utile il devient. Si le thérapeute laisse définir son autorité d'intervention par le système-client dans une situation précise, cela suppose qu'il est convaincu des capacités et habiletés des clients à demander à qui ils veulent ce dont ils ont besoin pour eux-mêmes et leurs proches. Dans ces conditions, le thérapeute prend très souvent le risque de ne pas « aider » autant qu'il le voudrait.

Alliance stratégique et contrat

Notons enfin un dernier élément stratégique pouvant permettre de maximiser les chances de supporter adéquatement les familles aux prises avec certains désordres et qui cherchent à retrouver leur équilibre. En effet, le modèle de prise en charge permet au thérapeute familial de former des alliances stratégiques avec le système-client afin d'amener les membres du système à se mobiliser et à poser « spontanément » des gestes cliniquement souhaitables compte tenu de leur dynamique. Dans notre façon de procéder, rien n'empêche le thérapeute familial de s'engager dans un processus d'intervention avec une famille qui désirerait se libérer, dans les meilleurs délais, des interventions de l'agent de la Protection de la jeunesse. Nous avons réalisé, au cours de l'expérimentation, que cette tactique permettait l'identification explicite et rapide des comportements reprochés aux parents ou aux adolescents par le directeur de la Protection de la jeunesse ou le Tribunal ; de même, elle fournit au thérapeute l'occasion de reprendre chacun des comportements déjà jugés inadmissibles et de discuter avec les parents de ceux qui, selon eux, restent encore à modifier. Nous convenons ensuite, avec la famille, des nouveaux comportements qu'elle devra adopter si elle veut vraiment se libérer de la tutelle de la D.P.J., ce qui, en quelque sorte, devient le contrat clinique négocié avec le système concerné. D'après notre expérience, il s'avère plus facile de négocier un tel contrat quand il y a préalablement une alliance stratégique thérapeute/système-client.

Ces constatations restent conformes à l'opinion d'autres auteurs qui nous enseignent que, pour maximiser nos chances de réussite dans le traitement des familles, il faut entre autres utiliser la position du système-client ; le thérapeute familial doit s'efforcer de comprendre les faits dans la même perspective que celle de son client (Fisch et al., 1982 : 89-127). Tout ceci dans le but explicite d'éviter de provoquer les résistances du système-client, et de créer une similitude émotionnelle

stratégique dont l'effet clinique visé est d'abord de rapprocher les deux sous-systèmes :

« [...] La communication entre les systèmes-clients et les praticiens repose sur un inventaire commun et une compréhension mutuelle des facteurs pertinents. » (Buckley, 1967 : 124.)

De toute façon, il est reconnu depuis fort longtemps que les premières impressions qu'éprouve une personne face à une autre seront déterminantes dans les actions qu'elle posera ultérieurement :

« Il est plaisant d'être reconnu ; il est encore plus plaisant d'être compris, et le plus excitant est peut-être de conclure une entente avec quelqu'un. » (Ruesch, 1963 : 134.)

Évidemment, le thérapeute familial qui arrive à vivre ce type d'interactions avec ses clients se donne de meilleures chances d'influencer le système-client dans la direction que ce dernier aura lui-même choisie. Il va sans dire qu'il y a diverses façons, tout aussi complémentaires les unes que les autres, de parvenir à une telle richesse de contact au sein du système clinique, c'est-à-dire de parvenir à un vécu plaisant, excitant et reconnu.

Effectivement, à partir du modèle de prise en charge que nous privilégions, il nous fut donné d'expérimenter à plusieurs reprises des variantes de la technique du « chœur grec » (Papp, 1980). Cette technique, encore fréquemment utilisée par les thérapeutes familiaux du Ackerman Institute de New York, consiste à faire intervenir très activement dans le processus d'intervention un ou des observateurs placés derrière un miroir sans tain, dans le but clinique de polariser la réalité vécue par le système-client et de se donner le maximum de chances de supporter l'un et l'autre partenaires. Ainsi, en présence d'une famille, l'intervenant familial, dans notre modèle de prise en charge, peut toujours se placer pour éviter d'être coïncé par la famille. Par exemple, supposons qu'une famille vienne en entrevue pour dire qu'elle n'a plus besoin de services. Le thérapeute familial, pour être conséquent avec sa philosophie, se doit d'accepter cette décision puisque seul le système-client a le pouvoir de donner ou de retirer le mandat. Dans un premier temps, donc, le thérapeute accepte qu'il n'y a plus nécessité de poursuivre les interventions. Cependant, un intervenant stratégique doit toujours garder une deuxième carte dans son jeu. Notre modèle de prise en charge la fournit en nous permettant de faire intervenir d'autres observateurs dans cette décision de discontinuer le traitement. Le thérapeute peut très bien demander à la famille : « Que va dire l'agent de Protection de la jeunesse lorsque vous le mettrez au fait de votre décision ? Au cas où il serait sceptique quant aux améliorations réelles apportées à votre

famille, verriez-vous utile qu'on prenne quelques minutes ensemble pour vous préparer à le convaincre avec des évidences concrètes si possible ? » Très souvent, la discussion se poursuit tout bonnement sans parti pris de la part du thérapeute puisqu'il ne se sent pas obligé de maintenir ses clients en consultation ; il ne se sent tenu qu'à leur fournir le maximum des services qu'ils demandent. L'avis d'un observateur externe, qui pourrait être fort différent s'il était informé de cette décision (« chœur grec »), fait fréquemment en sorte que le thérapeute puisse continuer d'accompagner la famille... si elle le décide, bien entendu. À ce moment, la porte reste ouverte. Le système thérapeutique reste en place même si les objectifs apparents ont pu subir un semblant de métamorphose.

Commentaires

Voilà qui termine l'essentiel de notre réflexion sur cette expérience. Beaucoup d'autres éléments auraient pu être apportés, mais nous croyons avoir fait ressortir l'essentiel de cette expérimentation dans l'intention d'informer d'autres collègues et de susciter des échanges autour d'un tel projet.

Il apparaîtra à certains lecteurs que cette expérience est trop belle pour être vraie. Pourtant, elle est fidèlement décrite, en insistant davantage cependant sur les aspects positifs plutôt que sur les limites d'un tel modèle de prise en charge. Car, bien sûr, il n'y a pas que des aspects positifs ; après une expérimentation de plus de trois ans, nous sommes porté à croire que les principales limites identifiées jusqu'à maintenant relèvent plus des personnes qui ont à l'actualiser que du modèle lui-même. Cela est peu surprenant, car nous avons débuté cette expérience *tabula rasa*, sans pouvoir nous référer à d'autres ; nous devons donc définir ce projet au fil des situations hebdomadaires qui se présentaient. Bon nombre d'entre nous ne s'étaient jamais présentés au Tribunal comme témoins ; nous avions l'habitude d'être requérants, ce qui n'est pas du tout la même réalité. Bien que ces nouvelles situations exigent de nombreuses adaptations susceptibles d'irriter certains intervenants, nous croyons que le projet mérite d'être poursuivi, et nous avons la motivation nécessaire pour le mener à bien.

Notes

- * L'auteur désire remercier Hugues Bernier, Raynald Gosselin, Suzanne Lemire et Marcelle Laforest, qui ont aimablement accepté de lire ce document et d'y faire des suggestions qui en ont grandement amélioré le contenu final.
- ¹ Nous nous référons ici étroitement à un document inédit de Viviane Racine, cité en bibliographie.

Références bibliographiques

- ANDOLFI, Maurizio, « Family therapy with rigid systems », *The Journal of Strategic and Systemic Therapies*, vol. 1, n° 3, printemps 1982.
- BINET, Lise, *Juger et décider*, Québec, Centre de recherche sur les droits et libertés, Faculté de droit, Université Laval, 1986.
- BLAIS, Jeanne et Michèle GINGRAS, *L'intervention en contexte d'autorité : situation actuelle et priorités d'action*, Québec, Conseil consultatif du personnel clinique, Centre de services sociaux de Québec (C.S.S.Q.), 1985.
- BOUCHARD, Ginette, Lise DAUPHINAIS et Suzanne LEMIRE, *Guide d'application des mesures volontaires*, Québec, C.S.S.Q., janvier 1984.
- BUCKLEY, Walter, *Sociology and Modern Systems Theory*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1967.
- CAILLÉ, Philippe, *Changements systémiques en thérapie familiale*, Paris, E.S.F., 1980.
- CARRIER, Maurice, « Traitement de l'inceste : les praticiens sont-ils bien formés ? », *Santé Société*, vol. 9, n° 2, 1987, p. 51.
- DECOSTER, Jean, Roland LORD, Bernard POIRIER et Monique VACHON, *Aidant ? et/ou contrôlant ?*, Québec, Conseil consultatif du personnel clinique, C.S.S.Q., 1982, (texte miméographié).
- DUMAIS, Jacques, « La peur des travailleurs sociaux », Éditorial, *Le Soleil*, 5 avril 1987, p. B-4.
- ERNOUT, Alfred et Antoine MEILLET, *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Paris, Klincksieck, 1967.
- FISCH, Richard, John WEAKLAND et Lynn SEGAL, *The Tactics of Change*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982.
- GAGNON, Martha, « Les enfants de la violence », *La Presse*, dossier publié les 2, 3, 4, 5, 6, et 7 mai 1987.
- GAUTHIER, Gaston, « La Protection, une violence déguisée », *Convergence*, vol. II, n° 6, février 1982.
- GIARD, Marie, Huguette PAIEMENT, Louise PAQUET-LAVALLÉE, Herman ALEXANDRE, Gilles DAVID, Jacques AUDETTE et Gilles RONDEAU, « Programme de traitement de l'inceste selon Giarretto : bilan d'une expérience d'un an au B.S.S. Laval », *Intervention*, n° 72, 1985 : 41-55.

- GINGRAS-POTVIN, Madeleine, « Où s'en va le service social ? », *Le Devoir*, 20 octobre 1986, p. 7.
- GOLAN, Naomi, « When is a client in crisis ? », *Social Casework*, vol. 50, n° 7, 1969 : 389-394.
- GOURSE, Judith E. et Martha W. CHESCHAIR, « Authority issues in treating resistant families », *Social Casework*, vol. 62, n° 2, 1981 : 67-73.
- HALEY, Jay, *Leaving Home, The Therapy of Disturbed Young People*, New York, McGraw-Hill Book, 1980.
- HEMINGWAY, Ernest, *Le vieil homme et la mer*, Paris, Gallimard, 1952. (« Folio ».)
- HOUE, Jeanne, *Autorité parentale et consentement du jeune à des services de santé et des services sociaux*, Exposé au Congrès de l'A.C.S.S.Q., Montréal, avril 1986.
- JURKOVIC, Gregory, « Juvenile Justice System », pp. 211-246 (chapitre 8) dans : BERGER, Michael, JURKOVIC, Gregory et al., *Practicing Family Therapy in Diverse Settings*, San Francisco, Jossey-Bass, 1984.
- KOERIN, Beverly, « Authority in child protective services », *Child Welfare*, vol. 58, n° 10, 1979 : 650-657.
- LAFOREST, Marcelle et Belhassen REDJEB, *Le service social dans les centres de services sociaux au Québec : une double réalité*, rapport de recherche, École de service social, Université Laval, 1983.
- LAJOIE, Jean, « Plaidoyer pour le concept de protection », *L'Écouteille*, vol. 5, n° 1, avril 1980.
- LEGOT, Noël et Pierre LE NOIR, « La petite vie d'un travailleur social par les temps qui courent », *Intervention*, n° 68, 1984 : 13-21.
- LESEMANN, Frédéric et Gilbert RENAUD, « Loi 24 et transformation des pratiques professionnelles en service social », *Intervention*, n° 58, 1980 : 25-57.
- MARTIN-BEAUSOLEIL, Geneviève, « Les modèles de pratiques en service social personnel : une première perspective », *Service social*, vol. 31, nos 2 et 3, 1982 : 194-202.
- NÉRON, Isidore et Renaud PAQUET, « L'intervention stratégique : une pratique discutable », *Service social*, vol. 31, nos 2 et 3, 1982 : 290-306.
- Nouveau dictionnaire pratique Quillet*, Paris, Quillet, 1974.
- PALMER, Sally E., « Authority : An essential part of practice », *Social Work*, vol. 28, n° 2, 1983 : 120-125.
- PAPP, Peggy, « The Greek chorus and other techniques of paradoxical therapy », *Family Process*, vol. 19, n° 1, 1980 : 45-58.
- RACINE, Viviane, *Bilan de l'expérience de la prise en charge de la situation d'un enfant autorisée par le Directeur de la Protection de la Jeunesse et des modalités particulières de fonctionnement à l'Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur*, Québec Service social, Hôtel-Dieu-du-Sacré-Cœur, juin 1986. (Document inédit.)
- RIVARD-LEDUC, Madeleine, « Coupures budgétaires dans les services sociaux publics : émondage ou castration ? », *Intervention*, n° 63, 1982 : 2-3.
- ROBERT, Paul, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Société du nouveau Littré Le Robert, 1974.

- RUESCH, Jurgen, « The role of communication in therapeutic transactions », *Journal of Communication*, vol. 13, n° 3, 1963 : 132-139.
- TAUFOUR, Philippe, Marie-Thérèse PRÉVOST et Gérard AUBRÉE, « Approche systématique en centre d'orientation et d'action éducative ou que faire de la demande de consultation formulée par le juge des enfants? », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 15, n° 1, 1986 : 72-78.
- WATZLAWICK, Paul, J. HELMICK-BEAVIN et D. JACKSON, *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972.
- WATZLAWICK, Paul, John WEAKLAND et Richard FISCH, *Changements, paradoxes, et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975.
- WEAKLAND, John H., Richard FISCH, Paul WATZLAWICK et Arthur M. BODIN, « Brief Therapy : Focused Problem Resolution », *Family Process*, vol. 13, n° 2, 1974 : 141-168.
- WEAKLAND, John H. et John J. HERR, *Counseling Elders and their Families*, New York, Springer, 1979.