

La dimension cachée

Introduction à des programmes de rééducation en milieu libre

Daniel Marineau

Volume 7, Number 1, January 1974

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017033ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017033ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0065-1168 (print)

1718-3243 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Marineau, D. (1974). La dimension cachée : introduction à des programmes de rééducation en milieu libre. *Acta Criminologica*, 7(1), 133–167. <https://doi.org/10.7202/017033ar>

Article abstract

«THE HIDDEN DIMENSION : THE CIRCULAR INDEX» AN INTRODUCTION TO RE-EDUCATION PROGRAMS WITHIN THE COMMUNITY

It was in seeking to define and operationalize the prevention of juvenile delinquency that we discovered the circular index. First we will describe the method we followed in a clinical experiment and study on the marginal adolescent as he interacts with his school environment. Then we discuss our new understanding. Instead of seeing the social reality piecemeal, we saw it as a whole. There always seems to be a greater and greater distance between the evaluation in the form of detection, psycho-social and criminological evaluation and the supportive programs we are trying to elaborate and apply for reeducation within the community.

The nosographic school is represented by the work of Hochman (1971). He asks whether this school has not reached its limits; he doubts its descriptive and prescriptive value. Nonetheless, we ask him to give us time, for to answer categorically in the affirmative can have grave consequences for a country or a province. While agreeing that our clinical and research theory belongs to a part of the nosographical school, it is not so much its descriptive and prescriptive value that is in question as the relationship between the two entities.

This is why we are making a brief inventory of the outside restraints on our own clinical thinking. Among these, there is the lack of time available to the practitioner, his lack of resources, his inability to refer to the past, the difficulty of sharing his experience with that of others in a scientific manner, the mobility and uncertainty of the practitioner, etc.

Second, we raise a number of restraints which are part of the clinical thinking of the practitioner. Two general types of restraints are described. The first refers to the different theoretical frames of reference of the practitioner, the second particularly concerns his work methods.

Third, we place the linear index against the circular index. The linear index is defined as any evidence by which the first characteristic questions the individual's relations with abstract entities. The circular index is defined as any evidence attributed to an individual in relation to systems and groups. As to the systematizing of the circular index, we will have to wait another few months. Nevertheless, an example of the circular index is given through the study of a negative gang in the neighbourhood.

The last part of the article deals with palliatives that can be used to reduce internal and external restraints on the clinical thinking and can but encourage this dialectic between the descriptive and prescriptive elements of the nosographic school. Among these palliatives, there is an urgent need to make an inventory of circular indices, to put them in order and to find the best methods to obtain them. In addition, a clinical table must be constructed connecting the different resource items the practitioner needs to apply various supportive programs within the community once the accent is placed on rehabilitation, socialization and or the clinical prevention of the behaviour, and or the structure of the marginal personality.

As a last palliative, we describe a way in which we give the client the evaluation we have made of him, explaining to him his behavioural and psychodynamic profile. For us, the aim of this last palliative is not only to evince greater respect for the client, but also to recognize his potential participation in his own program of treatment.

LA DIMENSION CACHÉE
INTRODUCTION À DES PROGRAMMES
DE RÉÉDUCATION EN MILIEU LIBRE

Daniel Marineau

PLAN GÉNÉRAL

Introduction	135
A. Cheminement critique d'un projet de démonstration	137
B. L'indice linéaire ou la raison nosographique	144
C. L'indice circulaire	155
D. Quelques palliatifs	158
Conclusion	161
Bibliographie	163

INTRODUCTION

C'est en voulant définir et opérationnaliser la prévention de la délinquance juvénile que nous avons découvert l'indice circulaire. Nos objectifs étaient de dépister et de soutenir certains adolescents en voie à une délinquance style de vie. En nous référant aux écrits et à certaines recherches portant sur la délinquance juvénile, dont les études de Kvaraceus (1945) et de Debuyst (1962) pour en citer quelques-unes, l'école devenait une structure stratégique pour étayer un projet démonstration sur la prévention. Nos interventions cliniques devaient porter sur une catégorie d'âge en particulier, soit les 12-16 ans. Certaines études que nous avons effectuées il y a quelques années à partir de la mise sur pied d'un club de prévention dans une ville de banlieue nous permettaient de retrouver un sommet de la délinquance juvénile vers 15,3 ans, confirmant ainsi plusieurs études dont celles des Glueck (1962).

En reconnaissant comme structure pivot l'école, nous accordions une très grande place à l'adolescent-étudiant en plein processus de maturation personnelle, professionnelle et sociale. Cette maturation était marquée chez l'étudiant par son passage de l'école élémentaire à l'école secondaire. Pour les adolescents qui avaient cheminé normalement à travers leur processus de socialisation, cette transition entre les deux types de structure scolaire était vécue de façon très anxiogène. L'école élémentaire leur avait permis de découvrir les règles de jeu de la vie en groupe : collaboration entre les pairs, sentiment d'appartenance, stabilité des groupes,

personnalisation dans les échanges ; c'étaient autant de variables qui caractérisaient les relations interpersonnelles appuyées par un encadrement simple, clair et précis mais quelquefois contraignant. L'école secondaire, mieux encore la polyvalente, créait chez eux une insécurité profonde ; c'était le début de l'école anonyme, des échanges au niveau de la masse, de la confusion structurale et l'éclatement de la dimension spatio-temporelle.

Pour les adolescents qui avaient subi des altérations dans leur processus de socialisation, l'école élémentaire était devenue trop contraignante. L'entrée à la polyvalente signifiait pour eux la liberté, une façon de masquer leurs carences socio-affectives qu'ils avaient entretenues tout au long de leur apprentissage socio-scolaire à l'école primaire. Malgré leur forte insistance à verbaliser leur intérêt pour la polyvalente en exprimant le sentiment qu'ils seraient libres. Dès les premiers jours de fréquentation de la polyvalente, nous les voyions consciemment ou non tenter de recréer une structure de groupe semblable à celle qui prévalait à l'élémentaire. La seule différence était une structuration des sous-groupes à partir d'une association entre étudiants marginaux ; les autres étudiants en étaient exclus.

Si la formation d'une bande avait peu de chance de naître au niveau de l'école élémentaire, même si le quartier pouvait favoriser un tel type de regroupement, la polyvalente devenait une structure propice à la création de celle-ci. La polyvalente favorisait l'éclatement de la bande du quartier mais elle permettait aussi la naissance de bandes qui se rapprochaient d'une structure de gang. C'est ainsi que nous avons vu des bandes naître et mourir pour renaître sous une forme de plus en plus marginale. La polyvalente, petite société en miniature, en était arrivée à avoir sa petite pègre locale. L'intimidation, les voies de faits, la destruction du mobilier scolaire, les vols intra et extra-muraux s'organisaient. L'apathie, l'indifférence du premier type d'étudiants devenait un renforcement supplémentaire à l'éclosion du second type d'étudiants.

Un point avait sensiblement retenu notre attention : c'était la facilité avec laquelle les marginaux se reconnaissaient entre eux. Slavson (1966) avait noté que l'étudiant marginal avait cette justesse perceptuelle à reconnaître ceux qui l'acceptent ou le rejettent. Biron *et al.* (1973), en décrivant l'opération dépistage, reconnaissaient chez les professeurs une grande habileté à découvrir les marginaux, mieux encore que les différents spécialistes

rattachés à un service de consultation d'une polyvalente. Puisque les marginaux ont un sixième sens pour se découvrir mutuellement, c'est en composant avec eux comme consultant que nous arrivions avec les années, bien après avoir subi le *testing* du milieu, à dépister l'étudiant marginal à partir d'une source de référence informelle, en l'occurrence l'autrui marginal, son homonyme.

Le réseau de relations informelles qui se créait entre les marginaux et les différents consultants qui concevaient leur métier un peu comme des travailleurs de rue (*street workers*) devenait beaucoup plus pertinent au fur et à mesure de l'application des interventions cliniques. Avec les années, l'étudiant marginal en arrivait à dépister pour le consultant l'autrui marginal, à le lui référer. C'est ce qui amenait bien des consultants à avoir deux *case load*, soit un *case load* formel et un *case load* informel. Le *case load* formel faisait de l'inadaptation scolaire la variable dominante. Le *case load* informel n'avait pas de variable dominante, celle-ci était en fonction des individus bien plus qu'en fonction d'une structure.

A. CHEMINEMENT CRITIQUE D'UN PROJET DE DÉMONSTRATION

À partir de nos fonctions de consultant à l'intérieur d'un service aux étudiants et de notre intérêt pour la dimension recherche, nous avons été amenés à bâtir un rationnel clinique pouvant permettre de dépister et de soutenir certains adolescents marginaux soumis à la fréquentation scolaire due à leur âge et qui présentaient des difficultés d'adaptation soit au niveau familial, au niveau scolaire ou au niveau social.

C'est en utilisant les mêmes instruments cliniques propres à la resocialisation du délinquant, tels le test de socialisation (S.O.) de Gough, le test de délinquance révélée de Nye et Short, le questionnaire d'adaptation familiale, scolaire et aux loisirs de Marineau (voir Biron *et al.* (1973)), le Kelly dont l'objectif premier était de mesurer la capacité interpersonnelle du sujet, le typologie de Sullivan, Grant et Grant (1969), que nous envisagions la prévention de la délinquance juvénile.

Bien sûr, quelques instruments furent bâtis en cours de route, tel le guide de dépistage comportant dix items et qui fut analysé dans le rapport de Biron *et al.* (1973). D'autre part, un

protocole d'entrevue fut développé nous permettant d'aller chercher des indices spécifiques sur l'agir déviant et délinquant du sujet pendant l'application d'un programme, etc.

Ce qui différenciait le plus l'approche préventive de l'approche dite de resocialisation appartenait beaucoup plus à une stratégie d'intervention qu'à un outillage différent. Au lieu de laisser le prédélinquant ou le délinquant être dirigé vers des services spécialisés à l'intérieur de l'école, nous allions vers eux en les identifiant dès leur passage de l'école élémentaire à l'école secondaire. Cette forme de stratégie nous amenait à différencier le dépistage provoqué et le dépistage non provoqué.

Le dépistage provoqué appartenait à la prévention. Il était l'intervention qui précédait la situation critique ; le consultant allait de lui-même vers l'étudiant. Ce type d'opération s'effectuait à une période déterminée de l'année. C'était un dépistage de groupe. La procédure visant à opérationnaliser le dépistage était en fonction de la structure scolaire qui référerait les étudiants et de la période de temps dont disposait le consultant pour effectuer cette opération.

Le dépistage non provoqué était un mode d'intervention qui suivait la situation critique : c'était en terme de prévention de la répétition de l'agir marginal que le dépistage non provoqué prenait tout son sens. Celui-ci s'effectuait tout au cours de l'année et était d'abord et avant tout une approche individuelle. Il s'effectuait à partir d'une procédure officielle pouvant varier d'une école à l'autre. Plusieurs sources de référence étaient amenées à référer des sujets dans le cadre du dépistage non provoqué, tels les services de probation pour mineurs, les tribunaux pour mineurs, les agences de service social, les jeunes eux-mêmes, etc.

Les deux types de dépistage étaient rendus nécessaires dans l'action. Le dépistage non provoqué, par le peu de référence de cas, nous amenait à remettre en question l'utilité d'un service de consultation. Pourquoi, pendant l'année académique, peu d'étudiants étaient référés à un tel service pour les troubles de comportement, alors que constamment les professeurs se plaignaient d'un manque énorme de contrôle sur les agirs de plusieurs de leurs étudiants à partir de l'absentéisme de ces derniers, leur non-motivation scolaire, leur consommation de certaines drogues, certains délits à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, etc.

Dans la plupart des cas d'expulsion, le service de consultation n'était pas consulté, même si l'article 74 de la Loi sur la fréquentation scolaire¹ stipulait qu'aucune administration scolaire ne peut exclure un élève sans avoir épuisé toutes les ressources dont elle dispose pour amender les comportements marginaux de ce dernier. Non seulement l'école privilégiait le retrait de l'étudiant à une tentative d'intégration scolaire par le biais du service de consultation, mais elle usait de la même stratégie vis-à-vis du secteur de l'orthopédagogie.

Ce dernier secteur, qui recevait une clientèle ayant tantôt des troubles d'apprentissage, tantôt des retards pédagogiques, tantôt des troubles socio-affectifs, tantôt des déviations multiples, avait non seulement des objectifs d'intégration scolaire dans un cadre de vie plus restreint mais il avait des objectifs de réintégration scolaire de cette clientèle dans le vaste ensemble de la polyvalente soit comme étudiant du secteur régulier soit comme étudiant du secteur professionnel (orientation métier).

Le dépistage provoqué ne cherchait pas à identifier uniquement la clientèle susceptible de régresser sur le plan scolaire dans les dix mois académiques suivant une telle opération. Le dépistage provoqué cherchait aussi à identifier les sujets ayant réussi leur adaptation scolaire. Par l'opération relance, il nous était possible de suivre leur évolution. Pour certains étudiants les programmes de support visaient à maintenir leur adaptation scolaire. Pour certains autres, la relance devenait un moyen privilégié pour apporter des correctifs.

L'opération dépistage, tout comme l'opération relance, nous forçait à une définition opérationnelle de l'étudiant marginal. Le ministère de l'Éducation reconnaissait deux types de mésadaptés socio-affectifs, soit les mésadaptés socio-affectifs légers et les mésadaptés socio-affectifs graves. Qui dit définition ne dit pas nécessairement opérationnalisation. Nos instruments d'évaluation nous permettaient d'opérationnaliser une trilogie entre mésadapté léger, moyen et grave.

Le mésadapté léger était généralement adapté au niveau familial, au niveau scolaire et au niveau social. Quelquefois il pouvait être mésadapté dans une de ces trois structures de vie. La plupart du temps cette mésadaptation était d'abord et avant

1. Département de l'instruction publique (1944) : *Instructions concernant la fréquentation scolaire obligatoire et la gratuité des livres.*

tout au niveau familial et/ou social. Elle était ressentie au niveau scolaire par l'actualisation de comportements réactionnels. L'inadaptation scolaire du mésadapté léger était d'abord et avant tout un mauvais classement pédagogique, une relation conflictuelle spécifique mais non généralisée. Par exemple, une relation pouvait être négative entre un professeur et le sujet, mais cette relation conflictuelle ne s'étendait pas à l'ensemble des relations entre professeurs-étudiants. La déviance et/ou la délinquance du sujet ne s'orientait pas vers une déviance ni une délinquance style de vie. La structure de personnalité du mésadapté socio-affectif léger se caractérisait par un niveau de maturité interpersonnelle élevé (niveau IV-V).

Le mésadapté socio-affectif moyen était généralement inadapté à plusieurs niveaux d'analyse. L'inadaptation scolaire devenait la variable dominante. S'ajoutait une inadaptation du sujet soit au niveau famille ou loisir. La présence de plusieurs zones conflictuelles devenait apparente entre le sujet et les différentes figures-rôles de son entourage. La déviance et la délinquance du sujet se rapprochaient beaucoup plus d'un mode de vie que d'une réaction à une situation. Le mésadapté socio-affectif moyen avait généralement un bas niveau de maturité interpersonnelle (niveau III).

Le mésadapté grave se caractérisait par des inadaptations profondes et cumulées. Non seulement était-il inadapté au niveau familial et social, mais aussi au niveau professionnel. L'agir associatif et antisocial faisait partie intégrante de sa personnalité (niveau III-II).

C'est ainsi que nous arrivions à reconnaître que 57,1% des mésadaptés socio-affectifs légers réussissaient à passer à travers leur processus scolaire contre 25% de réussite pour les mésadaptés moyens. Quant aux mésadaptés graves, il n'y avait que 16,7% d'entre eux qui réussissaient leur processus scolaire. Même si cette classification avait un souci d'opérationnalisation, elle fut mise en veilleuse dû au danger que représentait l'identification de certains étudiants marginaux sans avoir des garanties suffisantes de l'existence de programmes de support appropriés. En identifiant les marginaux, en les indiquant à l'administration scolaire, il devenait encore plus facile de procéder à des expulsions en plaquant l'absence de ressources adéquates pour ces derniers. C'est ainsi que nous avons vécu l'expulsion des mésadaptés graves d'une polyvalente au lendemain d'une déstructuration de ceux-ci

en réaction à un manque de locaux, à des programmes de support inadéquats. L'école polyvalente était-elle incapable d'intégrer les mésadaptés graves ?

Au fur et à mesure du déroulement du projet démonstration et de nos interventions cliniques dans le milieu, nous prenions conscience que nos évaluations psychosociales et criminologiques nous permettaient de mieux comprendre les individus dépités. Un de nos objectifs était de dépasser l'aspect évaluation et offrir directement ou indirectement les correctifs appropriés aux besoins de ces jeunes. De plus en plus, nous étions sensibilisés à la nécessité de concevoir des programmes de support destinés aux jeunes en ayant une vision globale de la réalité sociale. S'il devenait urgent de proposer les programmes de support au niveau scolaire, il devenait tout aussi urgent de structurer ces jeunes au niveau familial et au niveau de leur quartier respectif. Il fallait que les programmes de support tiennent compte de la réalité sociale à travers les trois principales sphères avec lesquelles tout être humain est confronté.

À une vision jusque-là compartimentée de la prévention et de la resocialisation du sujet marginal, il fallait opposer une vision globale. Il n'appartenait plus à une seule structure d'intégrer les mésadaptés socio-affectifs, encore plus les mésadaptés socio-affectifs graves. Notre façon de concevoir des programmes de support s'en trouvait profondément modifiée. Comme autre principe moteur, le premier étant une vision globale, les programmes de support entendaient agir non seulement sur des comportements à uniformiser mais aussi sur des structures de personnalité à harmoniser avec les différents milieux de vie des différents sujets.

Trois catégories de programmes devaient prendre forme, soit des programmes de resocialisation, des programmes de socialisation et des programmes de prévention clinique pour adolescents de 12 à 18 ans. Les programmes de resocialisation visaient à encadrer le sujet marginal tant dans sa cellule familiale qu'au niveau scolaire et à celui des loisirs. Ceux-ci étaient d'abord et avant tout des programmes d'encadrement en milieu libre. Les objectifs premiers de ces programmes visaient la cessation de certains comportements et l'actualisation de certains autres. C'est en facilitant certaines habitudes chez le sujet marginal que le programme prenait tout son sens. Les programmes de resocialisation privilégièrent des méthodes d'intervention centrées sur la tâche à accomplir par le sujet marginal. L'utilisation qualitative

des ressources significatives à l'évolution du sujet devenait la dimension dominante lors de l'élaboration des programmes de support.

Les programmes de socialisation avaient moins des objectifs d'encadrement des sujets. Ils visaient moins à faire intégrer des comportements à des individus. C'était d'abord et avant tout la structure de personnalité du sujet qui faisait l'objet de ces programmes. Ces types de programmes cherchaient à répondre à la question : « En tant qu'adolescent que suis-je ? » C'est la croissance personnelle des individus qui devenait l'objectif central. Si les méthodes d'intervention des programmes de resocialisation se rapprochaient de certaines techniques de conditionnement, de la réalité thérapie, etc., les méthodes d'intervention des programmes de socialisation se rapprochaient davantage des méthodes d'intervention de groupe favorisant l'expression des sentiments. Le matériel audiovisuel, à travers des films que les jeunes avaient à réaliser eux-mêmes, tout comme l'expression corporelle devenaient des moyens fortement utilisés d'autant plus que leur intérêt pour ce type de moyen avait été confirmé dans la pratique.

Quant aux programmes de prévention clinique, ils visaient à maintenir ou renforcer des indices d'adaptation chez un sujet en tentant d'éliminer les situations réactionnelles. Les programmes de prévention clinique étaient d'abord et avant tout destinés aux différents acteurs ayant des rôles précis à jouer à l'intérieur des structures de vie auxquelles participent les adolescents. Tantôt c'était sous forme de rencontres-échanges avec les parents, les professeurs, l'administrateur scolaire, les animateurs en loisir et les comités de citoyens. Parmi ces échanges, certains devinrent structurés dans l'espace et le temps ; par exemple, rencontres thématiques avec les parents sur leur propre système d'éducation, expérimentation à l'écoute active, information sur la drogue, etc.

L'existence de ces trois programmes cadres qui s'individualisaient en fonction des individus nous permettait de circonscrire quatre dimensions importantes qui devenaient la toile de fond de tous nos programmes. Il serait vain, à l'intérieur de cet article, de toucher à la fois la forme et le contenu de chacune de ces dimensions. Nous nous contenterons de définir ces quatre dimensions.

La première dimension cherchait à poser les objectifs comportementaux et psychodynamiques que nous voulions atteindre avec les sujets. La seconde dimension cherchait à préciser les

méthodes d'intervention que nous allions utiliser pour atteindre ces mêmes objectifs. Elle se subdivisait en méthodes d'intervention sous forme d'attitudes et de comportements, que nous devions entretenir avec le client au cours de l'application du programme et en méthodes d'intervention sous forme de stratégies thérapeutiques à utiliser en présence du client. La typologie de Sullivan, Grant et Grant (1969) qui reconnaissait cinq niveaux de maturité interpersonnelle, plus sept structures de personnalité en fonction de leur façon de percevoir et de réagir au monde qui les entoure, devenait un guide précieux quant aux attitudes que les professeurs, les parents et les consultants devaient entretenir avec les jeunes. Quant aux stratégies thérapeutiques, nous avons eu l'occasion d'en parler vaguement lorsque nous avons eu à définir les programmes de support.

La troisième dimension touchait les ressources significatives à utiliser pour que le sujet évolue. À elle seule, cette dimension, surtout pour les programmes de resocialisation en milieu libre, nous obligeait à nous poser plusieurs dizaines de questions lorsque le temps était venu de s'arrêter sur certaines ressources spécifiques à chaque individu. Cette dimension était d'autant plus importante qu'elle était ignorée par bon nombre de praticiens. Il s'agissait de soulever les critères qui déterminaient un placement d'un enfant dans un foyer substitut, de groupe ou tout autre foyer pour se rendre compte que nous étions loin d'avoir dépassé le stade des critères administratifs.

La quatrième dimension touchait les personnes significatives du sujet. Cette dimension avait été de tout temps presque complètement oubliée dans les programmes de traitement. L'éducateur spécialisé suivant les milieux, devenait une denrée rare. De plus, il n'était peut-être pas souhaitable qu'il soit omniprésent dans les programmes de traitement. Il devait apprendre à utiliser l'autrui significatif pour les sujets marginaux. Il devait aussi apprendre à composer avec la marginalité au lieu de l'écarter. C'était la différence entre le traitement institutionnel et le traitement en milieu libre.

Cette dimension qui accordait une importance aux personnes significatives était encore trop peu utilisée de façon systématique. Il fallait préciser davantage ce que nous entendions par personne significative. Était-ce en fonction de son champ de connaissance de la psychologie de l'adolescent, de son statut ou de son degré d'influencabilité sur l'individu ? Était-il possible de développer un

instrument nous permettant de mesurer le degré d'influencabilité d'une personne sur une autre ? Le Kelly nous servait d'instrument substitut dans le sens qu'il nous permettait de découvrir des personnes qui étaient significatives pour le sujet en fonction des rôles que ces mêmes personnes étaient amenées à jouer dans la société. Du moins, il permettait de poser des hypothèses. Dans ce sens, cet instrument devenait un guide.

Par notre rôle de criminologue consultant tant au niveau scolaire qu'au niveau d'une agence de service social, nos fonctions nous amenaient à composer avec une clientèle, qui, à priori, était considérée marginale par la source de référence. L'occasion nous avait été donnée de faire une mini-recherche sur les 50 premiers cas référés au service de criminologie et de toxicomanie à l'intérieur d'une agence de service social. Vingt-sept (27) adolescents avaient bénéficié de programmes de rééducation en milieu libre, contre 17 seulement au niveau des programmes de socialisation. Seulement 6 sujets avaient été amenés à participer à des programmes de prévention clinique. Nous en déduisons que le criminologue, autant dans une structure scolaire que dans une agence de service social, était considéré d'abord et avant tout comme un spécialiste par son employeur. Il lui devenait encore plus difficile d'opérationnaliser et de définir la prévention, plus de 60% de son énergie étant consacrée à la partie évaluative et aux programmes de support de type encadratif. De plus, nous en déduisons qu'il devait son existence et son utilité professionnelle à l'existence d'un symptôme, en l'occurrence le comportement délinquant ou fortement déviant ; la symptomatologie, de conclure, ne faisait pas très bon ménage avec la prévention. Il nous fallut baisser pavillon devant la prévention qui devenait, à nos yeux, de moins en moins définissable et opérationnalisable à partir d'un rationnel propre à l'intervention clinique. Néanmoins, nous ne perdions pas tout. L'indice circulaire se précisait, s'opposant à l'indice linéaire.

B. L'INDICE LINÉAIRE ET LA RAISON NOSOGRAPHIQUE

Dans un premier temps, nous avons voulu décrire le cheminement clinique et de recherche que nous avons suivi depuis les cinq dernières années. Nous aurions aimé préciser davantage le contenu des programmes de support en milieu libre, discuter

davantage sur les quatre dimensions clés que nous reconnaissons dans l'élaboration de ces mêmes programmes. Ce n'est que partie remise. Le rapport de recherche (Byron *et al.*, 1973, Limoges, 1973 et Marineau, 1973a) sur la prévention et le contrôle des troubles de comportement à l'école peut devenir une source de référence pour les intéressés. Cependant, il faut ajouter que ce dernier est un vaste canevas de travail.

Au niveau clinique, nous nous sommes davantage penchés sur la transition de l'étudiant entre l'école élémentaire et l'école secondaire. Au niveau de la recherche, le passage de l'évaluation de diagnostic à l'élaboration des programmes de support est devenu une des pièces maîtresses de notre échiquier face à l'inconnu. Hochman (1971) en parlant de la raison nosographique qu'il définit comme « une attitude théorique qui ordonne, découpe et classe le malaise à vivre des hommes comme on a classé maladie par maladie les désordres somatiques » (p. 65) en arrive à se demander si celle-ci n'appartient pas à une époque révolue.

Cet auteur met en doute la valeur descriptive et prescriptive de la raison nosographique. Notre rationnel clinique appartient à la raison nosographique. Le vécu nous amène à nous interroger sur les mêmes questions que cet auteur se pose. Les informations que nous recueillons auprès du client et de son entourage immédiat nous permettent de mieux comprendre le client dans ses différents milieux de vie, que ce soit au niveau familial, au niveau professionnel ou au niveau social. Nos évaluations psychosociales et criminologiques ont donc une certaine valeur descriptive.

Quant aux programmes de support, si nous n'avions pas certains résultats positifs, à moins d'être des masochistes, nous cesserions d'en élaborer, plus encore de les appliquer. Encore là, il faut admettre que nos programmes de support ont une certaine valeur prescriptive. Où le scepticisme s'empare de nous, c'est lorsque nous tentons de cerner la relation qui existe entre la partie évaluation et l'élaboration, l'application des programmes de support. C'est comme si nous étions face à deux opérations bien distinctes l'une de l'autre, ayant peu ou pas de relation entre elles².

2. Sachant que plusieurs praticiens ont comme unique tâche d'évaluer des individus ayant des troubles de comportement ou de la personnalité et que généralement leur diagnostic s'accompagne de recommandations, il devient important de dire qu'il existe une différence entre une recommandation et l'élaboration d'un programme. Généralement, il revient à l'organisme ayant à réaliser la recommandation d'élaborer un programme. Pour

Nous tenterons non seulement de cerner une partie des contraintes qui font qu'il existe peu ou pas de relation entre les deux opérations, mais nous tenterons de trouver certaines façons qui nous permettraient de rapprocher ces deux mêmes opérations. Autrement dit, Hochmann (1971) se demande si la raison nosographique appartient à une époque révolue. Nous lui demandons un sursis avant d'être tenté de répondre par l'affirmative. Ce n'est pas que nous voulons sauver à tout prix la raison nosographique, encore moins une méthode de travail que nous pratiquons depuis plusieurs années au même titre que la plupart des praticiens en sciences humaines, que ceux-ci soient psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, orthopédagogues, criminologues, etc. C'est tout simplement parce qu'avec le temps nous découvrons que bien des dimensions de la raison nosographique n'ont pas encore été exploitées. D'autre part, si nous disions non à la raison nosographique, il faudrait mesurer l'impact que cette affirmation aurait au niveau même des politiques sociales d'un pays, d'une province.

Le Québec, comme province, est actuellement à vivre la plus grande réforme de son histoire en matière de mieux-être de la collectivité au niveau social. Cette grande réforme, par son souci de planification et de programmation s'est dotée de modèles d'analyse qu'elle a empruntés à la science économique. La programmation par objectifs est à la mode au Québec en ces temps-ci. Il y a eu la psychanalyse, la dynamique de groupe, la bio-énergétique. Présentement, les praticiens se sensibilisent à la programmation par objectifs. Le rationnel clinique, que nous tentons de raffiner avec les années, se marie bien avec les méthodes d'analyse de la programmation par objectifs. La nosographie n'est pas la charnière propre à la clinique. Le domaine administratif, le domaine de la recherche, l'a fait sienne consciemment ou non.

Il y a deux grandes catégories de contraintes ; la première appartient à des contraintes extérieures au rationnel clinique,

les adolescents ayant des troubles de comportement, les recommandations touchent principalement l'orientation du cas en faisant appel à telle ou telle ressource. Quelquefois, s'ajoutent des suggestions d'attitudes que le praticien doit entretenir avec son client. Tout en ne voulant pas lui donner une signification péjorative, nous serions en droit de parler de recommandation de classement : milieu institutionnel, probation, secteur orthopédagogique, secteur régulier, etc. Les recommandations répondent à la question « où » et non à la question « comment ». La relation ou plutôt l'absence de relation entre le diagnostic et les programmes de support que nous soulevons dans le contexte revient à la surface lorsque nous tentons de mettre en relation diagnostic et recommandations.

la seconde appartient à ce rationnel proprement dit. Dans la réalité quotidienne, ces deux types de contraintes s'entrecroisent. Nous serions portés à croire que les contraintes extérieures empêchent toute possibilité au rationnel clinique de faire interagir les deux entités de la raison nosographique. Il est sûr que si nous pouvions éliminer les contraintes extérieures, il nous serait plus facile de créer cette relation entre les deux entités que nous avons décrites plus haut. Ceci demanderait la parfaite harmonie entre les hommes et les structures face à des objectifs communs. L'ataraxie appartient à un idéal à atteindre. Même si ces contraintes n'existaient pas, nous serions obligés de nous pencher, comme nous tentons de le faire, sur les contraintes propres au rationnel clinique. Brièvement, nous parlerons de ces contraintes extérieures. Nous ne prétendons pas en faire une analyse exhaustive. Les contraintes que nous observons ne sont pas des dénonciations ; ce sont celles qui appartiennent à la réalité dans laquelle nos expériences cliniques se sont déroulées.

Parmi les contraintes externes, il y a le manque de temps dont dispose le praticien pour utiliser son outillage clinique. Bien souvent, il doit se contenter d'une évaluation sommaire. Quant à l'aspect prescriptif, le temps dont dispose le praticien l'amène à être dans l'impossibilité de bâtir un programme d'action face à son client, encore moins à appliquer un tel programme. Un programme implique la notion de durée, de stabilité dans l'intervention. Or, le manque de temps chez le praticien l'amène à répondre presque exclusivement aux urgences. Ce n'est pas le programme bâti par le praticien qui détermine les situations ; ce sont les situations qui déterminent les programmes.

La seconde contrainte invoquée par le praticien³ est le manque de ressource dont il dispose pour faire évoluer positivement un client. Par ressource, il faut entendre le matériel nécessaire au professeur, comme les locaux, les équipements sportifs, etc. Pour un autre praticien, ce seront des foyers comme substitut au foyer naturel de l'enfant. Pour un autre, ce sera une ressource au niveau du quartier. Comme exemple, nous prenons le praticien d'un centre de service social qui doit bâtir un programme de sup-

3. Par praticien, il faut entendre toute personne, professionnelle ou non au sens de la loi, qui a une fonction directe ou indirecte à jouer face à un client. Le type de client avec lequel nous avons eu à travailler est principalement l'adolescent ayant des troubles de comportement et de personnalité. Par praticien, il faut donc entendre T.S.P., C.S., professeur, éducateur, psychologue, psychiatre, etc.

port en faisant appel à des foyers de substituts. Bien souvent, ce même praticien en arrive à se demander l'utilité de construire un programme de support lorsqu'il sait qu'il n'existe plus de foyers dont il peut disposer. Alors que bien souvent il doit s'assurer que certains critères cliniques seront respectés face à la nouvelle ressource qu'il demande, le secteur responsable des ressources a de la difficulté à trouver des foyers répondant à des critères administratifs pour x raisons qu'il n'y a pas lieu d'énumérer ici. Sa demande devient irrecevable. Avec le temps, il doit apprendre à fermer les yeux.

Il lui devient très difficile de faire une rétrospection sur son vécu quotidien. Il n'a guère plus de temps pour faire des relances à intervalles réguliers qu'il n'a de temps pour faire des recherches personnelles qui pourraient améliorer la qualité de son travail. S'il n'accepte pas de consacrer une partie de son temps de loisirs à cette rétrospection, il perd très vite sa lucidité face à ce qu'il fait. C'est le stade, où débutent les automatismes. Il doit faire confiance à un chercheur ou à une équipe de chercheurs généralement coupés de l'action. Le praticien-chercheur est encore à inventer.

Une autre contrainte invoquée par le praticien est la difficulté de partager de façon scientifique son expérience avec celle des autres. Les chefs d'équipe, les responsables sont bien souvent surchargés de problèmes administratifs. Les discussions de cas, les moments de consultation sont rarissimes. Ce sont quelquefois les objectifs mêmes de certains services, la compartimentation trop étanche de ces services, certaines déficiences ou anomalies du travail en équipe qui deviennent des contraintes extérieures. Il est courant de retrouver des services où l'objectif premier est le diagnostic et d'autres où l'objectif premier est le traitement. Deux mondes séparent ces services. Le fait de séparer diagnostic et traitement nous apparaît comme une contrainte supplémentaire. Être en présence de deux équipes, deux services, nous amène à nous poser de sérieuses questions sur la possibilité de créer cette dialectique entre la partie évaluative et la partie traitement.

Comme autre contrainte, il y a la mobilité et l'instabilité du personnel. Les différents spécialistes œuvrant en sciences humaines sont reconnus comme étant des individus qui changent souvent d'employeur, de service et ou de structure. Une structure, entre autre, semble plus affectée que les autres et il s'agit des services sociaux.

Sur le plan clinique, trois données sont souvent enregistrées d'un client à l'autre. Parmi ces données, il y a l'instabilité, l'insécurité sous forme d'anxiété et d'angoisse et l'ambivalence. L'intervention thérapeutique commande une certaine stabilité pour l'évolution du sujet. La relation praticien-client, dans bien des cas, sera au prix d'une stabilité à créer entre les deux. Or, le même client soumis à un programme de support où la stabilité sera une habitude à créer chez lui, sera confronté à une instabilité dans sa relation avec le praticien. Il ne pourrait y avoir meilleur proverbe que : « Fais ce que je dis, ne fais pas ce que je fais » pour tenter de comprendre l'impact de l'instabilité comme variable dominant la relation praticien-client. À elle seule, la mobilité du personnel engagé dans une relation d'aide pourrait faire l'objet d'une recherche. Non seulement ces changements rapides du personnel d'un service à l'autre, d'une structure à l'autre, d'une région géographique à l'autre affectent le client, mais ils affectent aussi le dynamisme d'une équipe.

Toffler (1971) soulevait qu'avec l'avènement de l'adhocratie, le professionnel ne serait plus fidèle à son employeur mais à l'objet professionnel qui le guide. Le praticien en sciences humaines s'est peut-être libéré de la tutelle de son employeur ; cependant, il est des plus infidèles face à son client. Dans le même ordre d'idée, le praticien invoque la lourdeur bureaucratique avec laquelle il est confronté dans la réalisation de son métier comme autre contrainte au développement de son rationnel clinique. Entre le client et le praticien s'élève une montagne de paperasses. C'est à travers ce prisme que la communication doit s'établir.

Au niveau clinique, nous sommes à nous demander si ce n'est pas le propre de l'homme de passer à travers l'objet pour communiquer. L'homme peut se mouvoir par lui-même contrairement à l'objet qui a besoin d'une aide extérieure. Ce qui insécurise l'homme, c'est ce qui bouge ; l'objet devient l'élément sécurisant.

Nous pourrions continuer à inventorier les contraintes extérieures ; graduellement, nous pénétrerions derrière les structures où bien souvent se cache l'homme. Nous nous arrêterons à cette frontière. Travailler à diminuer ces contraintes extérieures dépasse déjà largement ce que nous pourrions réaliser entre le moment présent et la durée de notre vie professionnelle, idéalisée ou non. Nous laisserons l'homme en paix avec lui-même pour lui préférer les contraintes propres au rationnel clinique.

Les contraintes internes peuvent se regrouper autour de deux grandes familles. La première se rattache aux différents cadres de référence théorique du praticien ; la seconde touche plus particulièrement les méthodes de travail de ce dernier. Nous ne prétendons cependant pas faire une analyse exhaustive de celles-ci, pas plus que pour les contraintes externes.

Nous avons été continuellement confrontés dans l'action avec deux thèses assez opposées l'une de l'autre. Quoique ayant déjà parlé du principe moteur qui sous-tend notre action au niveau du dépistage, nous croyons qu'il est bon de le rappeler. Il se traduirait à peu près comme suit : face à tout adolescent, notre relation d'aide vise soit à maintenir ou à intensifier une adaptation réussie et à faciliter des correctifs vis-à-vis de celui qui a des difficultés d'adaptation. Nos difficultés commencent lorsque nous tentons d'actualiser ce grand principe moteur en tenant compte de ces deux thèses.

Devons-nous tendre, par nos interventions, à l'uniformisation des comportements et des personnalités ou devons-nous tendre à leur harmonisation ? Dans certains cas, nos programmes prennent l'allure de stratégie faisant leur la thèse de l'uniformisation. Face à d'autres adolescents, c'est la thèse de l'harmonie qui prédomine notre relation d'aide. Certains programmes prévoient des phases axées sur l'uniformisation ; viennent ensuite des étapes d'harmonisation. Il est important, en tant que praticien, d'apprendre à vivre avec ces deux thèses ; il ne doit pas en préférer l'une à l'autre. C'est de l'équilibre entre ces deux thèses que dépendra l'évolution du client.

Cette lucidité face à ces deux thèses est d'autant plus difficile à conserver que le praticien est constamment soumis aux pressions du milieu. Il connaît la signification : être soumis aux pressions du milieu. Tantôt c'est le parent, le professeur, l'administrateur scolaire et ou l'employeur qui lance un ultimatum au praticien face à certains comportements de son client. Bien souvent, le message que l'émetteur envoie au récepteur en est un qui se rapproche de la thèse de l'uniformisation. Le sujet X doit cesser d'actualiser le comportement A, B, C... sinon c'est l'expulsion, le renvoi, le placement.

Le praticien doit se rappeler qu'il ne peut bâtir ses programmes de support sans faire appel aux ressources du milieu. Chaque individu, chaque ressource a un seuil de tolérance diffé-

rent face aux attitudes et aux comportements marginaux d'un adolescent. Ceci nous amène à reconnaître, pour le praticien, l'importance de faire deux opérations mentales lorsqu'il a à élaborer un programme de support. La première opération consiste à se pencher sur les prérequis cliniques d'une ressource pour faire évoluer positivement son client. La seconde opération consiste à tenter de jauger le seuil de tolérance de chacune de ces ressources face à l'agir de l'adolescent marginal. Ces deux opérations sont interdépendantes dans l'action. La première fait beaucoup plus appel à des connaissances théoriques transmissibles d'un individu à l'autre. La seconde opération fait beaucoup plus appel à l'expérience du praticien, à son acceptation dans le milieu où il pratique son métier. Lui-même est soumis à ce seuil de tolérance. Son programme sera plus ou moins bien reçu suivant qu'il est accepté par le milieu, qu'il peut compter sur des personnes sûres faisant bien souvent figures de leaders dans le milieu.

Nous avons fait quelques expériences très enrichissantes à ce niveau. Nous avons pris un adolescent qui était recommandé pour un placement institutionnel à long terme par une dizaine de spécialistes. Il ne fait pas l'ombre d'un doute, cet adolescent était fortement perturbé. Non seulement il nous fallait lui trouver un foyer thérapeutique mais il fallait aussi lui trouver la ressource scolaire qui pourrait le recevoir. Nous demandions au juge d'enfants de nous permettre de réaliser un programme de support en milieu libre qui avait moins de 10% de chance de réussir. Le sujet avait eu 3 mois pour s'intégrer à son nouveau foyer. Nous remarquions une légère amélioration, mais nous étions très anxieux face à son entrée scolaire, d'autant plus que la ressource que nous envisagions pour le sujet était libre de refuser le cas en invoquant que ce dernier ne demeurerait pas dans la juridiction de cette école⁴. Après avoir fait parvenir tous les rapports d'évaluation tous plus négatifs les uns que les autres, la première réaction de cette ressource fut de dire que le cas était hors juridiction. Il faut dire que le praticien qui avait entrepris les démarches avec cette ressource n'était pas connu de celle-ci. Notre seconde démarche fut de demander une discussion de cas avec cette ressource et le sujet fut accepté sous condition. Le professeur a librement consenti à faire l'expérience ; l'adolescent répond

4. Nous voulons remercier cette école que nous jugeons comme étant une des ressources les mieux organisées pour venir en aide à des adolescents problématiques au sein même d'une polyvalente.

bien au programme. Nous sommes assurés qu'il fera évoluer le sujet, que pour l'adolescent ce sera probablement une de ses meilleures années académiques dans un cadre spécial (orthopédagogie). Par contre, nous savons d'ores et déjà, qu'il faudra rejauger le seuil de tolérance de cette même ressource lors de la prochaine année académique, *i.e.* au moment où l'adolescent aura de nouveaux professeurs. Ceux-ci ne seront pas nécessairement aussi tolérants que les premiers. Si l'individu est encore trop problématique, il risquera de régresser ou de cesser d'évoluer.

Derrière les structures, il y a les hommes. L'élaboration des programmes de support, plus encore l'application et la réussite des programmes dépendent d'eux. L'homme demeure trop souvent la dimension cachée.

Comme autre grande contrainte que nous pouvons rattacher au cadre de référence théorique, il y a cette tendance à considérer l'« individu problématique » comme une entité abstraite. Ce n'est qu'accidentellement qu'il est analysé à travers les différents systèmes naturels dont il fait partie. Bien des facteurs peuvent contribuer à entretenir cette contrainte. Parmi ces facteurs, il y a le type même de recherches en criminologie qui a marqué cette dernière décennie. Non seulement la plupart des recherches ont été effectuées dans des systèmes artificiels comme les prisons, les centres de rééducation en milieu fermé, sur des concentrations d'entités abstraites, mais celles-ci ont porté davantage sur la personnalité et les comportements du sujet. Cette contrainte a eu une influence directe et indirecte sur les méthodes mêmes d'évaluation, sur l'outillage du praticien qui avait besoin de points de repère. L'étalon de mesure de la marginalité s'est construit à partir de l'étude de ces entités abstraites, si bien qu'aujourd'hui nous avons tendance à mesurer la marginalité d'un individu dans son milieu naturel en le comparant à la marginalité des individus en milieu fermé.

Comme autre facteur qui peut contribuer à entretenir cette contrainte de l'entité abstraite, il y a l'endroit où est situé le praticien pour faire son observation-évaluation en vue d'un diagnostic.

Nous ne croyons pas nous tromper en affirmant que la majorité des praticiens ayant un rôle à jouer au niveau du diagnostic, à plus forte raison ceux dont la seule fonction se résume à faire de l'évaluation, sont coupés de la réalité sociale qu'ils ont à analyser. Très peu d'entre eux connaissent l'école et le milieu d'où

provient le jeune candidat qu'ils ont à évaluer. Très peu d'entre eux pourront rencontrer ces différents milieux. Ceux qui le feront, recueilleront les indices mettant en relation l'individu avec ces différents milieux. Mais l'étude de ces milieux comme système social sera laissé pour compte.

Chaque école a son propre seuil de tolérance, a ses propres règlements disciplinaires, son propre système d'émulation et de conséquence, un climat de travail qui lui est spécifique, un corps professoral plus ou moins engagé, des activités scolaires et parascolaires, etc. Le praticien se contente de recueillir des indices de marginalité ou non sans pouvoir les situer dans un contexte de vie réel où se fondent les situations de vie de ce même adolescent. Pas plus que face à l'école comme système social, le praticien ne pourra étudier la marginalité du sujet face à son quartier, face à son unité de voisinage.

Les indices qu'il recueillera lors de l'évaluation permettront une meilleure compréhension du sujet ; c'est lorsqu'il aura à interpréter les données qu'il a recueillies que l'adolescent deviendra de plus en plus une entité abstraite. Au risque de nous répéter, le praticien doit non seulement étudier l'individu qu'on lui réfère, il doit aussi étudier les systèmes dans lesquels il évolue. D'autant plus que c'est l'étude de ces différents systèmes qui vont devenir les points de repère du praticien pour élaborer un programme de support pour répondre aux besoins de cet adolescent.

Les méthodes de travail du praticien doivent-elles être considérées comme une contrainte supplémentaire qui contribue à entretenir un fossé entre l'évaluation et le traitement ou comme une façon de composer avec les contraintes que nous avons énumérées plus haut ? Nous ne saurions dire. Néanmoins, nous aimerions nous arrêter non pas sur les différents indices que le praticien est amené à recueillir lors de l'évaluation, mais sur les principaux moyens qu'il utilise pour recueillir ces mêmes indices. Trois méthodes nous viennent à l'esprit : l'utilisation de tests et ou de questionnaires, l'entrevue structurée et l'observation participante. Les deux premières touchent l'individu en premier lieu ; les différents systèmes auxquels il appartient, surtout par le biais des entrevues, peuvent être touchés de façon plus ou moins systématique. L'observation participante permet de jauger davantage l'individu, l'interaction qu'il entretient avec les principaux acteurs de son entourage, sa perception, sa participation à un cadre de vie, le respect des règles du système, etc.

Les deux premiers moyens forcent le client à vivre une situation artificielle. Quant au troisième moyen, l'observation participante, elle peut être vécue par le client tantôt artificiellement, tantôt naturellement. Tout en étant plus près de la réalité sociale, en utilisant une méthode d'évaluation axée sur l'observation participante, il n'en demeure pas moins que le type d'observation participante pratiquée le plus souvent se réalise dans un milieu artificiel suite au retrait de l'adolescent. Les centres d'observation qui se sont développés au Québec depuis quelques années, où l'adolescent est amené à demeurer de trois jours à trois mois et souvent contre son gré, utilisent fortement cette méthode en plus d'utiliser sous différentes formes les deux premières. Cette fois-ci ce n'est pas la méthode d'analyse qui est fautive, c'est le milieu où nous en faisons l'utilisation.

Les centres d'observation, à partir des indices qu'ils recueillent en utilisant une méthode de travail qui tend à tenir compte de façon beaucoup plus concrète de la marginalité ou non de l'individu, peuvent-ils élaborer des programmes de support en milieu libre ? Ne sont-ils pas, eux aussi, coupés de cette réalité sociale ? L'individu est bien souvent évalué dans ses interactions avec d'autres individus tout aussi marginaux que lui. N'y a-t-il pas tendance à observer de la pathologie collective ayant des réactions en chaîne sur les individus ?

Il ne revient pas à nous seuls de répondre à ces interrogations. Nous avons voulu soulever des contraintes qui appartiennent à notre propre rationnel clinique, lesquelles contribuent à entretenir cette absence de relation entre la partie évaluation et la partie traitement. Les indices que le praticien va chercher auprès de son client lors de l'évaluation contribuent à entretenir ce fossé. Un type d'indice semble être privilégié au niveau de la cueillette des données et c'est l'indice linéaire que nous définissons comme tout signe dont la propriété première met en cause l'individu dans ses relations avec des entités abstraites.

Afin de pouvoir permettre une systématisation la plus rapide possible d'un type d'indice que le praticien ne peut que difficilement aller chercher lors de son évaluation, dans la pratique, nous avons été amenés à opposer l'indice linéaire à l'indice circulaire. Il est courant, pour nous, de dire que c'est l'indice circulaire qui nous conduit à l'élaboration des programmes de support en milieu libre. Nous le définissons comme tout signe attribué à un individu en relation avec des systèmes et des ensembles.

C. L'INDICE CIRCULAIRE

Il serait vain de vouloir systématiser l'indice circulaire dans cet article. Il faudra attendre encore plusieurs mois pour prétendre à cette systématisation. L'inventaire de l'indice circulaire doit se faire parallèlement à l'étude des trois principaux moyens d'évaluation dont dispose le praticien. Idéalement, tout indice mettant en relation l'individu avec un de ses principaux systèmes pourrait être cerné par le biais de chacune de ces méthodes d'approche.

Or, nous savons que le praticien, pour mesurer l'indice circulaire chez un individu en relation avec son système familial, peut difficilement prétendre pouvoir utiliser l'observation participante. Il doit lui préférer les entrevues structurées et les méthodes d'évaluation objectives sous forme de tests et ou de questionnaires. Cependant, il nous faut ajouter qu'aux États-Unis les expériences se multiplient de plus en plus, où le praticien, pour un laps de temps qui varie, est amené à vivre avec l'entité familiale comme système social. Au Québec, cette méthode est peu ou pas utilisée.

Par contre, au niveau scolaire, le praticien peut mesurer l'indice circulaire en utilisant ses trois méthodes d'approche ; il en est de même pour le praticien qui travaille au niveau du quartier ou de l'unité de voisinage comme travailleur de rue (*street worker*).

Or, dans les faits, le praticien utilise tantôt une méthode d'approche, tantôt une autre. Il utilisera très rarement à fond simultanément deux de ces méthodes. Bien sûr, le milieu de travail du praticien qui varie d'un individu à l'autre y est pour quelque chose ; nous n'y reviendrons pas. D'autres motifs sont à évoquer. Il est courant, dans la pratique, de différencier les professionnels selon l'utilisation qu'ils font d'une méthode de travail en particulier. Ces différenciations contribuent largement à entretenir des mythes, des conflits et des juridictions indues qui ne peuvent que nuire à la systématisation de l'indice circulaire. Pour nous, ces trois méthodes d'approche n'appartiennent ni à une profession, ni à un milieu, ni à l'émotivité du praticien. La tendance est à opposer ces méthodes au lieu de tenter de les intégrer en fonction d'un tout. Comme réaction secondaire, la tendance est à opposer l'approche individuelle, de groupe et collective. Dans la pratique, ces trois méthodes d'approche semblent s'exclure mutuellement. Certains services, par leur structuration interne, tendent à main-

tenir leurs cloisons étanches au détriment, encore une fois, de l'indice circulaire comme signe appartenant à un individu en relation avec des ensembles.

Selon nous, le praticien qui tend à vouloir circonscrire l'indice circulaire se doit de pratiquer ses trois méthodes d'approche simultanément, abstraction faite de son milieu de travail et de son statut professionnel. C'est le prix qu'il doit payer s'il veut prétendre à l'élaboration et à l'application de programmes de support en milieu libre.

Comme illustration de l'indice circulaire, nous voudrions soulever certaines façons dont nous nous y prenons pour analyser un individu faisant partie d'une bande de quartier. Suite à cette illustration, nous tenterons de proposer quelques palliatifs pouvant favoriser l'interaction entre la partie évaluative et la partie prescriptive de la raison nosographique.

Selon nous, les adolescents commettant des délits en groupe et dont le mode de regroupement principal est la bande ou le gang⁵ sont très pénalisés lorsque les tribunaux pour mineurs doivent se pencher sur leur orientation sociale. Les mesures correctives prises envers eux sont d'abord et avant tout des mesures individuelles. Ces mesures varient suivant que l'adolescent en est à sa première, deuxième, troisième comparution et en fonction des délits. L'évaluation effectuée par les services de probation juvénile touche davantage les indices linéaires du sujet. Les recommandations de support sont d'abord et avant tout des recommandations touchant l'évolution individuelle des adolescents. Il n'est pas rare de voir plusieurs juges différents, plusieurs officiers de probation différents face aux adolescents de la même bande. L'indice circulaire devient une variable très négligée par ces services. Aux mesures de groupe sont préférées des mesures individuelles. Quant aux mesures individuelles, elles sont loin de toucher tous les principaux adolescents faisant partie de la bande.

5. La bande est à mi-chemin entre un groupe spontané et un groupe structuré. Le nombre de ses membres peut varier de 15 à plusieurs dizaines d'individus. Les modes de regroupement dépendent des saisons, des activités qu'on y pratique. La bande comme regroupement n'a pas comme objectif premier le délit. Il fait appel à un réseau de relations imprécis. Le gang se caractérise par son degré de structuration. Il est avant tout un groupe fermé dépassant très peu souvent 12 adolescents. Le délit comme activité domine bien souvent les rencontres des membres du groupe. Le gang se caractérise par une marginalité plus grande de ses membres au niveau tant de ses comportements que de ses structures de personnalité. Il entretient un réseau plus précis de relations entre ses membres.

Bien souvent, ce sont les individus à la périphérie de la bande qui se retrouvent le plus souvent devant les tribunaux pour mineurs. Leur récidive est analysée sans référence à la bande comme système social.

Il nous a été possible d'analyser une dizaine de bandes depuis les cinq dernières années. Nous avons été constamment confrontés avec un noyau central d'adolescents regroupés en bande et dont les membres qui se retrouvaient à la périphérie étaient devenus des clients assidus des tribunaux pour mineurs. À partir de la grande opération dépistage de mai 1971, l'influence d'une bande composée d'une douzaine d'individus nous sensibilisait constamment sur l'adolescent à la périphérie de cette bande, mieux encore dans la zone flottante de cette dernière. De plus, nous constatons que le noyau central nuisait considérablement à l'application de certains programmes que nous avons à réaliser avec des adolescents de cette même zone. Une soixantaine d'adolescents pouvaient être considérés comme faisant partie de cette zone flottante.

C'est ainsi que nous en sommes venus à mettre en corrélation certaines variables dont le niveau de maturité des adolescents, le leadership et la popularité dont ces derniers jouissaient au niveau du groupe, de leur fréquence à commettre des délits, de leur lieu d'appartenance en fonction de leur unité de voisinage, etc. Ces corrélations devaient nous conduire à des points de repère cliniques ayant une très grande utilité lorsque nous avons à bâtir des programmes de support en milieu libre. Elles nous permettaient, en outre, de jauger si le groupe devait être brisé ou maintenu pour l'évolution de certains adolescents du groupe. En présence d'une bande négative, il fallait briser le groupe ; en présence d'une bande positive, nous travaillons avec la marginalité du groupe. Il nous devenait important d'opérationnaliser ce qu'il faut entendre par leadership négatif et leadership positif. Briser une bande consistait à retirer du milieu le leader négatif. Où il devenait difficile de le faire, c'est lorsque le leader négatif se caractérisait par peu ou pas de délits connus des tribunaux pour mineurs. Il devenait difficile pour un juge d'obtempérer à une recommandation de placement institutionnel (centre de rééducation pour jeunes) face à un jeune qui en était à sa première comparution. Le leader négatif est souvent très habile, il se fait prendre très peu souvent sur le fait. Ses membres le protègent ; ils aiment mieux faire du temps pour lui. C'est pour-

quoi, généralement, le leader négatif est tardivement connu de la cour ; sa récidive connue arrive plus tardivement, *i.e.* entre 16 et 17 ans. Le juge est continuellement pris entre deux orientations : ou bien lui donner une chance par des mesures de probation qui ont peu de chance d'amender le sujet ou bien le diriger vers un centre de rééducation à long terme. C'est ainsi que le leader négatif d'une bande ou d'un gang échappe à l'institution ou n'y fait que quelques mois lorsqu'il est adolescent. Par contre, les membres de la bande qui ont moins de chance que lui, se font découvrir plus tôt, *i.e.* entre 14 et 15 ans. Ils sont plus susceptibles de connaître les centres de rééducation à long terme.

Pour mesurer si nous sommes en présence d'une bande négative ou positive, il y a entre autres, deux opérations qui sont effectuées par le praticien. La première consiste à faire passer des tests sociométriques portant sur la popularité et le leadership des membres formant le groupe. La seconde opération consiste à définir le niveau de maturité interpersonnelle de chacun des membres du groupe. Pour le praticien, il s'agit de longues heures d'observation du groupe. Son observation s'accompagne d'une grille d'analyse, le questionnaire de Russon composé de 184 items (cf. Biron *et al.*, 1973). Le praticien doit resituer le sujet par rapport à tous ces items. C'est ainsi qu'il peut resituer tous les membres sur un continuum de maturité interpersonnelle allant du niveau 1 au niveau 5 de maturité interpersonnelle. Un bas niveau de maturité équivaut à un niveau 1, 2, 3 de maturité interpersonnelle. Le niveau prédominant dans les structures de bande négative est le niveau 3. Plus les membres ont de l'influence dans le groupe, plus ils ont un niveau bas de maturité. Moins les membres ont de l'influence dans le groupe, plus leur niveau de maturité tend à être élevé. À l'intérieur de chaque niveau, Sullivan, Grant et Grant ont rattaché différents types d'individus ; les deux types de leader que nous retrouvons au centre d'une bande négative se recrutent le plus souvent parmi les manipulateurs et les conformistes névrotiques, les identifiés culturels et les réactionnels aux situations traumatisantes émergent. Voici donc en quelques lignes un exemple d'indice circulaire.

D. QUELQUES PALLIATIFS

La dimension cachée appartient à la partie évaluative de la raison nosographique. En favorisant la systématisation des indices

circulaires qui met l'individu en relation avec son milieu, nous ne pouvons faire autrement que favoriser l'existence de la relation entre le diagnostic et le traitement. Il devient non seulement urgent de s'attaquer à cette dimension cachée, mais il devient tout aussi important de favoriser l'émergence des critères cliniques des différentes unités de ressources indispensables au client suivant qu'il est dans un programme de rééducation en milieu libre, un programme de socialisation et ou de prévention clinique. Dans le même ordre d'idée, il devient important, après avoir effectué la systématisation des indices circulaires à recueillir lors de l'évaluation, de nous pencher sur la meilleure façon de recueillir ces mêmes données. Ceci nous amènera nécessairement à devoir construire de nouveaux instruments de travail sous forme de tests, de questionnaires et de grilles d'analyse.

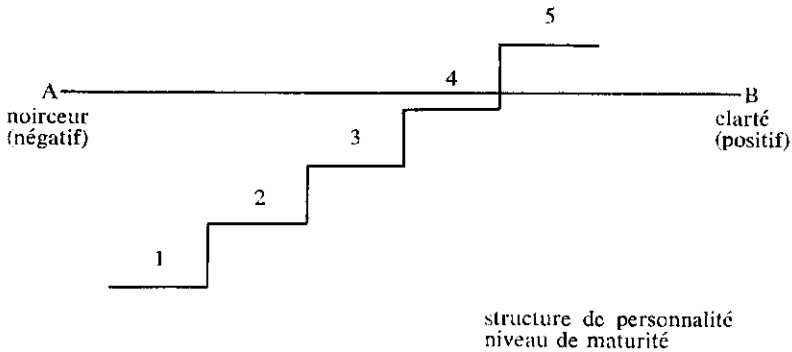
Face à une contrainte interne, appartenant à notre propre rationnel clinique, nous avons commencé à utiliser une méthode de travail qui nous permet de retourner au client les indices linéaires que nous avons recueillis pendant le processus d'évaluation. Le processus d'évaluation dure en moyenne une dizaine d'heures. Suite à une première rencontre avec le client, nous lui traçons les trois grandes étapes de l'évaluation. La première étape cherche à cerner les comportements qu'il actualise dans sa cellule familiale, au niveau scolaire et au niveau social. La seconde étape touche plus spécifiquement la capacité interpersonnelle du sujet, sa maturité interpersonnelle et sa structure de personnalité. La troisième étape consiste à lui expliquer son profil global.

L'explication du profil global du sujet vise principalement 4 objectifs. Le premier est de retourner au client la perception que nous nous sommes faite de lui au cours du processus d'évaluation. Le second est de réajuster nos perceptions avec celles du client. Le troisième est de motiver le sujet à participer à un programme de support. Le quatrième vise à bâtir avec le sujet et les principales ressources concernées, ledit programme. L'explication du profil global, au sujet, nous a permis de voir l'évaluation comme autre chose qu'une simple exigence administrative. Il renforce l'idée que nous nous sommes toujours faite d'un client à savoir qu'il est un être humain ayant tout le potentiel nécessaire à son évolution ; il commande le respect, une relation d'égalité entre lui et nous. Il doit tout savoir sur lui-même. Un de nos principaux rôles était de l'aider à cette meilleure compréhension de lui-même.

L'explication du profil global se fait généralement en recourant à des graphiques où le sujet est amené à se situer en fonction des adolescents de son âge. Le client est assis à la gauche ou à la droite du praticien. Les parents entourent cette relation. La première intervention du praticien est de lui expliquer ce que représentent les coordonnées du graphique en se référant à un vocabulaire qui a une certaine résonance pour le sujet.

SCHÉMA 1

Explication du profil global des sujets



La ligne AB représente un trottoir où le sujet déambule. Le point A du trottoir indique que le sujet est dans la noirceur. Il représente un comportement inadapté. Le point B représente la clarté, le comportement positif. Le sujet est amené à se situer sur le trottoir à cinq niveaux différents, soit au niveau familial, au niveau scolaire, au niveau des loisirs, au niveau de la déviance et de la délinquance. Pour ce, nous le référons à des échelles numériques (cf. Marineau, 1973a).

Échelle familiale :	0	41	50
		M	
Échelle scolaire :	0	21	35
		M	
Échelle loisirs :	0	16	20
		M	
Échelle déviance :	0	50	100
		M	
Échelle délinquance :	0	5	9
		M	14

La première question est la suivante : en moyenne les adolescents obtiennent un score de 41 et plus au niveau de leur adaptation familiale. Toi, où est-ce que tu te situes par rapport à eux ? Il est à noter que le client, crayon en main, indique un chiffre au niveau de l'échelle familiale. Ce processus est répété pour les 4 autres échelles.

La seconde étape touche les niveaux de maturité interpersonnelle. Nous expliquons la signification de l'escalier ayant cinq paliers en se référant à une maison de cinq étages. Le premier plancher c'est le gars dans la cave qui est en-dessous de l'horizon ; plus le client est haut dans l'escalier, plus il lui est possible de voir l'horizon, de respirer de l'oxygène. Toujours le crayon en main, le sujet est amené à se situer dans l'escalier. Pour chacune de ces échelles, en plus de lui demander de se situer par rapport aux adolescents de son âge, nous lui demandons à quoi il se réfère pour appuyer son choix.

Soit dit en passant, le sujet à 99% se situe comme nous l'avons perçu lors du processus d'évaluation. Une telle expérience fut répétée avec une centaine de cas. Si nous pouvons très mal nous expliquer pourquoi sur le plan clinique, une telle corrélation semble être aussi forte, nous sommes encouragés à aller encore plus loin dans cette voie.

CONCLUSION

Il nous serait possible de chercher ensemble d'autres palliatifs qui nous permettraient de diminuer tant les contraintes externes qu'internes propres à notre rationnel clinique. Nous pourrions parler entre autres d'équipe modulaire, de sectorisation, etc. Malheureusement, il faut nous arrêter sachant pertinemment que nous sommes loin d'avoir tout dit. Dans ce sens, cet article soulève plus de questions qu'il n'apporte de réponses.

Néanmoins, une constante demeure tout au long de notre expérimentation : ce désir de cerner les relations qui existent entre les structures, les choses et les hommes. La notion de mouvement est devenue la variable dominante dans nos systèmes d'analyse. Loin de rechercher ce qui est statique dans notre entourage, nous avons voulu composer avec le mouvement. L'indice circulaire appartient à cette relation dynamique qui relie l'individu à son milieu. Cet article est d'abord et avant tout une immense

hypothèse de travail, une tentative de relativiser nos perceptions sur la déviance et la délinquance en même temps qu'un désir de faire appel à une tolérance mutuelle, quels que soient les rationnels théoriques et cliniques auxquels nous nous rattachons.

BIBLIOGRAPHIE

- BIRON, L., M. LEBLANC et D. MAISONNEUVE (1973) : *Prévention et contrôle des troubles de comportement en milieu scolaire*, rapport n° 3, Département de criminologie, Université de Montréal, 184 p., photocopié.
- DEBUYST, C. (1962) : *l'École et l'enfant voleur*, publication n° 10, Bruxelles, Centre d'études de la délinquance juvénile, A.S.B.L.
- FRECHETTE, M. (1970) : « Le criminel et l'autre : analyse des relations interpersonnelles de l'homme criminel », *Acta criminologica*, 3.
- GLUECK, S. et al. (1962) : *Family Environment and Delinquency*, Boston, Houghton Mifflin Co.
- HOCHMANN, J. (1971) : *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Seuil.
- KVARACEUS, W.C. (1945) : *Juvenile Delinquency and the School*, New York, World Books.
- LIMOGES, T. (1973) : *Prévention et contrôle des troubles de comportement en milieu scolaire*, rapport n° 1, Département de criminologie, Université de Montréal, 37 p., photocopié.
- MARINEAU, D. (1969) : *l'Adolescent inorganisable*, thèse de maîtrise inédite, Département de criminologie, Université de Montréal, 160 p., photocopié.
- MARINEAU, D. (1971a) : *le Mésadapté socio-affectif dans la structure scolaire*, rapport intérimaire de recherche du projet de prévention de la délinquance juvénile en milieu scolaire, Département de criminologie, Université de Montréal, 80 p., photocopié.
- MARINEAU, D. (1971b) : « Projet de prévention spécifique et criminologie scolaire », *Revue canadienne de criminologie*, 13 : 233-250.
- MARINEAU, D. (1973a) : *Prévention et contrôle des troubles de comportements en milieu scolaire*, rapport n° 2, Département de criminologie, Université de Montréal, 250 p., photocopié.
- MARINEAU, D. (1973b) : « C'est peut-être la désintégration positive de la criminologie qu'il faut vivre », *Criminologie made in Canada*, 1 : 79-88.
- ROBERT, P. (1966) : *les Bandes d'adolescents*, Paris, Éditions ouvrières.
- SULLIVAN, GRANT et GRANT (1969) : « Nouvelles méthodes de traitement », *Revue des services de bien-être à l'enfance et à la jeunesse*, 9.
- TOFLER, A. (1970-1971) : *le Choc du futur*, Paris, Denoël.

RÉSUMÉS

◀ THE HIDDEN DIMENSION : THE CIRCULAR INDEX ,
AN INTRODUCTION TO RE-EDUCATION PROGRAMS
WITHIN THE COMMUNITY

It was in seeking to define and operationalize the prevention of juvenile delinquency that we discovered the circular index. First we will describe the method we followed in a clinical experiment and study on the marginal adolescent as he interacts with his school environment. Then we discuss our new understanding. Instead of seeing the social reality piecemeal, we saw it as a whole. There always seems to be a greater and greater distance between the evaluation in the form of detection, psycho-social and criminological evaluation and the supportive programs we are trying to elaborate and apply for reeducation within the community.

The nosographic school is represented by the work of Hochman (1971). He asks whether this school has not reached its limits; he doubts its descriptive and prescriptive value. Nonetheless, we ask him to give us time, for to answer categorically in the affirmative can have grave consequences for a country or a province. While agreeing that our clinical and research theory belongs to a part of the nosographical school, it is not so much its descriptive and prescriptive value that is in question as the relationship between the two entities.

This is why we are making a brief inventory of the outside restraints on our own clinical thinking. Among these, there is the lack of time available to the practitioner, his lack of resources, his inability to refer to the past, the difficulty of sharing his experience with that of others in a scientific manner, the mobility and uncertainty of the practitioner, etc.

Second, we raise a number of restraints which are part of the clinical thinking of the practitioner. Two general types of restraints are described. The first refers to the different theoretical frames of reference of the practitioner, the second particularly concerns his work methods.

Third, we place the linear index against the circular index. The linear index is defined as any evidence by which the first characteristic questions the individual's relations with abstract entities. The circular index is defined as any evidence attributed to an individual in relation to systems and groups. As to the systematizing of the circular index, we will have to wait another few months. Nevertheless, an example of the circular index is given through the study of a negative gang in the neighbourhood.

The last part of the article deals with palliatives that can be used to reduce internal and external restraints on the clinical thinking and can but encourage this dialectic between the descriptive and prescriptive elements of the nosographic school. Among these palliatives, there is an urgent need to make an inventory of circular indices, to put them in order and to find the best methods to obtain them. In addition, a clinical table must be constructed connecting the different resource items the practitioner needs to apply various supportive programs within the community once the accent is placed on rehabilitation, socialization and or the clinical prevention of the behaviour, and or the structure of the marginal personality.

As a last palliative, we describe a way in which we give the client the evaluation we have made of him, explaining to him his behavioural and psychodynamic profile. For us, the aim of this last palliative is not only to evince greater respect for the client, but also to recognize his potential participation in his own program of treatment.

LA DIMENSIÓN ESCONDIDA EN CRIMINOLOGÍA CLÍNICA :
EL ÍNDICE CIRCULAR
ENSAYO SOBRE LA REEDUCACIÓN EN MEDIO LIBRE

El autor cree haber descubierto el índice circular al intentar definir y operacionalizar la prevención de la delincuencia juvenil. Describe, en la primera parte de su trabajo, el itinerario seguido gracias a una experiencia a la vez clínica y de investigación, la cual ha puesto en inter-acción al adolescente marginal con su medio escolar. Enseguida se llega a la fase de la explosión. A una visión hasta entonces dividida de la realidad social, el autor opone una visión global de la misma. A su parecer, existe siempre una distancia cada vez más grande entre la parte evaluativa — en forma de detección y evaluación psicosocial y criminológica — y los programas de sostén que se intentan elaborar y aplicar en medio libre.

Refiriéndose a Hochman (1971), el autor descubre la razón nosográfica. Hochman se pregunta si esta razón no está caduca y duda de su valor descriptivo y prescriptivo. Sin embargo, el autor pide se aplaque este debate puesto que contestar categóricamente por una afirmación puede tener consecuencias enormes para un país. Admitiendo que el racional clínico y de investigación utilizado pertenece a la razón nosográfica, el autor pone en tela de juicio menos el valor descriptivo y prescriptivo de dicha razón nosográfica que la relación existente entre estas dos entidades.

De esta manera consigue realizar un inventario, que no pretende ser completo, de las limitaciones exteriores al racional clínico. Entre éstas pueden citarse : la falta de tiempo de que dispone el especialista, la carencia de recursos puestos a su disposición, la imposibilidad de efectuar retrospecciones, la dificultad de compartir de manera científica su experiencia con la de otros, la movilidad e inestabilidad del especialista, etc.

En una segunda etapa, el autor expone algunas limitaciones pertenecientes al racional clínico del especialista y describe dos grandes categorías de limitaciones : la primera se refiere a los diferentes marcos teóricos de referencia del especialista, la segunda concierne particularmente los métodos de trabajo del mismo.

En una tercera fase, el autor opone los índices lineal y circular. Define el primero como todo signo cuya principal propiedad consiste en presentar al individuo en sus relaciones con entidades abstractas. En cuanto al índice circular, es definido como todo signo atribuido a un individuo en relación con sistemas y conjuntos. Por lo que se refiere a la sistematización del índice circular, habrá que esperar aún varios meses. Sin embargo, presenta un ejemplo de dicho índice a partir del estudio de una banda negativa del barrio.

La última parte del artículo se refiere a los paliativos que pueden ser utilizados con vistas a reducir las limitaciones internas y externas del racional clínico y que sólo pueden favorecer la dialéctica entre las partes descriptiva y prescriptiva de la razón nosográfica. Entre dichos paliativos figuran la urgencia de efectuar un inventario de los índices circulares, de sistematizarlos, de descubrir los mejores métodos para obtenerlos. Además, es urgente construir un cuadro clínico que ponga en relación las diferentes unidades de recursos que el especialista necesita para elaborar y aplicar diferentes programas de sostén en medio libre, según que se insista en la reeducación, la socialización o la prevención clínica de la conducta o de la estructura de la personalidad marginal.

Como último paliativo, el autor describe un método utilizado para devolver al cliente la evaluación que sobre él se ha efectuado, explicándole su perfil comportamental y psicodinámico. Este último paliativo tiende no solamente a respetar más al cliente, sino también a reconocerle un potencial de participación en su propio programa de tratamiento.

**"ВЕЛИЧИНА, СКРЫТАЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ КРИМИНОЛОГИИ :
КРУГОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ"
ОЧЕРК О ПЕРВОСПИТАНИИ В СВОБОДНОЙ СРЕДЕ**

Мы обнаружили круговой показатель, когда хотели точно определить и сделать оперативными мероприятия по предотвращению правонарушений среди молодежи. Сначала мы описываем пройденный нами путь при помощи клинического опыта и исследования, подвергая взаимодействию подростка и его школьную среду. Затем наступает фаза отщепления (откалывания). Явлению социальной действительности, все еще разделенному на определенные категории, мы вынуждены противопоставить общее (взятое в целом) явление. По-видимому все еще существует все увеличивающееся расстояние между оценочной стороной в виде выслеживания, психосоциальной и криминологической оценки, и программами поддержки, которые мы пытаемся выработать и применять в свободной среде.

Ссылаясь на Гохмана (1971), мы обнаруживаем нозографическую причину. Он задает себе вопрос, — и именно, не закончена ли (не завершена ли) нозографическая причина; он сомневается в ее описательной и предписывающей ценности. Мы все же просим у него отсрочки, так как категорический утвердительный ответ чреват последствиями для страны или провинции. Допуская, что наш рациональный подход к делу, клинический и исследовательский, приваждает (вызывается) нозографической причиной, мы подвергаем обсуждению описательную и предписывающую ценность нозографической точности (верности), менее, чем связь (взаимотношение) существующую между двумя сущностями.

Итак мы сделали неполный (неисчерпывающий) список внешних воздействий на нашу клиническую основную причину. Среди этих воздействий имеем недостаток времени, которым располагает практикующий юрист, недостаток источников, предоставленных в его распоряжение, невозможность обозреть прошедшее, затруднения при передаче научным способом своего опыта другим, подвижность и непостоянство практикующего юриста, и проч.

Во втором периоде мы возбуждаем вопрос о некоторых воздействиях которые принадлежат к клиническому рассуждению (размышлению, к основной причине) практикующего юриста. Описаны два значительных рода принуждений. Первый связан с различными кадрами теоретических справок (ссылок, рекомендаций) практикующего юриста, второй род касается особенно методов работы юриста.

В третьем периоде мы вынуждены противопоставить линейный показатель круговому (циркулярному). Линейный показатель определен как всякий признак, основное свойство которого влутывает в дело Индивидуума в его отношениях с отвлеченными сущностями (отдельными). Что касается кругового (циркулярного) показателя, он определяется как всякий признак, приписываемый индивидууму в связи с системами и комплексами. Что касается систематизации кругового показателя, то этого придется ждать еще несколько месяцев. Тем не менее, пример кругового показателя приведен, начиная с изучения негативной банды в квартале.

В последней части статьи затрагиваются палиативы, которые могут быть введены, чтобы уменьшить внутренние и внешние принуждения к клинической основной причине, и которые могут только содействовать (благоприятствовать) диалектике между частью описательной и предписывающей нозографического основания. Среди этих палиативов необходимо срочно составить опись круговых (циркулярных) показателей, систематизировать их, и найти наилучшие способы их получения. Кроме того, надо срочно создать клиническую картину, связав различные единства источников, в которых нуждается практикующий юрист, для выработки и применения различных программ поддержки в свободной среде, в зависимости от того дела-

ется ли упор на перевоспитание, на социализацию или на личностную профилактику поведения и маргинальной структуры личности.

В качестве последнего палиатива мы описываем способ (метод), который мы применяем, чтобы поддержать в клиенте оценку, которую мы сделали, объясняя ему психодинамический профиль его поведения. Мы считаем, что этот последний палиатив имеет целью не только уважать более клиента, но он имеет также целью признавать для него возможность участвовать в программе своего собственного режима (лечения).

DANIEL MARINEAU

B.Sc. (sociologie), Université de Montréal (1967).
M.Sc. (criminologie), Université de Montréal (1969).
Chargé de clinique, Université de Montréal.
Directeur de vie de groupe à l'Accueil des jeunes.
Praticien pour le C.S.S. Richelieu, Longueuil.