

Nouvelles pratiques sociales



Le plan de services individualisé en protection de la jeunesse : les enjeux pour la pratique professionnelle

Daniel Turcotte

Volume 6, Number 2, Fall 1993

Jeunes et enjeux sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301226ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301226ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Turcotte, D. (1993). Le plan de services individualisé en protection de la jeunesse : les enjeux pour la pratique professionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(2), 71–84. <https://doi.org/10.7202/301226ar>

Article abstract

La tendance actuelle en matière d'application des mesures de protection privilégie la réalisation d'actions concertées mettant à contribution les réseaux naturels et les ressources de la communauté. Cette tendance, qui se traduit notamment par une volonté d'augmenter le recours au plan de services individualisé (PSI), entraîne une modification de la pratique des intervenants professionnels qui se voient confrontés à de nouvelles exigences et à des tâches différentes. Plusieurs de ces intervenants sont méfiants face à ces transformations qu'ils associent à une déqualification de leur travail et à une réduction de leur autonomie professionnelle. C'est du moins ce que laissent transparaître les résultats d'une étude sur l'utilisation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse.

❖ Le plan de services individualisé en protection de la jeunesse : les enjeux pour la pratique professionnelle

*Daniel TURCOTTE
Université Laval*

La tendance actuelle en matière d'application des mesures de protection privilégie la réalisation d'actions concertées mettant à contribution les réseaux naturels et les ressources de la communauté. Cette tendance, qui se traduit notamment par une volonté d'augmenter le recours au plan de services individualisé (PSI), entraîne une modification de la pratique des intervenants professionnels qui se voient confrontés à de nouvelles exigences et à des tâches différentes. Plusieurs de ces intervenants sont méfiants face à ces transformations qu'ils associent à une déqualification de leur travail et à une réduction de leur autonomie professionnelle. C'est du moins ce que laissent transparaître les résultats d'une étude sur l'utilisation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse.

Les orientations de la récente *Loi sur la santé et les services sociaux*, mieux connue sous le nom de Loi 120, proposent des transformations importantes dans la pratique sociale professionnelle. S'inscrivant dans le sillon du virage communautaire, les changements introduits privilégient la mise à contribution des réseaux naturels et des ressources de la communauté dans une dynamique de partenariat et de concertation entre les institutions du réseau et les organismes communautaires. Sur le plan des principes, que ce soit en considération de l'état critique des finances publiques ou en reconnaissance de la nécessité de revaloriser le potentiel des individus, des réseaux et des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes, ces transformations apparaissent fondées, voire porteuses de promesses. En ce qui concerne l'application, toutefois, les modifications majeures qu'elles introduisent risquent de soulever la résistance des praticiennes et des praticiens professionnels qui sont susceptibles d'y voir une détérioration de leurs conditions de pratique.

C'est l'impression générale qui se dégage d'une étude¹ que nous avons effectuée sur l'utilisation du plan de services individualisé (PSI) en protection de la jeunesse et dont ce texte relate les principales observations. La première partie présente sommairement ce qu'est la plan de services individualisé et situe le cadre de l'étude. La deuxième partie rapporte les principaux résultats dégagés et nous concluons par une évaluation de l'impact du recours au PSI sur la pratique professionnelle en protection de la jeunesse.

LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

L'intervention dans le domaine de la protection de la jeunesse suscite des questionnements importants quant aux stratégies à utiliser pour venir en aide aux enfants en besoin de protection et à leur famille. Considérant le peu de ressources dont disposent ces familles et la multiplicité des sources de stress auxquelles elles sont exposées (Garbarino et Stocking, 1980), une approche efficace du problème ne peut reposer sur un seul intervenant. Elle doit mettre à contribution un ensemble de services basés sur un partenariat entre les ressources formelles et informelles (Whittaker, 1986) et qui combinent l'aide concrète, la consultation psychosociale et la défense du client (Jones, Magura et Shyne, 1985 ; Rothery, 1990).

1. D. TURCOTTE (1992). *L'implantation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse : le cas du CSS de l'Outaouais*, Québec, Université Laval, École de service social, recherche subventionnée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais dans le cadre du programme de subventions en santé communautaire.

L'option privilégiée pour assurer la coordination de ces diverses contributions est le plan de services individualisé (PSI) qui se présente comme «une démarche concertée qui, par la coordination des interventions et la participation active de la personne ou de son représentant, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration tout en assurant sa protection» (Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse, 1991 : 18). Émanant d'un souci d'assurer la continuité et la complémentarité des services, le plan de services individualisé s'appuie sur des principes tels que la nécessité de tenir compte non seulement des besoins mais également des compétences et des ressources de la personne, l'importance de mettre à contribution les ressources familiales et les réseaux primaires, la caractère essentiel de la participation active du client à l'élaboration de son plan de services (Association des centres de services sociaux du Québec, 1988).

Bien que les connaissances sur l'impact du PSI sur la clientèle soient limitées, les recherches réalisées jusqu'à maintenant suggèrent qu'il contribue à protéger les droits des clients en permettant une meilleure coordination des services, en favorisant une approche plus cohérente et en réduisant le stress associé au recours à de multiples organismes. De plus, il crée un contexte d'échange qui permet aux intervenants de sortir de leur isolement et de partager leurs préoccupations et leur malaise (Groupe de travail pour les jeunes, 1991).

En dépit de ces avantages, les quelques écrits sur le sujet indiquent toutefois que ces plans ne suscitent pas un très grand enthousiasme chez les intervenants sociaux. À la suite d'une enquête réalisée auprès de travailleurs sociaux œuvrant en milieu hospitalier, Adelson et Leader (1980) dénotent que ces intervenants jugent moins importantes les activités de planification et de coordination des services et, conséquemment, affirment y consacrer moins de temps qu'à la pratique de la psychothérapie individuelle et familiale. Dans le même sens, Rubin et Johnson (1979), ayant interrogé des étudiants à la maîtrise en travail social, soulignent que ces derniers accordent moins de valeur aux interventions portant sur le milieu et considèrent les activités liées aux rôles de courtier et de représentant du client (*advocacy*) comme plus superficielles que la psychothérapie. Donc, en dépit de l'importance accordée par le travail social à la défense des droits du client et malgré l'affirmation de la nécessité d'adopter une perspective globale dans l'aide aux personnes en difficulté, l'idée que les compétences en psychothérapie sont supérieures aux habiletés reliées aux services concrets à fournir prévaut toujours.

In short, despite the importance the profession assigns to brokerage and advocacy and to the notion of a distinctive ecological perspective, the

prevailing notion in direct service is that in-depth therapeutic skills distinguish the most advanced from the less advanced clinical practionners.
(Rubin et Johnson, 1983 : 53)

Bien que l'utilisation du PSI en protection de la jeunesse soit récente, les membres du Groupe de travail pour les jeunes (1991) font un constat identique dans ce domaine : le plan de services individualisé suscite peu d'intérêt chez les intervenants. Cela tient à une foule de facteurs dont le manque de temps, la méconnaissance de l'approche, les débats entourant la concertation dans la prise en charge et la crainte de voir les autres intervenants venir complexifier la tâche (Groupe de travail pour les jeunes, 1991 : 169).

Ainsi, le plan de service individualisé, qui représente une des voies d'actualisation du virage communautaire, est loin de susciter l'enthousiasme espéré. Si l'on reconnaît qu'au delà des règles et des prescriptions administratives, les acteurs d'une organisation disposent toujours d'une marge de liberté qui permet un ajustement de leur conduite en fonction de leurs préférences et de leurs intérêts (Crozier et Friedberg, 1977), cette résistance à l'endroit du PSI risque d'en compromettre l'actualisation.

Afin d'apporter un éclairage supplémentaire sur ce sujet, nous avons cherché à dégager une représentation de l'utilisation du plan de services individualisé au Centre de services sociaux de l'Outaouais, organisme où le recours au PSI est mis de l'avant depuis janvier 1990. Plus spécifiquement, nous voulions cerner la mise en application du plan de services individualisé faite par les praticiennes et les praticiens et faire ressortir les conditions et les contraintes de cette mise en application. Pour atteindre ces objectifs, nous nous sommes intéressés à la nature des services privilégiés dans le cadre des plans de services individualisés et à la démarche suivie par les praticiens dans la planification et l'actualisation de ces services. Nous avons, notamment, cherché à répondre aux questions suivantes :

1. Quel est le contenu des plans de services au regard de besoins et compétences des clients et au regard d'objectifs, de moyens et de ressources ?
2. Quelle perception ont les praticiennes et les praticiens du PSI : difficultés rencontrées, sources de satisfaction, sources d'insatisfaction, changements souhaités ?

Pour obtenir des éléments de réponse à ces questions, nous avons eu recours à deux méthodes de collecte de données : l'étude des dossiers de la clientèle et la réalisation d'entrevues auprès des praticiennes et praticiens chargés de l'application des mesures de protection. Ainsi, 120 dossiers contenant un plan de services individualisé ont été étudiés afin d'en dégager

les informations suivantes : le motif de signalement, les problèmes relevés lors de l'évaluation, les compétences des personnes impliquées dans la situation-problème et le contenu du PSI (besoins, objectifs, moyens, ressources).

Par ailleurs, tout le personnel affecté à l'application des mesures de protection au CSSO a été rencontré dans le cadre d'entrevues individuelles. Ces entrevues semi-dirigées abordaient principalement les implications concrètes du PSI au niveau de la pratique et les avantages et difficultés de sa mise en application. Au total, 28 informateurs ont été mis à contribution.

LE RECOURS AU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ DANS LA PRATIQUE

Pour mieux comprendre les enjeux du PSI sur la pratique professionnelle, il nous apparaît utile de relever quelques éléments dégagés de l'analyse des plans de services contenus aux dossiers des enfants faisant l'objet de mesures de protection.

La nature des plans de services individualisés

Un des principes à la base du PSI stipule que l'évaluation de la personne doit se faire dans une perspective globale qui tient compte non seulement de ses besoins mais également de ses compétences et de ses ressources. L'importance accordée à chacune de ces composantes peut donc fournir un indice intéressant de la façon dont les praticiens approchent les situations avec lesquelles ils sont confrontés.

Soulignons d'abord que seulement 13 des 120 dossiers étudiés contiennent une mention spécifique des besoins auxquels l'intervention tente de répondre. Dans 8 de ces 13 dossiers, il s'agit de besoins visant l'enfant : stabilité, encadrement, support affectif. Dans les autres cas, les besoins mentionnés se rapportent aux parents et, notamment, à des besoins de soutien et de support, de supervision ou encore, de répit dans la garde des enfants.

Moins de un dossier sur quatre contient une mention explicite des compétences de l'enfant ; dans le cas des parents, un peu plus de la moitié des dossiers y font référence. Comme le fait ressortir le tableau 1, dans ces dossiers, c'est principalement sur la compétence à être un bon client que l'accent est mis puisque la plupart des éléments mentionnés se réfèrent à la motivation ou à la capacité des parents à s'engager dans une démarche de changement.

TABLEAU 1
**Distribution des compétences parentales
 mentionnées au dossier**

Compétence mentionnée	Illustrations	N	%
Réaction face à l'aide offerte	Parent prêt à collaborer. Démontre une bonne volonté. Ouvert aux suggestions.	31	25,8
Capacité de changement	Parent qui démontre de bonnes capacités Bon potentiel quant à l'organisation structurelle.	22	18,3
Habiletés éducatives	Capable de donner des soins physiques adéquats. Assume bien la garde de son enfant.	15	12,5
Qualité du lien affectif	Se préoccupe de ses enfants. Liens parents-enfants positifs.	7	5,8
Caractéristiques personnelles	Parent qui connaît bien les ressources. Conscient de ses responsabilités.	4	3,3

Dans la quasi-totalité des plans de services (97,5 %), les objectifs visés par l'intervention sont explicitement mentionnés. Ces objectifs, présentés au tableau 2, visent principalement trois cibles de changement : 1) le développement des compétences parentales, 2) la modification des comportements de l'enfant et 3) l'enrichissement de la vie familiale. Les moyens qui sont privilégiés gravitent autour de l'intervention thérapeutique visant le changement personnel (soutien, conseil, réadaptation, rééducation, thérapie individuelle) et sont centrés sur l'enfant et sur le parent. L'intervention apparaît essentiellement axée sur les habiletés individuelles et sur la dynamique familiale ; l'enrichissement du réseau de support de l'enfant et des parents est une préoccupation présente mais marginale.

En ce qui concerne les ressources mises à contribution, le recours aux organismes communautaires est une mesure utilisée dans une faible proportion (6,6 %) des plans de services. Outre l'omniprésence du CSS, l'identification des collaborateurs aux plans de services révèle que ce sont essentiellement les établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui sont mis à contribution : centres de réadaptation, centres hospitaliers et centres locaux de services communautaires.

TABLEAU 2
Nature des objectifs mentionnés

Cible de changement	Illustrations	N
Parents	<i>Attitudes et comportements en tant que parent</i> - améliorer ses connaissances et habiletés - donner des soins physiques plus appropriés	76
	<i>Fonctionnement personnel</i> - Contrôler sa consommation d'alcool - Contrôler sa violence	34
	<i>Relation de couple</i>	2
	TOTAL	112
Enfant	<i>Attitudes et comportements</i> - Modifier certains comportements - Améliorer son fonctionnement scolaire	55
	<i>Conditions de vie</i> - Modifier ou enrichir son réseau social - Avoir des occasions de verbalisation	31
	TOTAL	86
Dynamique familiale	<i>Composante affective</i> - Améliorer la communication - Mettre en place des mesures de protection	70
	<i>Conditions matérielles</i> - Améliorer les conditions de logement	8
	TOTAL	78
Ressources externes	- Fournir l'accès à des ressources de dépannage	5
	TOTAL	5

Ainsi, l'analyse des plans de services individualisés laisse transparaître que l'application des mesures de protection s'inscrit dans une pratique centrée sur l'intervention individuelle, axée sur le changement personnel et basée sur une analyse intrafamiliale de la maltraitance. C'est également une pratique essentiellement professionnelle, en ce sens qu'elle met peu à contribution les ressources communautaires et qu'elle fait rarement appel au réseau naturel des enfants et de leur famille. Ce portrait révèle une pratique en apparence difficilement compatible avec le plan de services individualisé avec son accent mis sur le recours aux réseaux primaires de la communauté et sur la mise à contribution des ressources familiales. L'analyse des informations fournies par les praticiennes et les praticiens permet de mieux cerner les enjeux de cette apparente incompatibilité.

LES CONTRAINTES À L'ACTUALISATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Dans l'ensemble, les commentaires recueillis reflètent une appréciation générale plutôt négative du PSI. Bien que cette évaluation soit nuancée par une analyse plus approfondie des opinions exprimées par les praticiennes et les praticiens, essentiellement, ils voient dans le PSI un instrument qui vient alourdir leur travail. Ce constat s'appuie sur le fait que son actualisation se bute à trois obstacles principaux, à savoir :

- a) une collaboration mitigée des partenaires qui sont généralement réfractaires à l'idée de s'associer à la DPJ,
- b) des conditions de pratique caractérisées par une confusion au niveau des rôles (coordination-intervention), un manque de temps et une insuffisance de support clinique ;
- c) une résistance des parents face à l'action de la protection de la jeunesse.

Des partenaires réfractaires

Plusieurs informateurs déclarent connaître des difficultés importantes en ce qui a trait à la collaboration de certains partenaires externes, notamment, des médecins, des intervenants de CLSC et des acteurs de certains milieux hospitaliers. Si la concertation apparaît plus facile avec les établissements qui ont déjà une tradition en matière de plans de services comme les centres d'accueil de réadaptation, dans le cas des autres organismes, plusieurs éléments font obstacle à l'établissement de véritables liens de collaboration. Outre le manque de disponibilité qui constitue en soi un problème de taille et qui fait qu'il n'est pas facile de réunir simultanément plusieurs personnes, certains partenaires expriment leur désintérêt en négligeant de se présenter aux réunions pour lesquelles ils s'étaient pourtant déclarés disponibles ou en refusant tout simplement de s'impliquer quand la DPJ est dans le dossier. En outre, la collaboration interétablissements se heurte très souvent à l'autonomie organisationnelle, chaque organisme cherchant à préserver l'intégrité de sa mission ou à affirmer la présence de sa philosophie d'intervention. Ainsi, dans la mesure où la collaboration constitue parfois davantage un obstacle qu'un élément facilitateur, certains praticiens décident tout simplement d'éviter de faire appel à des partenaires extérieurs préférant alors procéder par leurs propres moyens. Voici quelques illustrations.

« Les gens ne sont pas intéressés à travailler avec la DPJ parce qu'ils ont toujours la mentalité que la DPJ, eux ils ne touchent pas à ça. C'est un vieux problème. » (n° 06)

« Chaque institution a son idée par rapport aux services à donner [...] et il y en a qui veulent avoir le dessus sur tout. » (n° 07)

« Il y a des fois où, compte tenu de la collaboration que j'ai, j'avance bien mieux dans mes dossiers tout seul qu'avec une collaboration qui me fout des bâtons dans les roues. Je fais cavalier seul et ça va beaucoup mieux. » (n° 13)

Des conditions de travail difficiles

Outre la réponse qu'ils obtiennent des partenaires extérieurs, les praticiens de la protection de la jeunesse se butent également à des contraintes liées aux exigences que comporte l'actualisation de la démarche du PSI et aux conditions dans lesquelles ils sont placés pour répondre à ces exigences.

Pour plusieurs, la rédaction des formulaires de plan de services est une tâche administrative qui consomme beaucoup de temps et, conséquemment, constitue un obstacle à l'intervention. À leurs yeux, si établir la problématique, identifier les besoins et dégager des pistes d'actions sont des activités d'intervention avec lesquelles ils se sentent à l'aise, par contre, la transcription de ces informations sur des formulaires standardisés dont ils doivent donner copie à différents acteurs représente une activité administrative contraignante qui ne correspond en rien à l'intervention professionnelle. Il en est de même de certaines activités associées à la coordination, telles qu'identifier les partenaires potentiels, les convoquer pour planifier les services, s'enquérir de l'évolution de la situation, préparer la révision ou évaluer l'apport des partenaires. Dans un contexte où tous les praticiens estiment avoir déjà une charge de travail trop lourde, la mise en application du PSI apparaît un projet utopique qui peut avoir un effet contre-productif sur les services à la clientèle.

« Je dirais que 75 % de mon temps je le passe à gérer plutôt qu'à rencontrer mes clients : le temps que je remplisse les formulaires de tous mes dossiers, que je fasse mes révisions et tout ça, je n'ai plus le temps pour l'intervention directe. » (n° 06)

« Ça devient difficile et démotivant pour nous autres dans notre pratique parce qu'on est tout le temps pris avec une surcharge de travail et en même temps on a des pressions. » (n° 08)

« Le manque de temps devient très frustrant. Comment veux-tu rassembler tous ces gens-là si tu as trente dossiers et que tu as des collaborateurs pour chacun des dossiers. » (n° 10)

La pression supplémentaire qu'exerce le PSI apparaît d'autant plus forte que plusieurs praticiens ne se sentent pas appuyés par leur direction. Plusieurs

ont l'impression que les considérations administratives et légales l'emportent sur les considérations cliniques. Ils estiment que la direction est plus centrée sur le respect des échéanciers que sur la qualité du travail clinique : « La façon de compléter les formulaires est plus importante que la façon d'intervenir ». L'insistance de la direction pour que les formulaires soient complétés correctement les amènent à penser que les PSI ont plus une fonction de contrôle administratif qu'une fonction de support à l'intervention.

« Nous, on n'a aucun support. On nous donne les dossiers et après tu ne vois plus personne à moins que la direction reçoive un téléphone. Alors ils viennent voir ce que tu fais dans ton dossier. » (n° 15)

« À l'intérieur de l'équipe, il y a eu du remous. Certaines personnes avaient de la difficulté à accepter ça. Elles disaient que c'était un moyen de contrôle au niveau de la pratique. » (n° 03)

La participation mitigée des parents

Les autres difficultés que rencontrent les praticiens se rapportent principalement à la participation des bénéficiaires, particulièrement des parents. Alors que la philosophie qui sous-tend le PSI pose la nécessité d'une participation active des bénéficiaires à l'ensemble de la démarche, l'attitude des parents auprès de qui interviennent les praticiens qui œuvrent en protection oscille généralement entre l'indifférence et l'agressivité. Leur malaise face aux professionnels pour certains, leur faible motivation pour plusieurs et leur opposition active pour d'autres sont autant de facteurs qui font obstacle à la démarche du praticien dans l'actualisation du PSI. Ainsi, lors des rencontres d'élaboration et de révision du PSI, la contribution des parents n'est pas toujours très active, car plusieurs ne sont pas à l'aise de s'exprimer dans ces rencontres. Par ailleurs, même s'ils sont présents et d'accord avec les objectifs visés, cela ne veut pas dire qu'ils vont nécessairement collaborer ; leur présence n'est pas garante de leur motivation à s'impliquer. Plusieurs parents ne reconnaissent pas avoir un problème, ils sont donc peu enclins à vouloir participer au processus d'intervention et à vouloir apporter des modifications à leur situation.

« Ici la collaboration des parents n'est pas toujours très grande. Ils ne sont pas toujours motivés à reconnaître les faits ou à parler de leurs besoins. » (n° 16)

« Il y a des gens avec qui c'est impossible d'avoir un plan de services parce qu'en partant ils n'acceptent pas l'intervention. Ils ne reconnaissent pas leurs problèmes et ils ne veulent pas accepter ce qu'on leur propose. » (n° 08)

L'implantation du PSI soulève donc plusieurs difficultés qui contribuent à freiner l'ardeur des praticiens. D'autant plus, qu'à leurs yeux, cette mesure vient s'ajouter à une série de changements antérieurs dont ils ont l'impression d'avoir trop souvent été écartés. Cette situation a fait naître chez plusieurs un sentiment de perte de contrôle sur leur processus de travail.

« Depuis que je suis ici, les changements n'ont pas arrêté. À un moment, la direction nous présente une formule ; ensuite, on a une formation et ce n'est plus la même formule qui est suggérée. Constamment, il y a de nouvelles formules et de nouvelles exigences. On est comme un gros paquet de pâte à modeler : on chiale un peu, puis on finit par faire ce qu'ils nous disent. » (n° 08).

LES RETOMBÉES DU PSI SUR L'INTERVENTION

Si les praticiennes et les praticiens s'entendent sur les contraintes qui font obstacle à l'actualisation du PSI, les opinions sont plus partagées en ce qui a trait à ses retombées sur l'intervention auprès de la clientèle : leur évaluation est souvent empreinte d'ambivalence, voire de contradiction. Si certains y voient des résultats positifs, d'autres estiment que cela n'a pas changé grand-chose à la pratique antérieure, si ce n'est de l'alourdir. Quelques-uns, enfin, soutiennent que le PSI a eu surtout des effets négatifs.

Les impacts positifs du PSI sont principalement associés à une plus grande clarification des rôles des partenaires, à l'établissement de liens de collaboration plus étroits, à un meilleur suivi de l'évolution de la situation de l'enfant et de sa famille et à une plus grande systématisation des interventions. Ainsi, le PSI permet de clarifier les mandats respectifs, de mieux répartir les tâches et il constitue, pour certains, une occasion de rapprochement entre les intervenants. Sur un autre plan, l'élaboration du PSI oblige à avoir une perspective plus générale par rapport aux besoins de la famille, amène à mieux structurer l'action et à donner un caractère plus officiel et plus systématique à la démarche du praticien.

Par contre, pour certains praticiens, le PSI ce n'est qu'une formule supplémentaire à remplir et son utilisation n'a en rien amélioré la pratique antérieure sinon de l'avoir alourdie. L'insistance de la direction pour que les formulaires soient complétés correctement les amènent à penser que les PSI sont plus utiles pour la direction que pour eux-mêmes et qu'à cet égard, ils ont plus une fonction de contrôle administratif qu'une fonction d'aide à l'intervention. Par ailleurs, comme on le constate à l'analyse des réponses, l'opinion des praticiens n'est pas toujours arrêtée ou univoque. Certains, tout en reconnaissant des impacts positifs, formulent une appréciation globale

neutre ou négative du PSI. C'est ce qui peut expliquer qu'une forte majorité (18 sur 24) de praticiens soulignent que le PSI contribue à clarifier les attributions respectives des intervenants mais, en même temps, plusieurs d'entre eux (14 sur 24) estiment que cela n'a pas vraiment changé leur pratique si ce n'est d'entraîner un contrôle plus étroit.

Même si les praticiens reconnaissent des aspects positifs au PSI, leur appréciation générale le présente plus comme un obstacle que comme un support à l'intervention ; non seulement a-t-il entraîné un alourdissement de leur tâche, mais il a aussi contribué à une augmentation du contrôle exercé sur leur pratique. Donc, si le PSI apparaît théoriquement comme un beau concept, son actualisation est plus problématique et l'attitude des praticiens à son égard se caractérise plus par la méfiance que par l'engouement. Cette méfiance semble s'expliquer, en partie du moins, par le fait que les praticiens associent deux enjeux majeurs à l'implantation du PSI : la déqualification de leur travail et la réduction de leur autonomie professionnelle.

L'impact du PSI sur la pratique professionnelle

Le plan de services individualisé est porteur d'une profonde transformation de la pratique professionnelle. Cette transformation tient d'abord à l'exigence d'une collaboration étroite entre divers partenaires provenant à la fois du réseau institutionnel et des organismes communautaires. Si cette collaboration s'accommode assez mal d'une pratique individuelle axée sur le changement personnel, elle pose également la nécessité d'assurer la concertation entre les partenaires. Les activités associées à cette exigence sont généralement perçues par les praticiens comme des activités secondaires ayant un caractère moins professionnel que l'intervention directe auprès de la clientèle. Les tâches liées à la coordination telles que la rédaction des plans de services, le suivi de l'évolution de la situation et la convocation des rencontres apparaissent comme des tâches administratives à caractère technique qui font obstacle à l'intervention professionnelle. Cette donnée concorde avec les observations de Adelson et Leader (1980) et de Rubin et Johnson (1982) sur le faible intérêt des travailleurs sociaux à l'égard de la coordination des services.

Cette vision de la coordination des services comme une déqualification du travail professionnel se combine à une perception du PSI comme un facteur de contrôle sur la pratique. Pour les praticiens, ce contrôle vient de l'obligation qui leur est faite d'informer les parents et les partenaires de l'évaluation qu'ils font de la situation, des stratégies qu'ils comptent utiliser pour modifier cette situation et des changements produits par leur inter-

vention. Mais c'est principalement en regard des membres de la direction que le PSI représente pour eux une augmentation du contrôle exercé sur leur pratique. Ce contrôle découle de l'obligation qui leur est faite, au départ, d'explicitier les objectifs poursuivis et le plan d'action envisagé et, à l'arrivée, de faire un bilan des changements produits par l'intervention.

L'actualisation du plan de services individualisé marque une transformation de la pratique professionnelle dans le domaine de la protection de la jeunesse en privilégiant une pratique de partenariat mettant à profit les établissements du réseau et les organismes communautaires. Le portrait que nous avons tracé de la pratique actuelle en matière d'application des mesures de protection, avec son accent sur l'intervention individuelle, son orientation vers le changement personnel et son analyse intrafamiliale de la maltraitance s'articule mal à une philosophie de concertation et de mise à contribution des ressources communautaires. Même si les praticiens chargés de l'application des mesures de protection sont de plus en plus ouverts à cette perspective, il s'en trouve encore trop qui s'épuisent à croire qu'ils peuvent, par leurs propres moyens, modifier de façon tangible la réalité des familles maltraitantes.

Par ailleurs, la réserve dont font preuve les praticiens à l'égard du virage que sous-tend le recours au plan de services individualisé est accentué par le fait que, jusqu'à maintenant, ces derniers n'ont pas l'impression d'avoir tiré profit de cette transformation de la pratique. Si d'un côté l'intervention auprès des familles leur apparaît toujours aussi complexe, de l'autre, ils ont l'impression d'assister à une déqualification de leur travail et à une réduction de leur autonomie professionnelle. Les vertus théoriques d'une pratique basée sur la concertation et le partenariat se heurtent donc à des considérations pratiques qui ne sont pas négligeables du point de vue de celles et ceux qui ont à actualiser les transformations proposés, soit les praticiennes et les praticiens. D'autant plus que la pratique dans le domaine de la protection de la jeunesse comporte des caractéristiques qui imposent des contraintes particulières à l'actualisation du PSI (Turcotte, 1992).

En dépit ou en raison de ces obstacles, les praticiennes et les praticiens ne peuvent se permettre de rester en retrait des changements qui se produisent actuellement dans le domaine des pratiques sociales. Ils doivent assumer un rôle actif dans le choix et l'actualisation de nouvelles pratiques afin de s'assurer que celles-ci conduisent à des interventions plus cohérentes et mieux concertées, donc plus efficaces. Le plan de services individualisé peut être à la base de telles interventions si les praticiens et les gestionnaires parviennent à identifier et à mettre en place les conditions qui en faciliteront l'application.

Bibliographie

- ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (ACSSQ) (ACSSQ) (1988). *Plan de services individualisé*, Montréal, ACSSQ.
- ADELSON, G. et M.A. LEADER (1980). «The Social Worker's Role: A Study of Private and Voluntary Hospitals», *Hospital and Community Psychiatry*, n° 31, 776-780.
- CROZIER, M. et E. FRIEDBERG (1976). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- DARVEAU-FOURNIER, L. et A. HOME (1990). «Le groupe au service des familles», *Service social*, vol. 39, n° 1, 75-96.
- GARBARINO, J. et S.H. STOCKING (1980). *Protecting Children from Abuse and Neglect*, Washington, Jossey-Bass.
- GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES (1991). *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR L'APPLICATION DES MESURES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE (1991). *La protection sur mesure: un projet collectif*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, annexe 2.
- JONES, M., MAGURA, S. et A. SHYNE (1981). «Effective Practice with Families in Protective and Preventive Services: What Works?», *Child Welfare*, vol. 60, n° 2, 67-80.
- ROTHERY, M. (1990). «Child Maltreatment and the Front-Line Worker», dans ROTHERY, M. et G. CAMERON (sous la direction de). *Child Maltreatment: Expanding our Concept of Helping*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, 1-9.
- RUBIN, A. et P.J. JOHNSON (1982). «Practitioner Orientations Toward Serving the Chronically Disabled: Prospects for Policy Implementation», *Administration in Mental Health*, n° 10, 2-12.
- TURCOTTE, D. (1992). «L'utilisation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse», *Service social*, vol. 41, n° 3, 25-40.
- WHITTAKER, J. (1986). «Formal and Informal Helping in Child Welfare Services: Implications for Management and Practice», *Child Welfare*, vol. 55, n° 1, 17-25.