

## Nouvelles pratiques sociales



# Protection de la jeunesse : la prise en charge... et le changement ?

Jean-Marc Meunier

Volume 7, numéro 2, automne 1994

La recherche sociale et le renouvellement des pratiques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301284ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301284ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Meunier, J.-M. (1994). Protection de la jeunesse : la prise en charge... et le changement ? *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 171–186.  
<https://doi.org/10.7202/301284ar>

Résumé de l'article

La littérature professionnelle attribue le changement issu de la relation d'aide à ses qualités primaires: la présence et l'implication professionnelle de l'aidant, des objets d'intervention appropriés, précis et explicites. Une étude exploratoire portant sur des facteurs de prolongation des mandats de prise en charge en protection de la jeunesse suggère que la continuité de présence de l'intervenant semble loin d'être une caractéristique de ces dossiers. En outre, les taux d'investissement professionnel observés apparaissent peu élevés et le temps d'intervention directe minime. Enfin, apparaît une difficulté de cerner les bons objets d'intervention. Ces éléments, essentiels à l'aide et au changement, sont discutés en rapport avec l'organisation institutionnelle des services.

# ❖ Protection de la jeunesse : la prise en charge... et le changement?

*Jean-Marc MEUNIER  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Hull*

La littérature professionnelle attribue le changement issu de la relation d'aide à ses qualités primaires : la présence et l'implication professionnelle de l'aidant, des objets d'intervention appropriés, précis et explicites. Une étude exploratoire portant sur des facteurs de prolongation des mandats de prise en charge en protection de la jeunesse suggère que la continuité de présence de l'intervenant semble loin d'être une caractéristique de ces dossiers. En outre, les taux d'investissement professionnel observés apparaissent peu élevés et le temps d'intervention directe minime. Enfin, apparaît une difficulté de cerner les bons objets d'intervention. Ces éléments, essentiels à l'aide et au changement, sont discutés en rapport avec l'organisation institutionnelle des services.

Les chefs de file des principaux mouvements thérapeutiques contemporains attribuent leurs succès aux conditions de base de la relation d'aide. Le changement issu de la relation d'aide apparaît comme la résultante des qualités primaires de cette relation : la présence, l'implication professionnelle de l'aidant, des objets d'intervention appropriés, précis et explicites. Ces éléments apparaissent toujours parmi les plus déterminants de la relation d'aide (Aaron, 1993).

Les propos qui suivent reprennent ces éléments en marge d'observations réunies lors d'une étude exploratoire portant sur des facteurs de prolongation des mandats de prise en charge en protection de la jeunesse. L'intervention dans ces situations manquerait-elle de certains des ingrédients essentiels à la relation d'aide et, par conséquent, au changement? Une bonne part des prolongations pourrait-elle être reliée à des lacunes méthodologiques au sein même du processus d'intervention... et ainsi dépendre de facteurs autres que des caractéristiques de la situation de l'enfant?

En première partie, les principales caractéristiques de cette étude sont présentées puis trois de ses observations : la mobilité du personnel d'intervention, l'investissement professionnel et les objets d'intervention. La seconde partie, portant sur la réussite du changement, traite de ces observations en regard de la réalité présente de l'intervention de protection et de modifications souhaitables.

## **UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE ET QUELQUES OBSERVATIONS**

La durée réelle de la prise en charge des situations de protection remet en question la recherche de résultats à court terme des intervenants et même leur fonction d'agent de changement. Au-delà de l'image d'efficacité institutionnelle ou d'efficience des services, si les interventions de protection se prolongent, les enfants, premiers acteurs en cause, semblent y perdre. Avec ces soucis en tête, le Directeur de la protection de la jeunesse de la région de Québec suggéra de procéder à une réflexion systématique sur les causes des prolongations des mandats de protection (Larochelle, Meunier, et Poirier, 1988). La suite ouvrit la porte à une étude exploratoire des situations de cinquante enfants de six ans et moins, prises en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) (Meunier et Paquet, 1990).

Cette étude a été effectuée au cours des mois de janvier et février 1989. La moitié des dossiers (25 sur 50) se rapportaient à un premier mandat de prise en charge. Des 25 autres, huit en sont à un deuxième mandat, sept à un troisième, trois à un quatrième, trois à un cinquième, trois à un sixième, et un autre à un huitième. La «prise en charge» désigne ici l'étape du processus, en protection de la jeunesse, permettant l'application des mesures retenues pour mettre fin à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant. Un personnel spécifique, distinct de l'étape précédente d'évaluation-orientation, y est généralement assigné. Cette prise en charge de la situation de l'enfant fait l'objet d'un mandat du Directeur de la protection de la jeunesse, mandat défini par les termes d'une ordonnance du tribunal (Chambre de la jeunesse) ou d'une entente volontaire signée entre les parties. Les caractéristiques de ce mandat constituent l'objet de l'étude.

L'étude entreprise a tenté d'explorer les divers facteurs (causes) susceptibles d'expliquer les renouvellements répétés d'ententes volontaires ou d'ordonnances du tribunal touchant une même situation. Pour atteindre cet objectif, les diverses caractéristiques des mandats, actuels et antérieurs, ont été relevées d'abord au moyen d'une étude des dossiers sociaux des enfants concernés. Rappelons ici que les intervenants sont requis d'inscrire au dossier un résumé des interventions significatives effectuées auprès des clients et autres ressources, c'est-à-dire toute activité susceptible d'avoir exercé une influence quelconque sur la situation, et le temps qui lui a été consacré. Une entrevue, semi-dirigée à l'aide d'un questionnaire et effectuée simultanément auprès du réviseur et de l'intervenant responsable du dossier, a permis de colliger l'essentiel des informations. Des facteurs de type administratif, clinique et sociojudiciaire ont été examinés. Les facteurs d'ordre administratif touchent la mobilité du personnel, la préparation à la tâche, la formation des intervenants, les temps d'intervention et les périodes de délais. Les facteurs d'ordre clinique traitent de l'état de la situation de l'enfant, du projet de vie de l'enfant, du plan de travail de l'intervenant, de la réalisation du plan de travail, du support et de l'encadrement professionnel, du caractère adéquat de la réponse aux besoins de l'enfant et des modes d'intervention. Les facteurs d'ordre sociojudiciaire cernent les motifs de la compromission, le temps clinique consacré à l'intervention et les motifs de prolongation des mandats.

Les observations dégagées, en raison principalement de leur nombre limité et du caractère non représentatif de l'échantillon constitué (cinquante dossiers), n'ont pas permis de pointer un ou des facteurs déterminants de la prolongation des mandats. Cependant, en seconde analyse, certaines données sur des aspects cruciaux de la dynamique de la relation d'aide sont apparues particulièrement intéressantes. C'est le cas des observations concernant la mobilité du personnel, l'investissement professionnel et l'ordre de priorité de l'action professionnelle en regard de la perception des capacités parentales à fournir une réponse adéquate aux besoins de l'enfant. Ces trois éléments, fondamentaux dans la relation d'aide, font ici l'objet d'une attention spéciale.

### **La mobilité du personnel**

Une présence stable de l'intervenant auprès de la personne aidée est généralement considérée comme une condition essentielle à la relation (Du Ranquet, 1992 ; De Robertis, 1981 ; Pincus et Minahan, 1979 ; Hollis, 1972 ; Rogers, 1969 ; Lippitt, Watson et Westley, 1958 ; Biesteck, 1957). Celle-ci ne s'établira que si les personnes impliquées sont en contact. Par ailleurs, cette présence doit être suffisamment stable ou continue pour qu'elle devienne significative et se prête à l'exercice d'une influence de l'aidant sur l'aidé. La mobilité de l'intervenant, outre son absence pure et simple, peut être considérée comme l'antithèse de sa présence auprès du client.

Dans notre étude, la mobilité du personnel nous est apparue comme un des facteurs administratifs à considérer. L'indice de cette mobilité était le nombre d'intervenants qui avaient successivement été responsables du dossier de prise en charge de l'enfant depuis son ouverture, y compris les quelques intervenants momentanément absents du dossier. Cet indice ne présentait cependant pas sa pleine valeur puisque la longueur des mandats considérés n'était pas uniforme ; ces mandats avaient généralement une durée de six ou douze mois. Néanmoins, il pouvait traduire l'ampleur du phénomène. Ainsi, depuis le début de l'intervention de prise en charge (tableau 1), 28 des 50 dossiers observés (56 %) avaient été assumés par un seul intervenant ; neuf (18 %), par deux ; cinq (10 %), par trois ; cinq (10 %), par quatre ; et trois (6 %), par cinq. Donc, 44 % des dossiers présentaient une intervention de prise en charge discontinue puisque deux intervenants ou plus l'avaient assumée.

TABLEAU 1  
**Nombre d'intervenants se succédant au dossier  
de prise en charge de l'enfant depuis son ouverture**

| <b>Nombre<br/>d'intervenants</b> | <b>Nombre<br/>de dossier</b> | <b>Pourcentages</b> |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------|
| 1                                | 28                           | 56                  |
| 2                                | 9                            | 18 (18)             |
| 3                                | 5                            | 10 (28)             |
| 4                                | 5                            | 10 (38)             |
| 5                                | 3                            | 6 (44)              |
|                                  | 50                           | 100                 |

Cette observation de la mobilité du personnel assignée à la prise en charge des dossiers ne tient cependant pas compte de deux autres aspects de la réalité des services : la mobilité du personnel affecté à l'évaluation du signalement et les mises en attente, faute d'intervenants disponibles, rendent le tableau encore plus complexe. Le cycle préalable de l'évaluation implique qu'au moins un autre intervenant a travaillé sur le dossier antérieurement à la prise en charge ; Pinard (1991 : 35) parle de « travail à relais à l'intérieur des pratiques en CSS ». La mise en attente peut, par ailleurs, contribuer à la perte de motivation des clients. Le tout peut traduire un message implicite de dépréciation du sérieux de la protection de l'enfant et de dépersonnalisation des processus qui s'y rattachent. Comme le souligne Pinard (1991 : 40), « ce principe de la division du travail doit être relativisé par l'analyse des effets pervers de son application ».

L'observation des dossiers, au moment de leur révision statutaire, révèle que 21 d'entre eux (42 %) ont dû subir une attente au début de la prise en charge. Cette attente est généralement causée par un délai à trouver l'intervenant approprié. Les 29 autres dossiers ont profité du recours immédiat à un intervenant de la prise en charge. Cependant, malgré cette promptitude à donner suite à l'évaluation, lors de la révision considérée, nous avons constaté que seulement 19 de ces derniers sont toujours pris en charge par le même intervenant ; l'inconstance des intervenants se manifeste encore ici.

En somme, la continuité de l'intervenant semble loin d'être une caractéristique de la relation d'aide lors de la prise en charge de ces dossiers. La division du travail par étapes, de l'évaluation à la prise en charge, amène déjà au moins deux intervenants différents à se succéder auprès des clients. Souvent, en plus, le transfert de responsabilité du dossier n'est pas assuré en raison d'un manque de personnel. Enfin, les intervenants de la prise en charge se succèdent à un rythme effarant dans un même dossier. En clair, une relation significative porteuse de changement ne saurait être établie dans un tel contexte. Seuls quelques privilégiés du hasard semblent bénéficier d'une présence stable et aidante. Logiquement, seuls ces quelques privilégiés seraient objets d'influences systématisées orientées vers le changement attendu.

### **L'investissement professionnel**

L'investissement professionnel consacré à la personne aidée contribue à confirmer la relation et à en faire une occasion d'influence et de changement. Le temps d'implication, tout en définissant la nature et la profondeur de la relation, fournit les occasions nécessaires à diverses réalisations, synonymes de progression et de changement. Lors de notre étude, l'investissement professionnel se reflétait par deux mesures : le taux d'investissement professionnel et le temps d'intervention directe auprès des clients.

En cours de mandat, des interventions professionnelles doivent être entreprises auprès des individus susceptibles de contribuer à l'évolution de la situation. Ces interventions visent à la fois à assurer la protection de l'enfant, à surveiller et contrôler les engagements et exigences, et à induire les changements souhaités. L'intervenant de la prise en charge doit ainsi rencontrer l'enfant, ses parents, sa famille, son milieu d'accueil, et toute autre personne concernée par l'état de l'enfant et l'évolution de sa situation. Pour ce faire, il s'adresse aux divers systèmes impliqués. Ces interventions se font par téléphone ou lors de rencontres, au bureau ou à domicile ; leur teneur et le temps qu'elles ont requis sont consignés au dossier. Pour simplifier, nous avons désigné ces diverses interventions sous le terme générique de «contacts professionnels». Ces contacts professionnels ont été relevés en établissant, pour chaque dossier, un taux d'investissement professionnel. Ce taux correspond

au rapport (quotient) formé du nombre total d'interventions professionnelles relevées au dossier de l'enfant sur le nombre de jours comptés au mandat actuel. Plus la fraction ainsi constituée se rapproche de l'unité, plus le taux d'investissement est élevé. Et théoriquement, plus ce taux est élevé, meilleures sont les chances de réaliser les changements souhaités.

Les taux d'investissement calculés à l'échantillon apparaissent très bas : la grande majorité (80 %) se situe en bas de 0,2. Les prolongations qui donnent lieu à une judiciarisation du dossier présentent un taux d'investissement très faible (7 sur 14 ont un taux inférieur à 0,1). Le tableau 2 présente ces données.

TABLEAU 2  
**Taux d'investissement et orientation en fin de mandat**

| Taux d'investissement | Fermeture |       | Orientation Mesures volontaires |       | Prolongation judiciarisation |       | Total |       |
|-----------------------|-----------|-------|---------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|
|                       | N         | %     | N                               | %     | N                            | %     | N     | %     |
| Moins de 0,05         | 2         | 18,2  | –                               | –     | 2                            | 14,3  | 4     | 11,8  |
| de 0,06 à 0,10        | 2         | 18,2  | 3                               | 33,3  | 5                            | 35,7  | 10    | 29,4  |
| de 0,11 à 0,15        | 3         | 27,3  | 2                               | 22,2  | 2                            | 14,3  | 7     | 20,6  |
| de 0,16 à 0,20        | 1         | 09,1  | 3                               | 33,3  | 2                            | 14,3  | 6     | 17,6  |
| de 0,21 à ...         | 3         | 27,3  | 1                               | 11,1  | 3                            | 21,4  | 7     | 20,6  |
| Total partiel         | 11        | 100,0 | 9                               | 100,0 | 14                           | 100,0 | 34    | 100,0 |

Note : seize dossiers sont sujets à une révision en cours de mandat.

Quelles sont les caractéristiques de cet investissement professionnel ? Dans les faits, les enfants sont très peu rencontrés puisque dans 83,7 % des cas, aucun contact n'est rapporté. Les parents le sont également peu dans une relation personnalisée : 8,2 % des parents n'ont aucun contact, 35 % en ont entre 1 et 5, et 16,3 % ont 30 contacts et plus. Les contacts avec l'enfant en compagnie de ses parents ne sont guère entretenus : dans 57,1 % des cas, aucun de ces contacts n'est établi. Dans les situations où l'enfant est placé, les parents d'accueil semblent contactés régulièrement, même si les contacts auprès de l'enfant accompagné des parents d'accueil sont sporadiques (inexistants dans 43,5 % des cas).

Le nombre de contacts auprès d'autres intervenants apparaît relativement important. Dans 45 % des cas, la consultation d'autres intervenants dépasse 10 contacts ; dans près de 20 % des cas, elle est de 26 contacts ou plus. Par ailleurs, dans 12,2 % des cas, aucun contact avec d'autres intervenants n'a été établi.

Ces observations ont soulevé des interrogations de fond. Comment expliquer que les principaux intéressés à la situation, c'est-à-dire l'enfant et ses parents, ne soient pas systématiquement impliqués dans des contacts professionnels suivis ? Des changements dans la situation de l'enfant devraient logiquement transiter par l'intervention auprès des parents et de l'enfant. Les taux d'investissement auprès de ceux-ci étant si minimes, il apparaîtrait normal de constater peu de changement. Par conséquent, la prolongation du mandat apparaît dès lors une suite logique.

En outre, pour s'assurer de la sécurité et du développement de l'enfant ne devrait-on pas, dans l'esprit de l'article 69 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, l'observer directement à périodes répétées ? En effet, « pour remplir adéquatement ses fonctions, le directeur doit communiquer régulièrement avec l'enfant et sa famille et s'assurer une connaissance des conditions de vie de l'enfant en se rendant sur les lieux le plus souvent possible » (L.P.J. – art. 69). La pratique de protection en serait-elle venue à se faire en dehors de l'enfant ?

Donc, les taux d'investissement observés apparaissent peu élevés. Cependant quel temps requiert l'intervention ? Combien d'heures ces contacts professionnels exigent-ils de l'intervenant ? Le temps investi en activités cliniques, associé à leur fréquence et à leur rythme, conditionne l'atteinte des résultats escomptés.

Le temps d'intervention directe, dans notre étude, correspond au nombre d'heures passées en contact avec l'une ou l'autre des composantes du système-client, au cours du mandat actuel. Il est à noter que la longueur réelle de ce mandat n'est pas précisée (six ou douze mois).

Le temps consacré à l'enfant et/ou à ses parents est en moyenne de 20,1 heures au cours du dernier mandat. Cependant, la moitié de l'échantillon (médiane) se place au niveau de 12,75 heures, alors que la durée la plus fréquente est de 5 heures. L'étendue des temps observés varie entre 1 et 98 heures. Cette moyenne est hautement influencée par deux situations extrêmes (deux enfants d'une même famille) totalisant à elles seules tout près de 200 heures. Aussi, après exclusion des extrêmes (deux situations aux deux pôles), la moyenne recalculée se situe à 18,5 heures auprès des clients. Pour 60 % de l'échantillon, le temps d'intervention auprès des clients ne dépasse pas 15 heures ; pour 18 %, elle se situe entre 1 et 5 heures.

Les heures consacrées aux ressources d'accueil apparaissent, en moyenne, de 15,4 heures. Dans la plus grande proportion des cas (62 %), ce temps ne dépasse pas 15 heures. Les discussions cliniques auprès d'autres professionnels nécessitent en moyenne 6 heures. Le temps que prend la

rédaction de rapports est en moyenne de 5,4 heures. Le temps consacré aux activités requises par la Chambre de la jeunesse (Tribunal) est en moyenne de 3,8 heures.

En résumé, toutes les caractéristiques observées aux dossiers permettent de conclure qu'en moyenne 25 heures (dont 5 dévolues aux rapports) sont consacrées à l'intervention au cours du mandat. Comme ce dernier est en général de six ou douze mois, des moyennes peuvent être extrapolées ainsi : 20 heures réparties sur six mois représentent environ 50 minutes par semaine ; réparties sur 12 mois, elles représentent 25 minutes par semaine. Ces investissements pourraient ne pas être suffisants pour engendrer les changements attendus. La prolongation du mandat semble ainsi s'expliquer. D'ailleurs, 71 % des mandats prolongés présentent un temps d'investissement clinique inférieur à 15 heures pendant tout le mandat. Ainsi, une deuxième condition essentielle à l'établissement d'une relation d'aide productive de changement semble absente : l'investissement professionnel et le temps consacré au client sont minimes.

### **Les objets d'intervention**

Globalement, dans les situations nécessitant des mesures de protection sociolégale, les objets d'intervention touchent la qualité de réponse aux besoins de l'enfant. Les parents ont à maîtriser des façons appropriées et efficaces de répondre aux besoins de leur enfant malgré des conditions sociostructurelles parfois adverses ; c'est le principal changement attendu. Cette attente doit être claire et explicite. Le focus est ici mis sur la compétence parentale, indépendamment des circonstances sociales et culturelles qui peuvent l'influencer.

Les réponses aux besoins de l'enfant sont, au cours de notre étude, caractérisées par six rôles parentaux. Les rôles retenus ici reprennent les paramètres définis par Michel K. Laflamme et son groupe de travail sur l'enfance négligée (Centre de services sociaux de Québec) :

1. Le rôle éducatif : rôle concernant les tâches d'encadrement (guidance) des comportements de l'enfant, l'organisation de son cadre de vie, les permissions, les défenses.
2. Le rôle affectif : rôle touchant la valorisation de l'enfant, son acceptation, l'expression de confiance à son égard.
3. Le rôle de soins : rôle assurant une réponse aux besoins de base : santé, nourriture, confort, hygiène, vêtement, logement, sommeil, sécurité physique.
4. Le rôle émotionnel : rôle permettant l'expression des sentiments, le climat d'entente, l'encouragement.

5. Le rôle cognitif : rôle stimulant l'apprentissage, la psychomotricité, la dextérité fine, l'encadrement scolaire.
6. Le rôle social : rôle stimulant l'appartenance sociale et culturelle, l'autonomie, la socialisation aux divers rôles, normes et valeurs.

L'exercice des rôles est observé chez les parents et pondéré par les intervenants d'après une échelle allant de très faible (--) à très fort (++). Seulement quatre niveaux sont considérés : (--), (-), (+), (++); le point central (±) est retiré, forçant ainsi une cotation positive ou négative.

Les intervenants de la prise en charge, lors d'une entrevue, caractérisent l'exercice de ces rôles chez les parents (41 mères et 19 pères). Selon eux, les mères présentent des difficultés singulières dans leurs rôles éducatif et social. Les quelques pères observés éprouvent surtout des difficultés au niveau de leurs rôles émotionnel et cognitif. Ces observations rejoignent les considérations de Pinard (1991 : 31), caractérisant les familles qui font l'objet de la protection de la jeunesse par «une instabilité émotionnelle, éducative et de milieu physique».

Ces observations indiquent des pistes d'intervention : là où des déficiences sont observées devraient logiquement apparaître les plus grands efforts d'intervention, les priorités d'action. Or, tel ne semble pas être le cas. Lorsque, au moyen de la même grille, les intervenants sont priés d'établir dans leurs cas des aires de priorité d'action, ils identifient des rôles parentaux qui se démarquent singulièrement de ce qui semblerait être primordial dans leur intervention. En effet, lorsque priés de pondérer les mêmes six rôles parentaux dans chacune des situations dont ils ont la charge, ils indiquent des priorités d'action assez distinctes des rôles relevés comme déficients (tableau 3). En plus grande proportion, les intervenants classent l'intervention sur le rôle affectif des mères dans leurs trois premières priorités (pour 56 % des mères). L'intervention sur le rôle éducatif est classée dans les trois premières priorités pour 52 % des mères. Le rôle social des mères, jugé plus déficient, n'arrive qu'au cinquième rang des priorités, étant jugé prioritaire pour seulement 18 % des mères. La pondération de l'action auprès des pères identifie le rôle affectif en premier puis le rôle émotionnel. Leur rôle cognitif, jugé particulièrement déficient, se classe au cinquième rang.

Il semble donc que les priorités d'action des intervenants ne correspondent pas assez aux besoins d'apprentissage des parents. Si les bons objectifs ne sont pas identifiés, et donc logiquement non poursuivis, il est normal qu'en fin de mandat les résultats recherchés ne puissent être constatés. Ainsi, faute de résultats suffisamment satisfaisants en regard des difficultés parentales, le mandat est renouvelé, avec la légitimité d'une réponse aux besoins de l'enfant toujours non assurée.

TABLEAU 3

**Disparité observée entre les carences d'exercice identifiées  
dans les rôles parentaux et les priorités d'action  
retenues par les intervenants**

| Rôles<br>parentaux | Chez la mère             |                      | Chez le père             |                      |
|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|                    | Identifiés<br>déficients | Priorité<br>d'action | Identifiés<br>déficients | Priorité<br>d'action |
|                    | rang                     | rang                 | rang                     | rang                 |
| éducatif           | 1                        | 2                    | 3                        | 4                    |
| affectif           | 4                        | 1                    | 6                        | 1                    |
| de soins           | 6                        | 4                    | 5                        | 3                    |
| émotionnel         | 3                        | 3                    | 1                        | 2                    |
| cognitif           | 5                        | 6                    | 2                        | 5                    |
| social             | 2                        | 5                    | 4                        | 6                    |

À la réflexion, cette disparité peut refléter plusieurs composantes du contexte d'intervention. D'abord, les situations identifiées sont, en majeure partie, des situations de négligence envers l'enfant (78 % de l'échantillon réfèrent à l'article 38,e de la LPJ) alors que les autres sont principalement des situations d'abus (14 %). Peut-être cette observation, couplée au fait que ces enfants ont tous moins de six ans, justifie-t-elle l'insistance, dans l'action, sur le rôle affectif. Les enfants négligés pourraient davantage présenter un profil de carence affective, suggérant une approche axée sur la maîtrise de l'expression de l'affection chez les parents. En outre, l'image populaire de la plasticité de l'enfant en bas âge, et particulièrement de l'enfant de moins de six ans, influence peut-être le type de services déployés : s'assurer d'une stimulation affective de base comme gage de son développement futur.

Par ailleurs, plusieurs des parents concernés ici (60 %) connaissent une situation de monoparentalité, surtout les femmes. Le parent unique doit, dans une certaine mesure, compenser l'absence de figure parentale complémentaire ; ainsi ses rôles, tout en étant fort diversifiés, peuvent-ils paraître déficitaires sous certains aspects, particulièrement là où l'apprentissage des rôles parentaux fut déficient. Cette interprétation rejoint vraisemblablement les stéréotypes usuels de féminité et de masculinité : la femme apparaissant « naturellement » compétente dans des rôles d'affection et de soins, et l'homme dans des rôles éducatif et social.

L'incompétence dans l'accomplissement des autres rôles pourrait être, en contrepartie, le fruit d'une « socialisation fautive ». Une telle vision permettrait de percevoir une lacune, chez la femme, dans ses rôles éducatif et social, et chez l'homme, dans ses rôles affectifs et de soins. Tel est le cas ici

pour les femmes : selon les intervenants, celles-ci présentent en premier des lacunes sur les plans éducatif et social. Chez les hommes, les lacunes principales apparaissent sur les plans affectif et éducatif, ce qui ne correspond pas nécessairement à l'image populaire. Cette image pourrait cependant être teintée de la perception que les intervenants ont de la participation des hommes aux rôles parentaux et, particulièrement, à leur participation à la négligence de l'enfant. Cependant, peu importe les croyances populaires, aucune explication plausible n'arrive à soutenir la disparité observée. En outre, l'insistance sur les rôles affectif, émotionnel et éducatif dans les priorités d'actions pourrait refléter des valeurs professionnelles profondément humanistes, fruits de la formation et de l'expérience pratique. Cet aspect mériterait d'être approfondi.

Somme toute, aucune explication satisfaisante ne saurait, à ce moment, élucider entièrement la disparité entre les carences observées chez les parents dans l'exercice de leurs divers rôles et les priorités d'intervention retenues par les intervenants. Cependant, un tel phénomène exerce sûrement quelque influence sur la décision de mettre fin à la prise en charge du Directeur de la protection de la jeunesse.

Chez des parents efficaces, dont les enfants n'ont donc pas besoin d'être pris en charge en protection de la jeunesse, tous ces rôles ont leur importance. Les résultats observés donnent à penser que certains rôles ont moins d'importance que d'autres, tout au moins pour les intervenants, puisque certains, identifiés déficients, ne font pas l'objet d'une intervention en priorité. Par contre, en regard des critères menant à la décision de fermer un dossier de protection, comment ces priorités non pertinentes confèrent-elles une image d'incompétence parentale ? Notre étude ne peut malheureusement pas répondre à cette question. Cependant, comme « Il apparaît clairement que le critère déterminant des orientations en fin de mandat est la cessation de l'état de compromission [...] » (Meunier et Paquet, 1990 : 136), il faut donc revoir la contribution des parents à la sécurité et au développement de l'enfant. En d'autres termes, il faut réinvestir dans la capacité des parents à exercer les divers rôles mentionnés de façon à ce qu'ils répondent à tous les besoins de l'enfant, faute de quoi la prolongation du mandat de protection sera toujours justifiable. Or, en se fiant aux priorités d'action des intervenants, il ne semble pas que cet objectif soit réaliste.

## LA RÉUSSITE DU CHANGEMENT

Si la réussite du changement dépend réellement d'éléments tels que la continuité de la présence de la personne aidante, l'investissement dans la relation d'aide et la pertinence des objets d'intervention, il semble bien que les modes

d'intervention décrits à travers les observations de cette étude ne soient pas de nature à favoriser ou à induire les changements souhaités. En effet, la mobilité du personnel, telle que décrite, n'assure pas la continuité de présence de l'intervenant auprès de l'enfant et de ses parents. Le peu de temps investi dans la relation d'aide auprès des parents et de l'enfant semble permettre «que l'on arrive très bien à protéger l'enfant mais beaucoup plus difficilement à intervenir efficacement auprès de ses parents afin que la situation s'améliore» (Meunier et Paquet, 1990 : 137). La disparité observée entre les carences chez les parents relativement aux divers rôles qu'ils doivent jouer et les priorités d'action des intervenants traduit une difficulté à cibler les bons objectifs de changement. Si des changements sont constatés, ils apparaissent moins pertinents et l'intervention semble devoir se poursuivre.

Ainsi, l'intervention dans ces situations pourrait manquer de certains des éléments essentiels à la relation d'aide et au changement. Et que faire de ces lacunes? La réponse touche plusieurs niveaux de l'organisation des services à cette clientèle; cependant, elle n'est ni univoque ni universelle. C'est là que le renouvellement des pratiques sociales et sociolégales s'impose.

La continuité de la présence de l'intervenant semble la première condition à assurer. En effet, s'il n'y a pas d'intervenant, il n'y a pas de relation, et il n'y aura ni aide ni changement attribuables à cette relation. Or, cette continuité est sujette à la mobilité du personnel, laquelle est tributaire des conditions générales de travail. On sait combien les conditions de travail en contexte de protection de la jeunesse ont été perturbées au cours des dernières années. Elles demeurent précaires: transferts d'effectifs, lourdeur de la tâche, constitution récurrente de listes d'attente à l'évaluation puis à la prise en charge, «blitz» périodiques de contrôle des listes d'attente, modifications administratives suivant des rapports d'étude, sont autant de facteurs d'insécurité et d'insatisfaction du personnel en place (Lafort et Belhassen, 1991; Mercier, 1991; Pinard, 1991). S'ajoutent des restrictions budgétaires renouvelées, ouvertes ou déguisées, et des modifications profondes de structures. Enfin, l'ère est maintenant aux contrats limités de travail plutôt qu'aux ouvertures de postes permanents.

Un tel climat ne favorise nullement la stabilité d'emploi du personnel ni, du même coup, la continuité de présence aux dossiers des enfants. Ainsi, sans intervenant, il n'y aura pas de relation professionnelle; sans relation, il n'y aura pas d'occasion d'aide ou d'influence, et sans cette influence le changement désiré n'apparaîtra pas de lui-même.

Le temps investi dans la relation d'aide semble crucial pour susciter un changement. Pinard (1991 : 28) reprenant les vues de Blanchet et Laflamme (1986), réfère «à la diminution du temps d'exposition à la clientèle». Ce qui

semble faire davantage défaut, c'est le temps d'exposition de la clientèle à l'intervention aidante et structurante de professionnels disponibles et avenants. Cette denrée rare relève de l'organisation professionnelle et structurelle des services. L'horaire d'une semaine de travail, par exemple, est d'abord tributaire des conditions d'emploi régies par les conventions collectives. Au-delà de ces cadres, l'organisation du temps dépend des charges inhérentes à la fonction d'intervention et des conditions plus ou moins facilitantes qui y sont rattachées.

La prise en charge des situations identifiées par le Directeur de la protection de la jeunesse présente plusieurs volets dont la protection de l'enfant, le contrôle des exigences du tribunal ou des clauses de l'entente sur des mesures volontaires et l'aide à la restauration des conditions de vie de l'enfant. Or, avec un taux d'investissement aussi bas et une concentration de temps d'intervention auprès des clients cibles aussi mince, au cours d'un mandat, on ne saurait espérer influencer les clients et susciter les changements souhaités. C'est ainsi que la fonction d'aide de la relation cède le pas aux fonctions de contrôle et d'autorité sociolégale. Ce phénomène, parfois déploré par les intervenants, caractérise la pratique de l'intervention en protection de la jeunesse (Laforest et Belhassen, 1991 ; Mercier 1991 ; Pinard, 1991 ; Racine, 1989 ; Boucher, Gosselin et Guay, 1985 ; Lesemann et Renaud, 1980). Peut-être, en matière de protection de la jeunesse, les fonctions de surveillance et de contrôle du système judiciaire englobent-elles le système des services sociaux, faisant en sorte que les intervenants s'assurent davantage et avant tout du respect des droits, des enfants comme des parents, et consacrent ainsi l'essentiel de leur temps à l'assurance de la protection immédiate de l'enfant au détriment d'un changement durable à long terme. La domination du judiciaire sur le social est contraire à l'esprit de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Le fait de ne pas bien identifier les objets d'intervention occasionne d'importantes difficultés d'action et compromet l'atteinte des résultats escomptés. L'efficacité et l'efficience des services professionnels, éléments essentiels de la qualité des services, ne peuvent être assurées (Aaron, 1993 ; Heaton, 1992 ; Meunier, 1990). Cette lacune a des conséquences pour les clients, l'intervenant, le système de protection et les institutions impliquées tant dans la protection de la jeunesse que dans la sanction de la pratique professionnelle.

Les clients, parents et enfants, sont les premiers concernés. Les parents se voient engagés dans un processus d'intervention exigeant, coûteux, parfois humiliant, qui, en fin de ligne, se révèle inapproprié. Se sentant alors trompés, trahis, ils retirent leur confiance et leur collaboration. Et les enfants sont les premiers à en faire les frais.

L'intervenant, qui n'aurait pas bien ciblé son intervention, poursuit des objectifs non pertinents. Quoique recevables, ceux-ci ne semblent pas de nature à provoquer le changement attendu et, en bout de piste, à permettre de fermer le dossier. Ainsi, malgré sa bonne volonté, l'intervenant entraîne les clients dans un champ improductif, loin des sources du malaise nécessitant les mesures de protection. En conséquence, il ne travaille pas dans le meilleur intérêt de ses clients.

Le système de protection y perd également. Il se retrouve impliqué dans ces situations beaucoup plus longtemps qu'il ne le devrait. De tels écarts font perdre de vue le principe d'une intervention en protection de caractère ponctuel et momentané, où «l'intervention doit cesser dès que la sécurité et le développement (compris dans le sens de réponses aux besoins essentiels) de l'enfant ne sont plus compromis et dès que le risque de récurrence est minimalement jugulé» (Pinard, 1991 : 30). Une intervention mal ciblée exige un continuuel recommencement. En outre, comme le soulignent à juste titre Simard et Turcotte (1992 : 78), «Pour dépasser le simple exercice du contrôle, l'intervention en contexte d'autorité doit s'inscrire dans un processus orienté vers des objectifs précis et faisant appel à des attitudes et à des techniques éprouvées».

Les institutions connexes au système de protection et celles qui ont pour mission d'accréditer socialement la pratique sociale de protection en perdent leur latin. En effet, elles arrivent mal à identifier l'erreur sans donner l'impression de désapprouver ces interventions dans leur ensemble ou occasionner un stress supplémentaire. Par exemple, la mise en place d'un plan de services individualisé (PSI) requiert que chacun des participants identifie ses objectifs, moyens et stratégies propres, conformément à sa mission (Turcotte, 1993 ; MSSS, 1992). Or, comment un plan d'intervention sociale fondé sur des objets erronés peut-il s'arrimer convenablement à un plan de services où des partenaires auront à juger des objectifs et des résultats de l'action ? Apparemment, l'intervention sociale de protection aurait, au moins dans certaines situations, à refaire ses devoirs avant de s'intégrer efficacement à un tel PSI.

Somme toute, si les objets d'intervention sont erronés, il n'est guère surprenant que les fins poursuivies ne se réalisent que rarement, ou pas du tout, et que les mandats de prise en charge se prolongent. En outre, la crédibilité professionnelle du travail social peut alors être mise en doute, ce qui défavorise autant la profession que son rapport de force avec les institutions et les autres professions.

Une interrogation supplémentaire peut être formulée. Cette disparité refléterait-elle une difficulté intrinsèque à la formation en travail social ? Celle-ci favoriserait-elle les habiletés d'évaluation au détriment des habiletés

d'intervention, en particulier dans la transposition d'observations pertinentes en un plan d'intervention fondé sur la réalité ? Les centres de formation auraient avantage à se pencher sur la question.

## CONCLUSION

Certains dossiers d'enfants pris en charge en protection de la jeunesse satisfont, heureusement, aux critères de fermeture. Donc, il semblerait qu'il soit possible de surmonter les difficultés d'établir les bases de la relation d'aide. Ainsi, certains cas dénotent un succès appréciable, ou tout au moins tous ne présentent pas certaines des lacunes observées. Cependant, questionner l'intervention sociale sur ses échecs ou ses limites demeure très délicat. Tout n'est pas noir, certes, et aucune recette n'assure le succès.

Établir une relation d'aide n'est pas facile et sa fragilité demeure une préoccupation constante. Néanmoins, la qualité et le mode de relation au client, enfant ou parent, demeurent essentiels. Il est important de retenir que ces facteurs sont tributaires de la structure organisationnelle des services et que la capacité d'avoir une quelconque influence ou de susciter un changement en dépendra toujours. Revenir aux bases de la relation semble donc impératif afin d'établir une pratique d'intervention sociale qui, sans être nécessairement nouvelle, retrouvera sa vitalité et ses fondements.

## Bibliographie

- AARON, Rosen (1993). « Systematic Planned Practice », *Social Service Review*, vol. 67, n° 1, 84-100.
- BIESTECK, Felix B. (1957). *The Casework Relationship*, Chicago, Loyola University Press.
- BOUCHER, Louise, GOSSELIN, Jean et Danielle GUAY (1985). « Le concept de protection : se questionner pour transformer la pratique », *Intervention*, n° 72, septembre, 56-62.
- BLANCHET, Benoît et Michel K. LAFLAMME (1986). *Évolution de la pratique sociale au Québec de 1970 à 1986 dans les services Enfance-Famille*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, dossier thématique, Québec, Les Publications du Québec.
- DE ROBERTIS, Cristina (1981). *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Paris, Centurion.
- HEATON, Elaine M. (1992). « The Numerous Facets of Quality Care », *Revue d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 16, n° 4, 263-274.
- HOLLIS, Florence (1972). *Casework – A Psychosocial Theory*, New York, Random House.
- LAFOREST, Marcelle et Redjeb BELHASSEN (1991). « Le service social et les conditions de sa pratique : un rapport à examiner », *Service social*, vol. 40, n° 2, 89-104.

- LAROCHELLE, Yvon, MEUNIER, Jean-Marc et Bernard POIRIER (1988). *Facteurs de prolongation des mandats de prise en charge des situations*, Québec, Centre de services sociaux de Québec, Direction de la protection de la jeunesse.
- LESEMANN, Frédéric et Gilbert RENAUD (1980). «Loi 24 et transformation des pratiques professionnelles en service social», *Intervention*, n° 58, été, 54-62.
- LIPPITT, Ronald, WATSON, Jeanne et Bruce WESTLEY (1958). *The Dynamics of Planned Change. A Comparative Study of Principles and Techniques*, New York, Harcourt.
- MERCIER, Liliane (1991). «Contexte d'autorité et judiciarisation : régression ou redéfinition novatrice de la pratique sociale professionnelle?», *Service social*, vol. 40, n° 2, 43-53.
- MEUNIER, Jean-Marc (1990). *Concepts de base pour l'appréciation de la qualité des services*, Québec, Centre de services sociaux de Québec. (Document inédit)
- MEUNIER, Jean-Marc et Diane PAQUET (1990). *Facteurs de prolongation des mandats – Étude exploratoire de facteurs de prolongation des mandats de prise en charge des situations identifiées par le Directeur de la protection de la jeunesse*, Québec, Centre de services sociaux de Québec.
- MEUNIER, Jean-Marc, TROTTIER, Germain et Diane PAQUET (1992). *Facteurs de prolongation des mandats de prise en charge en protection de la jeunesse – Cahier synthèse*, Sainte-Foy, Université Laval, Laboratoire de recherche en service social.
- PINARD, Pierre (1991). «La Loi sur la protection de la jeunesse et les travailleurs sociaux : impacts sur leurs valeurs, sur leur pratique et sur leur formation», *Service social*, vol. 40, n° 2, 26-42.
- RACINE, Pierre (1989). «La loi sur la protection de la jeunesse : son impact sur les professionnels», *Intervention*, n° 84, novembre, 5-15.
- ROGERS, Carl R. (1969). *Freedom to Learn*, Columbus, Ohio, Merrill Publishers.
- PINCUS, Allen et Anne MINAHAN (1979). *Social Work Practice – Model and Method*, Itasca, Ill., Peacock Publishers.
- SIMARD, Juliette et Daniel TURCOTTE (1992). «La thérapie orientée vers la solution – Un modèle applicable à l'intervention en contexte d'autorité», *Service social*, vol. 41, n° 3, 77-93.
- TURCOTTE, Daniel (1992). «L'utilisation du plan de services individualisé en protection de la jeunesse», *Service social*, vol. 41, n° 3, 25-40.