



Institut de Formation et d'Aide Communautaire à l'Enfant et à la Famille
(IFACEF)

*Mémoire à la
commission spéciale sur
les droits des enfants et
la protection de la
jeunesse (CSDEPJ)*

1

COMMISSION LAURENT



SOMMAIRE

1. Préambule.	Page 3
2. Notre intérêt pour la commission.	Page 4
3. Notre compréhension de la Protection de l'Enfance.	Page 4
4. Nos constats :	
4.1 La vision des services sociaux par les familles	Page 7
4.2 La vision des familles par les intervenants.	Page 7
4.3 L'organisation des services :	
4.3.1 Les contraintes institutionnelles.	Page 8
4.3.2 Le découpage en tranches d'âge.	Page 8
4.3.3 L'ancienneté au détriment de l'efficacité.	Page 9
4.3.4 La prétendue confidentialité.	Page 9
4.3.5 Le corporatisme.	Page 10
5. La formation des intervenants.	
5.1 La formation de base.	Page 10
5.2 La supervision professionnelle.	Page 11
5.3 La féminisation des professions en sciences humaines.	Page 11
5.4 L'évolution des approches en sciences humaines.	Page 11
6. Les lieux de traitement.	
6.1 Prévention ou cure ?	Page 12
6.2 La place des organismes communautaires.	Page 12
6.3 La psychothérapie.	Page 13
6.4 Les CLSC.	Page 14
6.5 Les placements :	
6.5.1 Le placement en famille d'accueil.	Page 14
6.5.2 Les placements en institution.	Page 15
7. L'évolution de la société.	Page 15
8. Nos recommandations.	Page 17
RÉSUMÉ.	Page 19
ÉPILOGUE.	Page 20



1. Préambule.

L'IFACEF (Institut de Formation et d'Aide Communautaire à l'Enfant et à la Famille) est un OSBL qui a vu le jour en 1983 à la demande de parents, qui ne trouvaient pas de ressources adaptées à leurs besoins dans le réseau des services sociaux. Depuis sa fondation l'institut a développé une approche systémique centrée sur le lien qui unit l'enfant à ses parents.

Cette vision de l'intervention amène à ne plus voir les parents comme systématiquement responsables des problématiques des enfants, mais comme des personnes plutôt capables d'utiliser leurs compétences dans l'éducation. Il s'agit d'accompagner les parents – ou leurs substituts – en renforçant leurs côtés positifs plutôt qu'en les blâmant pour leurs manquements ou leurs faiblesses.

Cela suppose d'avoir une vision d'ensemble de la famille en la situant dans ses différents systèmes d'appartenance : famille nucléaire, élargie, environnement socio-économique, culture, religion etc... Il s'agit d'évaluer ce contexte écosystémique avant d'intervenir. Dans la vision développée à l'IFACEF, c'est à l'intervenant de s'adapter à la réalité vécue par les familles et non aux familles de s'adapter à l'approche de l'intervenant.

Depuis sa fondation l'institut a créé des formations de longue durée à la thérapie conjugale et familiale, au psychodrame puis à la psychothérapie en 2010 en raison de la loi C 26 sur l'exercice de la psychothérapie.

Nous avons offert également des formations ad-hoc à de multiples CLSC, centres de Jeunesse, ou services communautaires sur différentes problématiques : approche systémique, techniques d'animation de groupe et de jeux de rôles, évaluation des familles d'accueil, génogramme, ou problématiques comme « la famille multiassistée », « l'aliénation parentale », la « Thérapie par l'aventure » Plus d'une centaine d'institutions ont pu bénéficier de nos formations.

Par ailleurs nous avons offert et nous offrons encore des services de supervision soit en CLSC, Centres Jeunesse, organismes communautaires, soit à des professionnels sur une base individuelle.

Les services aux familles vont du simple conseil parental, à des séances de psychothérapie (conjugale, familiale, psychodrame, art thérapie ...), en passant par des évaluations psychologiques ou du soutien en psychoéducation.

Dès le début, nous avons créé une École de Parents qui est devenue une association à part entière sous le nom de « Maison des Parents du Québec » en



1997. La MPQ a d'ailleurs ouvert à St-Jérôme une clinique de pédiatrie sociale et communautaire (CPSC) qui s'adresse autant aux parents qu'aux enfants.

Nous avons également développé à l'IFACEF un volet international avec des réalisations en Suisse, France, Haïti et au Maroc (en collaboration avec l'UNICEF).

2. Notre intérêt pour la commission.

C'est en raison de cette expérience très diversifiée que nous nous permettons d'intervenir dans le débat proposé par la commission.

En effet à travers les multiples relations que nous avons avec la DPJ, les CLSC et les services communautaires, nous avons au fil des années accumulés un certain nombre de constats qui nous paraissent refléter la situation actuelle du réseau des services sociaux.

Il ne s'agit pas pour nous de porter des jugements sur des personnes car nous estimons que la très grande majorité des intervenants font preuve d'une immense bonne volonté et d'une très grande disponibilité. Mais nous croyons utile d'examiner les structures actuelles du réseau des affaires sociales d'un regard critique et sans complaisance car les besoins des enfants et de leurs familles nous semblent à prioriser.

Il s'agit de la réflexion d'une équipe multidisciplinaire (PSE, TSP, Psychologue, Psychothérapeutes, TCF ...) sur les difficultés que nous rencontrons systématiquement dans notre pratique.

3. Notre compréhension de la Protection de l'Enfance.

Comme le souligne Michel Lemay¹ : être intervenant c'est admettre qu'on ne peut aider l'autre, comprendre son cadre de référence, sans remise en cause personnelle, soit par la rencontre de différentes subjectivités dans le travail clinique en équipe, soit par une supervision individuelle ou collective. Il faut également une solide identité qui repose sur des connaissances éclectiques et non sur des modes ou des identifications à des approches trop spécifiques.

Il s'agit à la fois de bien connaître ses forces, ses limites, son identité, ses valeurs et ses croyances pour accepter la différence avec l'autre, mais aussi de garder une juste distance face aux différentes approches pour s'adapter aux besoins des

¹ Michel Lemay « Le juste milieu entre la bienveillance et la maltraitance ». Conférence lors du congrès organisé par l'IFACEF et le CLSC de Louiseville à l'UQTR.



personnes que nous aidons, plutôt que les obliger à entrer dans une perspective théorique unique même si celle-ci nous paraît intéressante.

En d'autres termes, c'est au professionnel de s'adapter au cadre de référence des « clients » plutôt que l'inverse.

Il faut en permanence, remettre en cause nos prétendues connaissances scientifiques et se tenir au courant de l'évolution des savoirs et des pratiques, cela nécessite un perfectionnement constant. Le doute sur nos jugements, nos grilles d'évaluation, nos connaissances des milieux de vie des personnes, devrait habiter en permanence les intervenants et les obliger à référer continuellement à des équipes multidisciplinaires. Comme le disait si justement Mme Favez Boutonnier, psychologue française : « c'est la rencontre de plusieurs subjectivités qui permet l'objectivité ».

Il faut se méfier des positions idéologiques. Par exemple ceux qui prônent la priorité des liens de sang, ceux qui prétendent que l'enfant sera mieux dans un milieu de substitution plus sécuritaire.

En réalité il s'agit d'un faux problème. Nous devons travailler sur le lien qui unit un enfant à ses parents biologiques. Qu'il soit placé ou non, voire adopté, cet enfant se posera la question de son lien de filiation.

Ces positions idéologiques induisent fortement la vision que nous avons des parents de l'enfant et de sa famille au sens large. C'est cette vision qui nous paraît biaisée dans l'ensemble des services sociaux actuellement. Dans la plupart des sociétés occidentales et bon nombre de sociétés de pays dits en « émergence », on a développé un nouveau concept, celui de Parentalité Positive. Il ne s'agit pas d'avoir une vision béate du « bon parent » à l'image du « bon sauvage » de J.J Rousseau, mais plutôt de partir des forces, des capacités éducatives des parents, pour répondre aux besoins de l'enfant. Il s'agit de les accompagner au lieu de les juger en ne voyant que leurs dysfonctionnements.

Si cependant un placement est nécessaire, famille d'accueil, institution ..., développons un système de « coparentalité » ou de « parentalité à temps partiel » pour éviter d'aller systématiquement vers des ruptures de contact.

Comme le dit Michel Lemay² : « Si de petites institutions, accueillant les parents et l'enfant, parviennent à se créer pour que le groupe familial en détresse puisse

² Michel Lemay « ouvrage déjà cité ».



expérimenter structure, soutien et apprentissage à la fonction parentale, certaines ruptures peuvent être évitées ».

Dans une vision systémique, l'enfant symptôme est le Patient Désigné et le révélateur du dysfonctionnement familial plutôt que du sien propre. N'agir que sur l'enfant sans agir sur le système familial et parental, c'est s'exposer au maintien de la problématique.

Il ne s'agit pas de maintenir à tout prix l'enfant dans sa famille, mais de tenir compte de ce qui est à la base de la sécurité de l'enfant : **sa relation d'attachement**. Le droit de l'enfant est de maintenir ses liens d'attachement ou d'en créer de nouveaux, ce qui suppose des placements stables à long terme et un minimum d'intervenants pour permettre un attachement sécuritaire.

Il faut également soutenir les intervenants comme le rappelle Michel Lemay³ : « il est certainement plus malaisé d'être à l'heure actuelle un intervenant de la santé mentale que dans les décennies précédentes. La société en général a pris conscience des besoins fondamentaux des enfants et se scandalise quand ceux-ci ne sont pas comblés. En même temps, elle se mobilise peu à l'échelle des collectivités et des individus pour soutenir les personnes en difficulté. Elle sait davantage condamner les dérives tout en attendant des professionnels qu'ils éradiquent les négligences, les aléas et les misères de ceux qui ne reçoivent par leur dû ».

L'intervenant se situe à l'interface entre la souffrance des enfants, les devoirs des parents et ceux de la société. Il s'agit d'une responsabilité collective que chacun doit assumer.

Dans les lignes qui vont suivre, nous essaierons d'être les témoins de cette complexité sans être les dénonciateurs de qui que ce soit.

4. Nos constats :

Remarque préliminaire

La pratique en DPJ est difficile en raison des nombreuses problématiques qui s'y retrouvent causées par la négligence parentale et par les abus physiques, psychologiques, sexuels, etc.. Aussi, l'intervention se fait dans un contexte non-volontaire où la coopération des individus n'est pas acquise et où les prises en charge actions sont souvent vues comme coercitives...

En général, les intervenants psycho-sociaux, font preuve de bonne volonté et tentent de répondre aux besoins physiques et affectifs de leur clientèle. Toutefois, ces mêmes intervenants sont parfois dépassés par la lourdeur de la tâche et il

³ Michel Lemay « ouvrage déjà cité ».



semble opportun de les aider au moyen d'un encadrement institutionnel (formation, supervision) qui permettrait d'utiliser leurs compétences au maximum pour offrir un service professionnel plus adéquat.

4.1. La vision des services sociaux par les familles :

« Fournir le poisson, ou apprendre à le pêcher ? »

Cet adage, pour nous, montre clairement **la différence entre une relation d'assistance et une aide véritable**. Souvent les services sociaux sont perçus par les familles comme une vache à lait où tout doit être gratuit et les intervenants disponibles 24h/24h. On consulte dans l'urgence ou suite à une demande de l'école ou un signalement. Il en résulte un manque de confiance dans le « système », une peur de se faire juger ou de se faire retirer l'enfant. D'où de multiples incompréhensions entre les parents qui demandent les services et les professionnels qui ont du mal à situer les vrais besoins de l'enfant et de la famille. Un climat de méfiance réciproque marque la première prise de contact et les longs délais avant le début de la prise en charge ne font qu'augmenter cette perception négative des services. La DPJ est vue comme le bras exécutif de la justice, pas du tout comme un organisme pouvant aider à la résolution des problèmes.

4.2. La vision des familles par les intervenants.

Cette vision négative des services par les parents n'a d'égale que la vision négative des familles par les intervenants. La grille « d'évaluation des compétences parentales » est en fait une grille « d'évaluation des incompétences parentales ». On cherche les dysfonctionnements, les défaillances des parents au niveau de leur rôle parental, sans voir leurs forces. On se situe plus en rééducateur des parents, en témoin de leurs limites, plutôt qu'en accompagnateur à la recherche des capacités parentales. Comme le dit Guy Ausloos : « ... Il faut considérer que les parents, s'ils font partie du problème, font aussi partie de la solution, ce sont nos principaux collaborateurs ».

La vision d'une Parentalité Positive est loin d'être partagée dans le réseau et la mauvaise publicité véhiculée par les événements récents ne risque pas d'améliorer cette perspective.

Par ailleurs il y a une sorte de mythe dans le réseau : la DPJ accueillerait la clientèle « bout de ligne ». Certes le nombre de signalements a considérablement augmenté, mais beaucoup moins le nombre de cas retenus. La raison est fort simple, la DPJ renvoie systématiquement vers les CLSC la clientèle qui accepte un suivi parental. Des cas suivis par les CLSC depuis plusieurs années et signalés à la DPJ reviennent vers le CLSC,



les parents étant « volontaires » pour un coaching parental Il y a là une sorte de cycle vicieux, le système alimentant de lui-même les problématiques en se renvoyant la balle. On constate le même phénomène avec les centres Jeunesse qui n'hésitent pas à remettre dans des familles d'accueil des cas qu'ils n'arrivent pas à assumer. Pour notre part, la DPJ peut nous confier des cas très lourds d'aliénation parentale sous prétexte qu'ils ne sont pas qualifiés pour traiter cette problématique.

En résumé le système crée lui-même une sorte de iatrogénèse sociale.

4.3. L'organisation des services :

4.3.1. Les contraintes institutionnelles.

Il semble exister à la DPJ ou dans les CLSC des exigences organisationnelles telles les réunions administratives, les données statistiques, les différentes instances décisionnelles, etc. qui exigent des intervenants une charge de travail qui les détourne de leur mission principale qui est d'être disponible et actif auprès des familles. En d'autres mots, les exigences bureaucratiques ou si l'on veut la lourdeur administrative empiètent sur la disponibilité des intervenants pour un travail clinique auprès des familles qui devrait être leur mission première. Les exigences administratives ne devraient pas avoir priorité sur les exigences cliniques.

4.3.2. Le découpage en tranches d'âge.

0-5 ans, 6-12 ans, 12 ans et plus, adultes, santé mentale etc. ...
Nous voyons fréquemment 5 à 6 intervenants dans la même famille sans véritable coordination entre eux. Cette approche « saucisson » provoque des ruptures continues dans les liens d'attachement et entretient les problématiques que l'on prétend combattre, particulièrement dans les cas de négligence ou de santé mentale.

On constate d'ailleurs les mêmes ruptures relationnelles au niveau des placements soit en familles d'accueil, soit en institution. Dire qu'un jeune placé par la DPJ va effectuer 4 à 5 placements avant 18 ans nous paraît très optimiste, c'est souvent plus.



Le système perpétue l'instabilité vécue dans certaines familles au niveau des liens d'attachement, soit de l'attachement à un milieu stable, soit de l'attachement aux personnes.

4.3.3. L'ancienneté au détriment de l'efficacité.

Il est navrant de constater que les situations les plus difficiles sont confiées aux moins expérimentés. Que ce soit un remplacement dans une unité en Centre jeunesse, une situation de crise, des horaires en soirée ..., ce sont souvent les plus jeunes qui sont envoyés au front. Faut-il y voir l'influence des conventions collectives qui protègent l'ancienneté, ou le fait que très tôt beaucoup d'intervenants préfèrent devenir des cadres intermédiaires ce qui les préserve du « plancher » ?

La question mérite d'être posée, d'autant plus qu'on compte environ 1 cadre pour 4-5 employés dans le secteur public et 1 pour 10 dans le privé en moyenne.

Plus la problématique est complexe, plus elle exige une grande compétence professionnelle. En d'autres termes les cas les plus lourds devaient être confiés aux intervenants les plus aguerris, les plus expérimentés. Ce n'est pas ce qui se produit en DPJ. Avec la grande mobilité des employé-e-s qui sévit dans le service, les intervenants souvent sans expérience de travail sont embauchés pour pallier au manque de main d'œuvre. Il s'ensuit que les nouveaux intervenants sont lancés dans la mêlée sans une préparation adéquate et expérimentent souvent un sentiment d'échec et un désir d'aller travailler dans un autre domaine psychosocial.

4.3.4. La prétendue confidentialité.

Comment communiquer avec un collègue quand celui-ci prétend être le seul à pouvoir parler aux clients ? Le secret professionnel est évidemment important pour la protection du public, mais tous les professionnels impliqués dans la même situation devraient pouvoir communiquer entre eux sans demander l'autorisation de clients qui peuvent s'en servir pour bloquer la circulation de l'information. Combien d'intervenants impliqués dans la même famille ne communiquent pas entre eux. C'est ce qui empêche d'avoir une vision d'ensemble de la famille, vision indispensable si l'on veut comprendre les dysfonctionnements liés au système.



Personnellement nous sommes toujours très surpris de voir les professionnels, qui se drapent dans les exigences de confidentialité de leurs ordres respectifs, appeler par leurs noms à haute voix les personnes dans les salles d'attente.

Plusieurs pays en Europe obligent les professionnels à échanger leurs points de vue quand ils sont impliqués dans les mêmes cas.

4.3.5. Le corporatisme.

Certaines professions ont un statut hiérarchique inacceptable. Nous pensons aux médecins et aux psychologues. Cette prétendue supériorité défendue par leurs ordres professionnels leur confère un pouvoir face aux autres professions. Il faut absolument le diagnostic d'un pédo-psychiatre ou une évaluation psychologique pour valider une évaluation clinique. Le professionnel qui rencontre sur une base régulière une famille ou un enfant ne peut émettre un jugement alors qu'un « psy » qui voit l'enfant 1h ou 20 mn sera beaucoup plus crédible.

Résultat des délais d'attente interminables pour certaines évaluations ou prises en charge, jusqu'à 19 mois dans certains CLSC.

Les ordres visent-ils vraiment la protection du public ou la protection d'un marché ?

5. La formation des intervenants.

5.1. La formation de base.

Nous constatons que de plus en plus de TES et de TSS prennent la place de PSE ou de TSP. Tout en reconnaissant que ces techniciens peuvent accomplir certaines tâches, ils n'ont pas la vision clinique que donne une formation universitaire.

Toutefois cette formation universitaire est de plus en plus théorique et de moins en moins pratique. La plupart des intervenants formées à l'université ne savent pas gérer des groupes, encore moins des familles car l'intervention individuelle est privilégiée. Par ailleurs beaucoup de professeurs sont plus intéressés par des activités de recherche que par la pratique. Plusieurs sont devenus enseignants car ils ne se sentaient pas à l'aise au niveau de l'intervention.

Rien d'étonnant dans ces conditions que les professionnels qui débutent, soient démunis au niveau de la pratique de la relation d'aide.



D'autre part il est reconnu que l'efficacité d'une psychothérapie ou d'une intervention dépend essentiellement de la personnalité du professionnel. À notre connaissance il n'y a pas d'évaluation de la personnalité avant d'entreprendre des études en sciences humaines et à plus forte raison pas de formation personnelle.

5.2. La supervision professionnelle.

Le temps consacré à la supervision professionnelle se réduit comme une « peau de chagrin ». Il est anormal que la supervision professionnelle soit souvent confiée à des cadres de l'établissement.

Un professionnel a besoin de confier ses difficultés, ses transferts et contre-transferts, ses insécurités, ses doutes sur le plan clinique ... Comment le faire si celui qui nous supervise doit également évaluer notre performance sur le terrain.

Dans les supervisions que nous faisons en établissement, nous sommes témoins de nombreuses émotions liées à la rencontre de problématiques très lourdes : sentiment d'impuissance, peurs face à la violence, sentiment d'incompréhension par la structure hiérarchique, etc. ... D'où la nécessité d'un regard extérieur par un clinicien aguerri et sécurisant.

Actuellement le nombre de supervisions offertes aux équipes diminue, alors que les demandes provenant des professionnels eux-mêmes sont en augmentation.

5.3. La féminisation des professions en sciences humaines.

Il n'est pas rare de voir des promotions entières de TSP et de PSE presque exclusivement féminines. Au risque de passer pour rétrogrades nous croyons qu'il s'agit d'un problème majeur qui a de lourdes conséquences : difficulté à rejoindre les pères qui se sentent jugés ou dévalorisés, problèmes d'identification pour les adolescents-garçons qui vivent dans des unités de vie où le personnel est essentiellement féminin, difficultés à changer sa perception de l'homme quand on est une femme reçue en maison d'hébergement d'où les hommes sont exclus, etc...

Il y a un impératif : rétablir un ratio hommes-femmes équivalent dans le personnel, et pour cela faire de la promotion dès la fin du secondaire.

5.4. L'évolution des approches en sciences humaines.

Si la découverte de l'inconscient, le développement de la psychanalyse et la mise en évidence des aspects épigénétiques dans la construction de l'identité ont marqué le début du siècle dernier, **l'introduction de l'approche systémique** dans les sciences humaines a créé une véritable révolution dont on ne mesure pas encore toute l'ampleur.



On ne peut détacher la personne de l'ensemble des systèmes auxquels elle appartient. D'où l'importance du réseau relationnel de l'enfant, en premier sa famille ou ce qui en tient lieu. À une vision individualiste s'est substituée (ou ajoutée) une vision collective.

La relation d'attachement n'est plus confiée à une seule personne, mais à des personnes significatives (dont le père dont on retrouve de plus en plus l'importance). Attachement à des personnes significatives, mais aussi à des lieux de vie.

C'est dès les premiers jours de l'existence que les parents doivent fournir cet environnement chaleureux, stimulant et sécurisant. Encore faut-il que la société leur permette de le faire en développant des services appropriés.

Les avancées de la neurologie et de la génétique ne font que confirmer cette vision systémique. Tout récemment l'épigénétique vient confirmer l'influence de l'environnement sur le développement du cerveau.

Nous croyons que les intervenants ne tiennent pas assez compte de ces avancées prodigieuses et continuent à développer une vision centrée sur l'individu sans tenir compte des facteurs environnementaux.

6. Les lieux de traitement.

6.1. Prévention ou cure ?

On ne soulignera jamais assez l'importance des actions de prévention. Ce qui implique des services de proximité et des services à même les milieux de vie des enfants et de leurs familles. C'est dès l'apparition des premières difficultés que l'intervention bio-psycho-sociale devrait commencer. D'où l'importance de réduire les délais d'attente et d'avoir des intervenants capables de se déplacer dans les milieux de vie plutôt que d'attendre que les «usagers» se déplacent au bureau.

Il faut intervenir le plutôt possible pour éviter que les situations ne s'aggravent. Certains CLSC avaient d'ailleurs développé dans le passé **l'intervention de milieu**. Les intervenants étaient affectés à des secteurs géographiques, ils en connaissaient toutes les ressources et pouvaient créer de véritables réseaux d'entraide. Le CLSC retrouvait sa mission originelle : le service communautaire où s'effectue **la véritable prévention**, alors qu'actuellement en CLSC on est beaucoup plus dans la cure ou à la limite dans la prévention secondaire ou tertiaire.

6.2. La place des organismes communautaires.

Dans les années 1970 à 2000, le Québec a connu un développement considérable des organismes communautaires particulièrement au niveau des organismes familiaux et des organismes au service des personnes



immigrantes. Malheureusement le développement de ce tissu communautaire s'est fait sans véritable coordination. Plusieurs organismes font double emploi, d'autres manquent de personnel qualifié malgré une bonne volonté évidente.

Il nous apparaît que cette 1^{ère} ligne que constitue le réseau des organismes communautaires **manque cruellement d'un financement de base**. Certains regroupements pourraient être suggérés et un financement adéquat des organismes familiaux permettrait de rendre de meilleurs services aux familles qui hésitent souvent à s'adresser aux organismes officiels. Par ailleurs on peut noter que les services officiels réfèrent très souvent les familles aux OSBL.

6.3. La Psychothérapie.

Le projet de loi 21 (devenu la loi C26) qui a réglementé la psychothérapie a été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par la plupart des professionnels qui voyaient trop de charlatans envahir le champ de la psychothérapie. Cependant en confiant la gestion de la psychothérapie à l'ordre des psychologues du Québec (OPQ), le législateur a créé un monopole. Les psychologues et les médecins sont devenus psychothérapeutes du jour au lendemain alors que dans la très grande majorité des pays du monde, psychologues et médecins doivent faire une formation complémentaire (en plus de la formation de base) pour le devenir.

Les psychothérapeutes issus d'autres ordres professionnels ne sont par la plupart du temps reconnus par les assurances, et les organismes qui formaient à la psychothérapie ont pratiquement tous mis fin à leurs programmes en raison des exigences de l'OPQ.

Non seulement l'OPQ est en train de monopoliser le champ de la psychothérapie, mais en plus cela provoque une uniformité des approches, la plupart des psychologues utilisant seulement l'approche cognitivo-comportementale.

Loin de nous l'idée que la psychothérapie constitue un acte thérapeutique secondaire. Elle devrait souvent précéder d'autres types d'intervention. Dans les pays (Angleterre, Australie) qui ont expérimenté la gratuité de la psychothérapie, le coût des soins de santé a diminué de façon considérable.

Rendre la psychothérapie accessible à tous, permettre des modes d'approches différenciés et complémentaires, la faire gérer par un **ordre indépendant de tous les autres**, nous paraît une priorité dans la panoplie des services à mettre à la disposition de la population.



6.4. Les CLSC.

Au fur et à mesure de leur développement les CLSC ont vu leur clientèle s'alourdir et leur fonctionnement devenir de plus en plus bureaucratique. Nous en avons déjà évoqué plusieurs facteurs, mais nous voudrions insister sur l'isolement des professionnels confrontés à des critères de rendement (parfois inspirés du monde industriel), coincés par les expériences de leurs ordres au niveau des codes professionnels, peu soutenus au niveau clinique ... Il nous apparaît évident qu'un certain « désenchantement » s'est installé et que plusieurs manquent d'enthousiasme.

Il nous apparaît fondamental de rétablir cette confiance envers leurs qualités professionnelles, en leur offrant des perfectionnements sur le plan clinique plutôt que sur la manière de tenir un dossier ou de faire des statistiques.

C'est en améliorant la qualité clinique qu'on améliorera les délais (jusqu'à 19 mois sur la liste d'attente ...) plutôt que d'attendre le super diagnostic du pédopsychiatre. C'est en diminuant le temps consacré au travail de tenues de notes et à la manie de la réunionnite qu'on rendra le personnel plus performant plutôt qu'en multipliant les moyens de contrôle.

C'est également en faisant confiance au jugement clinique de ces professionnels qu'on pourra évaluer adéquatement l'urgence et l'importance des problématiques plutôt qu'en multipliant les grilles d'évaluation ou en faisant confiance à l'intelligence artificielle comme dans le programme SSP.

6.5. Les placements :

6.5.1. Le placement en famille d'accueil.

Les évènements récents ont beaucoup attiré l'attention sur le dysfonctionnement des familles d'accueil. Il s'agit pourtant d'une des formes les plus adaptées pour des enfants issus des milieux de négligence ou de maltraitance. Ce que nous constatons c'est que la sélection des familles d'accueil devrait systématiquement se faire dans une perspective systémique.

À savoir :

- Quel est le besoin de la famille biologique et de son enfant ?
- Quel est le besoin de cette famille d'accueil ?

C'est de la concordance entre ces 2 demandes que dépend le succès du placement. Ce qui implique également la nécessité de développer une coparentalité entre les deux familles. Sinon on crée une vision d'une bonne et d'une mauvaise famille, ce



qui inévitablement provoque un conflit de loyauté pour l'enfant.

À la notion de familles concurrentes, il faut substituer la notion de familles complémentaires où la coparentalité – ou la parentalité à temps-partiel – est possible.

Cette vision nous paraît actuellement absente dans le réseau. Par ailleurs nous croyons que pour les cas les plus lourds, il faudrait développer des services de placement familial spécialisé comme il en existe en Europe.

6.5.2. Les placements en institution.

Nous croyons que les grosses structures (comme les Centres Jeunesse), si elles sont indispensables dans les cas d'arrêt d'agir, devraient être l'exception. On doit privilégier les foyers à petits effectifs où les jeunes sont ancrés dans la réalité et peuvent établir des liens durables avec une petite équipe d'intervenants.

Dans tous les cas un travail avec la famille est indispensable et un suivi à la sortie de l'institution devrait être obligatoire, surtout après 18 ans.

Certains modes d'intervention devraient être à proscrire comme l'abus de médication ou les chambres d'isolement.

Par ailleurs nous constatons que durant les placements des enfants en institution aucun travail sérieux ne se fait auprès des familles. Pourtant la plupart des jeunes y retournent après leur placement ou à 18 ans. Quand on sait que la plupart des familles des enfants placés sont dysfonctionnelles et qu'elles sont à l'origine des problèmes de l'enfant, il est illusoire de croire que travailler auprès de l'enfant seulement peut lui permettre une réinsertion acceptable.

7. L'évolution de la société.

On ne saurait terminer notre analyse sans rappeler les phénomènes d'ordre sociétal qui sont des phénomènes récurrents au Québec.

Citons en quelques-uns parmi les plus importants :

- Les conditions socio-économiques dont la précarité, l'habitat, la pauvreté qui affectent une bonne partie de la population.
- La conciliation travail-famille qui malgré d'indéniables progrès (CPE, garderies ...) complique la tâche des parents.
- L'absence d'autorité dans la relation parents-enfants qui se répercute à l'école au niveau des relations maître-élève.



- L'importance du numérique qui, malgré des aspects très positifs, contribue à isoler l'enfant et à le soumettre à des influences hors du contrôle des adultes.
- Le vieillissement de la population qui génère souvent une coupure entre les générations ...

Deux aspects nous paraissent particulièrement importants :

1. La justice semble déconnectée de la réalité : délais souvent très longs, remises des audiences sans tenir compte des horaires des familles et des intervenants, méconnaissance des problématiques par les juges ou les avocats ...

2. L'afflux migratoire :

Beaucoup de stéréotypes à l'égard des immigrants chez les intervenants :
ex : la sanction physique qui est de la violence pour les intervenants.

Choc culturel pour les immigrants qui voient le Québec comme société païenne sans religion, sans autorité, où les parents et les enseignants ne sont pas respectés, où il y a un laxisme sexuel, etc...

Ce choc culturel est rarement perçu par les intervenants qui ne se comprennent pas que l'enfant de migrants se retrouve en conflit de loyauté entre deux cultures.

Pourquoi plus de spectres de l'autisme et de TDAH chez ces enfants ?
Nous croyons que des formations réactionnelles sont le résultat de ce choc culturel dont les intervenants ne mesurent pas tous les impacts.

**8. Nos recommandations.**

Recommandation 1 :	Que le gouvernement entreprenne une campagne de promotion de la protection de l'enfance dans le but de donner une image plus positive du rôle de la DPJ.
Recommandation 2 :	Que parallèlement on fasse la promotion d'une politique familiale axée sur une vision de la Parentalité Positive.
Recommandation 3 :	Que les institutions élaborent des procédures pour diminuer le temps consacré à l'administration.
Recommandation 4 :	Qu'un intervenant pivot soit affecté à chaque nouvelle demande de services au niveau de l'ensemble de la famille, intervenant auquel tous se référeront sur le plan clinique
Recommandation 5 :	Qu'au moment de la renégociation des conventions collectives il faudrait exclure les privilèges liés à l'ancienneté.
Recommandation 6 :	Que par décret on impose aux professionnels impliqués dans la même situation l'obligation de communiquer entre eux nonobstant l'obtention des autorisations habituellement requises.
Recommandation 7 :	Qu'on limite les actes réservés aux ordres professionnels au strict minimum.
Recommandation 8 :	Que les programmes de formation universitaires privilégient l'intégration de la théorie dans la pratique plutôt que de se limiter uniquement aux concepts ou aux connaissances nécessaires à la recherche.
Recommandation 9 :	Que dans le corps professoral en sciences humaines une majorité d'enseignants ait un minimum d'expérience pratique dans les domaines qu'ils enseignent.
Recommandation 10 :	Que la supervision professionnelle par <u>une personne extérieure</u> à l'institution soit obligatoire dans toutes les institutions du réseau des affaires sociales.
Recommandation 11 :	Qu'une campagne de sensibilisation soit faite dans les Cégeps pour attirer des étudiants masculins dans les programmes des sciences humaines.
Recommandation 12 :	Que le perfectionnement professionnel soit axé sur les nouvelles découvertes en sciences humaines plutôt que sur des sujets mineurs.
Recommandation 13 :	Que le financement des organismes communautaires permette d'accueillir des professionnels au sein de leurs équipes.
Recommandation 14 :	Qu'un travail de recensement soit fait pour éviter le dédoublement de ces services sur le même territoire et favoriser des regroupements éventuels.



Recommandation 15 :	Que la gestion de la psychothérapie soit retirée à l'ordre des Psychologues et confiée à un ordre des Psychothérapeutes composé de représentants à part égale des professions actuellement reconnues comme pouvant exercer la psychothérapie.
Recommandation 16 :	Que la psychothérapie devienne un acte gratuit, à l'exemple de l'Australie et de l'Angleterre, ce qui a provoqué une diminution des coûts de la santé dans ces pays.
Recommandation 17 :	Que les CLSC redeviennent ce qu'ils étaient à l'origine : des centres locaux inscrits dans leur milieu sans mainmise du pouvoir de la médecine dans leur fonctionnement.
Recommandation 18 :	Que soit créé (à l'instar de l'Europe) un véritable service de familles d'accueil.
Recommandation 19 :	Que le placement en Centre Jeunesse devienne l'exception et qu'on favorise plutôt de petits foyers de groupes ancrés dans la réalité.
Recommandation 20 :	Qu'un véritable suivi éducatif soit institué après 18 ans pour tous les enfants de la DPJ. Service qui pourrait également être offert aux familles adoptantes.
Recommandation 21 :	Que la coparentalité soit soutenue et développée dans toutes les situations de séparations : familles recomposées, familles d'accueil et famille biologiques, familles biologiques et institutions.
Recommandation 22 :	Que les familles immigrantes soient accompagnées par des intervenants ayant reçu une formation adaptée à leur culture.
Recommandation 23 :	Que les interprètes puissent bénéficier d'une formation adéquate.
Recommandation 24 :	Que les juges et les avocats œuvrant dans le domaine familial suivent une formation obligatoire au niveau de certaines problématiques (comme l'aliénation parentale par exemple)
Recommandation 25 :	Que les recommandations des intervenants soient davantage respectées par les juges.



Résumé des grandes lignes du Mémoire.

Dans notre présentation à la commission nous faisons un certain nombre de constats qui reflètent des pratiques qui nous interrogent sur l'accompagnement des enfants et de leurs parents dans le réseau des services sociaux. Puis nous proposons des recommandations qui selon nous permettraient d'améliorer sensiblement le fonctionnement de ces services.

Parmi les principaux constats :

- La vision négative des parents par les intervenants.
- La trop grande importance du temps consacré à l'administration plutôt qu'aux services directs aux familles.
- La formation insuffisante des intervenants et le manque de supervision de ces professionnels.
- Les ruptures vécues par les enfants dans les différents placements et le manque de suivi à leur sortie.
- Le sous financement des organismes communautaires.
- L'inadéquacité de certains placements.
- Les délais d'attente en CLSC et surtout au niveau de la Justice.

19

Ce que nous préconisons entre autres :

- Partir des compétences des familles plutôt que des dysfonctionnements en développant une vision positive de la Parentalité.
- Permettre à l'enfant de s'attacher à une personne et à un milieu de vie lors d'un placement pour éviter des ruptures successives.
- De revoir les programmes de formation de base en sciences humaines, en médecine et à la justice, pour permettre une meilleure évaluation des situations et rendre les professionnels plus accessibles à une véritable pratique de la relation d'aide.
- L'accès gratuit à la psychothérapie.
- De mieux financer les organismes communautaires afin qu'ils puissent véritablement exercer leur mission de prévention des inadaptations.
- Que le placement en Centre Jeunesse devienne l'exception et qu'on favorise plutôt de petits foyers de groupe ancrés dans la réalité.
- Que tous les placements institutionnels soient accompagnés d'une action éducative auprès des familles.
- Qu'un suivi éducatif soit institué après 18 ans pour tous les enfants de la DPJ.
- Etc...



Épilogue

Nous saluons le travail de la commission qui est confrontée à un défi colossal.

Nous avons bon espoir que malgré la complexité de la tâche, le sort des enfants et des familles en difficulté sera grandement amélioré et que ceux qui ont pour objectif de les aider, retrouveront le plaisir et la fierté dans l'accomplissement de leur mission.

Nous restons disponibles pour d'autres précisions et une participation éventuelle à une audition.

20

Benoit Clotteau
TCF, Psychothérapeute
Directeur de l'IFACEF

Justin Levesque, Ph.D en Service Social
Professeur à la retraite de l'U de M
Président du CA de l'IFACEF