



## CADRE DE RÉFÉRENCE

pour une pratique rigoureuse  
de l'intervention en réadaptation  
auprès des enfants, des jeunes  
et de leurs parents en CSSS et en CJ.  
*Programme-services Jeunes en difficulté*

13-839-02W

Le mandat de rédiger le présent cadre de référence émane du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); sa réalisation est assurée par le Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ), avec le soutien du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) et du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU).

### **Mandataires**

**Sylvie Constantineau, CJM-IU**

**Sylvie Nadeau, CJQ-IU**

**Marc Plamondon, MSSS**

### **Réalisation**

La réalisation du mandat est sous la responsabilité de **Ronald Chartrand**, consultant.

La rédaction du document est assurée par **Pierre Keable**, CJM-IU.

Un groupe de travail, regroupant des mandataires issus du secteur de la recherche et de celui de la pratique, est associé à la réalisation du mandat.

### **Groupe de travail**

**Andrée Beaudin, CJQ-IU**

**Claudette Girard, CSSS de Laval**

**Sophie Tremblay Hébert, Nadine Lanctôt, Université de Sherbrooke**

**Marie-Claude Leduc, CSSS de la Pointe-de-l'Île**

**Sylvie Moisan, Université Laval**

**Richard Penney, CJ Chaudière-Appalaches**

**Bernard Deschênes, CSSS du Sud de Lanaudière et OPPQ**

**Jean-Sébastien Fallu, Université de Montréal**

**Jacques Dionne, Université du Québec en Outaouais**

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-69241-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

# TABLE DES MATIÈRES

## LISTE DES EXPERTS CONSULTÉS

## LISTE DES SIGLES

MISE EN CONTEXTE .....	1
INTRODUCTION.....	3
1. RAPPEL HISTORIQUE.....	5
2. L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	9
2.1 L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION.....	9
2.1.1 UNE DÉFINITION DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....	9
2.1.2 LA FINALITÉ DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION.....	10
2.1.3 UNE INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE FAISANT PARTIE DU CONTINUUM DE SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE .....	11
2.1.4 UNE INTERVENTION COMPLÉMENTAIRE À L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE.....	12
2.2 LA CLIENTÈLE DE LA RÉADAPTATION.....	13
2.2.1 UN ENFANT OU UN JEUNE QUI PRÉSENTE DES PROBLÈMES D'ORDRE RELATIONNEL, COMPORTEMENTAL ET D'ADAPTATION SOCIALE OU UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT .....	13
2.2.2 DES PARENTS QUI PRÉSENTENT DES LACUNES DANS L'EXERCICE DE LEURS RESPONSABILITÉS PARENTALES ....	17
2.3 LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....	18
2.3.1 UNE INTERVENTION DE PROXIMITÉ QUI MISE SUR L'ACCOMPAGNEMENT .....	18
2.3.2 UNE INTERVENTION MARQUÉE PAR LA PRÉSENCE AUX ÉVÈNEMENTS DU QUOTIDIEN.....	19
2.3.3 UNE INTERVENTION CONTINUE ET PERSONNALISÉE .....	20
2.3.4 UNE INTERVENTION DONT LA DURÉE EST CIRCONSCRITE.....	21
2.3.5 UNE INTERVENTION EN PARTENARIAT .....	21
2.3.6 LA MOTIVATION AU CHANGEMENT EST UN OBJET D'INTERVENTION .....	22
2.4 UNE INTERVENTION RIGOUREUSE, SOUTENUE PAR UNE INSTRUMENTATION CLINIQUE.....	23
2.4.1 UN MODÈLE CLINIQUE RIGOUREUX .....	24
2.4.2 DES APPROCHES CLINIQUES DIVERSIFIÉES .....	25
3. LA RÉADAPTATION EN CSSS ET EN CJ, UNE MISSION À PARTAGER.....	27
3.1 L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LES MISSIONS DU CSSS ET DU CJ.....	27
3.2 LES RESPONSABILITÉS DU CSSS ET DU CJ EN FONCTION DU CADRE LÉGISLATIF DANS LEQUEL SE DÉROULE L'INTERVENTION.....	28
3.3 L'INTERVENTION DISPENSÉE EN VERTU DE LA LPJ ET DE LA LSJPA REVÊT UN CARACTÈRE D'AIDE EN CONTEXTE D'AUTORITÉ.....	29
4. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....	31
4.1 UN AVENIR SANS PROJET EST UNE SITUATION SANS AVENIR .....	31
4.2 L'ENFANT OU LE JEUNE EN DIFFICULTÉ EST D'ABORD UNE PERSONNE EN DÉVELOPPEMENT .....	32
4.2.1 LES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION DIFFÉRENT SELON L'ÂGE.....	32
4.2.2 GARÇON OU FILLE, DES DIFFÉRENCES DANS LE COMPORTEMENT ET DANS LE DÉVELOPPEMENT.....	33
4.3 LA FAMILLE EST L'ENVIRONNEMENT PRIVILÉGIÉ DE SOCIALISATION ET DE SÉCURITÉ DE L'ENFANT OU DU JEUNE .....	34
4.4 LES COMPÉTENCES PARENTALES, UN « VECTEUR » IMPORTANT DU DEVENIR DE L'ENFANT OU DU JEUNE .....	35
4.4.1 DES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS PRENNENT PARFOIS LA RELÈVE DES PARENTS .....	36
4.5 LA COMMUNAUTÉ PORTE UNE RESPONSABILITÉ CONCERNANT LE DEVENIR DES ENFANTS ET DES JEUNES.....	36

<b>5. LES CIBLES GÉNÉRALES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....</b>	<b>39</b>
5.1 UNE DÉFINITION DE LA NOTION DE CIBLES GÉNÉRALES D'INTERVENTION .....	39
5.2 DES CIBLES D'INTERVENTION PARTAGÉES AVEC D'AUTRES DISCIPLINES .....	39
5.3 DES CIBLES PLUS SPÉCIFIQUES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION.....	40
5.3.1 DES CIBLES ASSOCIÉES À L'ENFANT OU AU JEUNE.....	40
5.3.2 DES CIBLES ASSOCIÉES AUX PARENTS OU À DES PERSONNES SIGNIFICATIVES .....	41
<b>6. DES PARAMÈTRES À CONSIDÉRER AU REGARD DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....</b>	<b>43</b>
6.1 DES RÈGLES COMMUNES À TOUTE INTERVENTION DE RÉADAPTATION .....	43
6.1.1 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION ACCESSIBLE À LA CLIENTÈLE .....	43
6.1.2 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI SOUTIEN LA MOBILISATION DE L'ENFANT, DU JEUNE ET DES PARENTS VERS LES CIBLES D'INTERVENTION RETENUES.....	44
6.1.3 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI CONTRIBUE DE FAÇON CONTINUE À L'ÉVALUATION ET À L'ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENFANT OU DU JEUNE.....	45
6.1.4 UNE INTERVENTION PLANIFIÉE ET CONCERTÉE.....	46
6.1.5 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI IMPLIQUE LA FORMATION D'UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE .....	47
6.1.6 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION DONT LA DURÉE TIEN COMPTE DE L'ENSEMBLE DE L'ÉPISODE DE SERVICES.....	48
6.1.7 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE PROGRAMMES CLINIQUES.....	49
6.1.8 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION ASSORTIE D'UNE PROGRAMMATION RIGOREUSE ET ADAPTÉE AUX BESOINS .....	50
6.1.9 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION EFFICACE EN MODE DE GROUPE .....	51
6.2 DES DÉFIS PARTICULIERS À L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ.....	53
6.2.1 UNE INTERVENTION QUI SE CARACTÉRISE PAR LA PROXIMITÉ .....	53
6.2.2 UNE INTERVENTION QUI IMPLIQUE UN DEGRÉ D'INVESTISSEMENT IMPORTANT .....	53
6.3 DES DÉFIS PARTICULIERS À L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'HÉBERGEMENT .....	55
6.3.1 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION S'EFFECTUANT DANS DIVERS TYPES D'ENCADREMENT .....	55
6.3.2 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION CARACTÉRISÉE PAR UNE VIE EN GROUPE .....	56
6.3.3 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION OFFERTE PAR UNE ÉQUIPE ÉDUCATIVE .....	57
6.4 DES CONDITIONS SOUTENANT LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION CLINIQUE EFFICACE ET PERFORMANTE .....	58
6.4.1 LA SUPERVISION ET LE SOUTIEN CLINIQUE.....	59
6.4.2 LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES PAR L'INTERVENANT ET À LEUR INTÉGRATION DANS SA PRATIQUE CLINIQUE.....	60
6.4.3 LE SOUTIEN À L'IMPLANTATION D'UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION EMPREINTE DE RIGUEUR .....	61
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>71</b>
<b>SCHÉMA DU MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>73</b>
<b>LE MODÈLE PSYCHOÉDUCATIF .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 3 .....</b>	<b>77</b>
<b>LES APPROCHES CLINIQUES .....</b>	<b>77</b>

## LISTE DES EXPERTS CONSULTÉS

<b>ACJQ</b>	Jean-Pierre Hotte Conférence des directeurs généraux Table des directeurs clientèle	Anne Duret
<b>AQESSS</b>	Monick Coupal Comité stratégique	
<b>CJ</b>	Danièle Bouchard (Saguenay–Lac-Saint-Jean) Chantal Beauregard (Montérégie) Madeleine Bérard (Batshaw) Louise Bourassa (Mauricie et Centre-du-Québec) Sylvie Constantineau (Montréal) Mario Cyr (Gaspésie/Les Îles) Leigh Johnston (Batshaw) Yves Lamoureux (Côte-Nord) Suzanne Lepage (Montérégie)	Robert Levasseur (Mauricie et Centre-du-Québec) Bruno Maranda (Estrie) Louise Nadeau (Estrie) Sylvie Nadeau (Québec) Éric St-Laurent (Bas-Saint-Laurent) Patrick Simard (Chaudière-Appalaches) Jacinthe Tremblay (Montérégie) Claude Villeneuve (Bas-Saint-Laurent)
<b>CSSS</b>	Diane Filiatrault (Thérèse-De Blainville) Michel Fortin (Grand Littoral) Christiane Goyette (Alphonse-Desjardins) Sylvie Lepage (Sud de Lanaudière)	Réal Lizotte (de la Montagne) Jean-François Bussièrès (Arthabaska-et-de-l'Érable) Natalie Petitclerc (Québec) Julie Vaillancourt (Sud de Lanaudière)
<b>INESSS</b>	Jean-Pierre Duplantie	Céline Mercier
<b>OPPQ</b>	Diane Blain Lamoureux	Claude Paquette
<b>OTSTCFQ</b>	Ghislaine Brosseau Alain Hébert	Claude Leblond Marie-Lyne Roc
<b>Direction des jeunes et des familles du MSSS</b>	Louise April Marc Plamondon	Annie Cotton Natalie Rosebush
<b>École de criminologie, Université de Montréal</b>	Denis Lafortune	
<b>École de psychoéducation, Université de Montréal</b>	Sophie Parent	

## LISTE DES SIGLES

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CPE	Centre de la petite enfance
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LJC	Loi sur les jeunes contrevenants
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention intégré
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de service individualisé et intersectoriel

## MISE EN CONTEXTE

En 2010, le comité directeur de l'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté souhaite obtenir des clarifications sur l'intervention de réadaptation, afin d'être en mesure de mieux définir les services et les programmes à offrir aux enfants et aux jeunes en difficulté ainsi qu'à leur famille, tant dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) que dans les centres jeunesse (CJ).

Un groupe de travail, sous la responsabilité du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ) et réunissant des représentants issus du secteur de la recherche et de celui de la pratique, se voit confier le mandat de proposer un nouveau cadre de référence sur l'intervention de réadaptation en CSSS et en CJ, fondé sur celui de 1990.

Le présent document devra préciser la définition de la réadaptation et situer la clientèle à laquelle elle s'adresse, en CSSS et en CJ, en fonction de la réalité actuelle de la société québécoise et de son réseau de services à l'enfance et à la jeunesse. Il situera également les principales cibles de l'intervention de réadaptation ainsi que les paramètres guidant l'organisation des services qui en soutient la mise en œuvre et portant sur un ensemble de principes fondamentaux.

Le cadre de référence proposé découle de cette démarche, laquelle a fait l'objet d'une consultation auprès de plus d'une centaine de personnes, y compris différentes instances dont l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), la Direction des jeunes et des familles du MSSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) ainsi que des représentants du milieu universitaire en criminologie et en psychoéducation.





## INTRODUCTION

Au Québec, l'intervention de réadaptation s'inscrit depuis plusieurs années dans la panoplie de moyens qui composent les mailles du « filet social » visant à soutenir et à accompagner les enfants et les jeunes en difficulté ainsi que leurs parents. Elle est offerte en collaboration et en partenariat avec les autres disciplines et domaines d'activité, notamment avec l'intervention psychosociale. Ce champ d'intervention mériterait d'être défini plus finement, mais là n'est pas l'objet du présent cadre de référence.

Les orientations qui sont présentées dans ce document s'inscrivent en continuité avec celles énoncées dans le document intitulé *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* (1990), dans le rapport intitulé *La réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans – Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens – Rapport sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans* (Gendreau et coll. [1999]), dans le document intitulé *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012* (MSSS, 2007) ainsi que sur un très grand nombre de documents rédigés par des CSSS ou des CJ sur le sujet.

Le cadre de référence proposé s'appuie sur une triple perspective : clinique, scientifique et juridique. Sur le plan clinique, l'enfant ou le jeune qui présente des problèmes d'ordre relationnel, comportemental ou d'adaptation sociale, qui accuse un retard de développement ou qui a commis une infraction, de même que ses parents, est au centre des préoccupations. L'organisation des services devant être mise à leur disposition est fondée sur leurs caractéristiques et leurs besoins spécifiques. Sur le plan scientifique, le cadre repose sur des connaissances et des résultats de recherches dans le domaine des sciences humaines et sociales. Enfin, sur le plan juridique, le cadre est fondé sur les règles de droit et les principes inscrits dans les lois actuelles, lesquelles traduisent des consensus, des choix concernant les valeurs qui sont privilégiées à ce moment-ci, dans notre société, au regard des services à assurer aux personnes les plus vulnérables, dans le cas présent, les enfants et les jeunes en difficulté ainsi que leur famille.

Sur ce dernier point, les trois perspectives ne s'opposent pas. En effet, les deux premières font référence à l'expertise clinique et aux connaissances acquises au fil des ans et la dernière correspond aux règles juridiques, aux lois qui véhiculent des choix sociaux fondés sur la conception que l'on a de l'enfant ou du jeune, de son développement, des besoins ou des difficultés qu'il peut présenter et de l'incidence du milieu et de l'environnement familial sur son devenir.

Le principal objectif visé par le cadre de référence proposé est donc d'offrir aux CSSS et aux CJ des indications sur un ensemble de dimensions qui leur permettent d'exercer leurs responsabilités en matière de réadaptation.

La première section situe l'intervention de réadaptation dans son histoire récente.

La deuxième section propose une définition de l'intervention de réadaptation, situe sa finalité dans une perspective écosystémique ainsi que son caractère interdisciplinaire et sa complémentarité, avec l'intervention psychosociale, dans le continuum de services à l'enfance et à la jeunesse. Elle précise la clientèle à laquelle elle s'adresse et présente ensuite les principales caractéristiques de l'intervention de réadaptation, puis l'instrumentation clinique qui lui en assurent la rigueur.

La troisième section situe l'intervention de réadaptation à l'intérieur des missions des CSSS et des CJ ainsi que le partage des responsabilités entre les deux types d'établissement de même que le

caractère d'aide, en contexte d'autorité, que revêt cette intervention en vertu de la LPJ et de la LSJPA.

La quatrième section présente un ensemble de principes fondamentaux, dans la perspective écosystémique retenue : l'enfant et le jeune vus chacun comme une personne en développement, inscrite dans un projet de vie, qui a des droits et qui doit exercer les responsabilités qui en découlent; les compétences de ses parents, qui représentent un « vecteur » important de son devenir; sa famille en tant que lieu d'ancrage et les responsabilités de la communauté à son endroit.

La cinquième section situe les cibles de l'intervention de réadaptation. Elle définit cette notion comme un palier entre la finalité de l'intervention et les objectifs des programmes cliniques ou des plans d'intervention (PI). Elle présente des cibles que partage l'intervention de réadaptation avec d'autres domaines d'activité ainsi que des cibles qui lui sont plus spécifiques.

La sixième et dernière section indique les différents paramètres à considérer dans la mise en œuvre de l'intervention de réadaptation en CSSS et en CJ. Elle présente, au départ, les paramètres communs à l'intervention dans la communauté, puis ceux qui sont plus spécifiques de l'un ou de l'autre de ces contextes. Elle rappelle par la suite les conditions nécessaires à la mise en œuvre, au développement et au renforcement d'une intervention de réadaptation clinique efficace et efficiente.

## 1. RAPPEL HISTORIQUE

L'association du concept de réadaptation à l'accompagnement des jeunes en grande difficulté d'adaptation est relativement récente au Québec. Dans les années 1950 à 1970, on trouve surtout le concept de rééducation. Les services dispensés aux enfants et aux jeunes sont alors distincts des services psychosociaux, qui lesquels sont offerts à la famille. Ils sont prodigués dans un ensemble d'institutions à vocations diverses, dont les orphelinats, les centres de transition, les écoles industrielles, les écoles de réforme et les pensionnats. La rééducation puis la réadaptation sont rattachées historiquement au développement de l'éducation spécialisée et de la psychoéducation et ne concernent au départ que l'hébergement en internat (Renou, 1986). Ces nouvelles sciences de l'éducation voient le jour dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Elles proposent une philosophie et une théorie complètes de la rééducation fondées sur trois notions, soit celle du développement socioaffectif des jeunes, celle de la présence à l'événement et celle de l'organisation du milieu de vie. L'intervention s'enrichit aussi, dès cette époque, de l'apport d'autres champs d'études, notamment celui de la criminologie concernant l'intervention en délinquance.

La fin des années 1970 et le début des années 1980 sont marqués par de nombreuses modifications de pratique, découlant à la fois des suites du rapport Batshaw et de transformations législatives majeures, à savoir la promulgation de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), de la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC), et des modifications au Code civil du Québec (CCQ). Ces changements viennent, entre autres, situer le jeune comme étant un sujet de droit et les deux parents, comme étant conjointement titulaires de l'autorité parentale. L'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux est aussi confronté à une redéfinition du rôle de l'État, marqué par un virage ambulatoire, une désinstitutionnalisation et une rationalisation des services. Toutes ces modifications amènent l'État à redéfinir les règles d'intervention auprès des jeunes et de leurs familles, à modifier les rapports que les intervenants doivent entretenir avec le jeune et ses parents lors de leurs interventions et à restructurer les rôles et les responsabilités des intervenants (MSSS, 1990).

La promulgation de la LPJ aura pour effet, entre autres, de rattacher l'organisation des services en délinquance au secteur de la santé et des services sociaux plutôt qu'à celui de la justice. Il faut préciser qu'à partir de l'entrée en vigueur de la LJC, il ne sera plus fait mention des jeunes délinquants dans les versions suivantes de la LPJ. Parallèlement, le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) commence à faire de plus en plus d'adeptes dans les sciences humaines et sociales, où il en devient l'un des modèles dominants. Le modèle psychoéducatif intègre de plus en plus les développements reliés au modèle écologique et situe le développement du jeune en interaction avec sa famille et son milieu. Aux services de réadaptation en internat offerts par les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et ceux pour mères en difficulté d'adaptation s'ajoutent des services en foyer de groupe et dans la communauté, le tout en complément des services psychosociaux déjà offerts.

En mai 1990, à la suite d'une vaste consultation à laquelle a été convié l'ensemble des centres de réadaptation pour jeunes ou pour mères en difficulté d'adaptation, le MSSS publie un document intitulé *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*. Ce document situe la trame historique de la réadaptation à partir de la réforme des services de santé et des services sociaux qui instituait, au début des années 1970, le réseau des centres d'accueil de réadaptation pour ceux qu'on nommait alors les « jeunes mésadaptés socioaffectifs ». Il situe les attentes du Ministère sur les principaux aspects devant caractériser la pratique et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté. Parmi les énoncés directeurs, on trouve « [...] L'intervention de réadaptation vise la reprise ou la

poursuite du développement d'un jeune, en travaillant à recréer des liens positifs entre ce jeune et son milieu, peu importe que le service soit offert en interne, à l'externe ou à domicile. [...] Elle suppose une action devant être menée à trois niveaux : auprès du jeune lui-même, auprès de son milieu de vie (de ses parents au premier chef) et dans la mise en relation de l'un avec l'autre. [...] Toutes les fois où cela paraîtra indiqué, l'action des intervenants privilégiera une intervention dans le milieu de vie des jeunes, « là où se vivent leurs difficultés [...] ».

Depuis la publication de ce document, le réseau des services à l'enfance en difficulté a été marqué par de nombreux changements ayant un lien avec des prises de conscience collectives affirmées dans un certain nombre de rapports, des réformes structurelles et des modifications législatives ainsi qu'avec l'avancement des connaissances cliniques. Les prochains paragraphes en présentent succinctement quelques jalons importants.

Au début des années 1990, notamment dans les rapports Harvey (1991) et Bouchard (1991), on observe un discours axé sur la prévention et sur le bien-être des enfants. La tendance est aux programmes de préservation de la famille et à l'intervention dans le milieu. Le rapport Jasmin (1992) rappelle quant à lui l'importance d'orienter les enfants abandonnés ou « ballottés » vers un projet de vie permanent. Le rapport Cliche (1998) propose, en prenant en compte notamment les trois rapports susmentionnés, une stratégie d'action visant à soutenir le développement des enfants et des jeunes.

Avec la refonte de la LSSSS de 1991, les centres d'accueil pour mésadaptés socioaffectifs deviennent des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) ou des centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation (CRMDA). En 1993, ils sont fusionnés avec les centres pour la protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) dans un nouveau type d'établissement qui unifie ces centres par régions administratives, soit les centres jeunesse (CJ).

La décennie est également marquée par une volonté de régionalisation des services dans des régions administratives. On souhaite en effet que les établissements publics et leurs partenaires intersectoriels et communautaires revoient leurs services à une échelle régionale et locale, afin d'offrir une meilleure adéquation entre ceux-ci et les besoins de la clientèle.

Au fil du temps, le recours élevé au placement et sa trop longue durée dans bien des situations sont remis en question (Harvey, 1991). Dans la foulée, la réadaptation en contexte d'hébergement a été remise en question par plusieurs. Elle retrouvera une partie de ses lettres de noblesse à la fin de cette décennie par la publication du rapport de Gendreau et Tardif sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans. Ce document marquant situe un ensemble de conditions à la rigueur et à la réussite concernant des services de réadaptation offrant de l'hébergement de qualité, complémentaires de l'action des parents et des collaborateurs internes, notamment du secteur psychosocial, et les partenaires externes. On y trouve une mise en garde au regard d'une éventuelle opposition entre le placement, les programmes offrant d'autres options que le placement et les approches axées sur le milieu. « L'approche milieu n'exclut pas l'internat, elle remet en question une pratique de l'internat qui excluait le milieu » (Gendreau et Tardif, 1999), au profit de celle d'offrir le bon service, au bon endroit, au bon moment.

Durant cette décennie et celle des années 2000, on assiste au développement de services diversifiés de réadaptation offerts aux jeunes dans la communauté, et ce, tant dans les CJ que dans les CLSC. Le développement s'observe notamment dans des services d'intervention de crise ou de suivi intensif qui, souvent, combinent une intervention psychosociale et de réadaptation dispensées généralement par un même intervenant. Le programme CAFE (crise-ado-famille-

enfance) et le Programme de soutien intensif aux familles (PSIF) en sont des exemples. D'autres services visent le soutien à la réinsertion sociale des jeunes hébergés dans les ressources des CJ, en particulier ceux qui doivent, à l'âge de la majorité, vivre de façon autonome; le programme Qualification des jeunes (PQJ) en est un des plus connus.

En 2000, la commission Clair relève des contradictions entre les priorités nationales, régionales et locales et dénonce le fonctionnement des organisations « en silos ». Parallèlement, un état de situation du MSSS sur l'organisation des services fait ressortir le problème de la discontinuité et du cloisonnement des services dans le système public québécois. Cette problématique, mise en lumière depuis les années 1980, semble encore marquer plusieurs interventions et même s'accroître.

En 2003, une entente de complémentarité des services, conclue dans les années 1970 entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, est remise à jour; elle a pour thème « Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes ». L'entrée en vigueur de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), qui remplace la LJC, appelle un ensemble de changements de pratique visant l'intervention de réadaptation dans la communauté et en contexte d'hébergement. À la fin de la même année, dans le contexte du projet de Loi 25, le gouvernement du Québec procède à une réorganisation majeure de son réseau de santé et de services sociaux; les objectifs sont de rapprocher les services de la population ainsi que de faciliter le cheminement et la prise en charge des personnes vulnérables. Cette nouvelle modification à la LSSSS propose la transformation des régies régionales en agences de la santé et de services sociaux (ASSS) et la création des CSSS à l'intérieur d'un cadre de gouvernance situant les responsabilités 1) des CSSS à l'échelle locale, 2) des agences et des établissements spécialisés, dont les CJ, à l'échelle régionale et 3) celles du Ministère, à l'échelle provinciale.

En 2004, la mise en place des CSSS s'amorce. L'organisation des services, dont la structure repose sur deux principes, soit l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services, se définit par deux programmes transversaux et sept programmes-clientèle, dont le programme-services Jeunes en difficulté.

En 2007, des amendements à la LPJ ayant une portée significative entrent en vigueur. Ceux-ci visent six grands objectifs : 1) favoriser la continuité des services et la stabilité des enfants; 2) promouvoir la participation active des enfants et des parents aux décisions et aux choix des mesures qui les concernent; 3) s'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles; 4) concilier la protection et la vie privée des familles; 5) moderniser les processus judiciaires; 6) encadrer le recours exceptionnel à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif.

Les modifications apportées à la LPJ font du projet de vie de l'enfant l'axe central de l'intervention. Dans un premier temps, ce projet de vie vise le maintien de l'enfant dans sa famille. Si le maintien ou le retour de celui-ci n'est pas envisageable sur le plan clinique, il devra garantir à l'enfant ou au jeune « la stabilité des liens, la continuité des soins et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge de façon permanente en se rapprochant le plus possible d'un milieu naturel » (LRQ, 2007, ch. P-34.1). D'autre part, en ce qui concerne les signalements en raison de « troubles de comportement sérieux », seule est retenue la situation d'un enfant ou d'un jeune « [qui] de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose » (LRQ, 2007, ch. P-34.1). En règle générale, les autres enfants et jeunes qui présentent des problèmes de comportement sont

orientées vers les CSSS. Le besoin de répondre à ceux-ci concerne les CSSS dans leur offre de services en réadaptation.

En janvier 2008, le MSSS dépose son document intitulé *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*. Ces orientations s'inscrivent dans la volonté ministérielle d'améliorer la santé et le bien-être de la population. La fiche 17 de ce document énonce les principaux paramètres du programme qui encadrent l'intervention en réadaptation.

## 2. L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

La présente section situe l'intervention de réadaptation parmi les différentes composantes du continuum de services à l'enfance et à la jeunesse. Elle en expose au départ la définition et les finalités, dans un esprit d'interdisciplinarité et de complémentarité. Elle rappelle par la suite la clientèle à laquelle s'adresse l'intervention de réadaptation, puis ses principales caractéristiques. Elle présente, en conclusion, des éléments d'instrumentation qui lui procurent une rigueur sur le plan clinique.

### 2.1 L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

La réadaptation, dans le programme-services Jeunes en difficulté, définie comme un processus d'aide préconisant une intervention de proximité qui mise sur l'accompagnement; sa finalité s'inscrit dans une perspective écosystémique. L'intervention de réadaptation fait partie du continuum de services à l'enfance et à la jeunesse, en complément de l'intervention psychosociale.

#### 2.1.1 UNE DÉFINITION DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

Les orientations ministérielles concernant l'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté énoncent ce qui suit au sujet de la réadaptation :

« La réadaptation est un processus d'aide permettant à un jeune dont le développement est entravé ou compromis par de grandes difficultés d'interaction avec son milieu, de renouer avec ce milieu de manière à y puiser les ressources dont il a besoin pour poursuivre son développement, utiliser ses capacités à leur plein potentiel et réaliser son projet de vie dans la plus grande autonomie. Ce même processus aide également les jeunes parents en difficulté d'adaptation, en y intégrant des activités de soutien à l'apprentissage du rôle parental. La réadaptation s'appuie sur des approches ou des programmes reconnus efficaces. »

Gendreau (2001) rappelle que l'intervention de réadaptation repose sur une conception qui voit d'abord la personne comme un être global, se développant par l'interaction entre ses capacités internes et les possibilités d'expérimentation que lui offre son environnement. Il précise également que cette intervention consiste précisément à favoriser des interactions appropriées entre la personne et son milieu, à lui permettre de retrouver un équilibre dynamique entre ses capacités et son environnement. À son avis, l'intervention de réadaptation est fondée sur l'utilisation du potentiel d'adaptation des personnes et de leurs compétences acquises, tel un levier, pour amener des changements dans leur situation de vie.

L'intervention de réadaptation n'est pas l'apanage d'une profession ou d'un titre d'emploi en particulier. Bien que ses bases au Québec se soient érigées dans le contexte de travaux en éducation spécialisée et en psychoéducation, elle a bénéficié de l'apport de divers domaines d'activité au cours de son histoire. Plusieurs intervenants, issus de diverses disciplines et engagés à titre de techniciens ou de professionnels, offrent des interventions de réadaptation.

**L'intervention de réadaptation fait référence à un processus d'aide qui, en étant fondé sur la capacité d'adaptation des personnes, vise la reprise ou la poursuite du développement de l'enfant ou du jeune, en travaillant à recréer des liens positifs entre celui-ci, ses parents, sa famille et sa communauté.**

## **2.1.2 LA FINALITÉ DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION**

Plusieurs intervenants, gestionnaires ou conseillers utilisent indifféremment les notions de modèle théorique et d'approche clinique. Il apparaît utile de proposer une définition de chacun de ces deux concepts qui émaillent le discours clinique, puisque le modèle théorique retenu détermine la finalité ultime de l'intervention dans un domaine d'activité.

Les différents dictionnaires courants définissent le modèle comme une construction théorique organisée proposant une représentation d'un phénomène. On utilise des modèles pour rendre compte d'un ensemble d'éléments possédant entre eux certaines relations; on parlera de modèle météo, de modèles informatiques ou écologiques. Un modèle s'appuie sur des valeurs, sur des postulats ainsi que sur une base empirique. Dans les sciences humaines et sociales, différents modèles théoriques ont été utilisés au fil du temps. On peut notamment penser aux modèles behavioriste, écologique, humaniste, psychanalytique, cognitif, féministe et écosystémique.

Une approche clinique se caractérise, quant à elle, par un point de vue sur le sujet de l'intervention et une manière de l'aborder. Elle implique l'emploi d'une méthode, une combinaison de procédés techniques et de stratégies en vue d'attendre un objectif.

La réadaptation s'inscrit dans un modèle écosystémique<sup>1</sup>. Dans la logique de ce modèle, élaboré notamment par Bronfenbrenner (1979; 1992), la finalité globale de l'intervention de réadaptation est un meilleur ajustement entre l'environnement, les personnes et les systèmes auxquels elle s'adresse. Bronfenbrenner (1979) fait référence à la notion d'adaptation, qui peut s'assimiler à la notion d'ajustement et qu'il définit comme suit :

« L'accommodation progressive et mutuelle entre un individu activement en développement et les propriétés changeantes des milieux immédiats de la personne, ce processus étant influencé par les relations entre les divers systèmes et les contextes environnementaux dans lesquels ces systèmes sont enchâssés. » (page 21).

Le système est vu ici comme un ensemble d'individus ou de groupes d'individus en interaction, partageant un ou plusieurs contenus, régis par un ensemble de règles et de processus, évoluant dans le temps vers une ou plusieurs finalités partagées. Une famille peut être assimilée à un système; il en va de même d'une classe dans une école ou d'une unité de vie en hébergement.

Les différents systèmes pouvant éventuellement être pris en compte dans une intervention de réadaptation sont regroupés selon le découpage suivant : les interactions entre les différentes composantes de la personne (ontosystème); les relations interpersonnelles et les activités expérimentées par le jeune dans son milieu de vie immédiat (microsystème); les interrelations entre les microsystèmes auxquels l'individu participe, par exemple le voisinage, l'école ou le travail (mésosystème); les institutions et les organismes publics ou privés (exosystème); ainsi que l'État, les valeurs, la culture et les normes (macrosystème). (Terrisse et Larose, 2002).

---

1 Le modèle écosystémique est présenté sous forme de schéma dans l'annexe 1.



**La finalité globale de l'intervention de réadaptation, selon le modèle écosystémique, est un meilleur ajustement entre l'environnement, les personnes et les systèmes auxquels elle s'adresse.**

### **2.1.3 UNE INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE FAISANT PARTIE DU CONTINUUM DE SERVICES À L'ENFANCE ET À LA JEUNESSE**

Lorsqu'on parle de continuum de services, on fait référence à des responsabilités exclusives et partagées, attribuables à chaque acteur qui y est associé. Plusieurs personnes ou institutions assument des responsabilités spécifiques concernant l'enfant ou le jeune : un centre de la petite enfance (CPE), une école, un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, un organisme communautaire sont des exemples de ressources auxquelles les parents et la famille peuvent recourir dans l'exercice de leurs responsabilités envers chaque enfant ou jeune.

L'intervention de réadaptation fait partie du continuum de services à l'enfance et à la jeunesse. Dans la presque totalité des situations, l'intervention de réadaptation offerte en CSSS ou en CJ dans le programme-services Jeunes en difficulté est dispensée à la suite d'une orientation par un autre intervenant. De plus, dans la majorité des cas, elle est réalisée concurremment avec celle d'autres partenaires qui interagissent avec l'enfant ou le jeune, ou avec la famille. Cette intervention est, par essence, une intervention partenariale.

Gendreau et ses collaborateurs (1999) rappellent que la notion de partenariat fait partie des fondements de l'intervention de réadaptation. Elle fait référence à une coopération entre des personnes ou des institutions ayant généralement des activités différentes, où l'apport de chacun permet de réaliser un projet commun. Le type de partenariat peut varier d'un simple échange d'information à une coopération en synergie dans laquelle on observe une intégration des diverses expertises et spécialisations, en passant par une coordination des interventions de chacun et une action concertée (Guay et coll., 2000).

Un défi actuel du réseau de services à l'enfance et à la jeunesse consiste à offrir à la population des services « en maillage » plutôt qu'« en silos » (Bourque, 2009). L'interdisciplinarité, aussi nommée pratique collaborative ou collaboration interprofessionnelle, constitue une voie en ce sens. Elle se définit comme un travail en synergie, qui s'enrichit de l'apport et de l'expertise des partenaires d'autres disciplines avec lesquelles elle interagit, afin de mieux répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des familles (Guay et coll., 2000).

Selon Oandasan et Reeves (2005), l'interdisciplinarité se démarque de la multidisciplinarité en ce qui a trait au degré de collaboration entre les acteurs. Selon ces auteurs, la multidisciplinarité fait référence à des individus provenant de différents champs qui travaillent de façon indépendante vers l'atteinte d'un but commun, alors que l'interdisciplinarité implique un degré plus important de collaboration entre les membres de l'équipe. L'interdisciplinarité permet alors de tenir compte de tous les axes d'intervention nécessaires à la réponse à leurs besoins (comportemental, social, familial, psychologique, physique, etc.) et de profiter de la synergie découlant du partage des connaissances respectives de chacun des intervenants.

Dans la communauté comme en contexte d'hébergement, l'intervention de réadaptation s'enrichit du partenariat interdisciplinaire entre des professionnels de divers domaines d'activité, tels que le travail social, la criminologie ou la psychologie, ainsi que des avancées de la pratique dans d'autres secteurs, dont l'éducation, la santé physique, la déficience

intellectuelle, les dépendances et la santé mentale, par un travail conjoint avec des intervenants qui travaillent dans ces secteurs.

Dans cette logique d'interdisciplinarité, l'intervention de réadaptation s'inscrit parmi l'ensemble des moyens mis en place pour stimuler, soutenir, désentraver ou protéger le développement d'un enfant ou d'un jeune. En effet, il revient à l'ensemble de la communauté de se mobiliser autour de lui et de sa famille en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie d'intervention. Tous les acteurs concernés assument leur part de responsabilités et se rallient autour de l'enfant ou du jeune et de sa famille, en intervenant de manière cohérente et regroupée.

**L'intervention de réadaptation en CSSS et en CJ est une composante du continuum de services à l'enfance et à la jeunesse.**

- **Dans une logique d'interdisciplinarité, elle s'inscrit parmi l'ensemble des moyens mis en place pour stimuler, soutenir, désentraver ou protéger le développement d'un enfant ou d'un jeune.**

#### **2.1.4 UNE INTERVENTION COMPLÉMENTAIRE À L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE**

Les champs d'intervention du secteur psychosocial et du secteur de la réadaptation font référence à des notions de conseil, d'assistance et d'aide. Ils concourent, grâce à des interventions qui en sont spécifiques, à satisfaire une mission qui demeure commune aux deux secteurs, soit de répondre aux besoins et aux attentes des enfants et des jeunes, de leurs parents ainsi que de leur famille. Ils visent également tous les deux à rétablir une relation satisfaisante entre les enfants ou les jeunes, les parents et leur famille, dans la recherche d'un meilleur équilibre personnel et social (Thomassin et coll., 2002).

Afin de bien situer l'intervention de réadaptation dans le programme-services Jeunes en difficulté, il importe de la distinguer de l'intervention psychosociale, dont elle est considérée comme très complémentaire. En ce sens, il apparaît utile d'illustrer les différences de représentation de l'une et de l'autre, selon que l'on pratique en CJ ou en CSSS, puis de proposer une définition de chacune d'elles.

La création des CJ a amené l'intégration, dans un même établissement, de deux champs d'intervention, soit l'intervention psychosociale et l'intervention en réadaptation, qui auparavant, s'étaient développés chacun de leur côté. Depuis, plusieurs CJ ont mené des travaux visant à départager les rôles auprès des enfants et des jeunes en difficulté ainsi que de leur famille, des intervenants associés à chacun de ces champs.

Les CSSS assument la mission des CLSC d'offrir une meilleure intégration des services de santé et des services sociaux de proximité offerts à la population d'un territoire donné. Dans le domaine de la santé, le concept de réadaptation est a priori associé au domaine de la santé physique, où il fait alors référence à un ensemble de disciplines, telles que la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie. Dans le domaine de la santé mentale et des services sociaux, on utilise parfois la notion de réadaptation psychosociale; celle-ci ne vise pas simplement à se distinguer de la réadaptation physique. Elle prône une approche globale dans laquelle même des professions historiquement associées davantage à la santé physique, dont l'ergothérapie, peuvent être mises à contribution.

Les orientations ministérielles au regard du programme-services Jeunes en difficulté situent, dans une logique opérationnelle, l'intervention de réadaptation en complément de l'intervention psychosociale. L'intervention psychosociale concerne notamment le fonctionnement du système familial et social ainsi que les capacités des membres qui le

composent à jouer les rôles sociaux qui leur sont dévolus; ce champ d'intervention mériterait d'être défini plus finement, mais là n'est pas l'objet du présent cadre de référence. L'intervention de réadaptation concerne plus spécifiquement des cibles touchant le développement de compétences, aussi nommées habiletés, de membres de ce système familial, l'enfant ou le jeune en tant que personne en développement et le parent dans l'exercice des responsabilités parentales.

La différence entendue entre « capacité » et « compétence » est très subtile, mais néanmoins importante. La capacité est l'aptitude d'une personne à exécuter une tâche, à jouer un rôle. La compétence fait référence, quant à elle, à la synthèse d'un ensemble de connaissances et d'expériences qui vient qualifier la capacité.

**Dans le programme-services Jeunes en difficulté, l'intervention de réadaptation est complémentaire à l'intervention psychosociale et permet de diversifier l'offre de service.**

- **L'intervention psychosociale met particulièrement l'accent sur le fonctionnement du système familial et social ainsi que sur les capacités des membres qui la composent à jouer les rôles sociaux qui leur sont dévolus.**
- **L'intervention de réadaptation concerne plus spécifiquement le développement de compétences, aussi nommées habiletés, de membres associés à ce système familial; celles de l'enfant ou du jeune, celles du parent dans l'exercice de ses responsabilités parentales, parfois de personnes significatives à qui des responsabilités parentales sont déléguées.**

## **2.2 LA CLIENTÈLE DE LA RÉADAPTATION**

L'intervention de réadaptation s'adresse à des enfants ou à des jeunes qui présentent des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou un retard de développement. Elle s'adresse aussi à des parents qui présentent des lacunes dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.

### **2.2.1 UN ENFANT OU UN JEUNE QUI PRÉSENTE DES PROBLÈMES D'ORDRE RELATIONNEL, COMPORTEMENTAL ET D'ADAPTATION SOCIALE OU UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT**

Établir un lien avec ce qui est normalement attendu des jeunes de son âge permet d'évaluer les problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou un retard de développement d'un enfant ou d'un jeune qui nécessite une intervention de réadaptation.

Les problèmes d'ordre relationnel touchent la qualité des liens qui relient l'enfant ou le jeune à son réseau social, en tout premier lieu ses parents et sa famille. La qualité de ces liens est tributaire de la fonctionnalité du réseau social de soutien dont il dispose et des interactions de celui-ci avec les composantes de ce réseau; le type de difficultés varie avec l'âge.

Les problèmes d'ordre comportemental, acquis ou en voie de le devenir, sont généralement classés en deux catégories distinctes, à savoir les problèmes extériorisés et les problèmes intériorisés. Les problèmes extériorisés, d'une part, font référence entre autres à des comportements antisociaux, des refus de l'autorité (l'opposition) et des manifestations de violence, du décrochage scolaire, du taxage, la fréquentation de gangs, la prostitution et l'itinérance. Les problèmes intériorisés, d'autre part, font référence particulièrement à l'anxiété, à l'automutilation, aux pensées suicidaires, au retrait (isolement) et à des troubles alimentaires.

Bien que ces problèmes soient davantage associés à l'adolescence, ils peuvent se manifester dans l'enfance et même débiter dans la petite enfance. Les problèmes que présente un enfant (désobéissance répétée, mensonge, crise, etc.) sont des manifestations réactionnelles liées à un contexte donné (Massé et coll., 2005) ou à une étape de son développement. La « désobéissance » d'un enfant de 1 à 4 ans n'a pas la même signification que celle d'un jeune de plus de 12 ans. Ces problèmes n'impliquent pas uniquement que le jeune soit vulnérable, mais aussi que son environnement présente des conditions adverses ou qu'il vit des conflits avec des personnes significatives pour lui (Desaulniers, 2009). Les « agirs » délinquants s'apparentent aux problèmes de comportement, mais ils désignent la conduite de jeunes qui commettent des délits sanctionnés par la loi.

Plus les problèmes de comportement débutent tôt, plus ils tendent, par la suite, à varier et à prendre de l'ampleur (LeBlanc et coll., 1994). La précocité est donc un facteur clé permettant de prédire la continuité des comportements et leur gravité. Il faut toutefois tenir compte des trajectoires normatives de développement de ces conduites, qui n'ont pas du tout le même sens à 3 ans qu'à 8 ou 15 ans. On observe de nombreuses conséquences de ces problèmes chez l'enfant ou le jeune et dans son environnement. Ces conséquences ont tendance à s'accumuler au cours du développement et peuvent avoir un impact sur plusieurs plans.

Le retard de développement est défini comme un délai complètement ou partiellement réversible dans l'accès à un stade de développement social, langagier, psychomoteur ou intellectuel normalement atteint par les enfants d'un âge ou d'une culture donnée. Il est abordé dans le programme-services Jeunes en difficulté en raison du fait qu'il peut témoigner de difficultés psychosociales ou en générer. Il importe donc de vérifier au départ si ce retard n'est pas relié à une déficience intellectuelle (DI), à un trouble envahissant du développement (TED) ou à une déficience physique (DP), à un trouble mental ou à un retard dans l'acquisition de compétences cognitives et sociales (ASSS de l'Estrie, 2007).

Les problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ainsi que le retard de développement peuvent également avoir des impacts chez les enfants et les jeunes sur le plan personnel. En effet, ceux-ci peuvent démontrer une faible estime de soi, peu d'habiletés sociales, un manque de solutions ou de réponses appropriées pour résoudre des problèmes, une évaluation inadéquate des situations, etc. Ces impacts entraînent souvent des retards de développement.

Ces problèmes ont également des impacts familiaux. face auxquels les parents peuvent se sentir incompetents. Ils peuvent aussi susciter des conflits dans la famille, entre les conjoints, voire du rejet de la part de la famille élargie et du réseau social. Ils peuvent aussi avoir un effet d'entraînement chez des membres de la fratrie.

Enfin, la présence de tels problèmes chez un enfant ou un jeune peut avoir un impact social. En effet, le jeune rejeté par les pairs et les adultes sera isolé et pourra éventuellement être attiré par des pairs marginalisés (Deslauriers, 2009), voire criminalisés et ainsi amplifier certaines problématiques sociales.

Certains enfants ou jeunes à qui s'adresse l'intervention de réadaptation connaîtront des périodes de placement. La recherche documente les impacts négatifs que peuvent avoir les ruptures relationnelles liées aux placements et, surtout, aux déplacements. Elle fait ressortir que les enfants qui vivent des déplacements sont plus susceptibles d'avoir des attachements désorganisés, lesquels peuvent être associés à des problèmes futurs de santé mentale et des problèmes de comportement autant extériorisés qu'intériorisés (Perry, 2006). Cette question est particulièrement importante puisque des déplacements plus nombreux peuvent

entraîner des problèmes de comportement extériorisés, des problèmes émotifs et des problèmes de santé mentale chez l'enfant (Connell et coll., 2006). Par ailleurs, d'autres recherches démontrent que, chez les enfants ou les jeunes placés, la présence de problèmes de comportement, surtout extériorisés, est susceptible d'entraîner davantage de déplacements d'une ressource d'hébergement à une autre (Oosterman et coll., 2007). En somme, les déplacements répétés peuvent être à la fois la cause et la conséquence des difficultés présentées.

Par ailleurs, certains jeunes placés, qu'ils se sentent prêts ou non, doivent quitter, entre l'âge de 18 ans et 20 ans, leur famille ou le milieu substitut dans lequel ils vivent. Or, souvent, ils ne bénéficient pas des mêmes conditions que les autres jeunes pour développer leur autonomie. La chose est particulièrement observée chez les jeunes ayant vécu de longues périodes de placement. Selon Aldgate, au terme de l'enfance, les acquis des jeunes ayant grandi dans le système de protection de l'enfance sont moindres que ceux des enfants qui ont grandi dans leur milieu familial d'origine (Nadeau, 2000).

**Établir un lien avec ce qui est normalement attendu des personnes de son âge permet d'évaluer les problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou le retard de développement d'un enfant ou d'un jeune qui nécessite une intervention de réadaptation.**

- **Ces problèmes affectent son bien-être et entravent son développement. Ils peuvent avoir des répercussions sur sa famille ou sa communauté.**

### **Des précisions sur les notions de difficulté, de trouble et de problème**

Dans leur pratique, certains intervenants utilisent indifféremment les mots « difficultés », « problèmes » et « troubles » pour qualifier les écarts de comportement par rapport aux normes admises par la société.

Dans le domaine de la santé mentale, le passage d'un problème (on parlera aussi parfois d'une difficulté), à un trouble indique une aggravation de la situation. Un problème est lié à une caractéristique du comportement et peut être très perturbateur pour la personne ou son environnement. Chez l'enfant ou le jeune, il correspond généralement à une période de développement plus exigeante dans laquelle il exprime, par ses « **agirs** », le besoin de soutien, ou représente une réaction vive à des facteurs de stress de l'environnement familial, scolaire, social ou culturel. Le trouble fait quant à lui référence à un ensemble organisé de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité reconnaissable, un syndrome, répondant à des critères diagnostiques précis de durée, de fréquence, d'intensité et d'impacts sur le fonctionnement général, le tout ayant un rapport avec un système de classement, par exemple le DSM.

La LPJ fait référence à des troubles sérieux du comportement à titre de motif de compromission lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour modifier la situation ou que le jeune, âgé de 14 ans ou plus, refuse l'intervention.

Compte tenu du travail en interdisciplinarité dans lequel s'inscrit l'intervention **de** réadaptation, l'utilisation des notions de difficulté ou de trouble peut générer un certain degré de confusion. Le terme générique retenu dans le présent cadre de référence est celui de « problèmes ».

Les problèmes peuvent se caractériser par un ensemble de paramètres, à savoir la durée, l'intensité, la gravité, la persistance, la fréquence, la complexité et la constance. L'enfant ou le jeune présente des dysfonctions dans plusieurs sphères de sa vie (physique, cognitive, sociale, affective, etc.). Celles-ci entraînent une rupture d'adaptation dans une ou plusieurs de ces sphères de vie (Normand, 2006). Le milieu, les parents et l'enfant ou le jeune présentent une impuissance relative à y remédier, ce qui compromet la poursuite ou la reprise du développement de ce dernier.

Lorsque aucune intervention en réponse aux problèmes que présente l'enfant ou le jeune n'est posée ou lorsque les interventions posées ne sont pas adaptées, ces problèmes peuvent se cristalliser ou se complexifier.

**Le terme générique « problèmes » retenu dans le présent cadre de référence inclut les notions de « difficulté » et de « trouble ».**

- **La notion de problèmes se caractérise par différents paramètres : la précocité, la durée, l'intensité, la gravité, la persistance, la fréquence, la complexité et la constance. Ils entraînent une rupture dans une ou plusieurs sphères de développement (physique, cognitive, sociale, affective, etc.).**

### **D'autres problèmes peuvent complexifier la situation**

Les problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale peuvent être accompagnés d'autres problèmes qui complexifient la situation; on parlera alors de concomitance. Par exemple, on trouve des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux (déficit de l'attention avec hyperactivité ou distractivité, dépression, états anxieux, somatisation), des problèmes d'apprentissage ou un retard scolaire, des difficultés ou des troubles de l'attachement, des problèmes de dépendance (drogue, alcool, cyberdépendance).

Il faut par ailleurs rappeler que la concomitance des problèmes peut aussi être familiale, par exemple un problème chez l'enfant et un parent ou un autre membre de la fratrie). Cette concomitance a aussi pour impact de complexifier l'intervention, notamment par la participation et la disponibilité du parent.

Les situations de concomitance doivent être considérées dans leur globalité, en tenant compte des éléments suivant : les problèmes en présence, la séquence de leur apparition, la détresse psychologique (notion de souffrance) qu'elles amènent, les effets de ces problèmes sur l'entourage, leurs répercussions négatives sur les apprentissages de la personne et sur sa capacité à fonctionner (Masse, 2010).

Parfois, ces problèmes ne sont pas décelés ou le sont tardivement. Cela a pour effet que la famille, l'enfant ou le jeune ne reçoit pas l'aide ou les traitements requis par la situation; cela peut multiplier l'amplitude des dysfonctionnements.

Il importe alors de s'intéresser à l'interinfluence entre les différentes manifestations de ces problèmes. Un travail interdisciplinaire impliquant souvent d'autres établissements ou organismes sera alors indiqué afin de s'assurer d'une évaluation plus étendue de la situation et la réponse aux besoins.

Dans la littérature, on reconnaît que plus de 10 % des enfants et des jeunes associés au programme-services Jeunes en difficulté seraient susceptibles de présenter un risque élevé de 2 ou 3 types de problèmes interreliés, alors que 5 % à 10 % des enfants et des jeunes

seraient susceptibles de présenter un risque élevé de problèmes multiples, par exemple de la toxicomanie, des troubles d'opposition, un TDAH, de la délinquance (Bellefleur, 2004).

**La situation de certains enfants et jeunes présente une concomitance de plusieurs problèmes.**

- **Cette concomitance vient complexifier la reprise du développement ou d'une saine adaptation à la réalité.**
- **Un travail interdisciplinaire est donc souvent indiqué dans l'évaluation de la situation, l'appréciation des besoins et la détermination des interventions jugées les plus appropriées pour y répondre.**

## **2.2.2 DES PARENTS QUI PRÉSENTENT DES LACUNES DANS L'EXERCICE DE LEURS RESPONSABILITÉS PARENTALES**

La recherche fait ressortir les liens intimes entre les compétences parentales inadéquates ou les attitudes incohérentes et les comportements perturbateurs que présentent les enfants (Tremblay et coll., 1992). Bien que ce ne soit pas le cas de l'ensemble des parents d'enfants ou de jeunes orientés vers les CSSS ou les CJ, ceux-ci présentent, dans une proportion notablement supérieure à la population en général, un certain nombre de facteurs de risque au regard de l'exercice de leurs responsabilités parentales : pauvreté, isolement social, dépendances, problèmes de santé mentale, instabilité émotionnelle et conjugale, milieu criminogène, faible encadrement des enfants. Un nombre imposant de ces parents ont été victimes de maltraitance au cours de leur enfance. En outre, des mères ont accumulé plusieurs facteurs de risques durant leur grossesse (Cossette, 1998). La violence conjugale constitue un facteur de risque pour le développement de comportements perturbateurs chez l'enfant (Bourassa, 2003), il en va de même de la maltraitance<sup>2</sup>.

Plusieurs rapports, dont celui de Harvey (1991), celui de Bouchard (1992) et celui de Garant (1992), mentionnent qu'il faut réduire le nombre de placements d'enfants et de jeunes et pour cela, il faut soutenir les familles. L'atteinte de cet objectif nécessite, toutefois, une réponse adéquate, constante et rapide – particulièrement en bas âge – aux besoins fondamentaux de l'enfant. Cet énoncé témoigne de nos valeurs sociétales, soit une nette préférence pour le maintien des liens biologiques et la non-intervention de l'État dans la vie familiale.

À partir de cette reconnaissance, l'intervention de réadaptation pourra concourir à développer, à rétablir ou à renforcer certaines compétences parentales lacunaires. Dans cette optique, l'intervention devient un outil pour les parents et un moyen d'apprentissage.

D'après Cantos et Gries (1997), en plus de permettre aux parents de revoir leurs façons de percevoir leur enfant ou leur jeune et leurs façons de faire, l'engagement des parents est important pour le jeune. Leur présence et leur implication dans la démarche facilitent la réussite du processus de réadaptation, car elles sont perçues comme un signe d'engagement et d'espoir face au changement, que l'enfant ou le jeune vive avec son parent ou qu'il soit confié ou placé.

Dans certaines situations, les difficultés graves et persistantes des parents ont des impacts importants sur l'adaptation sociale de l'enfant ou du jeune. Il arrive que l'on doive retirer l'enfant de son milieu pour le confier à un tiers ou le placer dans un milieu substitut.

---

<sup>2</sup> La notion de maltraitance inclut l'abandon, la négligence, les mauvais traitements psychologiques ainsi que les abus physiques et sexuels.

Même lorsque le rôle parental est très gravement perturbé, il importe d'envisager que les parents demeurent présents, parfois avec en ayant un rôle différent. Il ne faut pas oublier qu'ils sont susceptibles d'être encore là lorsque la prestation des services à la jeunesse prendra fin, même si celle-ci se poursuit jusqu'à ce que l'enfant ou le jeune soit devenu adulte. Peu importe les limites ou les difficultés que ces parents présentent, il est primordial de les considérer comme les détenteurs d'un savoir expérientiel et de compétences au regard de leur rôle parental.

**L'intervention de réadaptation s'adresse à des parents qui présentent des difficultés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.**

- **Les parents sont partie prenante de toutes les décisions qui touchent l'intervention auprès de leur enfant ou de leur jeune.**
- **Peu importe les limites ou les difficultés que ces parents présentent, il est primordial de les considérer comme les détenteurs d'un savoir expérientiel et de compétences au regard de leur rôle parental.**

## **2.3 LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION**

L'intervention de proximité mise sur l'accompagnement. Elle se caractérise particulièrement par la présence aux événements du quotidien. Elle doit être continue et personnalisée de même que limitée dans le temps.

Puisque le développement de l'enfant ou du jeune est le produit de son interrelation avec sa famille et son milieu, l'intervention de réadaptation auprès de lui se conjugue à une action auprès de ses parents, de sa famille et de son milieu afin d'assurer la reprise de sa relation avec eux. Elle s'inscrit dans une logique de collaboration avec l'enfant ou le jeune, ses parents et des personnes significatives. La mobilisation au changement est un de ses objets d'intervention.

### **2.3.1 UNE INTERVENTION DE PROXIMITÉ QUI MISE SUR L'ACCOMPAGNEMENT**

L'intervention de réadaptation, comme celle associée à d'autres disciplines dans le domaine social, s'articule autour de trois fonctions : conseil, assistance et aide. Il s'agit d'une intervention de proximité qui mise sur l'accompagnement. On y associe de ce fait la notion de **faire faire** à la fonction de conseil et celles de **faire avec** et de **faire à la place**, aux fonctions d'assistance et d'aide. Grâce à chacun de ces types d'interaction, de ces **façons de faire**, l'intervention de réadaptation s'ajoute, pour un temps défini, au potentiel de l'enfant ou du jeune, de ses parents ou de personnes significatives.

Le **faire faire** prend toute son importance lorsque l'enfant ou le jeune n'est pas en mesure de déterminer correctement ses propres besoins et attentes ainsi que les attentes de son milieu concernant son développement. Il peut ainsi acquérir diverses compétences, notamment celle de déterminer correctement en quoi les gestes qu'il pose sont inadéquats et à quoi il veut répondre par ses comportements, celle de préciser ses attentes, de discerner quels sont les moyens les plus appropriés, sur le plan personnel et social, qui lui permettent d'y trouver réponse.

**Le faire faire permet à l'enfant ou au jeune d'apprendre à déterminer correctement en quoi les gestes qu'il pose sont inadéquats, à préciser ses attentes et à découvrir les moyens les plus appropriés d'y trouver réponse. Il permet aux parents ou à des personnes significatives d'apprendre à soutenir l'enfant ou le jeune dans ses apprentissages.**



Dans certaines situations, l'enfant, le jeune ou ses parents ne profitent pas de divers moyens ou ressources qui sont utiles pour eux et disponibles dans leur milieu. Parfois, ils ne les connaissent pas, parfois ils ne savent pas qu'ils peuvent les utiliser ou de quelle manière. Grâce au **faire avec**, l'intervenant en réadaptation, par son accompagnement (vécu partagé), leur permet d'apprendre à découvrir ces moyens et ces ressources et à les utiliser.

**Le faire avec soutient, chez l'enfant ou le jeune, ses parents ou des personnes significatives, le développement de compétences dans la découverte de moyens ou de ressources disponibles dans leur milieu ainsi que dans l'utilisation de ceux-ci.**

Le **faire à la place** permet de combler chez l'enfant ou le jeune des besoins et des attentes qui, s'ils ne l'étaient pas, causeraient un grave préjudice à lui-même ou à autrui.

Par ce **faire à la place**, l'intervenant pourra, pendant le temps nécessaire et dans la mesure requise, se substituer à l'enfant ou au jeune, à ses parents, à sa famille ou à des acteurs de sa communauté afin de répondre aux besoins essentiels de l'enfant ou du jeune et lui donner ce qui est nécessaire à son développement ou, ultimement, à sa protection ou à la protection d'autrui à son égard, en l'imposant si nécessaire.

Ce caractère substitutif ne prévaudra que dans des situations où la société entend assurer l'intérêt de l'enfant ou du jeune et le respect de ses droits, au-delà même des choix conjoncturels que celui-ci ou ses parents peuvent faire. Ces interventions de type **faire à la place** ne seront maintenues que le temps où elles sont indispensables à une réponse immédiate aux besoins de l'enfant ou du jeune ou à ceux d'autrui.

**Le faire à la place permet de combler chez l'enfant ou le jeune des besoins et des attentes qui, s'ils ne l'étaient pas, causeraient un grave préjudice à lui-même ou à autrui.**

- **Par cette aide, l'intervenant se substitue à lui ou à ses parents, à sa famille ou à son milieu afin de répondre à des besoins essentiels et de lui donner ce que requiert son développement ou, ultimement, sa protection ou celle d'autrui, en l'imposant si nécessaire.**
- **Cette aide n'est dispensée que lorsqu'elle s'avère indispensable à une réponse aux besoins immédiats de l'enfant ou du jeune ou à ceux d'autrui.**

### **2.3.2 UNE INTERVENTION MARQUÉE PAR LA PRÉSENCE AUX ÉVÈNEMENTS DU QUOTIDIEN**

L'intervention de réadaptation est marquée par la présence aux événements. Ce qui la distingue de celle de tout autre domaine d'activité est la présence de l'intervenant, sa participation au déroulement d'événements de la vie de l'enfant ou du jeune. La tâche de l'intervenant s'accomplit alors dans un accompagnement de l'enfant ou du jeune, de ses parents et, éventuellement, de personnes significatives, dans des situations qui vont donner prise à son intervention. Il s'agit d'utiliser les gestes ordinaires, ceux de la vie de tous les jours. Toutes les fois où cela est indiqué, l'action de l'intervenant privilégie une intervention dans le milieu de vie de l'enfant ou du jeune, « là où se vivent ses difficultés [...] » (MSSS, 1990).

Traiter des gestes et des événements quotidiens de la vie ne veut pas dire faire des choses ordinaires. L'intervention de réadaptation implique : de participer ou d'assister à des événements de la vie, de les lire et de les comprendre; d'analyser les comportements de l'enfant ou du jeune dans ces situations; de saisir le sens spécifique qu'ils prennent pour lui et pour les autres personnes ciblées par l'intervention, de pouvoir les interpréter de manière

à ce qu'ils perçoivent ce sens et l'utilisent dans leur vie; de s'en servir comme d'une occasion de mettre à l'épreuve leurs acquis.

Cette présence à l'événement peut être mise en œuvre selon différents modes : individuel, de groupe et familial. Ces trois modes d'intervention de réadaptation peuvent être utilisés tant dans la communauté qu'en contexte d'hébergement.

Le mode individuel implique un intervenant en interaction avec un enfant ou un jeune, un parent ou encore un tiers significatif lié à l'intervention. L'intervention de groupe n'est pas l'apanage de la réadaptation. Toutefois, le groupe, en tant que lieu de socialisation, a toujours représenté un outil important, dans la communauté comme en contexte d'hébergement. Ces groupes peuvent être constitués d'enfants ou de jeunes, de parents ou d'une combinaison enfants et parents ou jeunes et parents. Dans le mode familial, l'intervenant est en interaction simultanée avec l'enfant ou le jeune, les parents et éventuellement d'autres membres de la famille, notamment de la fratrie.

**L'intervention de réadaptation requiert un degré d'investissement élevé de la part de l'intervenant.**

- Elle est marquée par une présence aux événements du quotidien (*faire faire, faire avec, faire à la place*), en fonction d'objectifs spécifiques et de moyens d'intervention concrets.

Toutes les fois où cela est indiqué, l'action de l'intervenant privilégie une intervention dans le milieu de vie de l'enfant ou du jeune.

- Elle est réalisée en mode individuel, de groupe ou familial, dans la communauté comme en contexte d'hébergement.

### **2.3.3 UNE INTERVENTION CONTINUE ET PERSONNALISÉE**

L'efficacité de l'intervention de réadaptation exige qu'elle soit continue et personnalisée. La continuité, comme on l'entend ici, fait référence à quatre registres : 1) la continuité relationnelle du jeune avec sa famille, 2) la continuité relationnelle du jeune avec son milieu, 3) la continuité du parcours clinique dans les programmes et 4) la continuité des échanges du jeune et de sa famille avec les dispensateurs de services. Quant à la personnalisation, elle est une des pierres d'assise du développement d'une relation éducative apte à influencer l'enfant ou le jeune, ainsi que ses parents ou des tiers, dans leurs comportements et leurs attitudes.

L'environnement est un élément essentiel de la mise en œuvre de l'intervention de réadaptation, quel que soit le type d'environnement. L'intervention peut être offerte dans la famille, dans d'autres milieux fréquentés par l'enfant ou le jeune ou dans un milieu d'hébergement substitut. Quel que soit ce milieu, l'intervenant en réadaptation permet d'orchestrer, autour de l'enfant ou du jeune, un cadre de vie qui lui fournira un environnement propice à l'expérience d'attitudes et de comportements appropriés. Selon Ausloos (1991), ce cadre de vie est caractérisé par la sécurité, la stabilité, les conditions de vie et la stimulation qu'il permet d'offrir.

**L'intervention de réadaptation auprès de l'enfant ou du jeune, de ses parents, de sa famille ou de personnes significatives doit être continue et personnalisée.**

- Quel que soit l'environnement dans lequel elle est mise en œuvre, elle permet d'orchestrer autour de l'enfant ou du jeune un cadre de vie propice à l'expérience d'attitudes et de comportements appropriés.

### **2.3.4 UNE INTERVENTION DONT LA DURÉE EST CIRCONSCRITE**

L'intervention de réadaptation doit assurer, par une évaluation continue, de ne pas offrir d'aide concernant des sphères de vie dans lesquelles l'enfant ou le jeune est autonome ou est en mesure, avec le concours de ses parents ou des membres de son réseau social, de trouver une réponse adéquate à ses besoins. Elle doit également assurer de n'offrir un accompagnement que le temps requis. Maintenir l'enfant ou le jeune, ainsi que ses parents, dans un état de dépendance serait lui nuire.

Par ailleurs, comme les difficultés sont graves et souvent enracinées dans l'histoire de vie de la famille, de l'enfant ou du jeune, l'intervention de réadaptation suppose un degré d'investissement élevé en matière de temps à consacrer. Celui-ci est nécessaire en raison du nombre de personnes à mobiliser, de la diversification des domaines d'activité professionnelle, de la durée, de la complexité et de l'intensité de l'intervention.

#### **La durée de l'intervention de réadaptation est circonscrite dans le temps.**

- **Elle présente généralement un caractère limité à ce qui est nécessaire pour amener l'enfant ou le jeune à reprendre son développement.**
- **Elle suppose un degré d'investissement élevé en ce qui concerne le temps à y consacrer.**

### **2.3.5 UNE INTERVENTION EN PARTENARIAT**

À moins de contre-indications cliniques ou légales, l'intervention de réadaptation est réalisée en partenariat avec l'enfant, sa famille, les personnes significatives et les autres intervenants concernés.

L'intervenant inclut l'enfant ou le jeune et ses parents dans l'ensemble des décisions qui concernent les objectifs visés par l'intervention et les moyens qui s'y rattachent, dans le respect des particularités liées à la culture, à l'âge et au degré de maturité de l'enfant ou du jeune.

L'intervenant met tout en œuvre pour soutenir les parents dans la réalisation ou la restauration de leurs compétences parentales, afin d'assurer le maintien ou le retour de l'enfant ou du jeune dans son milieu familial. Il partage avec eux des compétences mutuelles pour aider l'enfant ou le jeune dans ses efforts d'ajustement. Il les soutient dans l'exercice de l'ensemble de leurs droits et de leurs responsabilités. Même lorsque l'enfant ou le jeune ne demeure pas avec ses parents, l'intervenant s'assure de poser des actions dans le respect des valeurs et des croyances des parents.

L'intervenant coopère avec la famille élargie et l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de l'enfant ou du jeune et de ses parents. Les activités de chacun sont souvent différentes, mais complémentaires. Les apports mutuels de chacun d'eux permettent de contribuer au mieux-être de l'enfant ou du jeune.

**L'intervention de réadaptation s'inscrit en partenariat avec l'enfant ou le jeune ainsi qu'avec ses parents, sa famille, les personnes significatives et les intervenants concernés. À moins de contre-indications cliniques ou légales, l'intervenant s'assure dans ses actions :**

- **d'inclure l'enfant ou le jeune et ses parents dans les décisions qui concernent les objectifs visés par l'intervention et les moyens qui s'y rattachent, dans le respect des particularités liées à la culture, à l'âge et à au degré de maturité de l'enfant ou du jeune;**
- **de tout mettre en œuvre pour soutenir les parents dans la réalisation ou la restauration de leurs compétences parentales;**
- **de coopérer avec la famille élargie et l'ensemble des personnes significatives qui gravitent autour de l'enfant ou du jeune et de ses parents.**

### **2.3.6 LA MOTIVATION AU CHANGEMENT EST UN OBJET D'INTERVENTION**

Il est souvent difficile, lorsqu'on intervient dans le domaine de l'aide à l'enfance et à la jeunesse, de bâtir la collaboration requise pour amener un changement. L'intervenant doit rapidement prendre en compte un grand nombre d'informations complexes et estimer l'étendue du problème, des risques et des possibilités, gérer ses propres préoccupations (Ai-je bien compris? Ai-je assez fait? Ai-je créé un risque pour l'enfant ou le jeune? Vais-je être blâmé s'il arrive quelque chose? etc.) tout en ayant conscience d'ajouter, dans la perception de certains parents, au problème de la famille. De plus, l'intervenant doit être conscient du fait que sa présence a une influence sur la dynamique familiale. L'enfant ou le jeune de même que le parent peuvent ressentir divers sentiments tels que la peur, la colère, l'humiliation, la méfiance et le ressentiment devant « l'intrusion », dans leur vie privée, d'une personne qu'ils perçoivent comme ayant le pouvoir de prendre le contrôle de leur vie. Ils peuvent également ressentir de l'impuissance.

La motivation au changement<sup>3</sup> ne peut jamais être tenue pour acquise ou préalable à l'intervention. Elle peut représenter un défi important et exigeant pour l'intervenant, parfois tout au long d'une intervention. De ce fait, la motivation de l'enfant ou du jeune, ou celle des parents ou des personnes significatives, à s'inscrire dans un changement est considérée, en soi, comme un objectif clinique; elle est un objet d'intervention.

La situation est la même, tant dans le contexte volontaire d'une intervention en première ligne que lors d'une intervention en contexte d'autorité. L'intervenant doit, de ce fait, concevoir des interventions appropriées aux différents stades de changement (Prochaska, 1999) de l'enfant ou du jeune, des parents, de la famille et des acteurs clés de la communauté afin que ces interventions aient un impact plus important et plus durable sur l'évolution des problématiques familiales rencontrées.

Deux notions viennent encadrer et enrichir cette recherche de motivation au changement, à savoir la mobilisation et la réceptivité. Elles ont en commun d'inclure l'intervenant dans l'équation qui conduit à la motivation de la personne vers un changement. Dans son rôle d'acteur de changement, le premier outil de l'intervenant consiste à croire au changement ou, plus fondamentalement, à être ouvert au changement.

La mobilisation visant le changement repose sur les trois affirmations suivantes : le partenariat famille et intervenant est un élément important pour assurer le développement ou la protection de l'enfant ou du jeune; la compréhension de la perspective de la famille est

---

<sup>3</sup> La présente sous-section s'inspire particulièrement du document de Le Blanc, C. (2007). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse – Enjeux, pièges et outils.*

essentielle au partenariat; l'absence de ces deux éléments risque d'accroître les risques pour l'enfant ou le jeune.

La mobilisation comporte certains défis pour l'intervenant, à savoir :

- demeurer ouvert à l'enfant ou au jeune, aux parents et aux familles pour favoriser le changement, et ce, sans minimiser le degré de risque;
- reconnaître que la coopération est possible, quel que soit le contexte dans lequel se déroule l'intervention;
- partager l'analyse du problème et des solutions;
- regarder non seulement ce qui va mal, mais ce qui dans le passé et le présent montre la présence de compétences et de force.

La réceptivité inclut la notion de motivation. Elle fait référence à l'ensemble des conditions qui influencent l'efficacité d'un traitement. Celles-ci se rapportent à l'adéquation entre l'approche de traitement préconisée et le style d'apprentissage de la personne, entre les caractéristiques de celle-ci et celles de l'intervenant ainsi qu'entre les compétences de l'intervenant et le type de programme dispensé (Kennedy, 2000).

Il importe de mettre en place des interventions qui tiennent compte des caractéristiques de l'enfant ou du jeune, de ses capacités et des éléments qui le motivent ainsi que celles de son entourage, notamment les attitudes de ses proches et l'engagement des intervenants.

**La motivation au changement, tant chez l'enfant ou le jeune que chez le parent, dans la famille ou chez des personnes significatives ne peut jamais être considérée comme préalable à l'intervention ou être tenue pour acquise définitivement.**

- Elle représente en soi un objectif clinique, que l'intervention se déroule dans le contexte volontaire d'une intervention en vertu de la LSSSS ou dans un contexte d'autorité.
- Deux notions viennent encadrer et enrichir cette recherche de motivation au changement, à savoir la mobilisation et la réceptivité. Elles ont en commun d'inclure l'intervenant dans l'équation qui conduit à la motivation de la personne vers un changement.

## **2.4 UNE INTERVENTION RIGoureuse, SOUTENUE PAR UNE INSTRUMENTATION CLINIQUE**

Chaque personne et chaque situation de vie sont uniques. Il importe d'offrir à l'enfant ou au jeune, ainsi qu'à ses parents et aux personnes significatives, une intervention de réadaptation qui soit adaptée à leurs besoins et à leurs capacités.

L'intervention de réadaptation est réalisée au moyen d'un ensemble d'activités professionnelles assorties au protocole clinique de l'établissement dans lequel elle est réalisée. Lorsqu'il est question de réadaptation, on trouve toujours, à tout le moins, des notions d'observation, d'évaluation, de planification, d'organisation, d'animation et de communication.

L'intervention de réadaptation se traduit également par des programmes et des activités orientés vers des problématiques particulières et destinés à répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant ou de chaque jeune (Gendreau et coll., 1999). Le caractère clinique des activités proposées repose en grande partie sur l'adéquation et la clarté des objectifs ciblés en réponse aux besoins des enfants et des jeunes ainsi que sur la qualité de leur structuration, en rapport avec ces objectifs.

L'intervention de réadaptation est réalisée en établissant un lien de confiance avec l'enfant ou le jeune, les parents et les différents acteurs associés à l'intervention. La qualité des interactions entre l'intervenant et l'enfant ou le jeune et ses parents est largement tributaire de son savoir-être, coloré des valeurs qu'il incarne, notamment sa considération pour l'autre, sa disponibilité et son empathie. Elle dépend aussi de son savoir-faire et de la rigueur dont il fait preuve dans l'utilisation des différents outils cliniques et dans l'application de techniques, à l'intérieur de programmes et d'activités d'intervention.

**Le caractère particulier de l'intervention de réadaptation implique l'emploi d'une méthodologie systématique, apportant de la rigueur à l'évaluation et à l'intervention, sans restreindre le jugement professionnel des intervenants et leur capacité d'invention et d'innovation.**

#### **2.4.1 UN MODÈLE CLINIQUE RIGoureux**

Au cours des années, un modèle clinique, élaboré au Québec, a progressivement représenté un modèle intégrateur et inspirant relativement à l'intervention de réadaptation auprès d'enfants et d'adolescents en difficulté. Il s'agit du modèle psychoéducatif, lequel est compatible avec le modèle théorique écosystémique; tous deux visent la reprise ou la poursuite du développement d'une personne en travaillant à recréer des liens positifs entre celle-ci, sa famille et son milieu. Outre le fait que ce modèle soit une production essentiellement québécoise, il fournit une méthodologie systématique et des principes d'action capables d'intégrer les différentes facettes de l'intervention de réadaptation, sans toutefois en restreindre la capacité d'invention et d'innovation (Le Blanc, 2011).

Ce modèle s'est enrichi, avec les années, de l'apport des diverses disciplines liées à la pratique de l'intervention de réadaptation. Proposant un ensemble de concepts utiles à ce type d'intervention, le modèle psychoéducatif s'avère intéressant pour orchestrer cette action, quel que soit l'environnement dans lequel l'intervention est réalisée. Né de la pratique en internat, il n'a pas tardé à être adapté à l'intervention aussi bien en milieu scolaire, hospitalier et communautaire qu'en milieu naturel. De plus, il offre aux intervenants de ces différents milieux de pratique un langage commun, propre à faciliter le partenariat.

Mis au point par Gilles Gendreau, l'un des fondateurs de la psychoéducation, et objet d'une nouvelle synthèse en 2001, le modèle présente trois apports principaux, recelant chacun toute une série de concepts qui ne seront que très succinctement abordés ici. Il s'agit des activités professionnelles, des schèmes relationnels et de la structure d'ensemble. L'intervention y est conçue comme un système actif en interaction avec d'autres systèmes. Ce système d'ensemble est constitué d'éléments dynamiques structurants et structurés de manière à stimuler l'activité de la personne en vue d'atteindre les objectifs poursuivis<sup>4</sup>.

---

4 Les principaux paramètres du modèle psychoéducatif sont présentés en synthèse dans l'annexe 2.

**Le modèle psychoéducatif représente un modèle clinique de référence, pertinent et utile à l'intervention de réadaptation. Malgré son appellation, il n'est pas l'apanage des psychoéducateurs et s'est enrichi, avec les années, de l'apport des autres disciplines liées à ce type d'intervention.**

- **Il est compatible avec un cadre théorique écosystémique.**
- **Il met en évidence et organise entre elles les différentes activités professionnelles essentielles à une intervention de réadaptation rigoureuse.**
- **Il situe les diverses composantes à prendre en compte dans l'élaboration d'une intervention rigoureuse et les articule entre elles.**
- **Il soutient, chez l'intervenant, le développement du savoir-être essentiel à un vécu partagé de qualité.**

## **2.4.2 DES APPROCHES CLINIQUES DIVERSIFIÉES**

Les approches cliniques s'utilisent à l'intérieur d'un modèle d'intervention, alors que les activités et les programmes s'appuient sur celles-ci.

Plusieurs auteurs de différentes disciplines ont traité des approches cliniques<sup>5</sup>. Selon Ranquet (1981), dans le domaine social, tout système de traitement utilise des approches cliniques, caractérisées par une méthode, s'appuyant sur une théorie, une base expérimentale et un système de valeurs. Gendreau et ses collaborateurs (1999) décrivent l'approche clinique comme l'une des composantes essentielles de l'organisation de services en réadaptation en contexte d'hébergement. Cela s'avère également pour l'intervention dans la communauté.

L'approche clinique se caractérise au départ par une base théorique proposant un point de vue sur le sujet de l'intervention et une manière de l'aborder. Ce point de vue vient colorer le type de changement qui sera visé. Elle implique l'emploi d'un certain nombre de méthodes, une combinaison de procédés techniques et d'activités en vue d'atteindre un objectif (Le Blanc et coll., 2002).

L'approche clinique est reconnue comme l'un des facteurs d'efficacité d'un traitement de réadaptation. Diverses méta-analyses situent son impact dans un processus clinique à environ 15 % du résultat. Celles-ci font ressortir que leur apport se conjugue avec les capacités de changement du client, qui comptent pour environ 40 %, l'espoir de celui-ci dans un changement possible, qu'on établit à 15 %, et la qualité de la relation clinique, laquelle compte pour 30 % de retombées (Duncan et coll., 2001; Gros-Louis, 2003; Le Blanc, 2007).

Depuis les 20 dernières années, aucune approche clinique s'adressant spécifiquement à l'intervention de réadaptation n'a été élaborée. Cependant, plusieurs approches contribuent à l'intervention de réadaptation et sont compatibles avec le modèle psychoéducatif. Un certain nombre d'entre elles ont fait l'objet d'évaluation d'effet ou d'impact au Québec ou ailleurs dans le monde. Les approches les plus utilisées au Québec sont les suivantes<sup>6</sup> :

- |  |                          |                                 |
|--|--------------------------|---------------------------------|
| • <b>Centrée sur les solutions</b>           | • <b>Empowerment</b>     | • <b>Réduction des méfaits</b>  |
| • <b>Cognitive comportementale</b>           | • <b>Motivationale</b>   | • <b>Thérapie de la réalité</b> |
| • <b>Communauté d'entraide et de justice</b> | • <b>Psychodynamique</b> | • <b>Systémique</b>             |

<sup>5</sup> Certains auteurs parlent d'approches « cliniques »; toutefois, cet adjectif n'est pas approprié au présent contexte.

<sup>6</sup> Un aperçu des fondements théoriques de chacune de ces approches cliniques, de même que les changements qu'elles visent, les moyens privilégiés et les clientèles auxquelles elles s'adressent, est présenté en annexe.

Les approches cliniques représentent en quelque sorte la boîte à outils de l'intervenant. Les techniques d'intervention liées à ces différentes approches permettent de bâtir une intervention différentielle qui correspond aux capacités et aux principaux besoins déterminés d'une clientèle donnée ainsi qu'à la nature des changements escomptés.

**L'emploi intègre et rigoureux d'approches cliniques permet de bâtir une intervention appropriée aux capacités et aux principaux besoins déterminés d'une clientèle donnée ainsi qu'à la nature des changements escomptés.**



### 3. LA RÉADAPTATION EN CSSS ET EN CJ, UNE MISSION À PARTAGER

La présente section situe l'intervention de réadaptation dans les missions du CSSS et du CJ, à l'intérieur du continuum de services à l'enfance et à la jeunesse. On y souligne sa nature interdisciplinaire et partenariale ainsi que sa complémentarité avec l'intervention psychosociale. Elle propose un regard sur les « interfaces » entre le CSSS et le CJ dans le contexte de la mission de réadaptation et se conclut sur l'intervention en contexte d'autorité, réalisée en vertu de la LPJ ou de la LSJPA.

#### 3.1 L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LES MISSIONS DU CSSS ET DU CJ

Au cours des dernières années, l'organisation des services de réadaptation a connu différents changements, notamment en raison de réformes législatives ou structurelles ainsi que de l'évolution des connaissances. Celles-ci ont entraîné un partage de responsabilités au regard des services de réadaptation entre le CSSS et le CJ, lesquels assument, entre autres, les missions de centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) et de centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation (CRMDA).

Ainsi, l'article 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) définit les missions de CLSC comme suit :

« La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir, en première ligne, des services [...] de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

Les articles 84 et 86 de cette même loi précisent, quant à eux, la mission d'un CRJDA et d'un CRMDA. Celle-ci est définie comme suit :

« Des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison [...] de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial [...] requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation [...] et, principalement sur référence [...], les mères en difficulté d'adaptation; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »

Par ailleurs, l'évolution de la société, alliée à celles des connaissances et de la pratique, entraîne des ajustements dans la façon de cibler la clientèle à laquelle s'adresse l'intervention de réadaptation. On fait maintenant référence aux enfants et aux jeunes, plutôt qu'aux jeunes seuls, ainsi qu'aux parents qui présentent des lacunes dans l'exercice de leurs responsabilités parentales. Ces services sont aussi dispensés à des jeunes accusés de délits qu'ils ont commis alors qu'ils étaient âgés entre 12 ans et 17 ans.

## **L'intervention de réadaptation offerte dans le contexte du programme-services Jeunes en difficulté relève des missions respectives des CSSS et des CJ.**

### **3.2 LES RESPONSABILITÉS DU CSSS ET DU CJ EN FONCTION DU CADRE LÉGISLATIF DANS LEQUEL SE DÉROULE L'INTERVENTION**

Le cadre législatif particulier dans lequel se déroule l'intervention permet de mieux cerner le contexte dans lequel une famille, un enfant ou un jeune est orienté vers une ressource en vue d'une intervention de réadaptation. L'établissement qui offre l'intervention de réadaptation doit proposer une organisation de services qui vise l'atteinte des objectifs poursuivis par ce même cadre législatif : protéger, réadapter, rendre autonome et responsable, et ce, à l'intérieur des paramètres définis en vue de l'application de la LSSSS, de la LPJ ou de la LSJPA. Il doit le faire tout en s'assurant d'adapter les moyens d'atteindre ces objectifs à la situation personnelle de chacun des jeunes qu'il reçoit.

L'intervention de réadaptation peut être offerte à la suite d'une demande de service en vertu de la LSSSS. Elle peut aussi être prescrite dans le cadre d'une intervention effectuée en vertu de la de la LPJ ou de la LSJPA. Le cadre législatif permet de circonscrire les attentes du législateur à l'égard des actions à prendre et de l'aide à apporter à l'enfant ou au jeune ainsi qu'à ses parents.

Les orientations ministérielles au regard du programme-services Jeunes en difficulté définissent les responsabilités respectives du CSSS et du CJ concernant l'offre de services de réadaptation dans les termes suivants :

« Les services exigés en réadaptation, dans le contexte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), sont offerts par les CSSS. Quant à ceux qui sont nécessaires en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), ils sont offerts par les centres jeunesse. Les centres jeunesse peuvent également rendre des services de réadaptation dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment dans les situations d'hébergement. » (MSSS, 2007).

Dans le partage des responsabilités entre les deux établissements, il est envisageable, tout en tenant compte de la responsabilité première du CSSS ou du CJ édictée par le Ministère, que l'autre établissement offre un service complémentaire au besoin, en fonction d'impératifs de continuité et de stabilité de l'intervention.

La frontière paraît complexe à tracer dans le cas de l'intervention de réadaptation à offrir dans la communauté en vertu de la LSSSS, qu'elle se substitue à un placement ou qu'elle soit offerte dans une perspective de réinsertion sociale. En règle générale, l'intervention de réadaptation dans la communauté est sous la responsabilité du CSSS. Il est parfois difficile pour le réseau local de services (RLS) de trouver une réponse adaptée aux besoins d'enfants ou de jeunes suivis dans le cadre général de la LSSSS. Il faut, lorsque la situation ne correspond pas en tous points aux mandats de chacun des établissements, examiner les meilleures solutions à apporter selon les besoins et les ressources en présence. Par ailleurs, certains programmes de transition entre l'hébergement et le passage à la vie adulte, dont le programme Qualification des jeunes (PQJ), sont appliqués par les CJ, selon les normes du Ministère ou en rapport avec des ententes régionales.

Les interventions de réadaptation requises dans le cadre particulier de la LPJ relèvent de la mission du CJ. Comme cette loi à caractère exceptionnel vise les enfants et les jeunes dont la sécurité ou le développement a été jugé compromis, on présume qu'en règle générale le degré de

motivation vers un changement des personnes associées à la situation de compromission est particulièrement faible et celui de dangerosité, assez élevé. Ce contexte juridique permet de **faire faire**, même lorsque l'enfant ou le jeune ou ses parents ne sont pas demandeurs d'aide.

Concernant les interventions de réadaptation réalisées dans un contexte d'hébergement, l'intervention s'inscrit clairement dans les différentes missions du CJ en vertu de la LPJ et de la LSSSS. Celles-ci présentent un caractère spécialisé en raison de la complexité inhérente à la multiplicité et à la diversité des problématiques présentées par les enfants et les jeunes et le groupe qu'ils forment, au point de rupture plus ou moins marquée avec leur famille et la communauté et les difficultés de réinsertion sociale qui en découlent.

Concernant les interventions de réadaptation dans le contexte de la LSJPA, la frontière est plus marquée. Le CJ est le premier responsable des interventions à offrir, dans la communauté et en contexte de mise sous garde. Celles-ci s'adressent spécifiquement à des jeunes de 12 à 17 ans ayant commis une infraction au Code criminel et aux autres lois fédérales. Ces jeunes contrevenants présentent des profils de comportement très diversifiés qui, au-delà des peines reçues, commandent une intervention différentielle, y compris des services de réadaptation, afin d'éviter les risques de récidive et favoriser une meilleure intégration sociale.

**Les CSSS sont les premiers responsables des interventions de réadaptation à offrir dans la communauté en vertu de la LSSSS.**

**Les CJ sont responsables des interventions de réadaptation à offrir dans la communauté en vertu de la LPJ et de la LSJPA.**

**Les CJ sont responsables des interventions de réadaptation à offrir en contexte d'hébergement, qu'ils soient offerts en vertu de la LSSSS, de la LPJ ou de la LSJPA.**

**Dans les trois cas, il est envisageable que l'autre établissement offre une intervention de réadaptation complémentaire, au besoin, en fonction d'impératifs de continuité et de stabilité de l'intervention.**

### **3.3 L'INTERVENTION DISPENSÉE EN VERTU DE LA LPJ ET DE LA LSJPA REVÊT UN CARACTÈRE D'AIDE EN CONTEXTE D'AUTORITÉ**

Contrairement à la LSJPA, la LPJ n'est pas une loi à caractère général; elle s'applique à des situations exceptionnelles. Toutes deux accordent aux intervenants d'importants pouvoirs assortis de nombreuses responsabilités.

Les interventions de réadaptation dispensées en vertu de ces lois partagent de ce fait la caractéristique d'offrir de l'aide en contexte d'autorité, en ce sens qu'elles impliquent l'établissement et le maintien d'une relation de confiance et d'aide dans un contexte où les gens peuvent être contraints de recevoir des services (Laframboise, 1999).

La relation d'aide, dans le cadre de la LPJ et de la LSJPA, s'exerce toujours dans un contexte d'autorité, mais pas nécessairement dans un contexte de contrainte. Nombre d'enfants, de jeunes et de parents qui reçoivent des services d'intervention de réadaptation acceptent volontairement de recevoir de l'aide, parfois dès le début de l'intervention. En d'autres occasions, ils l'acceptent en cours d'intervention. D'ailleurs, la LPJ se caractérise par la possibilité d'intervenir en vertu d'une entente. Elle favorise aussi le recours aux approches consensuelles. Une entente peut en effet être convenue en vertu de mesures volontaires ainsi que dans le cadre d'une ordonnance. Ces ententes exigent, pour être convenues, que les personnes reconnaissent et acceptent les mesures

d'aide proposées. Ce consentement ne doit d'aucune façon être donné sous la contrainte, auquel cas il serait invalidé. Il importe toutefois de reconnaître qu'il s'exerce dans un contexte d'autorité.

L'intervention en CJ accorde une importance fondamentale à l'autodétermination des personnes, ce qui suppose qu'elles ont le pouvoir de choisir de recevoir des services en réadaptation et d'être pleinement volontaires, au début ou au cours du processus.

**Malgré l'importance accordée à l'autodétermination des personnes et à leur pouvoir de choisir de recevoir des services et d'être pleinement volontaires au début ou au cours du processus, l'intervention de réadaptation offerte durant un épisode de services sous la responsabilité de la LPJ et de LSJPA revêt un caractère d'aide en contexte d'autorité.**

## 4. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

L'intervention de réadaptation, comme la plupart des autres types d'interventions offertes dans le contexte du programme-services Jeunes en difficultés, est fondée sur des principes fondamentaux qui traduisent de façon « opérationnelle » des valeurs sociétales inscrites dans des lois ou des règlements et sur des connaissances tirées de la recherche et de la pratique.

Ces grands principes sont exprimés dans les cinq affirmations suivantes, lesquelles sont ordonnancées à partir d'une perspective écosystémique :

- Un avenir sans projet est une situation sans avenir.
- L'enfant ou le jeune en difficulté est une personne en développement, un sujet de droit.
- La famille est l'environnement privilégié de socialisation et de sécurité de l'enfant ou du jeune.
- Les parents sont conjointement responsables de l'exercice de l'autorité parentale.
- La communauté porte une responsabilité face au devenir des enfants et des jeunes.

### 4.1 UN AVENIR SANS PROJET EST UNE SITUATION SANS AVENIR

La venue au monde d'un enfant et son cheminement dans la vie s'inscrivent dans un projet de société et dans un projet familial; *il faut tout un village pour élever un enfant* (proverbe africain). Son passage de l'enfance à l'âge adulte amènera progressivement l'enfant à prendre un rôle de plus en plus actif dans l'élaboration de son propre projet de vie.

De prime abord, ces affirmations semblent évidentes en soi. Pourtant, la chose n'est pas aussi simple pour chaque enfant ou chaque jeune. Elle implique à la base que celui-ci bénéficie dès son jeune âge d'un environnement stable, aimant, encadrant et chaleureux dans lequel il aurait appris le fonctionnement social de base. Plusieurs des enfants et des jeunes visés par le programme-services Jeunes en difficulté ne bénéficient pas d'une stabilité relationnelle et de conditions de vie leur permettant de créer des liens d'attachement, de se projeter dans un avenir intéressant et réaliste à court et à moyen terme, de répondre à leurs besoins élémentaires de façon de plus en plus autonome et de s'insérer progressivement dans un environnement social (Gaudet et Chagnon, révisé par Hamel, 2004).

En ce sens, bien que la notion de projet de vie soit d'abord associée aux enfants et aux jeunes suivis dans le cadre de la LPJ, il importe de la concevoir de façon plus large et de l'affirmer comme une condition de base dans le développement de tous les enfants et de tous les jeunes, et ce, peu importe le cadre législatif en vertu duquel l'intervention est réalisée.

**Chaque individu, par le passage de l'enfance à l'âge adulte, est amené à prendre un rôle de plus en plus actif dans le développement de son propre projet de vie.**

- **Cette démarche nécessite une continuité des soins ainsi qu'une stabilité des liens et des conditions de vie.**

## **4.2 L'ENFANT OU LE JEUNE EN DIFFICULTÉ EST D'ABORD UNE PERSONNE EN DÉVELOPPEMENT**

La Charte des droits et libertés de la personne du Québec s'applique à toute personne, y compris un enfant ou un jeune. Les différentes lois québécoises et canadiennes viennent encadrer l'exercice de ces droits en fonction de l'âge de celui-ci, le tout en conformité avec la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (1993).

L'enfant ou le jeune en difficulté est une personne en développement. Il est en effet engagé dans un processus global, intense et accéléré qui le mènera progressivement d'une situation de grande dépendance et de vulnérabilité à une situation d'autonomie progressive et d'interdépendance. Il a besoin d'une réponse à ses besoins essentiels sur le plan physiologique, social, intellectuel et psychoaffectif (Tremblay, 2008). Plus il est jeune, plus le délai de réponse doit être court : quelques semaines sont une éternité pour un nourrisson. D'après Cantin et Carrier (2008), le défi de ce processus réside dans la capacité de l'enfant ou du jeune à répondre lui-même à ses besoins, de passer d'une situation de dépendance totale par rapport à son milieu à une situation d'autonomie dans l'ensemble des aspects qui forment sa personnalité : physiologique, intellectuel, cognitif, affectif, psychosocial, psychosexuel et moral.

Chaque enfant ou jeune est porteur de compétences et de potentiel d'adaptation, quelles que soient ses limites et les difficultés qui le confrontent. C'est en prenant appui sur ses forces qu'il se développe et qu'il réussit à s'adapter aux différentes situations qu'il rencontre.

Certains facteurs de risque et de protection, liés au jeune ou à l'enfant, peuvent influencer sur l'apparition de problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou de retard de développement. Au nombre de ces facteurs se trouvent la santé, la qualité du sommeil, le tempérament, le niveau d'énergie, le degré d'affectivité, l'humeur, la maturité des systèmes neurologiques, le niveau d'activités, les modes de réponse émotionnelle, les habiletés cognitives et sociales, le degré de concentration ou d'attention ainsi que le type de lien d'attachement que l'enfant ou le jeune présente (Webster-Stratton, 2003).

**L'enfant ou le jeune est reconnu en tant que sujet de droit. À ce titre, il doit assumer, en relation avec son âge et le degré de maturité qui s'y rattachent :**

- **les obligations relatives à l'exercice de ses droits;**
- **une responsabilité directe face à ses choix;**
- **une coresponsabilité de son développement, avec ses parents et la communauté.**

**L'enfant ou le jeune est une personne en développement.**

- **Il a besoin d'une réponse adaptée à ses besoins essentiels sur le plan physiologique, social, intellectuel et psychoaffectif.**

**L'enfant ou le jeune est porteur de compétences et de potentiel d'adaptation.**

- **Certaines de ses caractéristiques personnelles peuvent être associées à l'apparition, chez lui, de compétences d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale.**

### **4.2.1 LES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION DIFFÉRENT SELON L'ÂGE**

Davantage personnelles et intrafamiliales, les difficultés chez l'enfant de 0 à 5 ans se manifestent en milieu de garde et en milieu scolaire et commencent à atteindre les relations

sociales chez l'enfant de 6 à 11 ans. Ces dernières difficultés deviennent prédominantes chez les jeunes de 12 à 18 ans. Souvent, toutes ces manifestations apparaissent comme un processus de consolidation d'une réaction complexe à des difficultés vécues dans son milieu. Ce processus réactionnel s'exprime chez l'enfant ou le jeune, en interrelation avec ses caractéristiques personnelles, dans l'une ou l'autre de ses façons d'agir. Celles-ci peuvent éventuellement devenir une façon d'être.

Distincts par leur dynamique et les manifestations de leurs difficultés, les enfants et les jeunes des différents groupes d'âge font aussi face à des attentes particulières de la société. Ces attentes sociales s'expriment entre autres par le choix de certains seuils d'âge fixes dans les différents règlements et lois. Les seuils d'âge chronologique établis sont des indicateurs utiles permettant d'organiser les services destinés à des groupes de jeunes présentant une problématique commune, particulièrement lorsqu'il est question d'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement, mais ils ne constituent pas un critère absolu.

#### **Les difficultés d'adaptation de l'enfant ou du jeune diffèrent selon l'âge.**

- **Les attentes des différents milieux et la pression sur l'enfant ou le jeune doivent être « calibrées » en conséquence.**

#### **4.2.2 GARÇON OU FILLE, DES DIFFÉRENCES DANS LE COMPORTEMENT ET DANS LE DÉVELOPPEMENT**

Les garçons et les filles présentent certaines différences dans leurs comportements et dans leur développement. Ces différences sont à la fois tributaires de l'environnement immédiat et sociétal dans lequel les garçons et les filles évoluent et de différences psychologiques innées, entre autres liées à l'influence hormonale. Ces différences commencent à apparaître sous forme de comportements dès l'âge de 3 ou 4 ans (Cloutier, 1996). En règle générale, à cet âge, les garçons sont plus agressifs physiquement et ont tendance à chercher à dominer leurs pairs, à être plus actifs, alors que les filles sont plus portées à agresser indirectement et à s'isoler, bien que certaines puissent être physiquement plus agressives que des garçons (Paquette, 2005). Ces traits de comportement influencent le développement des filles et des garçons et perdurent jusqu'à l'âge adulte.

Traditionnellement, la construction identitaire des filles se fait au moyen des relations interpersonnelles et celle des garçons, par la recherche de l'autonomie et de l'indépendance (Cloutier, 1996). Lorsque les jeunes se retrouvent dans une impasse sur le plan de leur construction identitaire, ils adoptent des conduites de rupture. Ces conduites diffèrent en général selon le sexe. Chez les garçons, elles se caractérisent par des comportements impulsifs, violents, afin de se sentir exister par le regard de leurs pairs, par exemple la pratique d'un sport extrême, l'auto-sabotage scolaire, l'abus de substances. Les filles, elles, sont surtout centrées sur le corps et leur comportement est caractérisé par du retrait, de l'évitement, par exemple la fugue, la somatisation, les troubles alimentaires, les conduites sexuelles à risque. Ainsi, on trouvera chez les filles davantage de troubles intériorisés et chez les garçons, davantage de troubles extériorisés (Bouvarel et coll., 2004). En outre, six fois plus de filles que de garçons auraient été abusées sexuellement au cours de leur vie (Verlaan et Déry, 2006).

**Les garçons et les filles présentent des différences significatives dans leur processus de développement, dans leur dynamique relationnelle ainsi que dans les comportements qui en découlent.**

### **4.3 LA FAMILLE EST L'ENVIRONNEMENT PRIVILÉGIÉ DE SOCIALISATION ET DE SÉCURITÉ DE L'ENFANT OU DU JEUNE**

La famille est une entité multiforme et en mouvance. Selon Tremblay (2008), dans ses nombreuses mutations et ses formes multiples, elle demeure l'environnement privilégié de socialisation et de sécurité de l'enfant ou du jeune. À échelle de la famille immédiate, elle peut être biparentale ou monoparentale et peut compter un ou plusieurs enfants. Elle est dite recomposée lorsque les membres du couple parental qui se forme y arrivent avec un ou plusieurs enfants d'unions antérieures ou qu'un nouveau conjoint, sans enfant, se joint à un parent et ses enfants.

La famille est porteuse d'une histoire et est influencée par celle-ci. Au fil du temps, un enfant ou un jeune aura parfois à s'adapter successivement à différents types de famille, chaque changement pouvant être marqué par des deuils dont l'ampleur peut varier. Cette famille véhicule des valeurs et des normes. À l'échelle élargie, elle est marquée par des relations intergénérationnelles dont les liens peuvent être tissés serrés, coupés ou fragmentés. Rousseau (2004) rappelle que la famille est porteuse de traditions ancestrales.

L'enfant prend racine dans cette famille, par un processus de socialisation qui commence durant la petite enfance. Il y acquiert un grand nombre de compétences sociales, mais aussi affectives et cognitives, de même qu'une hygiène de vie, grâce aux interactions expérimentées dans le milieu familial, en particulier au préscolaire. Selon Lemay (2001), dès lors, il entreprend de découvrir ce qu'il est et ce qu'il n'est pas, « à travers » l'autre, dans le contexte de liens significatifs desquels se dégagent clairement les attentes entretenues à son égard. Ce sont là des points de référence qu'il intériorise peu à peu et sur lesquels il s'appuie pour se définir et se forger une image de lui-même (image de soi).

La famille est elle aussi porteuse de possibilités ainsi que de facteurs de risque et de protection pour l'enfant ou le jeune. L'importance de ces facteurs varie selon l'âge de l'enfant ou du jeune.

L'environnement familial, de même que le lien d'attachement qui se crée entre les tout-petits et leurs parents, sont les facteurs ayant la plus forte incidence sur la vie des enfants âgés de 0 à 5 ans. Crittenden (1992) rapporte qu'ils ont une incidence primordiale sur l'apparition ou non de comportements inadéquats chez le jeune enfant qui tente de s'adapter à la situation familiale, qu'elle soit fonctionnelle ou dysfonctionnelle. Souvent, ces enfants n'ont pas encore les capacités cognitives leur permettant de prendre du recul, de faire du recadrage et de rationaliser. Leurs comportements sont en ligne directe avec leurs émotions (Helde, 2003). Pour cette raison, la famille joue un rôle central dans l'apprentissage de la régulation des émotions et dans l'adoption des normes culturelles et sociales de son milieu (Morris et coll., 2007).

Chez l'enfant de 6 à 11 ans, la famille constitue encore le point d'ancrage et le centre de son univers. C'est grâce à la sécurité qu'il y développe et le soutien de ses membres qu'il s'ouvre progressivement à d'autres environnements, tels que le voisinage, le milieu scolaire et celui des loisirs. D'après Maughan et Cicchetti (2002), il demeure très vulnérable et, lorsqu'il évolue dans un milieu familial marqué par l'instabilité des figures parentales, des problèmes d'adaptation personnelle, de violence verbale et physique ou de santé mentale chez un des parents ou les deux, il est plus à risque de se trouver en difficulté de comportement ou de présenter un retard de développement.

Chez le jeune de 12 ans ou plus, la famille demeure le point de référence stable, malgré une certaine distanciation et une influence de plus en plus grande du monde extérieur, notamment de ses amis. La famille continue à jouer un rôle important quand le jeune a plus de 18 ans.



La famille d'un enfant ou d'un jeune issu de l'immigration est aussi marquée par son parcours migratoire. D'après Berry 1997, elle peut présenter à la fois des possibilités et des facteurs de protection et de risque particuliers.

Le degré de convergence de chaque famille avec les normes et les valeurs dominantes de la communauté dans laquelle elle vit est très variable. Il peut influencer sur la représentation du monde que se construit l'enfant ou le jeune ainsi que sur son propre degré d'adhésion aux normes et aux valeurs de la société. Helde (2003) affirme que lorsque ce degré de convergence est faible, la présence de l'enfant ou du jeune dans des ressources extérieures à sa famille, ainsi que sa participation à des activités du voisinage ou dispensées par des établissements ou des organismes de la communauté, l'obligeront à s'adapter à des schèmes de valeurs différents de ceux de sa famille, parfois même contraires à ces schèmes. Il peut alors se retrouver en conflit d'alliance ou de loyauté.

**Les caractéristiques de l'environnement familial représentent un paramètre déterminant dans le développement de l'enfant ou du jeune.**

- **Les attentes entretenues par la famille à son égard constituent des points de référence qu'il intériorise peu à peu et sur lesquels il s'appuie pour se définir et se forger une image de lui-même.**
- **Le degré de convergence entre les normes et les valeurs de la famille et celles de la communauté peut influencer la représentation du monde que se construit l'enfant ou le jeune ainsi que son degré d'adhésion à cette collectivité et à la société.**

#### **4.4 LES COMPÉTENCES PARENTALES, UN « VECTEUR » IMPORTANT DU DEVENIR DE L'ENFANT OU DU JEUNE**

La société reconnaît aux deux parents la responsabilité de soutenir et de guider l'enfant ou le jeune dans le processus de son développement. En ce sens, ils sont conjointement responsables de l'exercice de l'autorité parentale. Rappelons que l'autorité parentale est le droit du parent d'exercer la garde, la surveillance et l'éducation de l'enfant et le devoir de nourrir et d'entretenir l'enfant; en somme, de lui assurer un milieu de vie stable et permanent par des conditions appropriées à ses besoins et à son âge.

L'enfant ne peut se développer qu'avec l'aide de ses parents ou des personnes qui en tiennent lieu; leur responsabilité première est de lui assurer, grâce à un accompagnement et à un encadrement, le cadre de vie qui lui permettra de développer tous les aspects de sa personnalité et ses compétences.

La compétence parentale est une capacité reconnue socialement (Lacharité, 2006). Elle se construit chez une personne à partir de son expérience de parent et de ses croyances, colorées par ses souvenirs d'enfant, ses normes et les valeurs intégrées et celles des personnes significatives pour elle, entre autres ses parents et les personnes significatives de sa communauté. Elle s'appuie aussi sur le pouvoir d'agir de la personne et sur son sentiment d'efficacité personnelle (Dembo et coll., 2001).

Sur le plan des principes, Harvey (1991), Bouchard (1992) et Garant (1992) affirment qu'il faut réduire le nombre de placements d'enfants et pour cela, il faut soutenir les familles. Ce principe doit toutefois faire contrepoids à la réponse adéquate, constante et rapide aux besoins fondamentaux de l'enfant, particulièrement l'enfant en bas âge.

C'est à partir de la reconnaissance de la compétence parentale que l'intervention en réadaptation pourra aider à développer, à rétablir ou à renforcer certaines compétences parentales lacunaires.

Dans cette optique, les interventions de réadaptation permettent d'outiller les parents, de les aider à revoir leurs façons de percevoir leur enfant ou leur jeune et leurs façons de faire. L'engagement des parents est important pour l'enfant ou le jeune.

**Les parents sont les premiers responsables de la réponse à offrir aux besoins de leur enfant ou de leur jeune.**

- **Les parents doivent être partie prenante de toutes les décisions qui touchent l'intervention auprès de leur enfant ou de leur jeune.**
- **Peu importe les limites ou les difficultés que les parents présentent, il est primordial de les considérer comme des personnes détentrices d'un savoir expérientiel et de compétences au regard de leur rôle de parent.**

#### **4.4.1 DES MILIEUX DE VIE SUBSTITUTS PRENNENT PARFOIS LA RELÈVE DES PARENTS**

Il arrive qu'en raison de difficultés graves et persistantes des parents ayant des impacts importants sur l'adaptation sociale de l'enfant ou du jeune, celui-ci soit retiré de sa famille pour être confié ou placé en milieu substitut. Le processus amenant ces retraits de milieu est encadré par les normes définies dans le document intitulé *Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes – Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux* (MSSS, 2005).

Les adultes à qui les enfants ou les jeunes sont confiés, ou chez qui ils sont placés, assument auprès de ceux-ci les responsabilités parentales de garde, de surveillance et d'éducation qui leur sont déléguées. Souvent, la situation de retrait est en soi un élément perturbateur pour l'enfant ou le jeune. Parfois, celui-ci présente certaines difficultés personnelles ou liées à un conflit de loyauté envers son parent et les adultes du milieu dans lequel il réside. Il est important que ces adultes saisissent bien les besoins, les forces et les difficultés de l'enfant ou du jeune et qu'ils ajustent leurs méthodes éducatives en conséquence.

**Les adultes à qui les enfants ou les jeunes sont confiés, ou chez qui ils sont placés, assument auprès de ceux-ci les responsabilités parentales de garde, de surveillance et d'éducation qui leur sont déléguées.**

- **Il importe qu'ils saisissent bien les besoins, les forces et les difficultés de l'enfant ou du jeune et qu'ils ajustent leurs méthodes éducatives en conséquence.**

#### **4.5 LA COMMUNAUTÉ PORTE UNE RESPONSABILITÉ CONCERNANT LE DEVENIR DES ENFANTS ET DES JEUNES**

Les difficultés que présente l'enfant ou le jeune, tout comme ses forces, se développent en relation avec la communauté dans laquelle il vit. La détermination des comportements appropriés des parents et des enfants évolue en fonction du choix des valeurs et des normes d'une société et varie parfois à l'intérieur de celle-ci, d'une collectivité ou d'une culture à une autre.

Les différentes sociétés à travers le monde, à une époque donnée, se construisent une conception des besoins fondamentaux des enfants. Il faut être conscient du fait que la reconnaissance des besoins d'ordre physique, éducatif et psychologique peut différer d'une société à une autre, d'une collectivité à une autre. Toutefois, selon Young (2011), un consensus se dégage depuis plusieurs années dans nombre de sociétés occidentales et dans la communauté scientifique sur un besoin qui englobe la plupart des autres. Il s'agit du besoin, chez l'enfant, d'établir des relations affectives

stables avec des personnes ayant la capacité de porter attention à ses besoins, de s'en soucier et qui sont disposées à le faire.

Les régions du Québec partagent un ensemble de valeurs et de normes. Quelques-unes sont plus particulières à certaines régions, notamment en raison de leurs caractéristiques géographiques, socioéconomiques et culturelles. (CJ Estrie, 2001) En effet, au Québec, la réalité du milieu présente de multiples facettes. Un milieu peut être urbain ou rural, densément peuplé ou non, multiculturel, autochtone ou non.

Le développement de l'enfant est le produit de ses interrelations avec son milieu de vie. Le milieu dans lequel il grandit est porteur d'un certain nombre de possibilités de développement. Elles sont notamment tributaires de la quantité et de la qualité des structures et des ressources d'éducation, de loisir et d'emploi ainsi que de la qualité du lien social qui unit ses membres.

Selon Bernier (2002), la pauvreté est reconnue comme le facteur macrosocial le plus important pour prédire l'apparition et la récurrence de problèmes nuisant à la santé et au bien-être. D'autres facteurs d'ordre social, tels que les conditions sociofamiliales et la mobilité géographique, participent au développement de l'enfant ou du jeune.

Les facteurs environnementaux, notamment ceux liés à la qualité de l'environnement scolaire et communautaire, influent aussi sur le devenir des enfants et des jeunes. On pense ici, entre autres, à la capacité du réseau de soutien de la famille à répondre à leurs besoins ainsi qu'au degré d'arrimage, dans le respect de la spécificité de chacun des partenaires associés, entre les ressources qui le composent. On peut mentionner aussi le milieu de travail, plus ou moins facilitant pour le rôle parental (Voydanoff, 2007).

Les nouvelles technologies de l'information, entre autres les réseaux sociaux, sont accessibles aux enfants et aux jeunes; ils représentent à la fois des occasions de développement et des risques (cyberintimidation, cyberprédation) et ils élargissent grandement l'environnement auquel le jeune a accès. D'après Boisvert et Desaulniers (2007), ces facteurs, bien qu'ils ne soient pas à l'origine des problèmes de comportement chez les enfants et les jeunes, peuvent s'insérer, en interinfluence avec des facteurs familiaux et individuels, dans un cheminement développemental plus ou moins adapté.

En rapport avec les différentes politiques sociales, l'ensemble des établissements du réseau (CSSS, CJ, CRDI, CH, etc.) et des ressources institutionnelles ou communautaires (CPE, garderies, écoles, centres de loisirs, organismes communautaires, etc.) se partagent la mission de fournir à l'enfant et au jeune des conditions propices à son développement et aux parents, un soutien dans l'exercice de leurs responsabilités parentales. Les personnes qui y interagissent avec les enfants et les jeunes (éducatrices en garderie, professeurs, techniciens en loisirs, entraîneurs sportifs, etc.) partagent une influence sur les enfants et les jeunes et parfois sur leurs parents.

**Les systèmes et les personnes de la communauté qui sont en interaction avec les enfants et les jeunes partagent une influence sur ceux-ci et sur leurs parents.**

- **Il importe que leurs actions s'inscrivent dans le contexte social actuel et s'appuient sur des valeurs et des normes qui dégagent un large consensus social dans la communauté.**



## 5. LES CIBLES GÉNÉRALES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

L'intervention de réadaptation vise l'atteinte d'un certain nombre de cibles générales. Ces cibles découlent des principes fondamentaux, des missions et des différentes spécificités de la réadaptation présentées dans les sections précédentes.

La présente section débute par une définition de la notion de cibles générales d'intervention. Elle se poursuit avec la présentation de quatre cibles que partage l'intervention de réadaptation avec d'autres champs d'exercice dans l'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté. Elle se conclut sur un ensemble de cibles générales plus spécifiques de l'intervention de réadaptation<sup>7</sup>.

### 5.1 UNE DÉFINITION DE LA NOTION DE CIBLES GÉNÉRALES D'INTERVENTION

Dans la plupart des dictionnaires courants, les termes « finalité », « objectif » et « cible » sont considérés comme des synonymes.

La finalité de l'intervention a déjà été définie, dans une perspective écosystémique, comme une meilleure adaptation à l'environnement des personnes et des systèmes auxquels elle s'adresse. Il s'agit d'un objectif très global, dont le degré d'atteinte est difficile à mesurer.

Les objectifs d'intervention sont, quant à eux, très opérationnels. On s'attend à ce que leur formulation en décrive le résultat attendu de façon mesurable et observable et qu'ils soient situés dans un horizon temporel. Ces objectifs viennent encadrer les offres de service de secteurs d'établissement, des programmes d'intervention ou des activités cliniques de même que chacun des plans d'intervention au regard de la situation d'un enfant ou d'un jeune.

La cible générale de l'intervention, ainsi qu'on l'entend ici, représente un changement attendu chez un enfant ou un jeune, ses parents ou des personnes significatives impliqués dans une situation qui donne lieu à une intervention de réadaptation. Elle constitue un palier entre la finalité et l'objectif. Les différentes cibles retenues sont qualifiées de générales parce qu'elles s'appliquent à une portion importante de la clientèle et à des contextes variés d'intervention.

**La cible de l'intervention de réadaptation représente un changement attendu chez un enfant ou un jeune, ses parents ou des personnes significatives impliqués dans une situation qui donne lieu à une intervention de réadaptation.**

- Elle s'applique à une portion importante de la clientèle et à des contextes variés d'intervention.

### 5.2 DES CIBLES D'INTERVENTION PARTAGÉES AVEC D'AUTRES DISCIPLINES

Certaines cibles générales de l'intervention présentent un caractère interdisciplinaire, en ce sens qu'elles sont partagées entre plusieurs disciplines associées à l'aide à l'enfance, à la jeunesse et à la famille. Chacune de ces disciplines travaillera à leur atteinte en fonction des façons de faire qui lui sont propres.

<sup>7</sup> Les sections 5.2 et 5.3 s'inspirent principalement d'une réflexion menée au début des années 2000 au CJM-IU sur le thème : *L'intervention psychosociale et de réadaptation, des repères à préciser* (Thomassin et coll., 2002). Cette réflexion a été reprise en 2009 par le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA, 2009).

La première de ces cibles prend son importance dans le fait que les enfants ou les jeunes orientés vers une ressource d'intervention de réadaptation se trouvent souvent dans une situation de rupture de développement à risque élevé d'impact sur leur bien-être.

L'intervention visera à activer le potentiel de l'enfant ou du jeune en vue d'assurer la poursuite ou la reprise de son développement.

**L'intervention vise le bien-être de l'enfant ou du jeune ainsi que la reprise ou la poursuite de son développement.**

La seconde cible est intimement liée au soutien à apporter aux parents en tant que premiers responsables de la réponse à offrir aux besoins de leur enfant ou de leur jeune, dans le contexte d'une intervention à la fois supplétive et limitée dans le temps.

**L'intervention vise le renforcement ou le développement des compétences parentales.**

La troisième cible s'inscrit dans la reconnaissance de l'importance du lien d'attachement et d'un réseau social de soutien autour de chaque enfant, de chaque jeune et de chaque parent.

Elle fait principalement référence à des défis de conciliation et de médiation, c'est-à-dire à une recherche de compromis satisfaisants entre l'enfant ou le jeune, ses parents et des personnes significatives.

**L'intervention vise l'établissement, le rétablissement ou l'amélioration des liens entre l'enfant ou le jeune, ses parents et des personnes significatives.**

La quatrième cible est liée au rôle normatif de l'intervenant. Elle le situe dans un rôle de facilitateur d'une saine intégration de l'enfant ou du jeune ainsi que des parents dans les différents environnements où ils gravitent et dans la société.

Elle situe aussi l'intervenant dans un mandat de contrôle social, particulièrement mais non exclusivement lorsque l'intervention se déroule dans le cadre de la LPJ et de la LSJPA.

**L'intervention vise l'adhésion de l'enfant ou du jeune ainsi que de ses parents ou de personnes significatives à des normes et à des valeurs socialement acceptables.**

### **5.3 DES CIBLES PLUS SPÉCIFIQUES DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION**

Les cibles qui suivent peuvent parfois s'apparenter à certaines cibles nommées dans la sous-section précédente. Il ne faut pas y voir de la redondance; elles sont plus précises que les premières.

Dans les faits, c'est en général en fonction de l'atteinte escomptée de l'une d'entre elles que l'on fera spécifiquement référence à une intervention de réadaptation.

#### **5.3.1 DES CIBLES ASSOCIÉES À L'ENFANT OU AU JEUNE**

Deux cibles sont associées à l'enfant ou au jeune. La première concerne l'ensemble de ceux-ci et la seconde, certains jeunes âgés de 16 ans et plus.

Dans toutes les situations qui donnent lieu à une intervention de réadaptation, celle-ci vise notamment la résorption des conséquences qu'entraînent sur l'enfant ou le jeune les difficultés vécues sur le plan personnel, familial et social.

L'atteinte de cette cible d'intervention se traduit par une réduction suffisante des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale que présente l'enfant ou le jeune afin qu'il puisse, avec le soutien de ses parents et des autres partenaires de son milieu, retrouver un fonctionnement adapté et poursuivre son intégration sociale.

**L'intervention vise une réduction des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale que présente l'enfant ou le jeune.**

Le projet de vie envisagé pour certains jeunes, âgés de 16 ans ou plus, vivant dans leur milieu familial ou hébergés en milieu substitut ou de réadaptation, est le passage à la vie adulte autonome à l'atteinte de la majorité ou à la fin de l'épisode de services.

Ce passage représente une étape charnière de la vie. Malheureusement, certains adolescents y sont peu ou mal préparés et reçoivent peu de soutien de la part de leur famille et d'autres membres de leur réseau de soutien. Un accompagnement de réadaptation peut alors leur être grandement utile, voire nécessaire pour franchir cette étape.

L'atteinte de cette cible d'intervention se traduit par l'élaboration, par le jeune, d'un plan de cheminement vers la vie autonome ainsi que par la mise en œuvre de ce plan.

**L'intervention vise, pour certains jeunes âgés de 16 ans ou plus, une préparation à la vie adulte, lorsque leur projet de vie est le passage à la vie adulte autonome à l'atteinte de la majorité.**

### **5.3.2 DES CIBLES ASSOCIÉES AUX PARENTS OU À DES PERSONNES SIGNIFICATIVES**

Les cibles suivantes sont associées à la réalité familiale dans laquelle vit l'enfant ou le jeune et, dans les situations où il doit être retiré de sa famille, à son projet de vie spécifique en vue de lui assurer une stabilité relationnelle et la mise en place de conditions nécessaires à son bon développement.

Dans la majorité des situations d'intervention dans le cadre général de la LSSSS ou en vertu de la LPJ ou de la LSJPA, l'intervention se déroule dans une perspective de maintien dans le milieu de vie familial. Il est important de souligner que dans la plupart de ces cas, les parents n'envisagent même pas que le projet de vie de leur enfant ou de leur jeune puisse être différent.

Dans certaines situations, la complexité des problèmes vécus par la famille ou par un enfant ou un jeune peut entraîner le retrait ou le placement provisoire de celui-ci, dans une perspective de retour dans son milieu familial.

Dans l'ensemble de ces situations, l'intervention de réadaptation vise alors un meilleur moyen pour les parents de mettre leurs compétences parentales en application, afin qu'ils puissent prodiguer les soins appropriés et apporter une réponse plus adaptée aux besoins de leur enfant ou de leur jeune.

L'atteinte de cette cible se traduira principalement par l'établissement d'un cadre de vie compatible avec l'âge de l'enfant ou du jeune et les caractéristiques qui lui sont propres ainsi que par l'utilisation de méthodes éducatives appropriées.

**L'intervention vise, chez les parents, l'établissement d'un cadre de vie compatible avec l'âge et les caractéristiques de l'enfant ou du jeune, l'utilisation de méthodes éducatives appropriées ainsi qu'une réponse adaptée à leurs besoins.**

Il arrive que des enfants ou des jeunes soient confiés à un membre de leur famille ou à un tiers significatif, se voient désigner un tuteur ou soient placés dans une ressource de type familiale. Pour la plupart, il s'agira d'une situation temporaire et pour d'autres, d'un projet de vie venant se substituer à un retour chez leurs parents.

Une intervention de réadaptation offerte dans ce contexte aura pour cible, dans le cas des personnes qui assument les responsabilités parentales auprès de l'enfant ou du jeune, une compréhension juste de ses besoins et de ses difficultés et un ajustement en conséquence des méthodes éducatives et des soins prodigués, dans la perspective de soutenir la permanence du projet de vie envisagé.

Comme dans l'éventualité d'un maintien ou d'un retour de l'enfant ou du jeune dans son milieu familial, l'atteinte de cette cible se traduit principalement par l'établissement d'un cadre de vie compatible avec l'âge de l'enfant ou du jeune et les caractéristiques qui lui sont propres ainsi que par l'utilisation de méthodes éducatives appropriées.

**Lorsque l'enfant ou le jeune est confié à un tiers significatif ou placé dans une ressource de type familiale, l'intervention vise l'établissement d'un cadre de vie compatible avec son âge et ses caractéristiques propres de même que la prestation de soins et l'utilisation de méthodes éducatives appropriées, par les personnes chez qui il réside.**

Quel que soit le lieu de résidence de l'enfant ou du jeune ou le projet de vie envisagé pour lui, des personnes significatives (famille élargie, voisins, amis, etc.) ou des intervenants de proximité (garderie, école, ressource de loisir, ressource d'hébergement substitut, etc.) peuvent jouer un rôle d'influence auprès de lui de même qu'auprès de ses parents.

L'intervention de réadaptation aura pour cible complémentaire, dans certains cas, une compréhension juste des besoins et des difficultés de l'enfant ou du jeune. L'atteinte de cette cible se traduira par un ajustement des méthodes éducatives.

**L'intervention vise, chez des personnes significatives ou des intervenants de proximité, une compréhension juste des besoins et des difficultés de l'enfant ou du jeune, et ce, quel que soit son lieu de résidence.**



## 6. DES PARAMÈTRES À CONSIDÉRER AU REGARD DE L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

La présente section expose les différents paramètres qui assureront une intervention de réadaptation suffisante, efficace et performante. Elle aborde le cadre, les conditions et les moyens nécessaires à son action spécifique. Gendreau et Tardif (1999) rappellent l'interrelation entre l'organisation des services et l'organisation du travail et l'importance que ces deux éléments soient organisés concurremment.

La section présente, dans un premier temps, des règles communes à toute intervention de réadaptation, quel que soit le contexte dans lequel elle se déroule. Elle présente ensuite certaines règles spécifiques de l'intervention de réadaptation dans la communauté, puis de l'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement. Enfin, elle expose un ensemble de conditions propres à soutenir la mise en œuvre d'une intervention de réadaptation clinique efficace et performante.

**Dans le développement, le maintien ou la restauration d'une intervention de réadaptation suffisante, efficace et performante, l'idée maîtresse est l'interrelation entre l'organisation des services et l'organisation du travail.**

**Ces deux éléments doivent être organisés concurremment.**

### 6.1 DES RÈGLES COMMUNES À TOUTE INTERVENTION DE RÉADAPTATION

Dans un souci de dégager une vision d'ensemble de l'intervention de réadaptation, il paraît important de faire ressortir, d'entrée de jeu, des défis associés à la rigueur et à la réussite de l'intervention de réadaptation, quel que soit le contexte dans lequel elle est réalisée.

#### 6.1.1 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION ACCESSIBLE À LA CLIENTÈLE

Un des objectifs de l'offre de services dans le programme-services Jeunes en difficulté est d'offrir le bon service au bon moment. La première condition qui permet d'atteindre cet objectif est l'accessibilité à ce service.

Parmi les défis répertoriés dans les orientations ministérielles au regard du programme-services Jeunes en difficulté, deux concernent l'accessibilité aux services. Le premier est de « s'assurer que les services nécessaires pour lutter efficacement contre la détresse et les difficultés graves des jeunes sont disponibles, de manière équitable, sur l'ensemble du territoire québécois ». Le second est de « s'assurer que les enfants, les jeunes et leurs parents peuvent accéder, de façon claire, simple et rapide, aux services, au moment où ils ont besoin de ces services ».<sup>8</sup>

En vue d'offrir le bon service au bon moment aux enfants, aux jeunes et aux familles, le MSSS a établi certaines normes d'accessibilité relatives aux interventions de réadaptation. Ces normes sont régulièrement ajustées selon l'évolution des différentes composantes de l'offre de service du programme-services Jeunes en difficultés.

---

<sup>8</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-Services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, p. 9.

**L'organisation des services et l'organisation du travail, dans chaque CJ et chaque CSSS, assure que les interventions de réadaptation offertes soient conformes aux normes d'accessibilité établies par le MSSS dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté.**

### **6.1.2 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI SOUTIENT LA MOBILISATION DE L'ENFANT, DU JEUNE ET DES PARENTS VERS LES CIBLES D'INTERVENTION RETENUES**

Selon Duncan et ses collaborateurs (2001), l'espoir, chez le client, d'un possible changement a une incidence positive sur le résultat de l'intervention, surtout lorsque cet espoir est conjugué à la croyance d'exercer un pouvoir au regard de ce changement et que les moyens d'aide proposés sont pertinents au regard de la situation du client. Il importe, pour susciter cet espoir, que l'enfant ou le jeune et ses parents soient convaincus qu'ils peuvent, chacun à sa façon, exercer un certain pouvoir sur la démarche de réadaptation proposée en vue d'atteindre les cibles visées par l'intervention. Gendreau et Tardif (1999) rappellent à ce sujet que le partage de l'information avec l'enfant ou le jeune et ses parents, tout au long de la démarche de l'intervention, est aussi important que le partage du pouvoir.

L'intervenant en réadaptation inclut dans son évaluation une liste des forces et des défis que représentera, pour l'enfant ou le jeune et ses parents, l'atteinte des cibles et des objectifs de l'intervention. Dans cette démarche, il s'appuie sur les informations tirées d'évaluations en cours, ou réalisées antérieurement, par d'autres intervenants.

Dans la planification de son intervention, l'intervenant en réadaptation tient compte des questionnements, des attentes et des espoirs de l'enfant ou du jeune par rapport à son avenir à court et à moyen terme, en prenant en considération son âge et son stade de développement. Il tient aussi compte des attentes et des espoirs des parents au regard du devenir de leur enfant ainsi que de ceux des personnes significatives de la famille, de l'entourage immédiat et de la communauté.

Lorsque l'intervention en réadaptation est offerte en contexte de placement, elle contribue à prévoir et préparer un projet de vie déterminé, le plus tôt possible, pour et avec l'enfant ou le jeune, sa famille et les tiers significatifs de son réseau de soutien. Ce processus s'entamera, si possible, avant celui-ci dans les situations de placement planifié et dès l'arrivée de l'enfant ou de l'adolescent en ressource d'hébergement quand il s'effectue dans un contexte d'urgence.

**L'intervenant en réadaptation inclut dans son évaluation une liste à jour des forces et des défis que représenteront, pour l'enfant ou le jeune et pour ses parents, l'atteinte des cibles de l'intervention.**

- **Il tient compte, dans la planification de l'intervention, des questionnements, des attentes et des espoirs de l'enfant ou du jeune par rapport à son avenir à court et à moyen terme ainsi que de ceux de ses parents et des personnes significatives de la famille et de la communauté.**
- **Dans cette démarche, il s'appuie sur les informations tirées d'évaluations en cours, ou réalisées antérieurement, par d'autres intervenants.**

**Lorsque l'intervention de réadaptation est offerte en contexte de placement, elle contribue à prévoir et à préparer un projet de vie déterminé, pour et avec l'enfant ou le jeune, sa famille et les personnes significatives de son réseau social de soutien, et ce, le plus tôt possible.**

### **6.1.3 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI CONTRIBUE DE FAÇON CONTINUE À L'ÉVALUATION ET À L'ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENFANT OU DU JEUNE**

Chaque établissement structure son offre de services suivant un protocole clinique. Celui-ci définit les rôles et les responsabilités des différents intervenants associés à chaque moment de l'intervention, de l'accueil initial du client jusqu'à la fin de l'épisode de services.

L'intervention de réadaptation, dans la communauté comme en contexte d'hébergement, s'inscrit dans le protocole clinique de l'établissement (CSSS ou CJ), lequel est le premier responsable de l'intervention de réadaptation à offrir. Cela contribue à l'élaboration d'une stratégie d'intervention intégrée et bien ciblée, centrée sur les besoins de l'enfant ou du jeune et sur ceux de ses parents.

L'intervenant en réadaptation développe, avec ses partenaires et à partir de sa grille de lecture de la situation, une vision partagée ayant de multiples facettes, qui permet d'aller au-delà d'une éventuelle situation de crise ou d'urgence et de maintenir une compréhension commune de cette situation.

Ce protocole clinique est composé de quatre activités professionnelles en situation de réadaptation, dans la communauté ou en contexte d'hébergement, à savoir l'observation, l'évaluation, la planification et la révision de l'intervention. Ces activités sont réalisées à l'échelle d'une période de suivi, mais aussi à celle de chaque moment de vie, de chaque activité et de chaque rencontre. La qualité de la réalisation de chacune d'elles contribue à bien situer dans son contexte l'interaction entre l'intervenant, l'enfant ou le jeune, ses parents ou des tiers, à l'intérieur du vécu partagé.

Cette interaction se concrétise par l'organisation et l'animation de ces moments de vie, de ces activités ou de ces rencontres. Elle permet à ceux qui y participent de mettre en application ce qu'ils sont en train d'apprendre et, éventuellement, d'appliquer cet apprentissage à d'autres contextes ou à d'autres situations de vie.

**L'intervention de réadaptation s'inscrit dans le protocole clinique de l'établissement (CSSS ou CJ).**

- **L'intervenant en réadaptation, à partir de sa grille de lecture, échange avec ses partenaires sur la situation de l'enfant, du jeune et de sa famille, dans le but de permettre une compréhension commune de celle-ci.**

**Quatre activités professionnelles (l'observation, l'évaluation, la planification et la révision de l'intervention) composent ce protocole; elles sont aussi réalisées à l'échelle de chaque moment de vie, de chaque activité et de chaque rencontre.**

- **La qualité de réalisation de ces activités contribue à bien situer dans son contexte l'interaction entre l'intervenant, l'enfant ou le jeune et ses parents, à l'intérieur du vécu partagé.**

**Cette interaction se concrétise par l'organisation et l'animation de moments de vie, d'activités ou de rencontres.**

- **Elle permet à l'enfant ou au jeune de même qu'à ses parents ou à des tiers de mettre en pratique ce qu'ils sont en train d'apprendre et, éventuellement, d'appliquer cet apprentissage à d'autres situations de vie.**

#### 6.1.4 UNE INTERVENTION PLANIFIÉE ET CONCERTÉE

L'intervention de réadaptation est réalisée dans la continuité. Pour s'inscrire dans cette continuité, elle est toujours réalisée selon une planification intégrée de l'intervention.

La complexité des problématiques rencontrées exige, dans la plupart des cas, une complémentarité, dans l'intervention, de diverses disciplines et compétences. La compétence de l'équipe d'intervention qui se crée auprès d'un enfant ou d'un jeune et de sa famille ne représente pas l'addition de compétences individuelles, elle représente une compétence collective.

Lorsque la situation nécessite la participation d'intervenants rattachés à plus d'un établissement, un plan de services individualisé (PSI) sera réalisé (article 103 de la LSSSS). Lorsque le PSI inclut le réseau scolaire, on parle d'un PSI intersectoriel (PSII). Un intervenant est désigné pour coordonner le PSI ou le PSII.

Lorsque l'intervention de réadaptation se conjugue avec celle offerte par des partenaires de disciplines ou de services différents à l'intérieur d'un même établissement, un seul PI inclut le rôle de chacun et les moyens prévus dans la réalisation des objectifs convenus. Il sera élaboré, suivi et révisé de façon concertée, dans une logique de collaboration et de partenariat. On parle ici d'un PI intégré ou interdisciplinaire. Un intervenant est désigné pour coordonner le PI<sup>9</sup>.

Desbiens et Massé (2005) rappellent que « L'élaboration du PI dépasse largement la simple rédaction d'un formulaire ou d'une modalité administrative obligatoire; elle s'inscrit dans une démarche d'aide globale qui nécessite la participation des différents acteurs concernés, y compris les parents et l'enfant ou le jeune pour lequel cette démarche est entreprise ». Ce PI devient l'un des principaux « vecteurs » de cohérence de l'intervention.

Les objectifs du PI sont formulés positivement, en termes clairs, précis et accessibles à la compréhension de l'enfant ou du jeune et de ses parents. Ce PI adopte une forme *SMART*: **s**pécifique, il traduit le changement souhaité; **m**esurable, il est possible de juger de son degré d'atteinte; il est **a**justé en fonction de l'évaluation réalisée préalablement; **r**éaliste, il est atteignable par l'enfant ou le jeune et par ses parents; **t**emporel, les notions de fréquence, de durée et de délai y sont précisées.

**L'intervention de réadaptation est toujours réalisée suivant une planification intégrée de l'intervention, dans un esprit de collaboration, de continuité et de cohérence.**

- **Si plus d'un établissement est impliqué dans l'intervention, on utilisera un plan de service individualisé (PSI).**
- **Si des intervenants du réseau scolaire le sont aussi, on utilisera un plan de service individualisé intersectoriel (PSII).**
- **Un intervenant est désigné pour coordonner le PSI ou le PSII.**

---

9 Il importe de préciser qu'en vertu du chapitre 28 de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, la détermination du PI à l'intention d'un enfant ou d'un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire est un acte réservé aux travailleurs sociaux et aux psychoéducateurs.

**Le plan d'intervention (PI) détermine le rôle de chacun des partenaires, notamment ceux de l'enfant ou du jeune et de ses parents, ainsi que les moyens prévus dans la réalisation des objectifs convenus.**

- **Le PI est élaboré, suivi et révisé de façon concertée entre les partenaires associés, y compris les parents et l'enfant ou le jeune. Lorsque plus d'un intervenant y est associé, l'un d'entre eux en assure la coordination.**
- **Ces objectifs sont formulés positivement, en termes clairs, précis et accessibles à la compréhension de l'enfant ou du jeune et de ses parents.**

### **6.1.5 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI IMPLIQUE LA FORMATION D'UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

L'intervention de réadaptation, parce qu'elle s'applique à la situation d'un enfant ou d'un jeune qui présente des problèmes d'ordre relationnel, comportemental ou d'adaptation sociale dans un certain nombre des sphères de sa vie (relationnelle, scolaire, loisir ou travail, rapport aux normes et valeurs sociales, etc.) suppose, en règle générale, un degré d'investissement élevé.

L'intervention de réadaptation est réalisée grâce à une présence et à un accompagnement de l'enfant ou du jeune, de ses parents et de personnes significatives, dans les événements de leur quotidien. Cet accompagnement peut s'exercer physiquement, c'est-à-dire en présence directe ou indirecte.

La présence directe permet à l'intervenant d'observer et d'évaluer les comportements et les attitudes de l'enfant ou du jeune et de ses parents et lui permet également d'animer des moments de vie et des activités planifiées et organisées qui s'appuient sur les connaissances et les forces de l'enfant ou du jeune et de ses parents et qui tiennent compte de leurs vulnérabilités. Ce vécu éducatif partagé se crée, entre autres, dans des moments de vie et des activités en mode individuel, de groupe ou familial, planifiées ou spontanées. Il permet donc à l'enfant ou au jeune, ainsi qu'au parent, de s'engager dans une alliance thérapeutique qui pourra l'influencer et l'amener à changer ses comportements, ses attitudes et ses perceptions.

La présence indirecte se concrétise notamment à distance, au moyen des technologies de l'information (téléphone, visioconférence, etc.). Elle peut aussi suggérer ou entraîner une intériorisation de l'accompagnement de l'intervenant; l'enfant ou le jeune, le parent ou un tiers se remémore alors, en dehors de la présence de l'intervenant, un conseil ou une injonction de l'intervenant au regard de la situation dans laquelle il se trouve, « ici et maintenant ».

D'après Capul et Lemay (1996), la relation d'influence en réadaptation est caractérisée par différents paramètres : l'écoute, une disponibilité attentive à ce qui est dit et à ce qui est fait, un décodage des discours latents; l'acceptation de la personne dans ses richesses et ses limites; la capacité de croire (parfois contre toute logique apparente) à la capacité de changement chez l'autre; la capacité de contenir, de recevoir l'autre en état de désorganisation momentanée puis de reformuler ce qui est vécu en des termes assimilables; la capacité de créer un lieu où les choses permises et interdites deviennent claires; le double regard par lequel l'intervenant, tout en restant sensible à l'autre, s'interroge sur ce qu'il est et sur ce qu'il fait dans sa rencontre avec autrui; l'acceptation du fait que l'interaction avec une personne significative réveille des émotions autour des images actuellement présentes, mais

aussi des images en partie refoulées, modifiées, condensées qui se superposent et colorent de façon singulière la rencontre présente.

Cette qualité de relation est intimement liée au développement, chez l'intervenant, de capacités que le modèle psychoéducatif nomme les schèmes relationnels : la confiance, la congruence, la considération, la disponibilité, l'empathie et la sécurité.

En situation de réadaptation dans la communauté, il va généralement de soi que s'établisse une alliance thérapeutique entre l'intervenant et le parent ainsi que l'enfant ou le jeune. Cet aspect est aussi primordial en situation de réadaptation en contexte d'hébergement, quel que soit le projet de vie envisagé pour l'enfant ou le jeune et les difficultés présentées par le parent, à moins d'une contre-indication de nature clinique. En effet, Gendreau et Tardif (1999) rappellent que si les parents « n'embarquent » pas dans l'intervention, il y a un risque d'entrave à la démarche, de messages contradictoires par les parents et les intervenants à l'enfant ou au jeune, de présence de conflits de loyauté chez celui-ci.

**L'intervention de réadaptation est réalisée grâce à une présence et à un accompagnement de l'enfant ou du jeune, de ses parents ou de tiers dans les événements de leur quotidien. On fait souvent référence à la notion de « vécu partagé ».**

- **Cet accompagnement s'exerce généralement en présence directe. Il peut aussi parfois s'exercer de façon indirecte.**

**Le vécu partagé se crée dans des moments de vie et des activités planifiées et organisées.**

- **Il permet à l'intervenant d'observer et d'évaluer les comportements, les attitudes et les opinions en situation et d'animer divers contenus cliniques.**
- **Il permet de former avec l'enfant ou le jeune et ses parents une alliance thérapeutique qui pourra l'influencer et l'amener à changer ses comportements, ses attitudes et ses opinions.**

#### **6.1.6 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION DONT LA DURÉE TIENT COMPTE DE L'ENSEMBLE DE L'ÉPISODE DE SERVICES**

L'intervention de réadaptation ne sera retenue pour moyen d'intervention que lorsque l'intensité des problèmes d'ordre relationnel, comportemental ou d'adaptation sociale que présente l'enfant ou le jeune est très importante ou que plusieurs sphères de son développement risquent d'être affectées. La durée de l'intervention, qu'elle se déroule dans la communauté ou en contexte d'hébergement, doit être évaluée, estimée, prévue en tenant compte de l'ensemble de l'épisode de services en utilisant, dans la mesure du possible, des outils reconnus.

Par ailleurs, la formation d'une alliance thérapeutique entre l'intervenant en réadaptation et l'enfant ou le jeune ainsi que ses parents ou des tiers, dans le contexte souvent très perturbé dans lequel débute l'intervention de réadaptation, demande certes du savoir-faire et du savoir-être, mais elle demande aussi du temps; du temps au chapitre de l'intensité de l'intervention, du temps au chapitre de la durée.

Partant de là, il importe que la durée de la mesure de réadaptation retenue soit appropriée aux besoins de l'enfant ou du jeune, aux objectifs visés par l'intervention compte tenu du

mandat légal dans lequel elle se déroule ainsi qu'à la démarche exigée par le programme dans lequel le jeune est engagé.

Dans le cas particulier de la réadaptation en contexte d'hébergement, il y a en effet toujours un « avant » et un « après » au placement. Selon Laframboise (2003), les jeunes et les jeunes hébergés après une intervention dans un programme offrant d'autres options que l'hébergement (l'intervention de crise familiale, l'intervention familiale à domicile, les programmes de réadaptation intensive dans la communauté, etc.) l'ont été pendant un nombre de jours inférieur. Selon Gendreau et Tardif (1999), il importe de préparer le placement et d'en dégager le sens pour l'enfant ou le jeune et pour ses parents, de tenir compte de son effet sur l'ensemble de leur réseau social de soutien, d'éviter que la famille se trouve un « patient désigné » en la personne de l'enfant ou du jeune ou, au contraire, que les parents ou des tiers se sentent discrédités par le placement.

Toujours d'après Gendreau et Tardif (1999), il importe que la réinsertion sociale de l'enfant ou du jeune demeure en toile de fond tout au long du placement, qu'elle soit organisée avant la fin de celui-ci et que l'accompagnement offert à la suite du placement s'inscrive en continuité de la démarche réalisée durant le placement, de façon à ce que l'enfant ou le jeune puisse poursuivre la réalisation de son projet de vie sans s'arrêter, sans prendre du retard et sans dévier de sa route.

**La durée de l'intervention de réadaptation doit être envisagée en tenant compte de l'ensemble de l'épisode de services.**

- **Elle est appropriée aux besoins de l'enfant ou du jeune, aux cibles de l'intervention ainsi qu'aux objectifs visés par celle-ci, en prenant en compte le mandat légal dans lequel elle se déroule ainsi que la démarche exigée par le programme dans lequel celui-ci et leurs parents sont engagés.**

**Dans le cas particulier de la réadaptation en contexte d'hébergement, il importe, d'une part, de préparer le placement et, d'autre part, que la réinsertion sociale de l'enfant ou du jeune demeure en toile de fond tout au long du placement.**

#### **6.1.7 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION QUI FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE PROGRAMMES CLINIQUES**

Étant donné la complexité de plus en plus importante de la situation des enfants et des jeunes orientés vers une ressource d'intervention de réadaptation, cette intervention est réalisée grâce à des programmes axés sur une problématique particulière et destinés à répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant, jeune ou famille. Bégin (Chagnon et Paquette 2000) définit ce type de programme comme un « système cohérent et organisé d'objectifs, d'activités et de ressources humaines, matérielles et financières en vue de produire des services particuliers à une population déterminée, afin d'en changer l'état et de satisfaire ses besoins ». Ces programmes peuvent inclure des interventions en mode individuel, de groupe ou familial; ils intègrent souvent une combinaison d'approches cliniques.

Paupé (2010) rappelle à cet effet que, de l'avis de plusieurs chercheurs, l'utilisation de programmes d'intervention probants permet d'assurer une réponse la plus adéquate possible aux besoins des usagers et de maximiser l'efficacité du travail des intervenants. Il ajoute que l'impact des techniques et des interventions est intimement lié aux caractéristiques de l'intervenant, de son client et de leur relation thérapeutique.

Les programmes s'appuient sur des approches cliniques. L'utilisation rigoureuse et intégrée de méthodes, de techniques et de stratégies liées à celles-ci, c'est-à-dire en conformité avec les fondements théoriques qui les sous-tendent, nécessite chez l'intervenant la combinaison de divers facteurs, dont une compréhension opérationnelle des méthodes et des procédés qui les sous-tendent de même qu'une intégration de ces connaissances dans sa pratique clinique.

Il est de la responsabilité de chaque établissement de se doter de programmes cliniques. Ceux-ci nécessiteront en règle générale l'apport de plus d'une discipline.

L'intervenant et son équipe s'assurent d'une adaptation continue et réfléchie des diverses composantes du programme afin de soutenir la réceptivité de chaque enfant ou jeune et de chaque parent qui y est exposé.

Quels que soient les programmes cliniques utilisés, les qualités relationnelles de l'intervenant demeurent des facteurs essentiels à leur utilisation efficace.

**L'intervention de réadaptation est réalisée grâce à des programmes cliniques. Ceux-ci peuvent inclure des activités en mode individuel, de groupe ou familial; ils impliquent le recours à un ensemble de méthodes, de techniques et de stratégies liées à des approches cliniques.**

- **Il est de la responsabilité de chaque établissement de se doter de programmes cliniques. Ceux-ci nécessiteront, en règle générale, l'apport de plus d'une discipline.**
- **Leur utilisation rigoureuse, intégrée et adaptée nécessite chez l'intervenant une compréhension opérationnelle des méthodes et des procédés qui les sous-tendent de même qu'une intégration de ces connaissances dans sa pratique.**
- **Les qualités relationnelles de l'intervenant représentent un facteur essentiel à l'utilisation efficace des programmes.**

#### **6.1.8 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION ASSORTIE D'UNE PROGRAMMATION RIGOREUSE ET ADAPTÉE AUX BESOINS**

La programmation de réadaptation fait référence à l'organisation dynamique des différentes activités offertes. Selon Le Blanc (2009), il importe de mettre sur un pied d'égalité tout ce qui y est proposé, sans présupposer que certains moments de vécu partagé soient « cliniques » et d'autres moins, ou que quelques-uns méritent de s'appeler « activités » et d'autres pas. En matière de réadaptation en contexte d'hébergement, la programmation fait référence à l'ensemble des activités proposées, du réveil au coucher, tous les jours.

Cette propriété clinique de l'activité repose principalement sur l'adéquation et la clarté des objectifs afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes, puis sur l'articulation consciente et renouvelée des choix faits sur le plan du contenu offert, des moyens de mise en interaction utilisés, du temps et de l'espace dans lesquels elle est réalisée, des procédures qui l'encadrent ainsi que des systèmes de responsabilités, d'évaluation et de reconnaissance qu'elle propose<sup>10</sup>.

---

10 Un tableau inspiré des travaux du Centre Boscoville 2000 met en lumière les étapes d'élaboration de la programmation en les associant aux activités professionnelles du modèle psychoéducatif; il est présenté dans l'annexe sur le modèle psychoéducatif.



La programmation se concrétise par un accompagnement de l'enfant ou du jeune, de ses parents et de personnes significatives, qui fournit l'occasion à l'intervenant d'observer leurs comportements et leurs attitudes, de les évaluer et d'intervenir. Cet accompagnement, lors de l'animation d'activités planifiées et organisées qui s'appuient sur leurs compétences et qui tiennent compte de leurs vulnérabilités, leur permet d'entrer en relation de façon appropriée avec des personnes, des objets et un milieu, d'expérimenter des projets communs, de s'engager dans une alliance thérapeutique qui pourra les influencer et les amener à modifier leurs comportements et leurs attitudes. L'objectif de l'intervenant est de proposer à l'enfant ou au jeune des expériences qui suscitent un déséquilibre dynamique qui tient compte de ses forces et de ses limites et qui représentent des occasions d'accroître son potentiel d'adaptation.

Cette programmation assure à l'intervention de réadaptation le cadre, les conditions et les moyens nécessaires à la rigueur de son action spécifique. Les activités qui la composent (routines quotidiennes, scolaires, activités liées à l'employabilité, activités de loisir sportives ou culturelles, etc.) sont interreliées aux activités individualisées associées à des programmes offerts au regard de problématiques particulières à certains enfants ou jeunes (violence, toxicomanie, problème de santé mentale, etc.), en accord avec les cibles de l'intervention. Tous ces éléments s'imbriquent afin d'offrir des occasions de développer des compétences et des habiletés qui permettront de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant, de chaque jeune et de chaque parent.

**La programmation fait référence à l'organisation dynamique des différentes activités offertes en vue de l'accompagnement d'un enfant ou d'un jeune, de ses parents ou de personnes significatives.**

- **Cet accompagnement vise à leur permettre d'entrer en relation de façon appropriée avec des personnes, des objets et un milieu, d'expérimenter des projets communs ainsi que de s'engager dans une alliance thérapeutique qui pourra les influencer et les amener à changer leurs comportements et leurs attitudes.**
- **En matière de réadaptation en contexte d'hébergement, la programmation fait référence à l'ensemble des activités proposées, du réveil au coucher, tous les jours.**

**Le caractère clinique des activités de la programmation repose sur l'adéquation et la clarté de leurs objectifs, des choix sur le plan du contenu offert, des moyens de mise en interaction utilisés, du temps et de l'espace dans lesquels l'intervention est réalisée, des procédures qui l'encadrent ainsi que des systèmes de responsabilités, d'évaluation et de reconnaissance qu'elles proposent.**

### **6.1.9 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION EFFICACE EN MODE DE GROUPE**

Le mode d'intervention de groupe est reconnu pour son efficacité au regard du traitement de plusieurs problématiques, surtout lorsqu'il est fondé sur des pratiques probantes et en complément d'autres modes d'intervention. Il peut être offert à des enfants ou à des jeunes et à des parents susceptibles d'en tirer profit, à la suite d'une évaluation détaillée et partagée de leur situation. La rigueur apportée à son organisation, à son animation et à son utilisation lui confère une qualité d'activité clinique de réadaptation.

L'élaboration d'une activité de groupe de réadaptation, dans la communauté ou en contexte d'hébergement, est réalisée en complément des autres constituants de l'offre de service du

programme-services Jeune en difficulté déjà proposées par le réseau local de services (RLS) sur un territoire donné et en conformité avec ces autres constituants. La tenue d'une telle activité commande un investissement important de la part de ceux qui seront responsables de son organisation et de son animation ainsi que des intervenants qui y orienteront des participants. En ce sens, elle nécessite une volonté institutionnelle se traduisant par un soutien organisationnel et une reconnaissance de l'apport de la clientèle de ce mode d'intervention clinique dans l'atteinte des objectifs du PI.

Sanders (2010) observe que la motivation à participer à une intervention en mode de groupe apparaît très peu élevée dans la population générale; on peut estimer qu'il en est de même de la clientèle orientée vers une activité de réadaptation. Il importe donc de bien planifier son implantation afin de susciter et de maintenir la mobilisation des clientèles auxquelles l'intervention est destinée.

Dans cette perspective de mobilisation, il faut que, dans la mesure du possible, les participants saisissent bien l'importance de l'activité dans l'atteinte de leurs objectifs, qu'ils y participent de façon active et respectueuse des autres participants et des animateurs et qu'ils mettent en pratique, dans leur quotidien, les apprentissages réalisés. Lorsque l'intervention est offerte dans la communauté, il faut de plus voir à ce que les participants visés se rendent, à l'heure prévue, au lieu où elle est offerte.

À chaque étape de l'organisation de l'activité, certains mécanismes et certaines actions permettront, dans une logique collaborative, de soutenir la participation à celle-ci et le potentiel de changement qu'elle offre. Les principales étapes à considérer sont le recrutement des participants, l'orientation, l'inscription, la réalisation de l'activité et la conclusion de celle-ci. À chacune de ces étapes, on s'assurera de la mise en place de mécanismes de communication faisant appel aux participants à l'activité, à ses animateurs et aux agents orienteurs.

Au cours de l'activité, l'animateur s'assure que les contenus et les principaux moyens de mise en interaction sont en accord avec les objectifs visés et les approches cliniques privilégiées. Par l'accueil, il fait sentir à chaque participant qu'il est à la bonne place et suscite chez lui un espoir de changement. Il se soucie en continu de la qualité du climat et des interactions entre les participants.

**L'intervention en mode de groupe commande un investissement important des intervenants responsables de son organisation et de son animation ainsi que de ceux qui y orienteront des participants.**

- **Elle nécessite aussi une volonté institutionnelle se traduisant par un soutien organisationnel et une reconnaissance de l'apport de la clientèle de ce mode d'intervention clinique dans l'atteinte des objectifs du PI.**

**Les moments clés à prendre en compte dans l'élaboration d'une activité clinique de groupe, dans une perspective de mobilisation des participants, sont le recrutement, l'orientation, l'inscription, la réalisation et la conclusion de l'activité.**

- **À chacune de ces étapes, dans une logique collaborative, on s'assurera de la mise en place de mécanismes de communication faisant appel aux participants, aux animateurs et aux agents orienteurs.**

## 6.2 DES DÉFIS PARTICULIERS À L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ

Certains défis associés à la rigueur et à la réussite de l'intervention de réadaptation sont plus spécifiques de l'intervention dans la communauté<sup>11</sup>. Celle-ci, en règle générale, contribuera au maintien de l'enfant ou du jeune dans sa famille immédiate. Elle peut aussi, dans certains cas, constituer un moyen en soutien à l'exécution d'un retrait ou d'un placement en milieu substitut, ou à la réinsertion sociale à la suite d'un placement.

Des éléments concourent à soutenir son caractère de proximité et le degré d'intensité qu'elle nécessite.

### 6.2.1 UNE INTERVENTION QUI SE CARACTÉRISE PAR LA PROXIMITÉ

Le caractère de proximité de l'intervention de réadaptation dans la communauté implique qu'elle se déroule dans les milieux où vit l'enfant ou le jeune et ses parents et qu'elle met à contribution et soutient les personnes qui composent le réseau social de l'enfant ou du jeune et celui de ses parents.

L'intervenant en réadaptation développe des liens de collaboration avec différents acteurs du RLS et de la collectivité où vivent l'enfant ou le jeune et sa famille. Il possède une bonne compréhension des normes et des valeurs qui priment dans la collectivité dans laquelle se déroule l'intervention au regard de l'éducation des enfants et des jeunes et des attentes face à eux. Il sait distinguer les écarts entre celles-ci, celles prônées dans la famille élargie et chez les parents et celles auxquelles adhère l'enfant ou le jeune.

**L'intervention de réadaptation dans la communauté se déroule dans les milieux où vit l'enfant ou le jeune et dans ceux où il gravite. Elle met à contribution et soutient les personnes qui composent son réseau social.**

- **Elle tient compte des normes et des valeurs qui priment dans la collectivité dans laquelle elle se déroule au regard de l'éducation des enfants et des jeunes et des attentes face à eux.**

### 6.2.2 UNE INTERVENTION QUI IMPLIQUE UN DEGRÉ D'INVESTISSEMENT IMPORTANT

Le degré d'investissement requis dans chaque suivi de réadaptation est modulé en fonction des objectifs visés par le PI. Il est généralement plus important durant la période d'évaluation menant à l'élaboration du PI et durant les premiers temps du suivi de réadaptation. Il diminue progressivement par la suite afin de renforcer chez l'enfant ou le jeune ainsi que chez les parents, ou ceux qui en assument certaines responsabilités parentales, le sentiment qu'ils peuvent maintenir leurs acquis sans le maintien du soutien par l'intervenant.

Dans le cas particulier de la réinsertion sociale, plusieurs études font ressortir que les premières semaines qui suivent le départ de l'enfant ou du jeune de la ressource d'hébergement sont la période où le taux de remplacement est le plus élevé. La durée et le type d'encadrement de ce placement ont par ailleurs un impact sur une possible situation d'exclusion de l'enfant ou du jeune. L'intervention de réadaptation en contexte de réinsertion demande, de ce fait, davantage d'investissement dans les premières semaines qui suivent le

---

11 Cette partie du cadre de référence s'inspire principalement du cadre de référence relatif aux services de réadaptation externe élaboré par le CJQ-IU (2009) ; il en reprend textuellement certains éléments.

placement, et une durée plus ou moins longue selon la gravité des problèmes présentés et du degré d'exclusion sociale.

L'organisation des services et du travail permet d'offrir, à tout le moins, une intervention hebdomadaire dans chacun des suivis de réadaptation. Elle doit être modulée selon l'intensité, la somme des contributions requises dans les différents PI auxquels les intervenants sont associés et selon leur implication dans certains projets d'intervention, tels que l'animation d'activités de groupe et la participation à un projet de collaboration avec les ressources du RLS.

Considérant la nature de l'intervention de réadaptation dans la communauté (présence et accompagnement dans les moments de vie significatifs dans les milieux), des modalités de services assurent de pouvoir offrir l'intervention aux moments opportuns, le jour, le soir et la fin de semaine, selon les activités prévues dans le plan d'intervention (nature de l'activité, fréquence, moments) et les besoins de l'enfant ou du jeune et de ses parents ou de personnes significatives. Elles permettent en outre d'assurer une réponse rapide au cas où des situations litigieuses ou de crise se présentent.

La disponibilité du service, en fonction des besoins précisés, est connue de la clientèle et elle est partagée et établie avec celle-ci. Elle est également connue de ses autres principaux partenaires dans l'intervention.

**Le degré d'investissement dans chaque suivi de réadaptation est modulé en fonction des objectifs visés par le PI.**

- **Il est généralement plus important durant la période d'évaluation menant à l'élaboration du PI et durant les premiers temps du suivi de réadaptation, et il diminue progressivement par la suite.**
- **En intervention de réinsertion sociale, il est généralement plus important durant les trois premiers mois qui suivent la fin du placement.**

**L'organisation des services et du travail permet d'offrir, à tout le moins, une intervention hebdomadaire dans chaque suivi de réadaptation.**

- **Elle est modulée selon l'intensité et la somme des contributions requises dans les différents PI auxquels les intervenants sont associés et selon leur implication dans certains projets d'intervention, tels que l'animation d'activités de groupe et la participation à un projet de collaboration avec les ressources du RLS.**

**L'intervention étant axée sur le vécu partagé, des modalités de service assurent de pouvoir offrir l'intervention aux moments opportuns, le jour, le soir et la fin de semaine, selon les activités prévues dans le plan d'intervention (nature de l'activité, fréquence, moments) et les besoins de l'enfant ou du jeune et de ses parents ou de pairs significatifs.**

- **La disponibilité du service est connue de la clientèle et de ses principaux partenaires dans l'intervention.**

### **6.3 DES DÉFIS PARTICULIERS À L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'HÉBERGEMENT**

Certains défis associés à la rigueur et à la réussite de l'intervention de réadaptation sont plus spécifiques de l'intervention en contexte d'hébergement. Celle-ci, en règle générale, contribuera au retour de l'enfant ou du jeune dans sa famille immédiate. Si ce retour ne s'avère pas cliniquement envisageable sur le plan clinique, l'intervention en contexte d'hébergement soutiendra la mise en place d'un nouveau projet de vie.

La présente sous-section aborde trois thèmes différents, à savoir les divers types d'encadrement qu'il est possible d'offrir en réadaptation en contexte d'hébergement, les aléas associés à une vie de groupe de qualité et le travail d'équipe autour d'un même groupe d'enfants ou de jeunes. limites

#### **6.3.1 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION S'EFFECTUANT DANS DIVERS TYPES D'ENCADREMENT**

Lorsqu'on les compare entre eux, les différents services de réadaptation en contexte d'hébergement peuvent être regroupés selon trois types d'encadrement<sup>12</sup> : 1) en foyer de groupe, 2) en unité de vie ouverte, comprenant, notamment, la garde et le traitement individualisé en milieu ouvert et 3) en unité de vie fermée, comprenant l'encadrement intensif en vertu de la LPJ de même que la détention provisoire et la garde en milieu fermé en vertu de la LSJPA.

Dans chaque type d'encadrement, on vise à réduire certains problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale et à prévenir leur réapparition en mettant en œuvre les moyens suffisants et nécessaires pour assurer la protection de l'enfant ou du jeune et d'autrui, dans une perspective d'intégration sociale. Ces types d'encadrement sont déterminés par la conjugaison de deux composantes : d'une part, la présence à l'évènement, et d'autre part, l'organisation du milieu de vie.

Capul et Lemay (1996) définissent la présence à l'évènement en réadaptation en contexte d'hébergement comme suit : « le partage d'un vécu quotidien, par l'intermédiaire d'échanges verbaux et d'activités, ainsi que l'engagement dans un "ici et maintenant" avec un ou des sujets ». Cette présence à l'évènement vise à soutenir et à contenir. Elle se définit en fonction des caractéristiques et des besoins de l'enfant ou du jeune ainsi que des objectifs que vise le PI. Elle fait référence à l'intensité de l'intervention en ce sens qu'elle assure d'offrir l'accompagnement et le contrôle requis permettant à chaque enfant ou à chaque jeune de recevoir l'aide appropriée à sa situation spécifique.

Selon Gendreau et Tardif (1999), pour la réadaptation en contexte d'hébergement, l'organisation du milieu de vie est constituée de l'ensemble des modalités spécifiques de la dispensation de services à une clientèle donnée. « Ce milieu de vie dépasse le lieu physique où l'intervention se déroule. Il représente un système global et dynamique dont toutes les composantes influent sur l'intervention qui s'y déroule et l'alimentent. ». Un des mots clés de l'organisation du milieu de vie est la notion d'appariement des moyens mis en place, et en action, en fonction des besoins de l'enfant ou du jeune.

Selon Bohémier et ses collaborateurs (2000), ces moyens se divisent en deux catégories, soit l'encadrement statique et l'encadrement dynamique. L'encadrement statique concerne

---

12 La présente section s'inspire du document produit par le Centre jeunesse de Laval intitulé *Les programmes de réadaptation avec hébergement – Les notions* (CJL, 2004).

l'aménagement de l'espace physique (les éléments architecturaux tels que les portes et les fenêtres, le matériel, les équipements et les biens personnels) et le degré de surveillance et de contrôle des jeunes qu'il permet. L'encadrement dynamique, quant à lui, fait référence à des interventions éducatives et de réadaptation soutenues par le personnel, les stagiaires et les bénévoles ainsi que par les programmes, la programmation, les règles de vie, etc.

Le tableau qui suit illustre l'organisation et le fonctionnement des concepts de présence à l'évènement et d'organisation de services concernant chacun des types d'encadrement.

**Tableau synthèse des types d'encadrement\***

Type d'encadrement	Foyer de groupe	Unité de vie standard, de traitement individualisé ou de garde en milieu ouvert	Unité de vie sécuritaire, d'encadrement intensif ou de garde en milieu fermée
<b>Présence à l'évènement</b>	<b>Permet</b> d'exercer une surveillance, un suivi de certains gestes de l'enfant ou du jeune, de certaines situations (besoin d'accompagnement selon l'évènement).	<b>Permet</b> d'augmenter l'accompagnement et la fonction de contrôle des évènements significatifs vécus par le jeune, c.-à-d. ceux susceptibles de mettre en danger le jeune lui-même ou autrui (besoin d'accompagnement et de contrôle lors de plusieurs évènements).	<b>Permet</b> la permanence de l'accompagnement et le contrôle de tous les évènements vécus par l'enfant ou le jeune (besoin d'accompagnement et de contrôle lors de la majorité des évènements).
	Dans chaque type d'encadrement, la présence à l'évènement est fonction des besoins de l'enfant ou du jeune.		
<b>Organisation du milieu de vie</b>	Requiert un encadrement statique et dynamique permettant de créer un <b>nombre suffisant</b> de situations donnant prise à l'intervention, tout en permettant d'utiliser un <b>nombre important</b> de situations vécues à l'extérieur du milieu de vie.	Requiert un encadrement statique et dynamique permettant de créer un <b>nombre important</b> de situations donnant prise à l'intervention, tout en permettant d'utiliser <b>certaines</b> situations vécues à l'extérieur du milieu de vie.	Requiert un encadrement statique et dynamique permettant de créer un <b>nombre élevé</b> de situations donnant prise à l'intervention, tout en permettant d'utiliser <b>quelques</b> situations vécues à l'extérieur du milieu de vie.

\* Adaptation du tableau présenté dans le document *Les programmes de réadaptation avec hébergement – Les notions* (CJL, 2004)

- Les régions ne possèdent pas toutes les mêmes ressources. Il importe, avant tout, d'assurer une réponse aux besoins de l'enfant ou du jeune.

**Les différents services de réadaptation en contexte d'hébergement peuvent être regroupés selon trois types d'encadrement : 1) en foyer de groupe, 2) en unité de vie standard, y compris le traitement individualisé et la garde en milieu ouvert et 3) en unité de vie sécuritaire, y compris en encadrement intensif et en unité de garde fermée.**

- **Ces types d'encadrement sont déterminés par la conjugaison de deux composantes, soit la présence à l'évènement et l'organisation du milieu de vie.**

### 6.3.2 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION CARACTÉRISÉE PAR UNE VIE EN GROUPE

L'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement se caractérise par une vie en groupe, centrée sur le fonctionnement personnel et social de l'enfant ou du jeune. Elle représente l'une de ses caractéristiques fondamentales, quel que soit le type d'encadrement offert, ainsi que l'un de ses principaux outils d'intervention.

La vie en groupe fournit à l'enfant ou au jeune des occasions de vivre des interactions en accord avec ses objectifs de réadaptation. Cette vie en groupe permettra également la manifestation de certaines de ses difficultés. Elle varie selon le type d'encadrement visé, la durée du placement, le groupe d'âge auquel elle s'adresse et selon les caractéristiques des enfants ou des jeunes qui y sont orientés.

Il ressort que la composition de ces groupes est un élément crucial. Par ailleurs, le resserrement des critères de placement en réadaptation et la volonté d'en diminuer la durée dans la mesure du possible entraînent, d'une part, une aggravation et une complexification des problématiques qui y sont rencontrées et, d'autre part, une grande mixité de problématiques différentes dans un même groupe, et ce, dans chacun des types d'encadrement offerts.

La volonté d'offrir le parcours de placement le plus adapté possible à la réalité propre de chaque enfant et de chaque jeune a aussi des impacts sur l'utilisation possible de la vie de groupe en guise de levier d'intervention. Par exemple, Le Blanc (2009) rappelle qu'en foyer de groupe, le temps et l'espace s'individualisent beaucoup. Les enfants ou les jeunes sont scolarisés à l'extérieur de la ressource, souvent dans différents établissements, et plusieurs participent à des activités de loisir du quartier. Ces contenus vécus hors foyer et le temps de déplacement ont un impact sur la vie en groupe et font qu'il est parfois difficile de réunir, au moment voulu, l'ensemble du groupe pour une activité et demandent parfois des stratégies « à la carte » afin de permettre l'atteinte des objectifs de l'activité de groupe.

Dans la pratique éducative relative à l'enfance, la notion de groupe demeure. D'après Le Blanc (2010), même si le groupe n'est pas investi de la même manière et avec la même intensité qu'à l'adolescence, l'âge scolaire donne lieu, dans le développement normal, à l'attribution d'une importance croissante à la présence des pairs. L'interaction avec les enfants de son groupe d'âge et de son sexe prend une nouvelle valeur et le fait d'être considéré par ses compagnons devient un « vecteur » important d'estime de soi.

**L'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement se caractérise par une vie en groupe, centrée sur le fonctionnement personnel et social de l'enfant ou du jeune.**

- **Cette vie en groupe varie selon le groupe d'âge auquel elle s'adresse, le type d'encadrement visé, la durée du placement et les caractéristiques des enfants ou des jeunes qui y sont orientés.**

### **6.3.3 UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION OFFERTE PAR UNE ÉQUIPE ÉDUCATIVE**

L'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement implique un travail d'équipe visant un même groupe d'enfants ou de jeunes. Développer ensemble un milieu de réadaptation dans une unité de vie ou un foyer de groupe constitue un défi important de cohésion, de rigueur et de continuité<sup>13</sup>.

Cette équipe éducative se compose d'hommes et de femmes de formations et d'expériences diverses, parfois d'origines ethnoculturelles et d'âges différents. Chacun de ses membres partage la responsabilité de prendre contact avec un groupe d'enfants ou de jeunes et leurs parents et de les accompagner dans une démarche de changement.

<sup>13</sup> Le texte de la présente sous-section s'inspire très largement de Le Blanc (2011); il en reprend certaines parties (page 12).

Les membres de l'équipe éducative, animée par un chef de service, auront à se relayer pour mettre en place cette démarche dans la vie quotidienne et en orchestrer le déroulement de façon cohérente, avec l'ensemble de leurs partenaires du CJ ou de la collectivité. Cela demande à chaque intervenant de déployer différents aspects de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

Souvent composées de membres permanents à temps complet et à temps partiel, en plus de personnel occasionnel, les équipes éducatives de maintenant rencontrent des défis importants de communication entre les membres, de même qu'entre ceux-ci et les divers partenaires associés de près ou de loin à l'intervention, afin d'assurer une continuité et une cohérence auprès des enfants, des jeunes, des parents et des personnes significatives, dans le respect du PI.

Comme il s'agit d'une composante essentielle de l'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement, divers moyens sont mis en place afin de soutenir et de garantir ce travail d'équipe. Ces moyens auront trait à sa capacité d'offrir une lecture clinique juste et partagée ainsi qu'à l'exercice des responsabilités inhérentes aux différentes facettes de l'organisation du milieu de vie.

**L'équipe éducative partage, avec les divers partenaires associés de près ou de loin à l'intervention, la responsabilité de rejoindre et d'accompagner, en concertation avec les divers partenaires associés de près ou de loin à l'intervention, un groupe d'enfants ou de jeunes et leurs parents et de les accompagner dans une démarche de changement.**

- **Dans un souci de cohésion, de rigueur et de continuité, ses membres concourent à offrir une lecture clinique juste et partagée, sur le plan clinique, et se répartissent les responsabilités inhérentes aux différentes facettes de l'organisation de l'unité ou du foyer.**
- **Comme ce travail d'équipe représente une composante essentielle de l'intervention de réadaptation en contexte d'hébergement, divers moyens sont mis en place afin de le soutenir.**

#### **6.4 DES CONDITIONS SOUTENANT LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION CLINIQUE EFFICACE ET PERFORMANTE**

La situation des enfants et des jeunes orientés vers une ressource d'intervention de réadaptation, dans la communauté ou en contexte d'hébergement, revêt en général une grande complexité en raison des problématiques qu'elle présente sur le plan social, familial et personnel.

L'accompagnement de ces enfants et de ces jeunes, de leurs parents et de personnes significatives dans leur quotidien exige des compétences particulières chez les intervenants et les gestionnaires engagés dans les services. Une part de responsabilité incombe aux individus dans le développement et le renforcement de leur savoir, de leur savoir-faire et de leur savoir-être associés à ces compétences, mais cette responsabilité est partagée par le CSSS ou le CJ qui les emploie. En effet, il revient à l'établissement de leur fournir un ensemble de conditions et de moyens favorisant l'adaptation et le développement constant de leurs compétences.

Ces conditions concernent la supervision et le soutien clinique, le soutien au développement de connaissances et de compétences ainsi que le soutien à l'implantation et à l'évaluation des programmes cliniques.



## 6.4.1 LA SUPERVISION ET LE SOUTIEN CLINIQUE

Le Programme national de formation (PNF) définit la supervision de l'intervenant à partir de trois fonctions : administrative, de soutien et pédagogique<sup>14</sup>. Ces trois fonctions visent à permettre à l'intervenant un apprentissage dans les aspects du savoir, du savoir-faire et du savoir-être requis par la pratique de l'intervention de réadaptation.

Grâce à la fonction administrative, l'établissement s'assure que son organisation des services et son organisation du travail sont appliquées, de sorte que l'intervention de réadaptation dirige efficacement la clientèle visée vers les cibles d'intervention retenues, dans le respect de la mission et des mandats qui lui sont confiés ainsi que de ses politiques, de ses procédures et de ses ressources humaines et financières.

Grâce à la fonction de soutien, l'établissement appuie l'intervenant dans l'accomplissement de son travail et l'amène à jeter un regard sur ses attitudes, ses valeurs et ses sentiments; elle l'aide aussi à composer avec les défis inhérents à sa tâche. En clarifiant les rôles et les responsabilités de l'intervenant ainsi que les objectifs liés à son intervention, ce soutien permet également l'expression de ses besoins personnels et de son expérience, toujours en relation avec l'objet de son travail et les obstacles qu'il rencontre. Ce soutien est apporté en favorisant un éclairage approprié sur la relation entre l'intervenant et le parent, entre l'intervenant et l'enfant ou le jeune et entre l'intervenant et ses collègues et les autres partenaires de même que sur la portée des gestes professionnels posés, en appuyant, au besoin, l'action entreprise ou en suggérant les modifications qui s'imposent.

Grâce à la fonction pédagogique, l'établissement favorise l'acquisition des savoirs en matière de connaissances, d'habiletés, d'attitudes et de valeurs. Il contribue à la mise en pratique des savoirs antérieurs et à l'établissement de liens entre la théorie et la pratique. Cette fonction soutient une vision d'ensemble des problématiques, permet d'analyser l'effet des interventions ou des actions et de choisir les perspectives d'intervention ou d'action. Elle contribue également à la compréhension des actes professionnels, des aspects affectif et cognitif de l'apprentissage de même qu'à la connaissance de soi en tant qu'employé. Enfin, cette fonction stimule l'intérêt pour la recherche dans le domaine des connaissances scientifiques et humaines.

En ce qui a trait au savoir, l'apprentissage réalisé par l'intervenant grâce aux trois fonctions de la supervision devrait entraîner une amélioration de ses connaissances, soit par acquisition, développement, organisation, réorganisation de connaissances nouvelles ou déjà acquises. En ce qui a trait au savoir-faire, il devrait entraîner une amélioration de ses habiletés par acquisition, développement d'habiletés nouvelles ou déjà acquises. Enfin, en ce qui a trait au savoir-être, il devrait entraîner une amélioration de la conscience de ses opinions, de ses croyances et de ses attitudes et de leur influence sur le comportement. La supervision est une responsabilité du supérieur immédiat de l'intervenant. Il peut en déléguer certaines activités, en conformité avec le modèle de supervision adopté par l'établissement.

Bien que, sur le plan clinique, l'encadrement et la supervision soient la responsabilité première du gestionnaire de premier niveau, le soutien aux intervenants en réadaptation peut prendre différentes formes. Il fait appel à l'action et à l'initiative des personnes chargées plus spécifiquement de l'assurer, en tout ou en partie, ainsi qu'à leurs qualités de chef. Il importe de soutenir ces personnes, par de la formation, du perfectionnement ou d'autres

---

14 La présente sous-section s'inspire du cahier du participant de la formation sur la supervision (module 600) du PNF; certains extraits des pages 62 à 72 sont repris intégralement ou sont adaptés.

mécanismes leur permettant de prendre une distance ou d'échanger sur leurs responsabilités.

D'après Larose et Keable (2011), ce soutien offert, organisé et encadré par des mécanismes inscrits dans les protocoles cliniques et les procédures administratives sera accessible rapidement, offert avec régularité, constance et continuité par différents acteurs agissant en complémentarité. Il est aussi interrelié au plan de développement des compétences de l'intervenant.

**La supervision de l'intervenant en réadaptation comporte des fonctions administrative, de soutien et pédagogique. Ces trois fonctions visent à couvrir tous les aspects du savoir, du savoir-faire et du savoir-être requis par l'exercice de la fonction d'intervenant.**

- **La supervision est une responsabilité du supérieur immédiat de l'intervenant. Il peut en déléguer certaines activités, en conformité avec le modèle de supervision adopté par l'établissement.**

**Bien que l'encadrement, sur le plan clinique, et la supervision soient de la responsabilité première du gestionnaire de premier niveau, le soutien offert par l'établissement aux intervenants en réadaptation peut prendre différentes formes.**

- **Il est organisé et encadré par des mécanismes inscrits dans les protocoles cliniques et les procédures administratives.**
- **Il est accessible rapidement et offert avec régularité, constance et continuité par différents acteurs agissant en complémentarité.**
- **Il est interrelié au plan de développement des compétences de l'intervenant.**

#### **6.4.2 LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES PAR L'INTERVENANT ET À LEUR INTÉGRATION DANS SA PRATIQUE CLINIQUE**

L'acquisition de connaissances et de compétences vise, chez l'intervenant, le développement d'une pratique de qualité, en accord avec les connaissances scientifiques actuelles. Celles-ci permettent à l'intervenant de s'ajuster aux changements tant législatifs et sociaux que cliniques et techniques qui viennent moduler son intervention. Elles concernent les secteurs de la pratique, de l'enseignement et de la recherche. Le soutien peut prendre un ensemble de formes différentes, notamment par l'accompagnement ou la supervision de stagiaires, ainsi que par la participation d'intervenants à des activités d'enseignement, de recherche ou de recherche-action dans le domaine des sciences humaines.

La formation théorique et pratique dispensée par les établissements d'enseignement constitue le premier jalon dans l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à une intervention de réadaptation efficace. Le vécu partagé au cœur de l'intervention de réadaptation n'a de sens que s'il repose sur une capacité rigoureuse d'observation, d'analyse et de généralisation. Le développement de ces compétences s'amorce au cours d'activités pédagogiques, théoriques et pratiques, qui suivent l'évolution des problématiques et des conditions de pratique et qui permettent à l'étudiant de confronter le bagage théorique acquis à la réalité sur le terrain.

Il importe de maintenir des canaux de communication et de collaboration entre les établissements d'enseignement et les milieux de pratique. Ceux-ci permettent, d'une part, un ajustement continu du programme de formation permettant aux futurs intervenants en

réadaptation de se préparer à la réalité du travail en CSSS ou en CJ et, d'autre part, ils favorisent activement le transfert, dans la pratique, des connaissances issues des réflexions et des recherches des enseignants et des chercheurs.

La formation en cours d'emploi et le perfectionnement sont la responsabilité première de l'intervenant. Ils sont aussi des corollaires de l'encadrement professionnel offert par le gestionnaire. Larose et Keable (2011) rappellent que l'expérience et les leçons de l'histoire, de même que les connaissances tirées de la recherche, mettent en lumière le fait que l'intégration de connaissances par des adultes est tributaire d'un contenu de formation simple et vraisemblable, qui peut s'intégrer à son contexte de pratique, associé à une expérimentation rapide de ces contenus. En ce sens, le soutien au perfectionnement des intervenants en réadaptation, au début et au cours de l'emploi, se doit d'être systématisé, entre autres par des mesures d'entraînement, d'initiation à la tâche et de mentorat.

**L'acquisition de connaissances et de compétences vise, chez l'intervenant, une pratique de qualité en accord avec les connaissances scientifiques actuelles.**

- **Il permet à l'intervenant de s'ajuster aux changements tant législatifs et sociaux que cliniques et techniques qui viennent moduler son intervention.**

**La formation dispensée par les établissements d'enseignement propose des activités pédagogiques, théoriques et pratiques, qui permettent à l'étudiant de confronter le bagage théorique acquis à la réalité sur le terrain.**

- **Leur collaboration avec les milieux de pratique permet un ajustement continu du programme de formation et un transfert des connaissances entre le monde de l'enseignement, le monde de la recherche et celui de l'intervention de réadaptation.**

**La responsabilité première de la formation et du perfectionnement, au début et au cours de l'emploi, appartient à l'intervenant. Ils sont aussi des corollaires de l'encadrement professionnel.**

- **Le soutien au perfectionnement des intervenants, au début et au cours de l'emploi, se doit d'être systématisé, entre autres par des mesures d'entraînement, d'initiation à la tâche et de mentorat.**

#### **6.4.3 LE SOUTIEN À L'IMPLANTATION D'UNE INTERVENTION DE RÉADAPTATION EMPREINTE DE RIGUEUR**

L'objectif du présent cadre de référence est d'assurer une intervention de réadaptation de qualité, empreinte de rigueur. En ce sens, lors de l'implantation de changements liés au cadre de référence, il sera primordial de déterminer ce qui fonctionne bien dans le milieu d'intervention et d'en tenir compte dans la démarche. On s'assurera aussi, au départ, de dresser la liste des défis concernant leur applicabilité, compte tenu des contraintes organisationnelles, professionnelles ou culturelles auxquelles sont confrontés les intervenants. Il importera enfin d'ajuster progressivement les outils cliniques afin qu'ils reflètent, entre autres, l'évolution des connaissances dans ce domaine d'activité.

Selon Pauzé (2010), plusieurs chercheurs impliqués dans le suivi et l'évaluation d'implantation de contenus cliniques auprès d'intervenants des milieux d'intervention ont observé que ces derniers réservaient un accueil souvent mitigé à la proposition de nouveaux outils de travail ou de programmes d'intervention.

Pour leur part, Lanctôt et Chouinard (2006) soulignent que quatre « vecteurs » influent de façon observable sur la qualité de l'implantation d'un contenu clinique, à savoir la crédibilité et le réalisme de ce contenu auprès des intervenants et des gestionnaires, la qualité et la stabilité du contexte dans lequel l'intervention se déroule, le climat et la cohésion d'équipe ainsi que les occasions d'échanges relatifs à cette implantation.

Une évaluation continue de l'implantation du cadre de référence permettra non seulement d'en vérifier la conformité générale avec les éléments porteurs du modèle, mais elle favorisera également la cohérence entre les divers intervenants qui l'appliqueront.

Les différents énoncés synthèses qui concluent chaque sous-section représentent autant d'indicateurs pouvant guider cette évaluation d'implantation.

**Lors de l'implantation du cadre de référence, il est primordial de déterminer ce qui fonctionne bien dans le milieu d'intervention et d'en tenir compte dans la démarche.**

- **On s'assure de dresser la liste des défis que pose son applicabilité, compte tenu des contraintes organisationnelles, professionnelles ou culturelles auxquelles sont confrontés les intervenants.**
- **Il importe aussi d'ajuster progressivement les outils cliniques afin qu'ils reflètent, entre autres, l'évolution des connaissances dans ce domaine d'activité.**

**Une évaluation continue de l'implantation permet d'en vérifier la conformité générale avec les éléments porteurs du modèle; elle favorise aussi la cohérence entre les divers intervenants qui l'appliqueront.**

- **Les différents énoncés synthèse qui concluent chaque sous-section du cadre de référence représentent autant d'indicateurs pouvant guider cette évaluation d'implantation.**

## CONCLUSION

L'élaboration du présent cadre de référence et la démarche de consultation qui l'a accompagnée ont permis une large réflexion sur la réalité actuelle de l'intervention de réadaptation auprès des enfants, des jeunes et des familles dans le contexte de l'offre de service du programme-services Jeunes en difficultés. Plusieurs instances intéressées par le développement et le suivi de ce domaine d'activité ont été conviés à cette réflexion concertée, notamment les milieux de l'enseignement et de la recherche ainsi que les CSSS et les CJ.

L'ensemble du document a suscité nombre de discussions et de débats qui ont fait émerger un ensemble d'éléments porteurs partagés. On peut affirmer que la version finale fait l'objet d'un large consensus, autant sur les caractéristiques de l'intervention de réadaptation et de la clientèle à laquelle elle s'adresse que sur ses cibles et sur les conditions nécessaires à une pratique clinique de qualité, empreinte de rigueur et de créativité.

Le cadre de référence assure des lignes directrices et un langage communs à l'ensemble des intervenants et des gestionnaires des CJ et des CSSS, en soulignant le caractère collaboratif et partenarial de ce domaine d'activité que constitue l'intervention de réadaptation.

Le prochain défi est celui de son implantation dans chaque CJ et dans chaque CSSS de l'ensemble des régions administratives du Québec.

**Le présent document s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants des CSSS et des CJ ainsi qu'aux responsables des ASSS chargés de l'organisation des services offerts aux enfants et aux jeunes de leur région.**

**Une version abrégée est disponible. Elle reprend les principaux éléments porteurs du cadre de référence.**



## BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2007). *Orientations régionales du Programme-services Jeunes en difficulté Estrie... : services psychosociaux pour les enfants et les jeunes de 0-17 ans en difficulté, et leur famille.*
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2007). *Services intégrés pour adolescents et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec.*
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2010). *Cadre de référence « Au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation ».*
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2010). *Cahier du participant – Module 600 – Supervision*, version septembre 2010.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2011). *Profil des établissements publics*, [En ligne] [www.aqesss.qc.ca] (Consulté le 15 décembre).
- AUSLOOS, G. (1991). « Collaborer c'est travailler ensemble – Des parents-clients aux parents-collaborateurs », *Thérapie familiale*, vol. 12, p. 237-248.
- BANDURA, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- BATSHAW, M. G. et autres (1975). *Rapport du comité d'étude sur la réadaptation des enfants et des adolescents placés en centre d'accueil*, Québec, ministère des Affaires sociales.
- BELFLEUR, R. (2004). *Projet clinique programme Jeunes en difficulté CSSS du Granit Plan de services individualisé PSI-Jeunesse : cadre de référence et modalités d'application en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- BÉGIN, C. (1979). « La planification d'un programme de santé », *Administration hospitalière et sociale*, vol. 25, n° 1, p. 19-26.
- BERNIER, N. (2002). *Portrait jeunesse, travaillons ensemble tout au long du parcours*, Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- BERRY, J. W. (1997). « Immigration, Acculturation, and Adaptation », *Applied Psychology : An International Review*, vol. 46, n° 1, p. 5-68.
- BILODEAU, A. (2001). *Programme de soutien intensif aux familles (P.S.I.F.)*, [Ressource électronique, Alain Bilodeau et François Larose], Lévis, Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches.
- BILODEAU, S. (2008). *L'impact RT : les impacts de la thérapie de la réalité et de la thérapie du choix dans quatre foyers de groupe du Centre jeunesse de Québec*, Québec, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- BOHÉMIER, J.-C. et autres (2000). *Cadre de référence pour l'adoption d'une politique relative à la mise en place d'un programme d'encadrement intensif.*
- BOILY, M., M. St-Onge et M.-T. Toutant (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie de famille – Regard sur la parentalité*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 256 p.
- BOISVERT, S. et R. Desaulniers (2007). *Tous les outils dans le même étui – Cadre de référence pour les enfants 5-12 ans présentant des difficultés ou troubles du comportement et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières et Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- BOUCHARD, C. (1990). *Rapport du groupe de travail pour les jeunes Un Québec fou de ses enfants*, Gouvernement du Québec, Direction des communications.
- BOUCHARD, C. et autres (1991). *Un Québec fou de ses enfants : Rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- BOUDREAU, J. et autres (2010). *Cadre de référence Au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation*, Montréal, Association des Centres jeunesse du Québec.
- BOURASSA, C. (2003). « La relation entre la violence conjugale et les troubles de comportement à l'adolescence », *Service social*, vol. 50, n° 1, p. 30-56.
- BOURQUE, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*, Ottawa, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.
- BOUVAREL, A., R. Martin et P.-H. Tremblay (2004). *Les maux des ados..., les conduites à risques – Un entretien avec Xavier Pommereau*, [Document audiovisuel], Montréal, Centre d'études de la communication ; Lorquin, Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale, 34 min.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1992). « Évolution de la famille dans un monde en mutation ». *Apprentissage et Socialisation*, vol. 15, n° 3, p. 181-193.
- CANTIN, S. et autres (2008). *Le PIC : processus d'intervention clinique : troubles de comportement*, Chicoutimi, Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean,
- CANTOS, A.L. et T. Gries (1997). « Behavior correlates of parental visiting during family foster care », *Child Welfare*, vol. 76, n° 2.
- CAPUL, M. et M. Lemay (1996). *De l'éducation spécialisée*, Montréal, Les éditions Érès, (L'éducation spécialisée au quotidien).
- CARON, M. (2002). *Le professionnel en intervention – Un tuteur sur le parcours des jeunes en difficulté*, Montréal, Éditions Sciences et Culture.
- CENTRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIERE (2008). *Programme de suivi intensif famille et jeunes (PSIFJ)*, [document de travail].
- CENTRE JEUNESSE CÔTE-NORD (2008). *Protocole provisoire d'application de la mesure de protection : programme de réadaptation avec hébergement dans une unité d'encadrement intensif*, [Ressource électronique].
- CENTRE JEUNESSE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2009). *Cadre de référence sur la spécificité et la complémentarité professionnelles*.
- CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE (2001). *Utilisation de l'outil d'évaluation clinique des besoins des jeunes et de leur famille supportant l'élaboration de cibles d'intervention en matière de troubles de comportement*.
- CENTRE JEUNESSE DE LAVAL (2004). *Les programmes de réadaptation avec hébergement – Les notions*, Laval, [Document de travail].
- CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2005). *Offre de service du Centre jeunesse de la Montérégie*, Longueuil.
- CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC (2009). *Cadre de référence relatif aux services de réadaptation externe*, Québec.
- CLICHE, G., M. Hamel et M. Rioux (1998). *Agissons en complice, pour une meilleure stratégie de développement des enfants et des adolescents*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CLOUTIER, R. (1996). *Psychologie de l'adolescent*, 2<sup>e</sup> édition, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- CONNELL, C.M. et autres (2006). « Leaving foster care – The influence of child and case characteristics on foster care exit rates », *Children and Youth Services Review*, vol. 28, p. 780-798.
- COSSETTE, L. (1998). « Différences et similitudes entre les sexes : qu'en disent les recherches », *La revue Prisme*, vol. 8, n° 2, p. 255-260.
- CRITTENDEN, P. M. (1992). « Quality of attachment in the pre-school years », *Development and Psychopathology*, vol. 4, n° 2, p. 209-241.



« Family, Empowerment Intervention – Conceptual Foundations and Clinical Practices » dans DEMBO, R. et autres (2001), *Family empowerment as an intervention strategy in juvenile delinquency*, New York, Haworth Press, c2001, p. 1-31.

DIONNE, J. et R. Poulin (2011). *Interventions et identité professionnelle en psychoéducation (PSE1023)*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, [Notes de cours du baccalauréat en psychoéducation].

« Annexe 1 : 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996 » dans DORVIL, H. et autres (1997). *Rapport du Comité de la santé mentale du Québec : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

DUNCAN, B. L., S. D. Miller et M. A. Hubble (2001). *Pour en finir avec Babel – À la recherche d'un langage unificateur*, Saint-Hyacinthe, Edisem.

DU RANQUET, M. (1981). *L'approche en service social : intervention auprès des personnes et des familles*, Montréal, Edisem; Paris, Le Centurion, 351 p.

GAUDET, J. (2004). *Réflexions concernant l'arrimage conceptuel et théorique entre les groupes de développement 0-17 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

GAUDET, J. et F. Chagnon, révisé par S. Hamel (2004). *Rapport du comité de pilotage sur l'intégration sociale, un document de référence en évolution*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

GENDREAU, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*, Montréal, Éditions Sciences et Culture.

GENDREAU, G. (1995). *Partager ses compétences entre parents, jeunes en difficulté et éducateurs. Tome 1 : un projet en devenir*, Montréal, Éditions Sciences et Culture.

GENDREAU, G. et R. Tardif (1999). *La réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans – Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens – Rapport sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans*, Montréal, Association des centres jeunesse du Québec.

GOVERNEMENT DU CANADA (2003). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, L. R. C. 2002, chap. 1 Y-1.5*, [Ottawa], Publications du gouvernement du Canada.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *Loi refondue du Québec, chapitre S-4.2, Loi sur les services de santé et les services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2005). *Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes – Normes relatives à la pratique à l'intention des intervenants et des établissements du secteur de la santé et des services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Loi refondue du Québec, chap. P-34.1, Loi sur la protection de la jeunesse*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

GROS-LOUIS, Y. (2003). « Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs », *Psychologie Québec*, septembre 2003, p. 26-31.

GUAY, J., Chabot, D., Belley, C. et D. Dulude (2000a). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche milieu, Fascicule I – Le modèle*, Laval, Centre de réadaptation Normand-Laramée et Centre jeunesse de Laval.

GUAY, J., Chabot, D., Belley, C. et D. Dulude (2000b). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche milieu, Fascicule II – Gestion et organisation*, Laval, Centre de réadaptation Normand-Laramée et Centre jeunesse de Laval.

HAMEL, S. et P. Keable (2005). *Rapport du groupe de développement clinique sur l'intégration sociale des 12-17 ans – Proposition d'un programme favorisant l'intégration sociale des 15-17 ans en territoire, au CJM-IU*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

- HARVEY, J. (1991). *La protection sur mesure, un projet collectif : rapport du Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse : les points saillants du rapport*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- HASSAN, G. et C. Rousseau (2007). « La protection des enfants – Enjeux de l'intervention en contexte interculturel », *Bulletin de l'Association internationale pour la recherche interculturelle*, Fribourg, Association internationale pour la recherche interculturelle, n° 45, p. 37-50.
- HELDE, M. (2003). *Les troubles de comportement chez les jeunes âgés de 6 à 12 ans émergeant de la négligence – Une analyse de la problématique afin d'élaborer des pistes d'orientation pour développer un programme d'intervention*, Joliette, Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- KEABLE, P. (2008). *L'intégration sociale – Un cadre conceptuel soutenant le développement des programmes, services et activités à l'adolescence – Une mise à jour des concepts*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- KEABLE, P. (2007). *Un programme de réinsertion sociale pour les adolescentes et les adolescents hébergés*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- KEABLE, P. (2006). *Cadre de référence – Le développement des services de réadaptation avec hébergement à l'adolescence*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- KENNEDY, S. (2000). « Réceptivité au traitement : réduction de la récidive par des traitements plus efficaces », *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 12, n° 2, p. 19-23.
- KOHLBERG, L. (1984). *Essays on moral development. Volume Two: The Psychology of Moral Development*, San Francisco, Harper & Row Publishers.
- LACHARITE, C. et J. P. Gagnier (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir – Repères conceptuels et stratégies d'action*, Montréal, Gaëtan Morin.
- LAFRAMBOISE, J. (1999). *Balises cliniques en relation avec la désignation d'un intervenant comme personne autorisée en vertu de l'article 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse*, Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal.
- LALANDE, D. et J. Lortie (2009). *Cadre de référence : Un projet de vie, des racines pour la vie*, Montréal, Association des centres jeunesse du Québec.
- LANCTÔT, N. et J. Chouinard (2006). « Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention – Leçons tirées d'une étude de cas », *The Canadian Journal of Program evaluation*, vol. 21, n° 2, p. 105-131.
- LAPORTE, D. et J. Ross (1995). *Besoins, défis et aspirations des adolescents*, Saint-Lambert, Les éditions Héritage inc.
- LAROSE, C. et P. Keable (2011). *Élaborer des mécanismes assurant l'appropriation continue des approches, des modèles d'intervention, des programmes, des programmations et des outils cliniques Montréal: Rapport d'étape Montréal*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, (Document de travail, version 2011-04-05).
- LE BLANC, A. (2011). « Le « modèle psychoéducatif », tel qu'utilisé au Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire », *Revue Défi-Jeunesse*, vol. 18, n° 1.
- LE BLANC, A. (2010). *L'application du Cadre de référence dans les services de réadaptation avec hébergement pour les enfants âgés de 6 à 11 ans – Jalons de qualification de la pratique en internat et foyer de groupe*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- LE BLANC, A. (2009). *Guide de soutien à la pratique – La réadaptation avec hébergement en foyers de groupe à l'adolescence*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- LE BLANC, C. (2007). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse – Enjeux, pièges et outils*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

LE BLANC, M. (2000). *Quelle stratégie d'intervention choisir pour les adolescents en difficulté? Entre les interventions universelles et personnalisées s'impose l'approche différentielle*, [Conférence prononcée au Septième congrès de l'Association québécoise de la thérapie de la réalité, Québec 18, 19 et 20 mai].

LE BLANC, M. et autres (2002). *Intervenir autrement – Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*, 2<sup>e</sup> édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

LE BLANC, M., P. McDuff et R. E. Tremblay (1994). « L'émergence des troubles de comportement et ses conséquences au cours de la latence », *Revue Canadienne de criminologie*, avril 1994, p. 103-136.

LEMAY, M. (2001). *Famille, qu'apportes-tu à l'enfant?*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 216 p. (Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents).

LÉVESQUE, J. (2007). *Guide de pratique sur le retrait et le placement d'un enfant dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Saint-Romuald, Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral.

MASSE, D. (2010). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

« Le plan d'intervention et le plan de service individualisé » dans MASSÉ, L., N. Desbiens, et C. Lanaris (2006). *Les troubles de comportement à l'école, prévention, évaluation et intervention*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

MAUGHAN, A., et D. Cicchetti (2002). « *The impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment* », *Child Development*, vol. 73, n<sup>o</sup> 5, p. 1525-1542.

MORRIS, A.S. et autres (2007). « The role of the family context in the development of emotion regulation », *Social Development*, vol. 16, n<sup>o</sup> 2, p. 361-388.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-Services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Organisation des services – État de la situation et perspectives*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des services de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*.

MINISTÈRE FRANÇAIS DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT (2005). *Les Mots de l'Action Sociale*.

NADEAU, F. (2000). *Le passage à la vie autonome chez les jeunes ayant vécu un placement en milieu substitut*, Mémoire (M.A.), Université Laval, École de service social.

NORMAND, N. (2006). *Programme Jeunes en difficulté – Offre de service de réadaptation des CSSS de l'Estrie concernant les jeunes présentant des difficultés sévères de comportement*, Sherbrooke, Agence de Santé et de Services sociaux de l'Estrie.

OANDASAN, I. et S. Reeves (2005). « Key elements for interprofessional education – Part 2: Factors, processes and outcomes », *Journal of Interprofessional Care*, supplément 1, p.39-48.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBÉCOIS (2009). *Adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives (communiqué)*, [En ligne] [<http://www.opq.gouv.qc.ca>] (consulté le 15 décembre 2011).

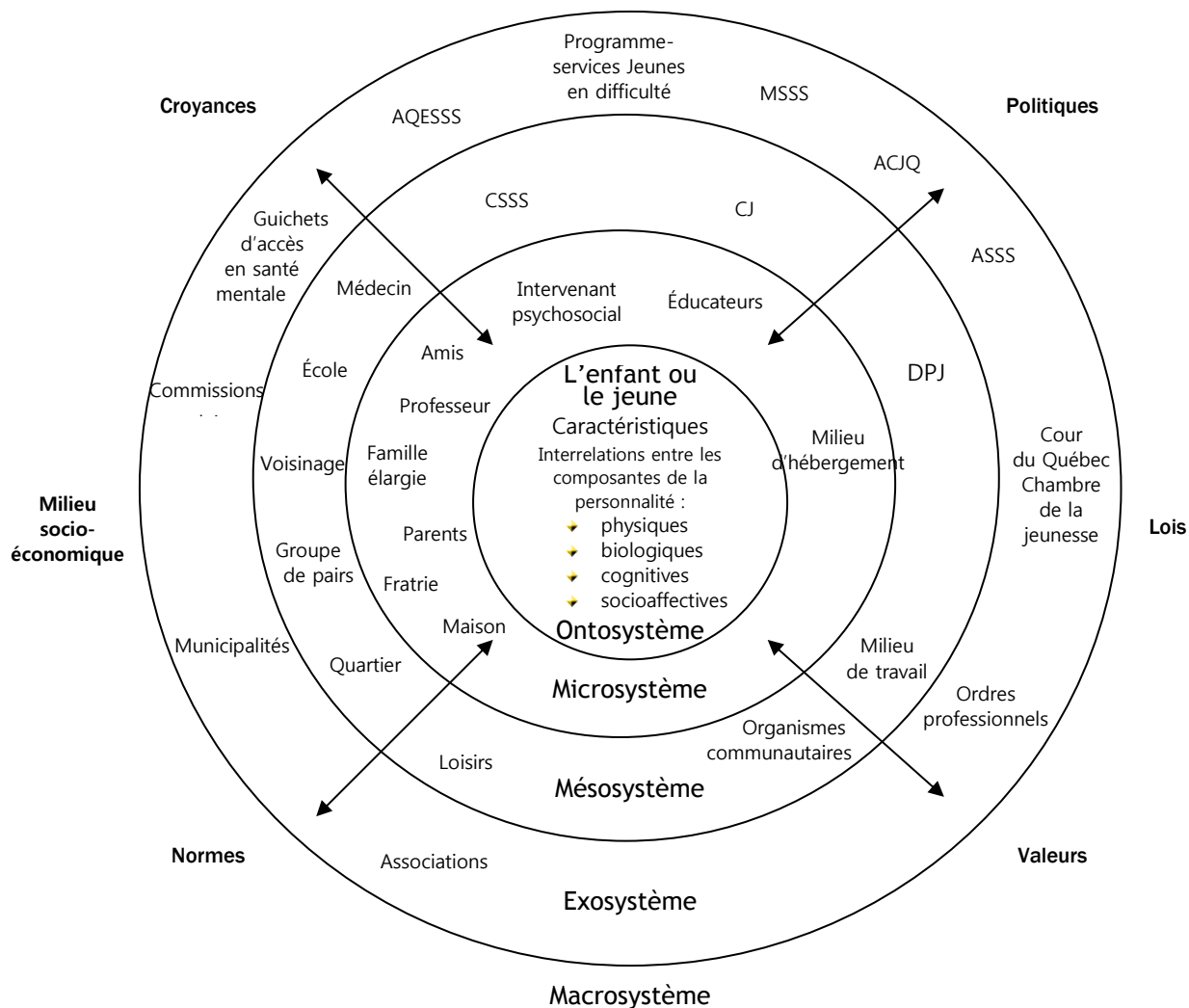
OOSTERMAN, M. et autres (2007). « Disruptions in foster care: A review and meta-analysis », *Children and Youth Services Review*, vol. 29, p. 53-76.

ORDRE DES PSYCHOÉDUCATEURS DU QUÉBEC (2008). *Guide d'évaluation psychoéducative*.

PAQUETTE, D. (2005). « Batailles, jeux de bataille et jeux de guerre : doit-on tout interdire? », *Défi Jeunesse*, volume 11, n<sup>o</sup> 2, p. 21 à 28.

- PAQUETTE, F. et F. Chagnon (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- PAUZÉ, R. (2010). *Le développement et l'implantation de programmes d'intervention probants dans les milieux de pratique – Un bilan après 10 années de travail dans ce domaine de recherche*, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke (Conférence, 16 avril 2010).
- PROCHASKA, J. et J. M. Prochaska (1999). « Why don't continents move? Why don't people change? », *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 9, n° 1, p. 83-102.
- ROUSSEAU, C. « Le jeu des différences », dans COLIN, C. (2004). *Une juste place pour tous les enfants – Plaidoyer pour l'action*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, p. 119-131.
- SAINT-JACQUES, M.-C. et autres (2009). « La diversité des trajectoires de recomposition familiale », *Politiques sociales et familiales*, vol. 96, p. 9-22.
- SANDERS, M. (2010). *Toward an Evidence-Based Population Level Approach to Promoting Competent Parenting*, (Conférence, congrès Jeunesse en tête de l'ACJQ).
- SELMAN, R. L. (2003) *The promotion of social awareness: Powerful lessons from the Partnership of Developmental Theory and Classroom practices*, New York, Russel Sage Foundation.
- SEXTON, T. L. et J. F. Alexander (2000). « Functional family therapy », *Juvenile Justice Bulletin*, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, décembre 2010, p. 1-7.
- TAYLOR, L. et autres (2011). *Modèle de pratique – Éducateurs externes à l'enfance*, Longueuil, Centre jeunesse de la Montérégie.
- TERRISSE, B. et F. Larose (2002). *L'intervention socio-éducative auprès de la famille*, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- THOMASSIN, A., J. Laframboise et S. Constantineau (2002). *L'intervention psychosociale et l'intervention de réadaptation au Centre jeunesse de Montréal : des repères à préciser*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- TREMBLAY, M. (2008). *Le cadre de référence sur le processus d'intervention clinique au Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean*, Chicoutimi, Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- TREMBLAY, R.E. et autres. « Parent and Child Training to Prevent Early Onset of Delinquency: The Montreal Longitudinal Experimental Study » dans MCCORD, J. et R. E. Tremblay (1992). *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*, New York, Guilford Press, p. 117-138.
- TURCOTTE, D. et autres (2001). « Évaluation d'une démarche d'intervention pour les enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes de comportement », *Intervention*, Revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, vol. 113, p. 27-37.
- VERLAAN, P. et M. Déry (2006). *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux agir*, Presses de l'Université du Québec.
- VOYDANOFF, P. (2007). *Work, family, and community: Exploring interconnections*, New York, Psychology Press.
- WEBSTER-STRATTON, C. (2003). *Aggression in Young Children Perspective: Services Proven to Be Effective in Reducing Aggression*, Encyclopedia on Early Childhood Development. Disponible par Internet à l'adresse [www.child-encyclopedia.com/documents/Webster-StrattonANGxp\\_rev.pdf](http://www.child-encyclopedia.com/documents/Webster-StrattonANGxp_rev.pdf).
- YOUNG, S. (2011). *Mandat sur l'élaboration d'un programme-cadre montréalais en négligence – La compréhension de la problématique de la négligence*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

# ANNEXE 1 SCHÉMA DU MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE<sup>15</sup>



**Ontosystème** : Ensemble des interrelations entre les différentes composantes de la personnalité d'un individu : physiques, biologiques, cognitives, socioaffectives. Il s'agit de l'ensemble des activités, des états, des compétences, des habiletés ou des déficits d'un individu pouvant être innés ou acquis.

**Microsystème** : Ensemble des relations interpersonnelles et des activités expérimentées par l'individu dans son milieu de vie immédiat, possédant des caractéristiques particulières.

**Mésosystème** : Fait référence aux réseaux de services dans l'environnement immédiat de l'individu.

**Exosystème** : Interrelations entre les milieux où l'individu n'est pas directement impliqué, mais qui ont un impact sur le mésosystème et son milieu de vie. Fait référence aux services sociaux (institutions, organismes, associations) qui concernent l'individu, mais dans lesquels il n'est pas impliqué.

**Macrosystème** : Fait référence aux valeurs, à la culture, aux croyances, aux lois et aux politiques de la société dans laquelle vit l'individu.

<sup>15</sup> Le schéma est une adaptation du schéma proposé dans Masse (2010), p. 5, lui-même inspiré du modèle écologique élaboré par Bronfenbrenner (1979). Les définitions sont adaptées de Terrisse et Larose (2002), p. 6 et 7.

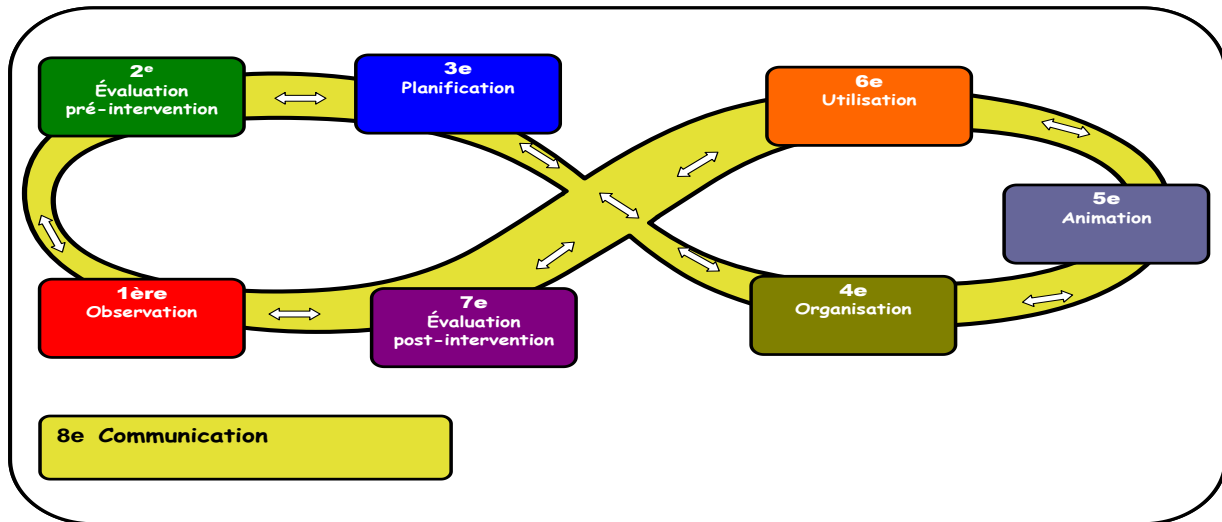


## ANNEXE 2 LE MODÈLE PSYCHOÉDUCATIF

Le modèle psychoéducatif est d'abord mis en œuvre dans un ensemble d'activités professionnelles qui sont en interaction et qui sont essentielles à un travail de réadaptation rigoureux. C'est à l'intérieur de ces activités que s'intègrent les divers savoirs de l'intervenant et que s'élabore le savoir en action qui forme la compétence de l'intervenant en réadaptation.

Le modèle compte huit **opérations professionnelles** dont trois (l'organisation, l'animation et l'utilisation) sont très identifiées au modèle psychoéducatif et se rapprochent sensiblement du cœur de ce que signifie l'intervention de réadaptation. Elles sont complétées et mises en contexte par de l'observation, de l'évaluation pré-intervention, de la planification, de l'évaluation post-intervention et de la communication. Ces opérations professionnelles se déroulent selon un flot continu et la qualité de l'exécution de chacune influence la réalisation des autres.

La représentation qui suit met en lumière la chaîne logique qui lie entre elles les différentes opérations professionnelles.



Mais pour que ce savoir en action prenne son sens et puisse exister, il doit être fondé sur un savoir-être qui devrait être en continuel développement chez cet intervenant. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour stimuler le développement de l'enfant ou du jeune (Le Blanc, 2011). Ce savoir-être associé à la relation éducative, à l'intérieur du vécu partagé, est caractérisé par six schèmes relationnels.

Les **schèmes relationnels** sont au nombre de six. La notion de schème relationnel fait référence à une combinaison de comportements et d'attitudes se mettant en action et pouvant se transformer dans l'objectif de s'ajuster aux situations (Le Blanc, 2011). Chacun d'eux est ici brièvement nommé et défini. Tout d'abord, la considération est une attitude accordant une valeur d'être à la personne, amenant à l'estimer et à l'accepter, au-delà de ses limites et de ses particularités. La sécurité est une attitude de connaissance de soi et de confiance en ses moyens qui permettent d'agir malgré des circonstances pouvant soulever de la peur ou de l'anxiété. La confiance est une croyance ferme que l'autre a en lui un potentiel, des ressources pour faire face à sa réalité et l'améliorer. La disponibilité est une attitude d'ouverture, de réceptivité à ce que l'autre peut manifester, de réceptivité aussi à ses propres réactions face à l'autre. La congruence est une attitude de fidélité à soi-même, de cohérence entre ses pensées, ses paroles et ses gestes.

L'empathie, enfin, est la capacité de se mettre à l'écoute de ce que l'autre vit, de saisir ce qu'il ressent tout en conservant l'intégrité de son propre ressenti (Le Blanc, 2011). La représentation graphique qui suit présente le caractère interrelié des schèmes relationnels.

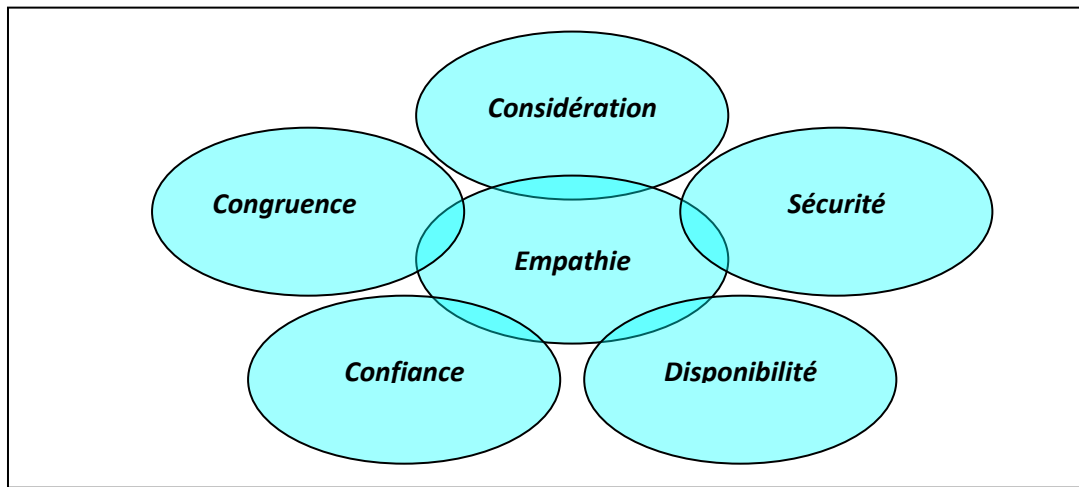


Schéma élaboré par Dionne et Poulin (2011)

Le troisième apport du modèle psychoéducatif rejoint l'image qui vient généralement à l'esprit de plusieurs lorsqu'il est question de ce modèle : celle du vécu partagé et de la structure d'ensemble permettant d'analyser de quoi est fait ce vécu partagé.

La **structure d'ensemble**, élaborée par Gendreau (2001) et ajustée à la lumière des travaux menés au Centre Boscoville 2000, propose une façon d'analyser ce qui est proposé au jeune dans le but d'améliorer ses interactions avec son environnement. Elle permet à la fois de mieux saisir la nature des interactions en jeu et de planifier la suite de l'intervention, en se donnant une meilleure prise sur l'aménagement de ces composantes. Elle s'avère en interaction continue avec les activités professionnelles, le plan d'intervention pouvant prévoir, par exemple, aussi bien l'observation que l'évaluation postintervention, et ce, par rapport à l'une ou l'autre des composantes (ex. : le temps ou l'espace).

« Cette structure d'ensemble comprend treize composantes. [...] Chacune d'elles peut servir à préparer comme à analyser rétrospectivement une réalisation à petite ou à grande échelle. Elle est schématisée selon deux axes : l'un vertical, réunissant les humains aux deux pôles, et l'autre horizontal, plaçant les composantes structurelles en position de satellites, gravitant autour du point de rencontre entre les deux pôles. L'axe vertical est central, c'est sur la justesse de son appréciation que repose en bonne partie l'équilibre de la structure. Les composantes satellites ne sont pas accessoires pour autant, loin de là : chacun de ces éléments est interrelié aux autres, si bien qu'ils s'interinfluencent de façon dynamique. Toute altération de l'une a des répercussions sur l'ensemble des autres. Il importe donc de prendre connaissance de la nature de chacune d'elles et de son rôle dans la structure d'ensemble. » (Le Blanc, 2011).



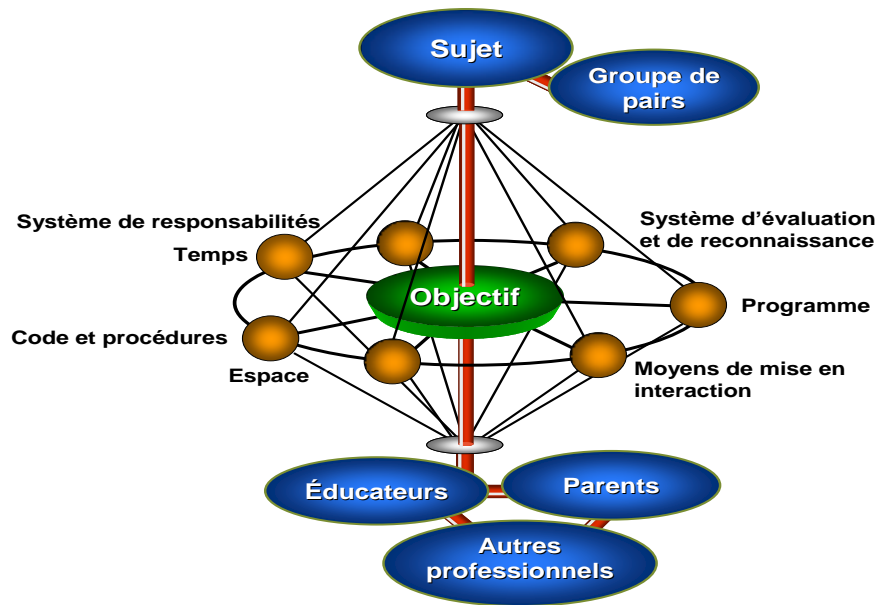


Schéma élaboré par Gendreau (2001), ajusté à la lumière des travaux du Centre Boscoville 2000

En combinant ces trois schémas, le modèle psychoéducatif offre une façon cohérente de concevoir l'intervention éducative, de chercher à en améliorer la rigueur tout en permettant d'inclure de façon ordonnée les avancées du développement des connaissances. C'est dans cette optique que le recours au modèle se prête à la contribution d'approches cliniques.



## ANNEXE 3 LES APPROCHES CLINIQUES

Les informations contenues dans la présente annexe ne font que tracer sommairement les contours des fondements théoriques, des objectifs, des moyens privilégiés et des clientèles privilégiées qui caractérisent les approches cliniques qui y sont présentées. Elles ne visent qu'à en donner un aperçu.

Approche centrée sur les solutions  
Approche cognitive comportementale  
Approche de la communauté d'entraide et de justice  
Approche empowerment  
Approche motivationnelle  
Approche psychodynamique  
Approche de réduction des méfaits  
Approche systémique  
Approche de la thérapie de la réalité

## L'APPROCHE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche tire sa source de la thérapie brève et de la thérapie familiale stratégique élaborées par l'équipe de Paolo Alto (É.-U.).</p> <p>Le problème est vu comme une impasse face à laquelle les moyens habituels du client pour régler la situation ne suffisent plus.</p> <p>Elle part du principe selon lequel une analyse exhaustive du problème ne révélera pas nécessairement sa solution.</p> <p>Elle axe la démarche vers la recherche de forces et de compétences dans le répertoire de solutions du client en vue de réaliser le but qu'il désire atteindre, plutôt que sur une analyse des déficits.</p> <p>Le principe ici est que le client est l'expert de sa situation et possède les ressources et les compétences nécessaires pour trouver une solution. L'intervenant adopte une position collaborative égalitaire et non d'expert « au-dessus » du client dans la recherche de solutions avec celui-ci.</p>	<p>Influencer les perceptions et les comportements pour ouvrir de nouvelles possibilités et construire des solutions à partir des forces et des compétences du client pour atteindre ses objectifs.</p> <p>Aider le client à reprendre du pouvoir sur son existence (empowerment) en lui permettant d'élargir la gamme de ses choix par rapport à la situation qui le préoccupe. L'intervention est ciblée et ne vise pas le fonctionnement de la personne dans sa globalité.</p> <p>Les objectifs sont modestes et visent de petits changements significatifs en rapport avec la demande du client.</p> <p>L'objectif ultime est que le client puisse poursuivre sa vie comme il l'entend, le plus rapidement possible.</p>	<p>Il n'y a aucun protocole particulier ou de façon précise de procéder.</p> <p>Les moyens qui visent à construire des solutions à partir des forces, des compétences et des succès du client sont adaptés à la situation unique de chacun.</p> <p>L'intervenant utilise les mots, les images, les valeurs et la vision du monde du client. Parmi les moyens privilégiés, il y a la recherche d'exceptions au problème : des moments ou des contextes où le problème est moins pire ou même absent.</p> <p>Le questionnement est dirigé vers le futur désiré plutôt que sur le passé, ce qui permet de cibler ce qui est souhaité à la place du problème et permet d'établir un objectif clair.</p> <p>Des tâches cliniques peuvent être prescrites en vue d'expérimenter des comportements nouveaux.</p> <p>Des recadrages en vue d'offrir des substituts aux perceptions qui contribuent au problème peuvent être utilisés.</p> <p>On peut aussi faire appel à des métaphores, à des anecdotes et à des histoires afin d'élargir le champ perceptuel du client, au service de la recherche d'une solution.</p>	<p>L'approche s'adresse à des individus, à des couples ou à des familles.</p> <p>Étant donné les moyens qu'elle privilégie, elle est moins indiquée en tant qu'approche principale en contexte d'intervention de groupe.</p>

## L'APPROCHE COGNITIVE COMPORTEMENTALE<sup>16</sup>

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche concerne l'apprentissage social et le conditionnement opérant.</p> <p>Le comportement humain est le produit d'une interaction dans laquelle le comportement, la cognition ainsi que d'autres facteurs externes et environnementaux sont déterminants (Bandura, 1986).</p> <p>Il y a une conception du problème d'adaptation comme étant le résultat d'un apprentissage comportemental non approprié par rapport à une norme ou à des règles sociales (Caron, 2002).</p> <p>Cette approche s'intéresse à la fois aux comportements externes (verbaux et non verbaux) et internes (cognitions, émotions) du fait de la dépendance qui les unit.</p>	<p>Restructurer la pensée en vue d'un travail de modification des comportements.</p> <p>Les cibles sont une amélioration des habiletés interpersonnelles, des façons de résoudre les problèmes, des façons de maîtriser la colère et l'agressivité et des habiletés intra-personnelles (les perceptions, l'empathie, les régulateurs du stress et les distorsions cognitives).</p> <p>Elle cible aussi l'organisation du milieu de vie de manière à susciter ou à renforcer les comportements « pro-sociaux » ou à faire disparaître les pensées ou les comportements antisociaux.</p>	<p>1-Volet individuel : Évaluation des excès et des déficits du client, élaboration d'un plan d'intervention constitué de « contrats comportementaux » et monitoring du respect de ces contrats assurée par des auto-observations.</p> <p>2-Volet d'activités en groupe : Ateliers destinés à enseigner au client des habiletés et leur mise en pratique : habiletés de communication, régulation de la colère et du stress, résolution de problèmes.</p> <p>3-Volet milieu : Organisation des activités de la vie quotidienne : système de renforcement (solutions de remplacement et répétition, récompenses et punition).</p> <p>Les techniques d'intervention privilégiées sont le modelage, le jeu de rôle, la rétroaction et la généralisation.</p>	<p>Personnalités asociales et conformistes.</p> <p>Le Blanc (2000) affirme que cette approche donne de meilleurs résultats chez les adolescents ayant des traits psychopathiques, qui sont immatures et dont la capacité d'introspection est faible. Cependant, elle n'est pas déconseillée chez les autres adolescents; elle risque seulement d'être insuffisante.</p>

<sup>16</sup> Adapté de Keable, P. *Cadre de référence – Le développement des services de réadaptation avec hébergement à l'adolescence*, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Montréal, 2006 (annexe 5)

## L'APPROCHE DE LA COMMUNAUTÉ D'ENTRAIDE ET DE JUSTICE

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche de la communauté d'entraide et de justice (ACEJ), aussi nommée cognitive développementale, s'appuie sur les travaux de Selman (2003) sur les stratégies de négociation interpersonnelles (SNI) et de Kohlberg (1984) sur le jugement moral.</p> <p>Les objectifs généraux d'un programme d'intervention utilisant l'ACEJ sont les suivants : les adolescents développent la préoccupation de la recherche de l'entraide et de la justice afin de créer un climat positif dans leur petite communauté; ils abandonnent progressivement leurs attitudes et leurs comportements marginaux à risque; ils progressent sur le plan du raisonnement moral et sur le plan de la compétence à négocier avec leur environnement la réponse à leurs besoins d'autonomie et d'intimité.</p>	<p>Objectif global : une diminution des comportements à risque par le développement social et moral et par l'apprentissage de la négociation.</p> <p>Objectifs opérationnels : l'amélioration, chez les sujets de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de leur compréhension de leurs rapports à l'égard des situations à risque et aux comportements à risque;</li> <li>de leur capacité à gérer leur conduite, plus particulièrement sur le plan de leurs stratégies de négociation et leurs orientations interpersonnelles ainsi que sur le plan de leur jugement moral;</li> <li>de leur compétence sociale dans les interactions avec les autres et dans leur raisonnement moral.</li> </ul>	<p>Le moyen privilégié est la participation à un milieu démocratique qui favorise la recherche de l'entraide et de la justice.</p> <p>Le milieu de vie s'organise en communauté d'entraide et de justice où jeunes et adultes prennent part au processus démocratique d'organisation, de décision et d'animation concernant ce milieu de vie, ses règles et les projets collectifs que veulent réaliser les membres de la petite collectivité.</p> <p>Des activités en mode de groupe favorisent ce fonctionnement démocratique et stimulent la réflexion des jeunes sur des questions d'entraide et de justice.</p> <p>L'accompagnement individuel est centré sur l'amélioration de la qualité du raisonnement « sociomoral » des jeunes.</p> <p>Un accompagnement familial permet d'évaluer les principaux comportements à risque du jeune et les modes de négociation interpersonnelle dans la famille. Il vise à favoriser l'adhésion de la famille à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention (PI).</p> <p>Une grille d'observation des comportements à risque et des stratégies de négociation de l'adolescent (SNI) est utilisée quotidiennement par les intervenants.</p>	<p>On ne trouve actuellement aucune donnée significative sur les types de jeunes qui pourraient le mieux être aidés par l'ACEJ. Jusqu'à maintenant, selon les données de quelques études préliminaires, des jeunes ayant différentes problématiques ont participé de façon positive aux expériences d'ACEJ dans différents foyers de groupe et unités de vie de CJ.</p> <p>Il est important d'être sensible aux jeunes qui présentent des limites intellectuelles afin d'adapter l'intervention à leurs besoins. Dans leur cas, des approches plus comportementales peuvent être plus indiquées.</p> <p>Selon certains auteurs, dont Le Blanc (2000), l'ACEJ faciliterait la réadaptation des adolescents en difficulté qui présentent des traits névrotiques.</p>

## L'APPROCHE D'AUTONOMISATION<sup>17</sup>

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche d'<i>empowerment</i> reconnaît les inégalités sociales et promeut le pouvoir des personnes. Elle s'applique aux personnes, aux organisations ou aux communautés.</p> <p>L'approche reconnaît les compétences des plus vulnérables et suppose un double mouvement de conscientisation et d'action par lequel les personnes développent des conditions leur permettant d'agir par elles-mêmes et d'exercer un plus grand contrôle sur des aspects qu'elles jugent importants dans leur vie.</p> <p>Dans la relation d'aide auprès de personnes ou de familles, elle propose de délaisser le rapport « expert-client » au profit d'un discours axé sur le soutien à la participation, à la mobilisation et à l'autonomie de ceux-ci.</p>	<p>L'approche d'<i>empowerment</i> est de nature écologique. Elle vise l'autodétermination des personnes, par un meilleur contrôle de celles-ci sur leur vie et une meilleure capacité à changer des choses dans le monde qui les entoure.</p>	<p>L'intervention comprend trois volets importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le soutien à la conscientisation</li> </ul> <p>L'intervenant accueille la personne, reconnaît ses compétences et s'inscrit avec elle dans une relation de complémentarité. Il suscite sa participation active tout au long de l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le soutien à la prise de décision et à l'action</li> </ul> <p>L'intervenant amène la personne à décider du but et des moyens requis, puis à poser des gestes concrets en vue du changement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le soutien à l'évaluation des résultats</li> </ul> <p>L'intervenant aide la personne à évaluer les actions réalisées, leurs effets et les conditions qui en expliquent l'efficacité ou l'échec.</p>	<p>L'approche peut être indiquée pour une multitude de clientèles.</p>

<sup>17</sup> Inspiré de Lemay, L. (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment, du discours à la réalité – La question occultée du pouvoir entre les acteurs au sein des pratiques », dans *Nouvelles pratiques sociales*, volume 20, n° 1, p. 165 à 180.

## L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche, élaborée dans les années 1980 aux États-Unis et au Royaume-Uni, est définie par Miller et Rollnick comme une méthode de communication directive orientée vers un objectif déterminé, tel que l'abandon ou la diminution de certains comportements à risque.</p> <p>Elle reconnaît la responsabilité du client dans son cheminement et perçoit l'ambivalence comme étant naturelle face à toute perspective de changement.</p> <p>Elle se fonde généralement sur la notion de dissonance cognitive élaborée par Festinger, le modèle du changement établi par Proshaska et DiClemente.</p> <p>Elle est compatible avec d'autres approches.</p>	<p>L'objectif principal de l'approche motivationnelle est d'augmenter la motivation de l'individu au changement.</p> <p>Elle cible également la capacité de l'individu à formuler les arguments favorables au changement, de développer son « discours vers un changement ».</p>	<p>L'empathie, la capacité du professionnel à composer avec les résistances, le développement du sentiment d'efficacité personnelle chez le client, la formulation de questions ouvertes, la valorisation, l'écoute réflexive et la reformulation.</p> <p>Échelle de Rollnick (outil)</p> <p>Sur une échelle de 1 à 10, à quel point te sens-tu capable de (...)? Pourquoi ce chiffre? Pourquoi pas celui d'avant? D'après? Contribue à la réflexion.</p>	<p>Utile pour faire reconnaître la gravité d'une problématique au début d'une intervention, elle peut être indiquée pour des personnes qui présentent des problématiques liées à la dépendance (substances psychoactives), à la maltraitance, à des comportements et à la délinquance ou encore au suicide ou à des pensées suicidaires.</p>



## L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche de réduction des méfaits a fait son apparition au début des années 1980 en réponse à des problématiques de dépendance aux drogues.</p> <p>« Elle s'inscrit dans une logique de santé publique visant, plutôt que l'élimination de l'usage des drogues, à ce que les usagers puissent développer les moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements pour eux-mêmes, leur entourage et la société; sur le plan physique, psychologique et social. » (Brisson, 1997)</p> <p>Elle est fondée sur les notions de dissonance cognitive (modèle élaboré par Festinger), de l'apprentissage social et des réseaux sociaux déterminant le risque et sur le modèle du changement élaboré par Proshaska et DiClemente.</p>	<p>L'approche met l'accent sur la réduction des conséquences de la consommation de drogues plutôt que sur son élimination. Elle vise l'adoption d'objectifs réalistes plutôt qu'idéaux (Savard, 1998).</p>	<p>L'intervention est axée sur le pragmatisme et l'humanisme.</p> <p>Elle tient compte des coûts et des bénéfices que représente le maintien de ses habitudes ou de ses comportements et porte sur les conséquences négatives qu'ils engendrent.</p> <p>L'intervention procède par étapes prioritaires et réalistes; elle prône un travail de proximité et elle implique les clients dans le respect de leurs droits.</p>	<p>L'approche a été conçue au départ à l'intention des clientèles marginalisées et à risque : utilisateurs de drogues injectables, jeunes de la rue et itinérants, personnes atteintes d'une ITSS, etc.</p> <p>Elle peut être utilisée auprès de l'ensemble des clientèles du programme-services Jeunes en difficulté.</p>

## L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE<sup>18</sup>

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche psychodynamique envisage une théorie générale du développement psychique et a pris son essor avec les découvertes freudiennes (psychanalyse). Caron (2002) rappelle que le comportement problématique est ici le symptôme d'un dysfonctionnement interne, c'est-à-dire un conflit antérieur intériorisé.</p> <p>Le Moi est au cœur de la construction de l'identité et doit être renforcé en vue d'un meilleur équilibre.</p> <p>Lorsqu'il y a conflit entre les trois instances (ça, moi et surmoi), l'individu manifeste de l'inadaptation dans ses comportements.</p>	<p>Cette approche vise l'acquisition de comportements socialement adaptés. Pour arriver à des changements durables dans les différentes sphères de la vie de la personne, l'approche s'adresse à l'organisation de la personnalité et à ses différentes fonctions, en tentant d'en renforcer le développement dans ses zones saines et d'en corriger ou d'en guider le développement dans ses zones pathologiques.</p> <p>L'approche psychodynamique a des objectifs cliniques sur le plan affectif, relationnel, cognitif, social et sexuel. Pour ce faire, elle met à profit les fonctions cognitives du sujet, dans des prises de conscience de ses façons de fonctionner. À cette fin, l'intervenant met l'emphase sur ce qui se vit sur le plan interpersonnel (transférentiel), par exemple entre un jeune et son éducateur, les autres intervenants, ses pairs et les autres personnes de son entourage.</p>	<p>Dans le contexte de l'intervention en réadaptation, la relation entre le jeune et l'adulte, comme l'analyse des problématiques de cette relation, est un moyen essentiel dans la mise en place de l'approche psychodynamique.</p> <p>La vie de groupe et la compréhension des interactions entre le jeune et ses pairs sont d'autres moyens importants. Les activités auxquelles le jeune est convié et le rapport qu'il établit avec elles sont d'autres voies privilégiées.</p> <p>Les rencontres centrées sur l'échange verbal avec l'éducateur, d'autres intervenants ou les pairs sont des moyens incontournables associés à cette approche.</p>	<p>La compréhension psychodynamique de l'organisation de la personnalité d'un jeune aux fins de son adaptation à sa réalité extérieure et de la préservation relative de son équilibre interne se révèle utile ou essentielle dans tous les cas. Elle permet d'évaluer l'état du développement du jeune en établissant des liens dynamiques entre les différentes fonctions de sa personnalité en développement. En ce sens, elle offre des indications très utiles à définir les cibles d'intervention les plus stratégiques et la façon de transiger avec le jeune qui est concerné.</p> <p>Aux fins de l'intervention de réadaptation, elle est applicable auprès des jeunes ayant une personnalité dite « névrotique » (sauf pour le traitement des troubles anxieux proprement dits) et auprès des jeunes à risque de développer un trouble de la personnalité. Elle n'est pas indiquée auprès des jeunes véritablement délinquants, auprès de ceux qui ont une maladie neurologique ou du registre psychotique.</p>

<sup>18</sup> Adapté de Keable, P. *Cadre de référence – Le développement des services de réadaptation avec hébergement à l'adolescence*, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Montréal, 2006 (annexe 5)

## L'APPROCHE SYSTÉMIQUE<sup>19</sup>

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	LES CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche systémique est inspirée de la théorie des systèmes de L. Bertalanffy. Un système est organisé, c'est-à-dire que ses éléments sont unis selon des règles, des rôles, des fonctions et des finalités.</p> <p>La problématique d'un individu est perçue comme le « symptôme » d'un dysfonctionnement dans la famille. Elle fait référence à une « adaptation » à un système malade plutôt qu'à une inadaptation.</p> <p>Des <i>patterns</i> de fonctionnement visant à maintenir un équilibre dans le système peuvent être transmis de génération en génération.</p> <p>Cette approche est fondée sur le principe selon lequel une meilleure communication favorise une meilleure adaptation.</p>	<p>L'approche systémique vise une nouvelle adaptation de l'individu, par l'apport au système d'une information nouvelle sur les interactions entre les différents membres de ce système (en premier lieu la famille, mais aussi des regroupements d'individus).</p> <p>Le tout se traduira par une mise à jour des modèles de fonctionnement qui maintiennent la problématique (à quoi et à qui sert le « symptôme »), l'apprentissage de nouveaux modes de communication ainsi que la clarification des règles, des rôles, des alliances et des frontières dans le système.</p>	<p>La carte de réseau et le génogramme (schéma des tendances héréditaires d'un individu) sont les outils privilégiés de l'approche systémique, car ils donnent une représentation graphique du réseau social de soutien du jeune et une lecture trigénérationnelle du symptôme.</p> <p>Certaines techniques sont mises à profit, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la médiation,</li> <li>• la reformulation,</li> <li>• le recadrage,</li> <li>• les questions circulaires.</li> </ul>	<p>L'ensemble de la clientèle du programme-services Jeunes en difficulté.</p>

<sup>19</sup> Adapté de Keable, P., *Cadre de référence – Le développement des services de réadaptation avec hébergement à l'adolescence*, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Montréal, 2006 (annexe 5)

## L'APPROCHE DE LA THÉRAPIE DE LA RÉALITÉ<sup>20</sup>

LES FONDEMENTS THÉORIQUES	LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	LES MOYENS PRIVILÉGIÉS	CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES
<p>L'approche de la thérapie de la réalité (ou thérapie par le réel) est la méthode de consultation enseignée par le Dr Glasser depuis 1965. Elle est l'art de créer un lien significatif avec le client. Elle fait appel à des procédures qui mènent aux changements, notamment l'autoévaluation, pour aider le client à faire des choix qui lui permettront d'être davantage en équilibre et en contrôle effectif de sa vie.</p> <p>La théorie du choix est la base de tous les programmes enseignés par l'Institut William Glasser. Elle révèle que tout ce que nous faisons est de nous comporter, que presque tous nos comportements sont choisis et que nous sommes poussés par nos gènes à satisfaire cinq besoins fondamentaux : la survie, l'amour et l'appartenance, le pouvoir, la liberté, le plaisir.</p> <p>Elle repose sur le principe selon lequel notre comportement est toujours choisi et qu'il est la meilleure tentative du moment pour satisfaire un ou plusieurs de nos besoins fondamentaux.</p>	<p>L'approche de la thérapie de la réalité vise une amélioration des relations dans les différentes sphères de vie.</p> <p>Elle vise à acquérir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des stratégies additionnelles qui permettent de répondre à ses besoins plus adéquatement, et ce, en composant avec les besoins des autres;</li> <li>• des habiletés plus efficaces à s'affirmer sans chercher à contrôler;</li> <li>• une meilleure capacité à résoudre les problèmes et à maintenir des engagements, envers soi et envers les autres;</li> <li>• de meilleures capacités à s'évaluer et à prendre des décisions plus efficaces afin de rester en contrôle effectif de sa vie.</li> </ul>	<p>L'objet de la thérapie de la réalité est d'aider les gens à renouer des liens. Il en découlera donc une attention toute particulière accordée au savoir-être, puisque le lien établi entre le thérapeute (conseiller, éducateur, professeur) et le client servira de modèle pour montrer comment la personne isolée peut commencer à nouer des liens plus satisfaisants avec les gens dont elle a besoin.</p> <p>Deux composantes essentielles sont reliées à l'application des processus de l'approche de la thérapie de la réalité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Créer l'ambiance et la relation qui conduit au changement.</li> <li>2) Utiliser les procédures, dans cette ambiance, qui amènera la personne à changer ses comportements.</li> </ol>	<p>L'ensemble des clientèles du programme-services Jeunes en difficulté</p>

<sup>20</sup> Inspiré de Bilodeau, S. (2008). *L'impact RT – Les impacts de la thérapie de la réalité et de la thérapie du choix dans quatre foyers de groupe du Centre jeunesse de Québec*, Québec, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, p. 5 à 7.