

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Efficacité des modèles et des approches de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Effacité des modèles et des approches de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

Rédaction

Véronique Leclair
Sira Camara
Isabelle Toupin

Coordination scientifique

Isabelle Beaudoin

Direction

Marie-Claude Sirois



La planification de ce projet ainsi que son évolution ont été présentés au Comité d'excellence clinique (CEC) de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA), de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), lors de ses réunions des 11 octobre 2019 et 15 octobre 2021.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Véronique Leclair, M. Sc.
Sira Camara, M. Sc.
Isabelle Toupin, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Isabelle Beaudoin, Ph. D.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Bin Chen, *tech. doc.*

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu
Julie Dionne

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-550-93688-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2023

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité des modèles et des approches de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. État des connaissances rédigé par Véronique Leclair, Sira Camara et Isabelle Toupin. Québec, Qc : INESSS; 2023. 130 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Pour ce rapport, les membres du Comité de travail sont :

M^{me} Marie-Hélène Apollon, agente de liaison, Comité des usagers, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est

M^{me} Annie Bastien, directrice adjointe du programme jeunesse Réadaptation adolescents et jeunes contrevenants, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Marc-André Bélanger, coordonnateur au développement des pratiques, Regroupement des Auberges du Cœur du Québec

M^{me} Chantal Campeau, conseillère à la transformation, bureau de la sous-ministre adjointe, Direction générale du développement, du bien-être et de la protection de la jeunesse, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (à partir de mai 2022)

M^{me} Jessica Côté-Guimond, Ex-placée (représentante des usagers), Directrice générale du Collectif Ex-Placé DPJ

M^{me} Annie Dion, directrice adjointe du programme jeunesse, Direction du programme jeunesse, CISSS de Laval

M. Patrick Dussault, chef de service de la coordination et du développement clinique des services de réadaptation et d'hébergement, Direction de la protection de la jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Kim Dutremble, représentante des usagers (parents), directrice des logements, Corporation Mainbourg

M^{me} Marie-Claude Duval, adjointe au directeur du programme jeunesse, services de réadaptation avec hébergement pour jeunes en difficulté d'adaptation, Direction du programme jeunesse, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (a siégé au comité de novembre 2020 à mai 2022)

M^{me} Catherine Émond, conseillère au programme jeunesse, Direction des services de protection de la jeunesse et de justice pénale pour les adolescents, MSSS

M. Jessy Steve Gagné, représentant des usagers, personne autorisée par le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), Direction adjointe programme jeunesse, services dans la communauté et ressources, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Denis LaRue-Fréchette, directeur général, Travail de rue Île de Laval (TRIL)

M. Robert Levasseur, directeur, Direction de la protection de la jeunesse, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (a siégé au comité de novembre 2020 à juin 2022)

M. Arnaud Milord-Nadon, agent de développement, Boscoville

M. Christian Pelletier, directeur du programme jeunesse, Centre de santé et de services sociaux de Lanaudière (CSSS), CISSS de Lanaudière

M^{me} Marie-Claude Simard, chercheuse, Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Sophie Tremblay-Hébert, chercheuse, Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; professeure associée, École de travail social, Université de Montréal

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Sophie Couture, professeure, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

M^{me} Marie-Claude Bourdages, coordonnatrice Programme jeunesse, volet réadaptation et hébergement, CISSS Gaspésie

M^{me} Rosita Verga Diaz, professeure associée, École de travail social et de criminologie, Université Laval

Patients, usagers, proches et citoyens

L'INESSS tient à remercier les membres du panel d'usagers et de proches de la DESA pour leur rétroaction sur les résultats présentés :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

CEC de la DESA de l'INESSS

M^{me} Mathilda Abi-Antoun, responsable de la coordination des centres d'appels COVID-19 pour la province

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, chef du Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

D^r Serge Bergeron, médecin, directeur des services professionnels et des services multidisciplinaires, Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James

M^{me} Marie-Ève Bouthillier, cadre-conseil en éthique, CIUSSS de Laval; professeure adjointe de clinique, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, chercheur (retraité), Institut universitaire sur les dépendances; professeur émérite, École de criminologie, Université de Montréal

M^{me} Marie-Joëlle Carbonneau, membre citoyenne

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Jacinthe Cloutier, directrice adjointe des services spécifiques et spécialisés clientèle adulte DI-TSA, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Marianne Dion-Labrie, éthicienne, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Christine Fournier, chargée de projet, Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal

M. Francis Frenette, infirmier praticien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Élyse Lafaille-Magnan, membre citoyenne

M. Simon Legault, conseiller en révision de processus, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique du Groupe de recherche sur les substances psychoactives Québec, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Pierre-Paul Milette, directeur général adjoint Santé physique générale et spécialisée et DSM DSP-SSG, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheuse, CRUJeF du CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée, Université Laval, Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR)

M^{me} Line Perreault, éthicienne, CISSS de Chaudière-Appalaches

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; professeur agrégé, Université McGill

M^{me} Geneviève Racine, psychoéducatrice, CISSS de Chaudière-Appalaches

M. Martin Robert, chef de programme (retraité), CIUSSS de l'Estrie, CHUS

M. Mathieu Roy, conseiller scientifique au DGA, CIUSSS de l'Estrie, CHUS

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes, qui ont contribué à ce rapport alors qu'elles étaient professionnelles scientifiques à l'INESSS :

M^{me} Geneviève Audet, psychoéducatrice, conseillère professionnelle Soutien aux pratiques professionnelles et au développement clinique, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Isabelle Linteau, conseillère scientifique, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Viviane Lortie, chargée de projet – Volet formation, IUJD, Direction adjointe – Recherche, développement et transfert des connaissances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration d'intérêts

M^{me} Jessica Côté-Guimond siège au comité de pilotage de la Chaire-Réseau Jeunesse, est membre de la Table jeunesse à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) et collabore régulièrement avec la Fondation du Centre jeunesse de Montréal. Elle a fait des sorties médiatiques en lien avec la protection de la jeunesse et la transition à la vie adulte des jeunes placés.

M^{me} Sophie Couture est chercheuse universitaire à l'IUJD et est ainsi admissible aux concours de bourses de cet institut (p. ex. frais de congrès, traduction d'articles). Elle a également occupé un poste de chercheuse en établissement à l'IUJD dans le passé. Elle détient des subventions pour des projets de recherche portant sur les jeunes fugueurs en centre de réadaptation (CR), provenant des organismes suivants : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (subvention Savoir et Engagement partenarial); MSSS (subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances). Dans le cadre de ses projets de recherche, elle participe à des congrès et publie des articles scientifiques.

M. Jessy Steve Gagné siège au comité de jeunes de l'EDJeP. Il a témoigné et fait des recommandations dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

M. Arnaud Milord-Nadon travaille pour Boscoville, une organisation offrant des solutions, proposant des interventions et cherchant à bonifier les pratiques en réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. Il travaille directement dans des projets visant une bonification des pratiques auprès des jeunes placés en centre de réadaptation pour jeunes ayant des difficultés d'adaptation.

M^{me} Rosita Vargas Diaz a des affiliations professionnelles variées en tant que membre : Regroupement stratégique, recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles; Équipe de recherche sur le placement et l'adoption en protection de la jeunesse; Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec; CREVAJ.

M^{me} Marie-Claude Simard mène des travaux de recherche sur les besoins des jeunes en CR pour jeunes en difficulté d'adaptation.

M^{me} Sophie Tremblay-Hébert réalise des travaux sur la réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation et en fait des publications.

M^{me} Marie-Claude Sirois a réalisé son mémoire de maîtrise à l'Université du Québec en Outaouais sur l'implantation de l'Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ).

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lectrices externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
GLOSSAIRE	XI
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1 Questions clés de recherche	4
1.2 Terminologie.....	4
1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique	5
1.4 Sélection des publications.....	6
1.5 Évaluation de la qualité des études.....	8
1.6 Extraction de l'information	9
1.7 Analyse, synthèse et appréciation de la preuve scientifique.....	9
1.8 Processus de validation.....	10
2 RÉSULTATS – MODÈLES RECENSÉS	12
2.1 Brève description des modèles recensés.....	12
2.2 Regroupement des modèles	15
3 RÉSULTATS – REGROUPEMENT DES MODÈLES CENTRÉS SUR LE TRAUMA.....	16
3.1 Description des publications.....	16
3.2 Résultats relatifs à l'efficacité	24
3.2.1 Comportements extériorisés	24
3.2.2 Santé mentale	26
3.2.3 Placements.....	29
3.2.4 Fonctionnement global	30
3.2.5 Dimension pour laquelle les données d'efficacité sont insuffisantes	32
3.3 Résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation	32
3.3.1 Barrières à l'implantation.....	32
3.3.2 Facilitateurs à l'implantation	33
3.4 Résultats relatifs au vécu et aux perceptions.....	35
4 RÉSULTATS – REGROUPEMENT DES MODÈLES CENTRÉS SUR LES COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX ET LES COMPÉTENCES PROSOCIALES	36
4.1 Description des publications.....	36
4.2 Résultats relatifs à l'efficacité	43
4.2.1 Comportements extériorisés ou délinquants	44
4.2.2 Santé mentale	47
4.2.3 Fonctionnement global	48
4.2.4 Dimensions pour lesquelles les données sont insuffisantes	50

4.3	Résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation	51
4.4	Résultats relatifs au vécu et aux perceptions	51
5	DISCUSSION.....	53
5.1	Sommaire des résultats et constats	54
5.1.1	Les résultats relatifs à l'efficacité.....	54
5.1.2	Les résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation, au vécu et aux perceptions	58
5.1.3	Les données d'efficacité insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve	58
5.2	Limites	58
	CONCLUSION	60
	RÉFÉRENCES	62
	ANNEXE A.....	77
	Stratégie de repérage de l'information scientifique	77
	ANNEXE B.....	90
	Analyse sommaire de la mise à jour de la revue systématique des écrits.....	90
	ANNEXE C.....	91
	Sélection des études	91
	ANNEXE D.....	95
	Synthèse de l'évaluation de la qualité des publications	95
	ANNEXE E.....	99
	Grille d'extraction	99
	ANNEXE F	100
	Grille d'appréciation de la preuve scientifique.....	100
	ANNEXE G	101
	Fiches synthèse des modèles retenus	101
	ANNEXE H.....	111
	Les données insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve	111
	ANNEXE I	114
	Résultats exhaustifs (regroupement sur le trauma)	114
	ANNEXE J	122
	Résultats exhaustifs (regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales).....	122

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion de la sélection des publications	7
Tableau 2	Publications retenues pour chacun des modèles.....	13
Tableau 3	Regroupement des modèles	15
Tableau 4	Description des publications retenues pour le regroupement des modèles centrés sur le trauma.....	18
Tableau 5	Description des publications retenues pour le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales	38
Tableau 6	Exemples de cibles, finalités et principes communs aux deux regroupements de modèles	54
Tableau 7	Synthèse des énoncés de preuve	57
Tableau A-1	Bases de données bibliographiques	77
Tableau A-2	Autres sources d'information.....	84
Tableau B-1	Publications de la mise à jour de la recherche documentaire.....	90
Tableau C-1	Liste des publications incluses	92
Tableau C-2	Raisons d'exclusion après évaluation complète des publications	94
Tableau D-1	Synthèse de l'évaluation de la qualité des publications	95
Tableau F-1	Grille d'appréciation de la preuve scientifique.....	100
Tableau G-1	Fiches synthèses des modèles retenus	101
Tableau H-1	Les données insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve	111
Tableau I-1	Résultats exhaustifs (regroupement centré sur le trauma)	114
Tableau J-1	Résultats exhaustifs (regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales)	122

LISTE DES FIGURES

Figure C-1	Diagramme de flux.....	91
------------	------------------------	----

RÉSUMÉ

Introduction

L'offre de service en réadaptation doit répondre aux besoins singuliers et multiples des jeunes en difficulté d'adaptation. Selon plusieurs acteurs clés, elle doit également être diversifiée pour : rejoindre les intérêts des jeunes, susciter un sentiment d'appartenance, favoriser le développement d'un réseau de soutien, intégrer le transfert des acquis de l'interne vers l'externe en encourageant notamment l'implication des organismes communautaires, et répondre aux problématiques émergentes.

Or, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ), mise sur pied en 2019, relève plusieurs enjeux sur le terrain qui interfèrent avec la qualité de l'offre de service, par exemple : milieux de vie désuets, hébergement limité dans certaines régions, clientèle qui devrait être placée dans un hébergement spécialisé et ressources d'hébergement peu diversifiées.

Devant ce constat, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande l'appui de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) afin de déterminer les principes directeurs, les cibles et les finalités de la réadaptation en proposant une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation âgés de 10 ans et plus.

Ce présent état des connaissances répond à la question d'évaluation suivante : Quels sont les modèles et approches à préconiser en réadaptation?

Elle se divise en trois questions clés :

1. Quels modèles et approches de réadaptation sont considérés efficaces auprès des jeunes en difficulté d'adaptation?
2. Quels sont les barrières et facilitateurs à l'implantation de ces modèles et approches?
3. Comment ces pratiques sont-elles vécues et perçues par les principaux acteurs impliqués, c'est-à-dire les jeunes, leurs proches et les intervenants?

Méthodologie

Pour répondre aux questions clés, une revue systématique est réalisée à partir de publications répertoriées dans plusieurs bases de données bibliographiques ciblées et dans la littérature grise. Ces publications ont été sélectionnées à l'aide de critères d'inclusion prédéfinis, et les informations pertinentes en ont été extraites. Pour les publications rapportant des données d'efficacité, une synthèse narrative analytique est privilégiée, notamment en raison du caractère hétérogène des publications. Plus précisément, un processus de gradation de la preuve est appliqué selon les critères de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les données sur les barrières et facilitateurs à l'implantation ainsi que sur le vécu et les perceptions (questions 2 et 3) font l'objet d'une analyse thématique et d'une synthèse narrative analytique.

Résultats

Neuf modèles et approches dont l'efficacité a été évaluée sont recensés dans 19 publications. Ils sont regroupés sur la base commune de leurs objectifs et cibles d'intervention.

Le regroupement de modèles et approches centrés sur le trauma inclut :

- Attachement, Régulation et Compétences (ARC);
- *Children and Residential Experiences* (CARE);
- *Fairy Tale Model*;
- *Sanctuary Model*;
- *Trauma-Informed Care* (TIC);
- *Trauma Systems Therapy* (TST);
- *Trauma Systems Therapy – Foster Care* (TST-FC).

Le regroupement des modèles et approches centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales inclut:

- Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ);
- *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC).

Résultats pour le regroupement des modèles et approches centrés sur le trauma

Un total de 12 publications (provenant de 10 études) permet de documenter les effets du regroupement des modèles et approches centrés sur le trauma sur des jeunes en réadaptation et les barrières et facilitateurs à leur implantation rapportés par différents acteurs (p. ex. gestionnaires, intervenants, formateurs, parents d'accueil).

Avec un niveau de confiance faible dans la preuve scientifique, il ressort des résultats que ce regroupement pourrait améliorer les comportements extériorisés, la santé mentale, les placements et le fonctionnement global des jeunes. Certaines variables, comme le passage du temps et l'intensité du traitement, semblent toutefois influencer l'efficacité des modèles et approches de ce regroupement. En raison d'un manque de données, il n'a pas été possible de statuer sur l'efficacité du regroupement sur la dimension de la qualité de la relation d'intervention.

Quelques facilitateurs et barrières à l'implantation de ces modèles et approches sont rapportés dans 5 études. Les principaux facilitateurs concernent la formation, le soutien et les conditions organisationnelles, alors que les principales barrières relèvent plutôt de la nature même du modèle ou de l'approche, des outils qui doivent être mis en place, du temps nécessaire à leur appropriation et de certaines conditions d'exercice.

Aucun résultat concernant le vécu et les perceptions n'est recensé pour ce regroupement de modèles et d'approches.

Résultats pour le regroupement des modèles et approches centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales

Au total, 7 publications (provenant de 4 études) permettent de documenter le regroupement des modèles et approches centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales. Toutes comportent des données d'efficacité et, parmi celles-ci, deux présentent en plus des données liées au vécu et aux perceptions des jeunes.

Avec un niveau de confiance modéré dans la preuve scientifique, il ressort des résultats que ce regroupement pourrait améliorer les comportements extériorisés ou délinquants, la santé mentale et le fonctionnement global, spécifiquement chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué. Notons que les résultats d'une étude soulignent l'importance d'appliquer les modèles et approches de ce regroupement à la clientèle cible, puisque les jeunes n'ayant pas le profil cible n'en bénéficieraient pas.

En raison d'un manque de données, il n'a pas été possible de statuer sur les effets du regroupement sur les dimensions de l'éducation, de la qualité de la relation d'intervention, de la qualité de la relation entre pairs, de l'itinérance et des placements.

Les résultats à l'égard du vécu des jeunes proviennent d'une seule étude (2 publications) et concernent des aspects positifs et négatifs liés au climat social des centres d'hébergement. Aucun résultat concernant les facilitateurs et les barrières à l'implantation des modèles de ce regroupement n'est recensé.

Conclusion

Au terme de cette revue systématique de la littérature, il est désormais possible de statuer sur l'efficacité de certains modèles et approches utilisés en contexte de réadaptation, de même que sur certains éléments liés à l'implantation des modèles ainsi qu'aux perceptions et au vécu. Il ressort, entre autres, que les modèles et approches évalués montrent une certaine efficacité pour améliorer plusieurs dimensions de la vie des jeunes en réadaptation. Les principes, cibles et finalités qui se dégagent des regroupements de modèles et approches peuvent donc être utilisés pour proposer une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation.

Cela dit, les présents résultats seront bonifiés par ceux de travaux complémentaires, soit un état des connaissances sur les caractéristiques et les besoins des jeunes en réadaptation et une production en appui à la pratique clinique et organisationnelle sur les principes directeurs, les cibles et les finalités de la réadaptation.

Dans le processus menant à la parution de cette production (prévue en 2023), des consultations seront menées auprès de parties prenantes et permettront notamment de compléter le portrait relatif aux barrières et aux facilitateurs de même qu'au vécu et aux perceptions. Par ailleurs, des considérations liées à l'applicabilité et à l'acceptabilité des

résultats seront abordées. D'autres informations¹ tirées du contexte québécois seront prises en compte. En outre, des modèles non repérés dans le cadre de cette revue – mais utilisés dans les services de réadaptation du Québec – seront considérés.

L'ensemble des résultats provenant de cette série de travaux permettront de nourrir la réflexion entourant la proposition d'une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation âgés de 10 ans et plus.

¹ Par exemple, l'ACEJ et l'ARC, deux des modèles évalués dans le présent rapport, sont actuellement l'objet de deux études québécoises, respectivement menées par Geneviève Parent et Delphine Collin-Vézina et leurs collègues, et seront considérés.

SUMMARY

Effectiveness of rehabilitation models and approaches for young people with adjustment problems

Introduction

The rehabilitation services offer must meet the unique and varied needs of young people with adjustment problems. According to several key players, this offer must also be diversified in order to keep young people interested, create a sense of belonging, promote the development of a support network and allow for the outward transfer of acquired knowledge, in particular by encouraging the involvement of community organizations, as well as address emerging issues.

However, Special Commission on the Rights of the Child and Youth Protection (CSDEPJ) (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse), established in 2019, identifies several issues in the field that interfere with the quality of service offerings, such as, obsolete living environments, limited accommodations in certain regions, clients who should be placed in specialized accommodations or lack of diversified accommodation resources.

In light of these findings, the Ministry of Health and Social Services (Ministère de la Santé et des Services sociaux) sought the support of the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to determine the guiding principles, targets and goals of rehabilitation, in order to propose an updated definition of rehabilitation for young people with adjustment problems aged 10 and over. This report answers the following evaluation question: Which rehabilitation models and approaches should be used?

Three key questions were addressed:

1. Which rehabilitation models and approaches are considered effective for young people with adjustment problems?
2. What are the barriers and facilitators to implementing these models and approaches?
3. How are these practices experienced and perceived by the main stakeholders, namely, young people, their families and staff workers?

Methodology

To answer these those key questions, a systematic review was conducted using publications identified in several targeted bibliographic databases and in the grey literature. These publications were selected using predefined inclusion criteria, and the relevant information was extracted. In the case of publications which report on efficacy data, an analytical narrative synthesis was preferred, particularly because of the heterogeneity of these publications. Specifically, a grading evidence process was applied according to the Public Health Agency of Canada (PHAC) criteria. Data concerning implementation barriers and facilitators as well as on experiences and perceptions (questions 2 and 3) were the subject of a thematic analysis and an analytical narrative synthesis.

Results

Nine models and approaches, whose effectiveness had been evaluated, were identified in 19 publications. They were grouped together on the common basis of their objectives and intervention targets.

The grouping of trauma-focused models and approaches included:

- Attachment, Regulation and Competency (ARC);
- Children and Residential Experiences (CARE);
- Fairy Tale Model;
- Sanctuary Model;
- Trauma-Informed Care (TIC);
- Trauma Systems Therapy (TST);
- Trauma Systems Therapy – Foster Care (TST-FC).

The grouping of models and approaches that focus on antisocial behaviours and prosocial skills included:

- *Approche de communauté d'entraide et de justice* (ACEJ) [community of care and justice approach];
- Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).

Results from the trauma-centred models and approaches

A total of 12 publications (from 10 studies) documented the effects of grouping trauma-centered models and approaches for young people in rehabilitation, as well as the barriers and facilitators to implementing them as reported by various stakeholders (e.g., managers, staff workers, trainers, foster parents).

Despite a low level of trust in the evidence, the results indicated that this grouping may improve externalized behaviours, mental health, placements and global youth functioning. However, certain variables, such as time and the intensity of treatment, seem to influence the effectiveness of the grouped models and approaches. Insufficient data made it impossible to grade the level of evidence of the trauma-centered models and approaches on the dimension « quality of the relationship between youth and adults ».

A few facilitators and barriers to the implementation of these models and approaches were reported in 5 studies. The main facilitators are related to training, support and organizational conditions, while the main barriers are more related to the very nature of the model or approach, the tools that need to be put in place, the time required to appropriate them and certain practice conditions.

No results regarding experience and perceptions were identified for this grouping of trauma-centered models and approaches.

Results from the grouping of models and approaches focused on antisocial behaviours and prosocial skills

A total of 7 publications (from 4 studies) documented the grouping of models and approaches focused on antisocial behaviours and prosocial skills. All of them included efficacy data, and of these, two also presented data related to young people's experiences and perceptions.

With a moderate level of trust in the evidence, the results suggested that this grouping may improve externalized or delinquent behaviours, mental health and global functioning, specifically among youth with a conduct disorder, antisocial behaviours or a strong antisocial profile. It should be noted that the results of one study highlighted the importance of applying the models and approaches of this grouping to the target youth, since young people who do not fit the target profile would not benefit from such model.

Insufficient data from this grouping made it impossible to grade the level of evidence on these dimensions: education, quality of the relationship between youth and adults, quality of the relationship with peers, homelessness and placements.

The results regarding the experiences of young people came from a single study (2 publications) and concerned both positive and negative aspects related to the social climate found in shelters. No results regarding facilitators and barriers to the implementation of the grouped models and approaches were identified.

Conclusion

It is now possible to rule on the effectiveness of certain models and approaches used in the context of rehabilitation, as well as on some of the elements related to the implementation of the models and approach, and to perceptions and experiences. It appears, among other things, that the models and approaches assessed show some degree of effectiveness in improving a number of dimensions in the lives of young people in rehabilitation. In that regard, the principles, targets and goals that emerge from the groupings of models and approaches can be used to propose an updated definition of rehabilitation for young people with adjustment problems.

That being said, these results will be enhanced by the results of complementary reports, namely a report on the characteristics and needs of young people in rehabilitation and another report on the guiding principles, targets and goals of rehabilitation.

The process leading up to the publication of this last report (expected in 2023) will entail stakeholder consultations, which will complete the portrait of barriers and facilitators and of experiences and perceptions. Considerations related to the applicability and acceptability of the results will also be discussed, and other information² drawn from the Québec context will be taken into account. Moreover, models not identified in this review – but used in rehabilitation services in Québec – will be considered. All the results from this series of reports will contribute to the reflection surrounding the update of the definition of rehabilitation for young people with adjustment difficulties aged 10 and over.

² For example, ACEJ and ARC, two of the models evaluated in this report, are currently the subject of two Québec studies, conducted respectively by Geneviève Parent and Delphine Collin-Vézina and their colleagues, and will be considered.

SIGLES ET ACRONYMES

ACEJ	Approche de communauté d'entraide et de justice
ARC	Attachement, régulation et compétences
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BMÉ	Bureau – Méthodologies et éthique
CAFAS	<i>Child and Adolescent Functioning Assessment Scale</i>
CARE	<i>Children and Residential Experiences</i>
CBCL	<i>Child Behavioral Checklist</i>
CEC	Comité d'excellence clinique
CECI	<i>Child Ecology Check-In</i>
CGAS	<i>Children's Global Assessment scale</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPSS	<i>Child PTSD Symptom Scale</i>
CR	Centre de réadaptation
CREVAJ	Chaire de recherche sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables
CRUJeF	Centre de recherche universitaire sur l'adaptation des jeunes et les familles
CSDEPJ	Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale
DP	Directeur provinciale
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
ECAA	Étude comparative avant-après
ECR	Étude contrôlée randomisée
EDJeP	Étude longitudinale sur le devenir des jeunes placés au Québec et en France
ENCAA	Étude non comparative avant-après
IPPA	<i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i>
FTM	<i>Fairy Tale Model</i>
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTFC	<i>Multidimensional Treatment Foster Care</i>
PRS	<i>Problem rating scale</i>

PTSD-RI	<i>Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index</i>
Q1	Première question d'évaluation
Q2	Deuxième question d'évaluation
Q3	Troisième question d'évaluation
RC	<i>Residential Care</i>
SM	<i>Sanctuary Model</i>
SOCEN	S'occuper des enfants
TIC	<i>Trauma-Informed care</i>
TRC	<i>Therapeutic Residential Care</i>
TST	<i>Trauma Systems Therapy</i>
TST-FC	<i>Trauma Systems Therapy – Foster Care</i>
TU	Traitement usuel
UCLA	<i>University of California, Los Angeles</i>
YPRQ	<i>Youth Perceptions of Relationship Quality</i>
YSR	<i>Youth Self-Report</i>

GLOSSAIRE

Approche clinique

Une approche clinique se caractérise 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'atteindre un objectif. [...] Les approches cliniques représentent en quelque sorte la boîte à outils de l'intervenant [MSSS, 2013].

Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation³ (CR) au Québec

Au Québec, les CR accueillent des enfants ou des jeunes qui présentent des problèmes relationnels, comportementaux et d'adaptation sociale, ou qui ont un retard de développement [MSSS, 2013]. En complémentarité avec les services psychosociaux offerts et en étroite collaboration avec la famille et les partenaires, la réadaptation en internat vise une réduction des problèmes à l'origine du placement en CR. Elle s'actualise à travers un vécu partagé avec des éducateurs, qui animent également des activités individuelles et de groupe à des fins développementales et thérapeutiques. Les services offerts et le niveau d'encadrement sont adaptés aux besoins et aux problématiques de chaque jeune.

Certains jeunes sont hébergés en CR en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Trois types d'encadrement sont alors possibles : les foyers de groupe, les unités de vie régulières et les unités de vie d'encadrement intensif. D'autres jeunes sont admis en CR dans le cadre d'une ordonnance impliquant un placement sous garde ou une détention provisoire, en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

Foyer de groupe pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec

Le foyer de groupe est un établissement hébergeant des jeunes présentant des difficultés d'adaptation, en vertu de la LPJ ou de la LSSSS. Il relève du CR [MSSS, 2013].

Intervenant

Dans le cadre du présent état des connaissances, la notion d'intervenant inclut toute personne appelée à intervenir auprès des jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse et de leur famille. Au Québec, selon la nature de l'intervention et l'organisation des services dans les régions, il peut s'agir d'un éducateur ou de la personne autorisée à l'application des mesures. L'intervenant peut également provenir de l'un ou l'autre des programmes-services (p. ex. jeunes en difficulté, santé mentale, dépendance), de même que du milieu scolaire, communautaire ou policier.

³ Afin d'alléger le texte, le terme « centre de réadaptation » sera dorénavant utilisé pour désigner « centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ».

Jeunes recevant des services de réadaptation au Québec

Jeunes présentant des problèmes relationnels, comportementaux et d'adaptation sociale, ou qui ont un retard de développement. Dans une moindre proportion, ce groupe comprend aussi les adolescents ayant commis des infractions criminelles [MSSS, 2013].

Littérature grise

« La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. » [Schöpfel, 2012, p. 19-20]

Littérature scientifique

La littérature scientifique désigne l'ensemble des publications scientifiques produites et utilisées notamment par les chercheurs et permettant de diffuser des informations scientifiques et techniques. Il est possible de les distinguer, entre autres, selon le type de parution :

- les revues scientifiques à comité de lecture;
- les comptes rendus de congrès scientifiques à comité de lecture;
- les ouvrages collectifs rassemblant les travaux de plusieurs auteurs autour d'un thème donné, coordonnés par un ou plusieurs chercheurs appelés « éditeurs »;
- les monographies sur un thème de recherche.

Les publications qui entrent dans l'une de ces catégories sont généralement celles considérées pour l'évaluation de la recherche scientifique et du rayonnement des chercheurs.

Modèle

Un modèle est une construction théorique s'appuyant 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 [MSSS, 2013].

Réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec

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 [MSSS, 2013, p. 15].

Regroupement de modèles centrés sur le trauma

Ce regroupement est composé de modèles qui ont pour caractéristique commune de placer la sensibilité au trauma au centre des pratiques et des politiques organisationnelles. L'approche axée sur le trauma vise à influencer les politiques et les pratiques en portant attention à « la sensibilisation à la prévalence des traumatismes, la compréhension de l'impact des traumatismes et l'engagement à incorporer ces connaissances dans les politiques, procédures et pratiques » [Traduction libre, Yatchmenoff *et al.*, 2017, p. 167].

Regroupement de modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales

Ce regroupement est composé de modèles qui visent prioritairement la réduction des comportements antisociaux et le développement de compétences prosociales. Initialement conçus pour des jeunes ayant commis des actes délinquants, ces modèles visent l'amélioration de l'ensemble des interactions des jeunes, tant avec les pairs qu'avec les adultes significatifs dans leur vie.

Ressources intermédiaires et de type familial au Québec

« Les ressources intermédiaires ou de type familial sont un milieu de vie complémentaire au milieu naturel ou au milieu institutionnel. Par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers [...], elles permettent de favoriser et de maintenir leur intégration, leur participation sociale et leur rétablissement au cœur de la communauté.

Les ressources intermédiaires ou de type familial agissent dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel des usagers qui leur sont confiés. Elles sont complémentaires à la mission de ces établissements d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité aux usagers qui les requièrent.

Une ressource intermédiaire ou de type familial doit avoir conclu une entente spécifique ou particulière avec un établissement afin que celui-ci puisse lui confier des usagers. » [MSSS, 2018b, paragr.1-3]

INTRODUCTION

Problématique

Au 31 mars 2022, la majorité des jeunes pris en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse sont suivis dans leur milieu familial (53,7 %). Certains sont plutôt placés dans une ressource de type familial (23,5 %) ou confiés à un tiers significatif (14,7 %). Une minorité de jeunes sont, quant à eux, hébergés en centre de réadaptation (CR) ou en ressource intermédiaire (8,1 %) [Directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) / directeurs provinciaux (DP), 2022]. Bien qu'ils soient moins nombreux, les jeunes hébergés en CR représentent une clientèle avec plusieurs vulnérabilités, dont les problématiques sont souvent multiples et pour qui l'intervention de réadaptation peut comporter des défis importants.

Au début des années 2010, une réflexion approfondie sur la réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation au Québec mène à la publication du *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* [MSSS, 2013]. Ce document propose une définition de la réadaptation et de ses principales composantes (p. ex. clientèles visées, principes fondamentaux, cibles d'intervention, modèles cliniques). La réadaptation y est définie comme :

« [...] 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. » [MSSS, 2013, p. 15]

Selon ce Cadre de référence [MSSS, 2013], la réadaptation s'adresse principalement aux jeunes qui sont considérés en difficulté d'adaptation parce qu'ils présentent des problèmes relationnels, comportementaux ou d'adaptation sociale, ou qui ont un retard de développement. Dans une moindre proportion, elle cible aussi les adolescents ayant commis des infractions criminelles. Les services de réadaptation sont parfois offerts alors que le jeune demeure dans son foyer familial, mais également lorsqu'il est hébergé ailleurs – en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)⁴. De plus, des modèles ou des programmes

⁴ Dans le présent projet, la population cible est celle des jeunes prise en charge pour des problèmes relationnels, de comportement et d'adaptation sociale. Conséquemment, les publications portant sur les jeunes recevant des services de réadaptation **uniquement** pour une problématique de retard de développement (p. ex. : trouble envahissant du développement (TED)/trouble du spectre de l'autisme (TSA)) ou de délinquance (c.-à-d. jeunes ayant commis des actes délictueux au sens de la loi) ne sont pas incluses dans cet état des connaissances. Il est également à préciser que les jeunes recevant des services de réadaptation uniquement en lien avec des

reconnus comme efficaces doivent être proposés dans les services de réadaptation [MSSS, 2013].

Bien que l'offre de service en réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation se soit améliorée depuis la parution du Cadre de référence, certains enjeux et préoccupations persistent. Au cours des dernières années, plusieurs démarches et consultations ont mis en lumière le défi d'offrir des services qui répondent adéquatement à l'ensemble des besoins des jeunes en difficulté d'adaptation [CSDEPJ, 2021; MSSS, 2018a].

La littérature scientifique et plusieurs acteurs clés témoignent ainsi de différentes préoccupations laissant transparaître la pertinence d'actualiser ce Cadre, qui se fonde sur des perspectives cliniques, scientifiques et juridiques datant de plus d'une décennie. Ces préoccupations concernent, entre autres, le peu de développement scientifique sur lequel s'appuie l'offre de service en réadaptation et le manque de planification pour déployer des actions qui s'appuient sur ces données probantes [CSDEPJ, 2021]. D'ailleurs, les programmes basés sur les données probantes ont des effets plus positifs sur les jeunes placés en hébergement que ceux dont l'efficacité n'est pas établie [James *et al.*, 2013; De Swart *et al.*, 2012]. Dès lors, il importe que les données probantes sur l'efficacité guident l'offre de service et que ces données soient adaptées aux besoins des intervenants et des gestionnaires [Gervais *et al.*, 2011].

À l'heure actuelle, les jeunes en difficulté d'adaptation présentent plusieurs facteurs de risque qui accentuent leur vulnérabilité et leurs difficultés [Harder *et al.*, 2017; INESSS, 2017; Bronsard *et al.*, 2016; Hambrick *et al.*, 2016; Chamberland *et al.*, 2015]. Ces facteurs de risque sont d'ordres individuel, familial et social. Plusieurs jeunes ont vécu des situations très difficiles durant leur enfance, notamment en raison de leur appartenance à une famille aux prises avec des problèmes de violence, de négligence, de santé mentale, de dépendance, d'exclusion sociale et de pauvreté. Certains jeunes sont aussi en rupture avec leur famille, victimes de délaissement ou d'abandon. Le développement de ces jeunes est susceptible d'en être affecté, tout comme leurs comportements [Weeks, 2021; Buckley *et al.*, 2019; INESSS, 2019].

La CSDEPJ [2021] relève également plusieurs enjeux sur le terrain qui interfèrent avec la qualité de l'offre de service, par exemple : milieux de vie désuets, hébergement limité dans certaines régions, clientèle qui devrait être placée dans un hébergement spécialisé, ressources d'hébergement peu diversifiées, etc. L'offre de service en réadaptation doit être améliorée pour répondre aux besoins singuliers et multiples des jeunes en difficulté d'adaptation, en concordance avec les nouvelles connaissances cliniques et scientifiques et les attentes sociétales [CSDEPJ, 2021; MSSS, 2018a]. Selon plusieurs acteurs clés, elle doit également être plus diversifiée pour mieux : rejoindre les intérêts des jeunes, susciter un sentiment d'appartenance, favoriser le développement d'un réseau de soutien, favoriser le transfert des acquis de l'interne vers l'externe, en encourageant

problèmes de consommation de substances psychoactives (SPA) ou de jeux de hasard et d'argent sont également exclus. Au Québec, ces jeunes sont pris en charge par les services de réadaptation en dépendance.

notamment l'implication des organismes communautaires, et mieux maîtriser les problématiques émergentes [CSDEPJ, 2021; MSSS, 2018a].

Contexte de la demande, objectif et questions d'évaluation

C'est dans ce contexte que l'INESSS effectue des travaux dont l'objectif principal est de : déterminer les principes directeurs, les cibles et les finalités de la réadaptation, afin de proposer une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficultés d'adaptation âgée de 10 ans et plus⁵.

Trois questions d'évaluation sont abordées :

- Q1 - Quels sont les caractéristiques et les besoins des clientèles visées par la réadaptation? (état des connaissances paru le 20 février 2023)
- Q2 - Quels sont les modèles et approches à préconiser en réadaptation? (présent état des connaissances)
- Q3 - Quels sont les principes directeurs, les cibles et les finalités de la réadaptation? (production à paraître en 2023)

Le présent rapport prend la forme d'un état des connaissances et permet de répondre à la deuxième question d'évaluation (Q2). Un second état des connaissances aborde spécifiquement la première question d'évaluation (Q1). Des consultations auprès de parties prenantes de même qu'une contextualisation des résultats seront nécessaires pour répondre de façon plus complète aux trois questions d'évaluation (Q1, Q2 et Q3) et seront présentées dans la production à paraître en 2023.

⁵ Les caractéristiques et les besoins des enfants âgés de 10 ans et moins, de même que les modèles qui les ciblent, diffèrent de ceux des jeunes préadolescents et adolescents, ce qui justifie la population cible de ce projet. Cette proposition a été entérinée par le CEC et le Comité de travail.

1 MÉTHODOLOGIE

Cette revue systématique de la littérature scientifique et grise permet de répondre à l'ensemble des questions d'évaluation présentées ci-haut. Les étapes de sélection sont les mêmes pour chaque question d'évaluation, à la seule différence que les publications retenues sont distribuées selon la question à laquelle elles répondent (Q1, Q2 ou Q3). Cet état des connaissances ayant comme objectif de déterminer les modèles et approches à préconiser auprès des jeunes en difficulté d'adaptation dans des contextes de réadaptation (Q2), seules les publications concernant des modèles et approches dont l'efficacité a été évaluée sont sélectionnées. La méthodologie utilisée est conforme aux normes de production des revues systématiques de l'INESSS [2013].

1.1 Questions clés de recherche

La question d'évaluation « Quels sont les modèles et approches à préconiser en réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation » est divisée en trois questions clés, soit :

1. Quels modèles et approches de réadaptation sont considérés efficaces auprès des jeunes en difficulté d'adaptation?
2. Quels sont les barrières et facilitateurs à l'implantation de ces modèles et approches?
3. Comment ces pratiques sont-elles vécues et perçues par les principaux acteurs impliqués, c'est-à-dire les jeunes, leurs proches et les intervenants?

1.2 Terminologie

Le choix de la terminologie employée dans cet état des connaissances, pour faire référence aux modèles et approches de réadaptation, mérite d'être brièvement discuté. Comme le précise le Cadre de référence [MSSS, 2013], les notions de modèle théorique et d'approche clinique sont souvent utilisées de façon indifférenciée, tant dans le discours clinique qu'au sein de la littérature scientifique. Une revue exploratoire effectuée par l'équipe projet a d'ailleurs permis de constater la variabilité des termes proposés dans la littérature. Plus encore, au sein d'une même publication, un modèle peut être nommé approche, programme ou ensemble de pratiques cliniques de façon indifférenciée.

Le Cadre de référence propose des définitions pour ces concepts centraux de réadaptation.

« **Le modèle** : 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. » [MSSS, 2013, p. 10]

« **L'approche** : 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'atteindre un objectif. [...] Les approches cliniques représentent en quelque sorte la boîte à outils de l'intervenant. » [MSSS, 2013, p. 10, 26]

Comme il est précisé dans la [section 1.4](#), la présente revue systématique circonscrit son objet d'étude aux modèles et approches de réadaptation qui sont généraux, cliniques ou organisationnels. Ainsi, les pratiques et interventions plus spécifiques ne sont pas considérées. Notons qu'afin d'alléger le texte, le seul terme « modèle » sera souvent utilisé pour faire référence aux modèles et aux approches dans la suite du rapport.

1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique

La stratégie de repérage des publications issues des bases de données de la littérature scientifique est élaborée en collaboration avec une conseillère (LS) en information scientifique (bibliothécaire). Les bases de données bibliographiques consultées sont les suivantes : PsycINFO, MEDLINE, EBM Reviews (spécifiquement *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, *Health Technology Assessment*, *NHS Economic Evaluation Database*), CINAHL et *Social Work Abstracts*. Une recherche complémentaire est effectuée au moyen du moteur de recherche *Google Scholar*.

Les publications issues de la littérature grise, quant à elles, sont repérées par le biais de divers sites Web de sociétés savantes, d'agences d'évaluation des technologies de la santé, d'organismes gouvernementaux et d'associations professionnelles de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Angleterre, Écosse). L'[annexe A](#) présente, pour chaque base de données bibliographiques, les détails de la stratégie de repérage des publications provenant de la littérature scientifique. Les sites Web et les bases de données consultés pour les publications issues de la littérature grise s'y retrouvent également.

La recherche documentaire se limite aux publications de janvier 2010⁶ à juin 2020, et cible les publications en anglais et en français qui présentent des données empiriques⁷ : études primaires (quantitatives, qualitatives, mixtes), revues systématiques, rapports de recherche, rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) et mémoires de maîtrise ou thèses de doctorat réalisés en contexte québécois. Les mots-clés utilisés sont notamment associés :

- à la population cible et à ses caractéristiques (p. ex. *looked-after children, youth in care, institutionalized youth, maltreatment, abuse, trauma, disruptive behavior*);
- au contexte de la protection de la jeunesse (p. ex. *child welfare, child protection*);
- aux services de réadaptation ainsi qu'aux divers milieux dans lesquels ces services peuvent être offerts (p. ex. *rehabilitation services, treatment services, residential services, residential care, foster care, substitute care, out-of-home care, in-home services*);
- aux modèles et approches (p. ex. *model, structure, framework, treatment, therapeutic care, service, practice, organisation, system*).

Enfin, une mise à jour de la recherche documentaire est aussi effectuée (juin 2020 à septembre 2022). L'objectif est de repérer, avant la parution de ce rapport, des publications récentes susceptibles de modifier significativement les résultats présentés. Pour cette période, la stratégie de recherche permet de trouver plusieurs nouvelles publications. À la lecture des titres, des résumés ou du document complet, seulement quatre d'entre elles répondent aux critères de sélection. De plus, une publication repérée par une lectrice externe lors du processus de validation du rapport est jugée comme répondant aux critères d'inclusion.

Ces cinq publications ne sont pas intégrées dans les résultats mais font l'objet d'une analyse sommaire (voir [annexe B](#)). Notons que si les résultats mentionnés dans les publications repérées avaient été intégrés à cette revue systématique, ils n'auraient pas changé les constats du rapport.

1.4 Sélection des publications

La sélection des publications issues des bases de données de la littérature scientifique est effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques à la fois (GA, IL, ViL, IT, SC). Les divergences d'opinions sont tranchées en considérant l'avis de la coordonnatrice scientifique (IB). Pour les publications repérées dans la littérature grise, la sélection est effectuée par l'une ou l'autre des professionnelles scientifiques de

⁶ Une réflexion de fond sur la réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation au Québec a eu lieu au début des années 2010 et a mené à la parution du 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 [MSSS, 2013], ce qui justifie que la présente recherche documentaire se limite aux publications réalisées à partir de 2010.

⁷ Seules les publications présentant des données empiriques et s'appuyant sur une méthodologie de recherche sont sélectionnées. Les publications dont les contenus sont purement théoriques (p. ex. : présentation d'un modèle) sont exclues.

l'équipe projet (GA, IL, ViL, SC). Toutefois, 20 % des sites Web sont consultés de façon indépendante par deux d'entre elles, à des intervalles réguliers, afin de s'assurer de l'application uniforme des critères d'inclusion et d'exclusion tout au long du processus de sélection. L'inclusion de l'ensemble des publications retenues est validée par la coordonnatrice scientifique.

Les critères détaillés guidant la sélection des publications, principalement tirés du modèle PICOTS (*Population, Intervention, Comparator, Outcome, Time frame, Setting*) [Page et al., 2021; INESSS, 2013] sont décrits ci-dessous.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion de la sélection des publications

Critères PICOTS	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
POPULATION	Jeunes (population cible) : ▪ préadolescents et adolescents (10 ans et plus). Note : les services de réadaptation doivent débuter à la préadolescence ou à l'adolescence et peuvent se poursuivre jusqu'au début de l'âge adulte; ▪ présentant des caractéristiques similaires à celles des jeunes hébergés en CR au Québec, c.-à-d. des difficultés d'adaptation (problèmes relationnels, de comportement ou d'adaptation sociale ou retard de développement). Proches de ces jeunes (familles immédiates, intervenants ou autres personnes significatives).	Jeunes recevant des interventions de réadaptation pour la première fois à l'âge adulte. Jeunes recevant des services et interventions uniquement liés à une problématique particulière (sans toutefois recevoir de services de réadaptation pour jeunes en difficulté) : ▪ problème de santé mentale; ▪ problème de consommation de substances psychoactives; ▪ problème de délinquance (c.-à-d. jeunes ayant commis des actes délictueux au sens de la loi); ▪ problèmes/comportements de fugue ▪ trouble envahissant du développement (TED)/trouble du spectre de l'autisme (TSA), déficience intellectuelle (DI) ou autre retard de développement
INTERVENTION	Tous services de réadaptation visant directement la population de jeunes ciblée : ▪ modèles et approches généraux (cliniques ou organisationnels) qui sous-tendent les services de réadaptation. Tous services de réadaptation s'adressant aux parents ou à la famille immédiate, rapportant des résultats d'intérêt liés à la population de jeunes ciblée : ▪ modèles et approches généraux (cliniques ou organisationnels) qui sous-tendent les services de réadaptation.	Pratiques cliniques ou organisationnelles (p. ex. modalités de prestation des services de réadaptation, caractéristiques de l'environnement physique, encadrement clinico-administratif, continuité et complémentarité des services, normes de qualité et indicateurs de suivi).
COMPARATEUR	Avec comparateur ou comparaison avant/après	

Critères PICOTS	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
TEMPORALITÉ « <i>Time frame</i> »	Résultats mesurés ou perçus avant, pendant ou après l'application du modèle	
CONTENUS D'INTÉRÊT « <i>Outcomes</i> »	Efficacité des modèles en réadaptation : Pour les modèles dont l'efficacité a été évaluée : barrières et facilitateurs à l'implantation; vécu, expérience.	Autres contenus Données économiques
CONTEXTE D'INTERVENTION « <i>Setting</i> »	Services de réadaptation offerts en ressources d'hébergement* : - centre institutionnel (p. ex. CR); - foyer de groupe (p. ex. ressources intermédiaires); - de type familial (p. ex. famille d'accueil). Services de réadaptation offerts au foyer familial du jeune.	Interventions dispensées en milieux : - carcéral; - hospitalier; - communautaire; - scolaire.
Pays	Canada, États-Unis, pays d'Europe, Australie, Nouvelle-Zélande	Autres pays

* La définition opérationnalisée des services de réadaptation proposée ici est inclusive et s'applique aux différentes modalités de services pour les jeunes en difficulté d'adaptation retrouvées dans la littérature internationale (d'autres juridictions et pays).

Les références provenant des bases de données de la littérature scientifique et grise, tout comme celles repérées par la méthode boule de neige, sont consignées dans le logiciel EndNote. Enfin, le processus complet de sélection des publications est présenté dans un diagramme de flux selon le modèle PRISMA [Moher *et al.*, 2009], à l'annexe C, [figure C-1](#). La liste des publications sélectionnées ainsi que les raisons ayant mené à l'exclusion de certaines, à la suite de la lecture complète, se trouvent aussi à l'annexe C, respectivement aux [tableaux C-1](#) et [C-2](#).

1.5 Évaluation de la qualité des études

L'évaluation de la qualité de l'ensemble des publications sélectionnées est d'abord effectuée de façon indépendante par les professionnelles scientifiques attirées au projet (GA, SC, IL, IT, VêL, ViL) sur un échantillon commun de cinq publications. Les résultats étant similaires, les autres publications sont par la suite évaluées par l'une ou l'autre des professionnelles. Environ 50 % des publications font l'objet d'une validation interjuges entre les professionnelles, et la coordonnatrice scientifique en valide également 15 % de plus.

La qualité des publications abordant l'efficacité des modèles est évaluée à l'aide de trois instruments standardisés :

- l'outil d'évaluation critique d'une étude descriptive de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) [ASPC, 2014];

- l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'ASPC [ASPC, 2014];
- la grille *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) pour les publications présentant un plan d'étude qualitatif [CASP, 2018].

Dans le cas des études mixtes, l'une ou l'autre de ces grilles est utilisée pour chacun des volets (quantitatif ou qualitatif). Cette façon de faire a été privilégiée à l'utilisation d'une grille pour devis mixte (p. ex. *Mixed Method Appraisal Tool*) afin d'assurer l'uniformité de l'évaluation de la qualité entre les publications, lors de l'appréciation de la preuve (efficacité) (voir [section 1.6](#)). En plus, les volets qualitatifs et quantitatifs des quelques études mixtes retenues répondent à des questions différentes dans le cadre de notre projet.

L'évaluation de la qualité des publications est détaillée dans un tableau synthèse à l'[annexe D](#).

1.6 Extraction de l'information

L'extraction des données est effectuée par l'une ou l'autre des professionnelles scientifiques de l'équipe projet (GA, SC, IL, IT, VÉL, ViL), à l'aide de formulaires d'extraction préétablis ([annexe E](#)). Pour s'assurer d'une compréhension commune, ces formulaires sont préalablement testés sur cinq publications. Toutes les publications extraites de la littérature sont validées par une deuxième professionnelle ou par la coordonnatrice scientifique.

1.7 Analyse, synthèse et appréciation de la preuve scientifique

Les données provenant des publications sélectionnées sont d'abord colligées en fonction du modèle étudié. Sur la base des objectifs, cibles, valeurs et principes directeurs communs de ces modèles répertoriés, les données sont ensuite rassemblées en deux regroupements (voir [section 2.2](#) pour plus d'information). Enfin, elles sont analysées selon chacun des regroupements. Pour les publications rapportant des données d'efficacité, une synthèse narrative analytique des résultats d'intérêt est faite. Plus précisément, un processus de gradation de la preuve est réalisé, suivant les cinq critères de la grille d'appréciation de la preuve scientifique de l'ASPC [ASPC, 2014] ([annexe F](#)) :

1. la force du plan d'étude;
2. la qualité méthodologique;
3. le nombre d'études;
4. l'uniformité des résultats entre les études;
5. la nature des données probantes (caractère direct ou extrapolation).

Une cote (faible, modérée ou forte) est attribuée pour chacun de ces critères. La grille de l'ASPC comporte des indications et des seuils permettant de déterminer objectivement la cote à donner. Des énoncés de preuve en sont dégagés, et une cote globale (faible, modérée ou forte) est calculée à partir de la pondération des cinq critères d'appréciation.

Les données sur les barrières et facilitateurs à l'implantation ainsi que sur le vécu et les perceptions font l'objet d'une analyse thématique en quatre étapes : codage, catégorisation, mise en relation, présentation des résultats [Intissar et Rabeb, 2015]. Les résultats font également l'objet d'une synthèse narrative analytique.

Enfin, la preuve scientifique extraite de l'ensemble de ces publications est résumée sous forme d'encadrés présentés dans le texte pour chacune des dimensions d'intérêt.

1.8 Processus de validation

Le processus de validation des travaux de l'INESSS inclut la participation d'un Comité de travail, d'un panel des usagers, d'un Comité d'excellence clinique (CEC)⁸, d'un groupe de lecteurs externes et du Bureau méthodologique et éthique (BME) de l'INESSS.

Un Comité de travail, formé en novembre 2020, a pour mandat d'accompagner l'équipe projet de l'INESSS, afin de favoriser la pertinence clinique et la crédibilité scientifique des travaux ainsi que leur acceptabilité et applicabilité professionnelles et sociales. Ce comité est composé de représentantes du MSSS, de chercheuses spécialisées dans le domaine de la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, d'un chef de service, de directrices adjointes et de directeurs, principalement des directions de la Protection de la jeunesse et de programmes jeunesse des CISSS et des CIUSSS, de représentants des usagers, de directeurs et coordonnateurs d'organismes communautaires en lien avec le projet, d'un agent de développement de Boscoville et de l'équipe projet de l'INESSS. Les membres du Comité de travail ont une diversité d'expertises et proviennent de différentes régions du Québec. Lors de trois rencontres, ils ont fait part de leurs opinions concernant le plan de réalisation⁹ du projet et les enjeux rencontrés en cours de route, et ils ont fourni une rétroaction sur les résultats préliminaires.

Les membres du panel des usagers et des proches, affilié à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA), se sont rencontrés à trois reprises dans le cadre du projet. Ils se sont exprimés sur les objectifs du projet, son cadrage, de même que sur les enjeux de la réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation au Québec. Des résultats préliminaires leur ont aussi été exposés.

⁸ Ce comité a récemment changé d'appellation (maintenant « Comité délibératif permanent ») et de mandat, mais n'a pas été consulté dans le cadre de ce projet depuis ce changement.

⁹ Le plan de réalisation décrit de façon détaillée les méthodes qui sont utilisées afin de répondre aux questions adressées à l'organisation. Il est un élément essentiel pour assurer la transparence des travaux de l'INESSS.

Le CEC de la DESA a pour mandat d'assurer la rigueur scientifique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des productions de l'INESSS. Les membres de ce comité ont été rencontrés à deux reprises pour qu'ils fassent part de leurs connaissances et expertises respectives en appui au projet.

Le rapport est soumis à trois lectrices externes, qui sont reconnues dans le domaine de la réadaptation chez les jeunes : deux chercheuses, ainsi qu'une coordonnatrice du Programme jeunesse (volet Réadaptation et hébergement). La structure du document, sa clarté, l'équilibre entre la rigueur scientifique et l'accessibilité de l'information de même que les éléments qui doivent être ajoutés ou approfondis font l'objet de commentaires, ensuite examinés par les professionnelles de l'équipe projet (voir les pages liminaires pour connaître la composition de celle-ci).

Enfin, le BME de l'INESSS révisé le rapport et se prononce sur différents aspects, tels que :

- la pertinence et la rigueur de la démarche;
- la clarté, la transparence et la cohérence;
- les enjeux et les bons coups.

2 RÉSULTATS – MODÈLES RECENSÉS

2.1 Brève description des modèles recensés

Neuf modèles dont l'efficacité a été évaluée sont recensés. Ceux-ci sont rapportés dans 19 publications portant sur l'efficacité, les barrières et les facilitateurs de même que sur le vécu et les perceptions. Une brève description des modèles et des études recensés est présentée au [tableau 2](#). D'une à cinq études sont retenues par modèle. Des fiches synthèses plus détaillées sur chacun des modèles se trouvent à l'[annexe G](#).

Tableau 2 Publications retenues pour chacun des modèles

Modèles Pays	Brève description*	Publications retenues
Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ) Canada (Québec)	L'ACEJ est une adaptation de l'approche de communauté juste [Kohlberg, 1984], initialement conçue pour les jeunes contrevenants de genre masculin. Par la création d'un environnement démocratique et équitable, l'ACEJ vise la réduction ou l'élimination des comportements à risque et de la délinquance [Pellerin <i>et al.</i> , 2020; Pellerin, 2018].	Pellerin [2018] Pellerin <i>et al.</i> [2020]
Attachement, régulation et compétences (ARC) États-Unis	L'ARC est un modèle à la fois clinique et organisationnel qui vise à soutenir les jeunes âgés de 0 à 21 ans ayant vécu des traumatismes complexes et chroniques, leurs donneurs de soins et les systèmes de soins [Blaustein et Kinniburgh, 2010]. Flexible et adaptable à des milieux variés (école, programme résidentiel, clinique externe, etc.), l'ARC s'appuie sur les principaux domaines de l'attachement, de la régulation et des compétences développementales pour tisser des liens d'attachement sains entre le jeune et les donneurs de soins. Des efforts sont également investis dans le développement d'environnements de soins sensibles au trauma [Hodgdon <i>et al.</i> , 2013].	Hodgdon <i>et al.</i> [2013]
<i>Children and Residential Experiences</i> (CARE) États-Unis	Le CARE est un modèle clinique et organisationnel qui vise à développer les capacités d'auto-régulation et le bien-être des jeunes et à enrichir les dynamiques relationnelles à travers l'organisation. Il vise également à renforcer la capacité de l'organisation à utiliser un modèle basé sur des données probantes qui répond aux besoins développementaux des jeunes [Izzo <i>et al.</i> , 2020; Nunno <i>et al.</i> , 2017; Izzo <i>et al.</i> , 2016; Holden <i>et al.</i> , 2010]. Le CARE repose sur la prémisse qu'une formation adéquate de l'ensemble du personnel peut améliorer le bien-être des jeunes en milieu résidentiel, à l'aide de six principes d'intervention intégrés à tous les niveaux de l'organisation.	Holden <i>et al.</i> [2010] Izzo <i>et al.</i> [2016] Izzo <i>et al.</i> [2020] Nunno <i>et al.</i> [2017]
<i>Fairy Tale Model</i> (FTM) États-Unis	Le <i>Fairy Tale</i> est un modèle clinique qui s'appuie sur l'approche sensible au trauma pour améliorer les capacités d'autorégulation du jeune et l'outiller pour travailler sur les souvenirs traumatiques [Greenwald <i>et al.</i> , 2012]. Ce modèle s'adresse aux jeunes entre 13 et 18 ans ayant des problèmes émotionnels et de comportement. Le modèle est divisé en plusieurs phases de traitement, chaque phase correspondant à une partie de l'histoire qui est utilisée comme trame narrative de cette approche sensible au trauma.	Greenwald <i>et al.</i> [2012]
<i>Multidimensional Treatment Foster Care</i> (MTFC) [†] Suède Angleterre	Désormais appelé le <i>Treatment Foster Care Oregon</i> (TFCO), ce modèle clinique se veut une solution de rechange au placement en milieu institutionnel. Il vise à réduire les comportements déviants ou antisociaux, à améliorer les comportements prosociaux du jeune avec ses pairs et les adultes et à favoriser la stabilité de placement. Des ressources sont offertes aux parents biologiques, si cela est approprié, et aux autres milieux substituts à long terme, comme les familles de proximité. En outre, les familles d'accueil, de proximité et d'adoption reçoivent un soutien en continu et une formation professionnelle supervisée [Bergström et Højman, 2016; Sinclair <i>et al.</i> , 2016; Green <i>et al.</i> , 2014; Hansson et Olsson, 2012; Westermarck <i>et al.</i> , 2011].	Bergström et Højman [2016] Green <i>et al.</i> [2014] Hansson et Olsson [2012] Sinclair <i>et al.</i> [2016] Westermarck <i>et al.</i> [2011]

Modèles Pays	Brève description*	Publications retenues
<i>Sanctuary Model</i> (SM) États-Unis Australie	Le SM est un modèle organisationnel sensible au trauma qui consiste à renforcer les connaissances du personnel, dans le but de créer un environnement sécuritaire sur le plan organisationnel et d'améliorer l'intervention en jeunesse, tant pour les donneurs de soins que pour les jeunes [Galvin <i>et al.</i> , 2021; Sweet et Thyer, 2017]. Il vise à améliorer les compétences, les connaissances et la satisfaction au travail du personnel ainsi que les résultats cliniques des jeunes qui vivent des problématiques liées à la violence conjugale, aux troubles psychiatriques, à la consommation de substances, à l'itinérance et aux traumatismes.	Galvin <i>et al.</i> [2021] Sweet et Thyer [2017]
<i>Trauma-Informed Care</i> (TIC) Suisse	Le TIC est à la fois un cadre conceptuel et une approche thérapeutique de milieu qui vise à transformer l'ensemble du système de soins ainsi qu'à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et la résilience au travail, à travers l'utilisation d'une approche sensible au trauma [Schmid <i>et al.</i> , 2020]. Le TIC cible tous les membres du personnel de l'organisation de services. En répondant aux besoins des individus ayant vécu des traumatismes et en changeant les pratiques au niveau organisationnel, cette approche promeut la création d'un environnement sécuritaire et d'une culture de soins basée sur la confiance, la collaboration et le choix.	Schmid <i>et al.</i> [2020]
<i>Trauma Systems Therapy</i> (TST) États-Unis	Le TST est un modèle clinique et organisationnel sensible au trauma qui vise à améliorer le fonctionnement émotionnel, social et comportemental des jeunes âgés de 4 à 21 ans. Le TST vise à maintenir ou assurer un encadrement adéquat pour les jeunes qui ont été victimes de traumatismes, ou qui vivent dans des environnements stressants pouvant raviver les traumatismes, et qui présentent des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale. Ce modèle est composé de quatre principaux modèles, qui incluent de la psychothérapie externe, de la psychopharmacologie, des services de défense des droits et de la prise en charge des jeunes à domicile [Murphy <i>et al.</i> , 2017; Redd <i>et al.</i> , 2017].	Murphy <i>et al.</i> [2017] Redd <i>et al.</i> [2017]
<i>Trauma Systems Therapy – Foster Care</i> (TST-FC) États-Unis	Le TST-FC est un programme de formation de groupe basé sur le modèle TST, qui vise les parents biologiques, d'accueil et de proximité de jeunes ayant vécu des expériences traumatiques ainsi que le personnel de l'organisation. Ce modèle a pour objectifs de mettre au point des services de protection de la jeunesse sensibles au trauma, de diminuer l'instabilité des placements et d'améliorer la qualité de la prise en charge des jeunes [Bartlett et Rushovich, 2018].	Bartlett et Rushovich [2018]

* Les publications sélectionnées dans le cadre de la revue systématique ainsi que d'autres publications d'ordre théorique, lorsque disponibles, ont été utilisées pour la rédaction des fiches synthèses et des brèves descriptions présentées dans ce tableau-ci. Les publications complémentaires ne font pas partie du diagramme de flux.

† Le MTFC a été retenu dans le cadre de ce projet, bien qu'il soit à la base un modèle qui vise la réduction de la délinquance et des comportements antisociaux, parce qu'il a été adapté pour les jeunes en protection de la jeunesse. Les études retenues portaient spécifiquement sur ce contexte.

2.2 Regroupement des modèles

La revue systématique de la littérature permet de constater plusieurs similarités entre les objectifs, les cibles d'intervention, les valeurs et les principes qui sous-tendent les modèles répertoriés dont l'efficacité a été évaluée. Pour cette raison, un travail d'analyse sur le regroupement des modèles sur la base de leurs objectifs et cibles d'intervention communs est effectué. En concertation avec les membres du CEC et du Comité de travail, cette façon de faire est privilégiée puisqu'elle met davantage en exergue les principes, les cibles et les finalités de la réadaptation. Ces éléments centraux serviront d'ailleurs de pierre angulaire à la proposition d'une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation. Les particularités des modèles mènent à deux regroupements ([tableau 3](#)).

Tableau 3 Regroupement des modèles

Regroupement Nombre de publications (nombre d'études)	Modèles inclus dans le regroupement
Regroupement centré sur le trauma 12 publications (10 études)	▪ Attachement, Régulation et Compétences (ARC) ▪ <i>Children and Residential Experiences</i> (CARE) ▪ <i>Fairy Tale Model</i> (FTM) ▪ <i>Sanctuary Model</i> (SM) ▪ <i>Trauma-Informed Care</i> (TIC) ▪ <i>Trauma Systems Therapy</i> (TST) ▪ <i>Trauma Systems Therapy – Foster Care</i> (TST-FC)
Regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales 7 publications (4 études)	▪ Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ) ▪ <i>Multidimensional Treatment Foster Care</i> (MTFC)

Le regroupement de modèles centrés sur le trauma est composé de sept modèles (ARC, CARE, FTM, SM, TIC, TST, TST-FC). Ils ont pour caractéristique commune de placer la sensibilité au trauma au centre des pratiques et des politiques organisationnelles. L'approche axée sur le trauma vise à influencer les politiques et les pratiques en portant attention à « la sensibilisation à la prévalence des traumatismes, la compréhension de l'impact des traumatismes et l'engagement à incorporer ces connaissances dans les politiques, procédures et pratiques » [Traduction libre, Yatchmenoff *et al.*, 2017, p. 167].

Le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales est composé de l'ACEJ et du MTFC. Ces modèles, initialement conçus pour des jeunes ayant commis des actes délinquants, visent prioritairement la réduction des comportements antisociaux et le développement de compétences prosociales, mais également l'amélioration de l'ensemble des interactions des jeunes, tant avec les pairs qu'avec les adultes significatifs dans leur vie.

3 RÉSULTATS – REGROUPEMENT DES MODÈLES CENTRÉS SUR LE TRAUMA

La présente section propose d’abord une description des publications du regroupement des modèles centrés sur le trauma. Ensuite, les résultats d’efficacité de même que les énoncés de preuve sont présentés. Enfin, les résultats quant aux barrières et facilitateurs à l’implantation ainsi que ceux relatifs aux perceptions et vécu de la clientèle sont exposés.

3.1 Description des publications

Au total, 12 publications (provenant de 10 études), dont 8 publications ayant des données d’efficacité et 5 ayant des données liées aux barrières et facilitateurs à l’implantation ainsi qu’au vécu et aux perceptions, permettent de documenter les effets du regroupement des modèles centrés sur le trauma sur des jeunes en réadaptation. Ces publications ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent porter, par exemple, à la fois sur des données relatives à l’efficacité, à l’implantation ou au vécu et aux perceptions. Le [tableau 4](#) présente les principales caractéristiques des publications incluses de même que les résultats d’intérêt qui y sont associés.

Les résultats d’efficacité sont organisés en fonction de dimensions (p. ex. comportements extériorisés, fonctionnement global, santé mentale, placements), qui permettent de rassembler les données répertoriées et de formuler des énoncés de preuve selon les critères de l’Agence de la santé publique du Canada (ASPC) [2014]. Selon ces critères, deux études au minimum sont nécessaires pour émettre un énoncé de preuve. Pour certaines dimensions, il est impossible d’émettre un énoncé de preuve, lorsque les données proviennent d’une seule étude (voir l’[annexe H](#)).

Parmi les 12 publications, cinq ont un plan d’étude analytique (quantitatif), trois ont un plan d’étude descriptif (quantitatif), trois ont un plan d’étude qualitatif descriptif et une a un plan d’étude mixte. La qualité méthodologique de ces publications est faible (n = 7) ou modérée (n = 5).

À l'exception de l'étude de Schmid [2020] provenant de la Suisse et de l'étude de Galvin [2021] provenant de l'Australie, l'ensemble des publications sont issues des États-Unis. Les contextes d'intervention, tout comme les termes utilisés pour les décrire, sont variés. Il s'agit principalement de ressources d'hébergement¹⁰, toutes pour des jeunes en difficulté d'adaptation ou hébergés en vertu de lois encadrant la protection de la jeunesse :

- centres institutionnels (p. ex. centre de réadaptation (CR), *residential care* (RC), *residential treatment facility*, *group care agency*, *residential youth welfare institution*);
- foyers de groupe (p. ex. *community-based group home*, *group home/residential care*, *residential out-of-home care*);
- ressources de type familial (p. ex. famille d'accueil, *foster care*, foyer d'urgence).

Dans l'ensemble, les publications regroupent 2 951 participants : la grande majorité d'entre eux sont des jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse (n = 2435). Certains sont des parents de familles d'accueil (n = 151) et des intervenants ou d'autres membres du personnel de ces services (n = 365). Les jeunes sont âgés de 6 à 21 ans¹¹. Notons que même si les jeunes affichent des profils diversifiés selon les études, ils partagent des caractéristiques similaires à celles des jeunes hébergés en CR au Québec, notamment des difficultés d'adaptation comme des problèmes relationnels, comportementaux ou d'adaptation sociale.

¹⁰ Les ressources d'hébergement sont précisées dans leur appellation francophone ou anglophone d'origine lorsque les données rapportées s'inscrivent dans un contexte d'intervention spécifique. Les termes génériques sont utilisés lorsqu'aucune distinction ne s'impose pour rendre compte des résultats.

¹¹ Les enfants âgés de moins de 10 ans représentent des exceptions : les seuls de cet âge inclus dans le présent état des connaissances proviennent d'échantillons dont la moyenne d'âge est d'au moins 10 ans.

Tableau 4 Description des publications retenues pour le regroupement des modèles centrés sur le trauma

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
Hodgdon <i>et al.</i> [2013] États-Unis Attachement, régulation et compétences (ARC)	Étude non comparative avant-après (ENCAA) Qualité : Faible Mesures utilisées : ▪ Échelles globales et sous-échelles du <i>Child Behavioral Checklist</i> (CBCL) ▪ Échelle globale et sous-échelle du <i>University of California, Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index</i> (UCLA PTSD-RI) ▪ Recours à la contention physique Temps de mesure : ▪ Admission ▪ T1 = 3 mois ▪ T2 = 6 mois ▪ T3 = 9 mois	Centre institutionnel : <i>Residential treatment programs (intensive residential program and residential school)</i> n = 126 filles hébergées en raison de leur histoire de trauma complexe durant l'enfance (12 à 19 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés</u> ▪ Comportements extériorisés, p. ex. comportements agressifs, bris des règles (CBCL) ▪ Recours à la contention physique <u>Dimension santé mentale</u> ▪ Symptômes du trouble de stress post-traumatique, p. ex. pensées intrusives, évitement, hypervigilance (UCLA PTSD-RI) ▪ Problèmes émotionnels et de comportement (CBCL) ▪ Problèmes liés à la pensée (CBCL) ▪ Problèmes liés à l'attention (CBCL) ▪ Comportements intériorisés, p. ex. anxieux/dépressif, symptômes somatiques, repli sur soi/dépression (CBCL)	Aucun
Holden <i>et al.</i> [2010] États-Unis ARC	Étude quantitative descriptive Qualité : Faible Mesures utilisées : ▪ Connaissances supplémentaires ▪ Réaction à la formation	Centre institutionnel : <i>Residential Care</i> 41 membres du personnel	Aucun	Facilitateurs à l'implantation

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
	Temps de mesure : - T1 = Mesure avant la formation - T2 = Mesure après la formation			
Izzo <i>et al.</i> [2016] États-Unis <i>Children and Residential Experiences (CARE)</i>	Étude mixte – un volet quantitatif descriptif (séries temporelles interrompues [§]) et un volet qualitatif Qualité : Moyenne Mesures utilisées : - Taux d'incidents : - Fugues - Agressions envers les pairs - Agressions envers le personnel - Destruction de biens - Automutilation - Sondage <i>Organizational Social Context (OSC)</i> : - Culture organisationnelle - Climat organisationnel - Sondage rétrospectif sur l'implantation du modèle Temps de mesure, couvrant une période de 48 mois : - T1 = 12 mois avant l'implantation du CARE - T2 = 36 mois en cours d'implantation	Centre institutionnel : <i>Residential unit in group care agency</i> Données administratives n = 48 mois (8 à 18 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés</u> - Agression envers le personnel - Agression envers les pairs - Destruction de biens - Fugue <u>Dimension santé mentale</u> - Automutilation	Faciliteurs à l'implantation
Nunno <i>et al.</i> [2017] États-Unis CARE	Étude descriptive quantitative (séries temporelles interrompues [§]) Qualité : Moyenne Mesures utilisées :	Centre institutionnel et foyer de groupe : <i>Residential treatment, emergency shelter, day students</i>	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Recours à la contention physique	Aucun

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
	- Taux de recours à la contention physique (nombre moyen de contentions par jeune, par mois) Temps de mesure, couvrant une période de 12 ans : 6 ans avant l'implantation du CARE 6 ans en cours d'implantation	Données administratives n = 48 mois (8 à 18 ans)		
Izzo <i>et al.</i> [2020] États-Unis CARE	ENCAA Qualité : Moyenne Mesures utilisées : <i>Youth Perceptions of Relationship Quality</i> (YPRQ) <i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i> (IPPA) Cohorte 1 : 7 établissements ayant implanté le CARE en 2010 Cohorte 2 : 6 établissements ayant implanté le CARE en 2011 - Admission = Avant l'implantation - T1 = 1 an - T2 = 2 ans - T3 = 3 ans	Centre institutionnel : <i>Group care agency</i> n = 733 jeunes, toutes cohortes et années confondues (7 à 18 ans)	<u>Dimension qualité de la relation d'intervention[†]</u> La perception de la qualité des relations entre le personnel et les jeunes.	Aucun
Murphy <i>et al.</i> [2017] États-Unis Même projet que Redd <i>et al.</i> (2017) <i>Trauma Systems Therapy</i> (TST)	ENCAA Qualité : Faible Mesures utilisées : <i>Child Ecology Check-In</i> (CECI) <i>Child and Adolescent Functioning Assessment Scale</i> (CAFAS) - Nombre de placements	Tout type de ressource d'hébergement n = 499 jeunes placés (6 ans et plus)	<u>Dimension comportements extériorisés</u> - Régulation du comportement (CECI) - Régulation émotionnelle (CECI) <u>Dimension fonctionnement global</u> - Fonctionnement général (CAFAS)	Aucun

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
	Temps de mesure : - Entre 1 an avant l'implantation du TST et 3 ans après - Scores calculés tous les trimestres (90 j.) pour chaque jeune pour les 5 premiers trimestres		<u>Dimension placements</u> Stabilité de placement	
Redd <i>et al.</i> [2017] États-Unis Même projet que Murphy <i>et al.</i> (2017) TST	Étude qualitative Qualité : Faible Mesures utilisées : - Données administratives - Entretiens semi-dirigés - Groupes de discussion - Autres : observations, appels téléphoniques, révision de documents (p. ex. <i>workbooks</i>, <i>training protocols</i>, <i>certification protocols</i>)	Tout type de ressource d'hébergement 24 entretiens semi-dirigés auprès de gestionnaires 8 groupes de discussion auprès de gestionnaires de cas 8 groupes de discussion auprès de thérapeutes 5 groupes de discussion auprès de parents d'accueil 4 groupes de discussion auprès de coordonnateurs de services aux agences de placement 3 groupes de discussion auprès d'employés de milieux résidentiels	Aucun	Facilitateurs à l'implantation
Bartlett et Rushovich [2018] États-Unis	ENCAA Qualité : Faible Mesure utilisée :	Ressources de type familial : <i>Foster care</i> n = 118 membres du personnel (principalement	<u>Dimension placements</u> Stabilité du placement (rupture de placement pour des raisons négatives)	Barrières et facilitateurs à l'implantation

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
Trauma Systems Therapy-Foster Care (TST-FC)	- Rupture de placement pour des raisons négatives Temps de mesure : - Données administratives collectées avant l'implantation (2014-2015) - Après l'implantation (janvier 2016-juillet 2017)	des questionnaires de cas ou superviseurs) n = 21 fournisseurs de soins de santé mentale n = 111 parents d'accueil		
Schmid <i>et al.</i> [2020] Suisse <i>Trauma-Informed Care</i> (TIC)	Étude comparative avant-après (ECAA) Qualité : Moyenne Mesures utilisées : - Violence physique envers le personnel (avoir vécu des agressions physiques par des jeunes) Temps de mesure : - T1 = Admission - T2 = Après 12 mois - T3 = Après 24 mois - T4 = Après 36 mois	Centre institutionnel : <i>Residential youth welfare institutions</i> 47 membres du personnel	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Agression envers le personnel	Aucun
Sweet et Thyer [2017] États-Unis <i>Sanctuary Model</i> (SM)	ENCAA Qualité : Faible Mesures utilisées : - Échelle Trauma du <i>Child PTSD Symptom Scale</i> (CPSS) - Échelle <i>Functional Impairment Issues</i> du CPSS Temps de mesure : - Admission = À l'arrivée dans le foyer de groupe (admission)	Foyers de groupe : <i>group homes</i> n = 20 jeunes (pour le résultat <i>symptômes traumatiques</i>) n = 9 jeunes (pour le résultat <i>altération du fonctionnement</i>) (8 à 18 ans) [†]	<u>Dimension santé mentale</u> - Altération du fonctionnement (CPSS) - Symptômes traumatiques (CPSS)	Aucun

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Contexte d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/ au vécu et perceptions
	T1 = Trois mois après l'entrée dans le foyer de groupe ou au moment de la sortie du placement			
Galvin <i>et al.</i> [2021] Australie SM	Étude qualitative descriptive Qualité : Modérée	Foyers de groupe : <i>Out of home care</i> n = 9 gestionnaires	Aucun	Barrières et facilitateurs à l'implantation
Greenwald <i>et al.</i> [2012] États-Unis <i>Fairy Tale Model</i> (FTM)	ENCAA Qualité : Faible Mesures utilisées : <i>Problem Rating Scale</i> (PRS) - Durée du séjour (en nombre de jours) - Type de fin de séjour : plus restrictif ou moins restrictif qu'en début de placement Temps de mesure : - T1 = Année 1 (avant l'implantation du FTM) - T2 = Année 2 (après l'implantation du FTM)	Centre institutionnel : <i>Residential treatment facility</i> n = 48 jeunes 24 dans un groupe « avant » (c.-à-d. traités avant l'introduction du FTM) 24 dans un groupe « après » (c.-à-d. traités selon le FTM) (10 à 21 ans)	<u>Dimension fonctionnement global</u> - Principaux problèmes (PRS) <u>Dimension placements</u> - Durée du séjour - Type de fin de séjour : plus restrictif ou moins restrictif	Aucun

* Le nombre total de jeunes pour lesquels des données sont recueillies n'est pas précisé.

† Les résultats relatifs à cette dimension sont insuffisants pour émettre un énoncé de preuve. Ils sont brièvement discutés dans la [sous-section 3.2.5](#) et se retrouvent dans le [tableau H-1](#) à l'annexe H.

‡ L'âge exact des jeunes n'est pas rapporté dans l'étude de Sweet et Thyer [2017]. Cependant, l'instrument de mesure utilisé (CPSS) est conçu pour les jeunes âgés de 8 à 18 ans, ce qui nous permet de croire que nos critères d'inclusion sont respectés.

§ Les études de séries temporelles interrompues rapportées ici portent sur des données agrégées plutôt que sur des données individuelles. Pour cette raison, elles sont considérées comme des études descriptives, suivant la trousse d'outils de l'évaluation critique de l'ASPC [ASPC, 2014].

3.2 Résultats relatifs à l'efficacité

Les huit publications rapportant des résultats relatifs à l'efficacité du regroupement des modèles centrés sur le trauma (dont les caractéristiques sont décrites précédemment dans la [section 3.1](#) et le [tableau 4](#)) ciblent quatre dimensions pour lesquelles les données sont suffisantes pour émettre un énoncé de preuve, soit :

- les comportements extériorisés [Schmid *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2017; Nunno *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Hodgdon *et al.*, 2013];
- la santé mentale [Murphy *et al.*, 2017; Sweet et Thyer, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Hodgdon *et al.*, 2013];
- les placements [Bartlett et Rushovich, 2018; Murphy *et al.*, 2017; Greenwald *et al.*, 2012];
- le fonctionnement global [Murphy *et al.*, 2017; Greenwald *et al.*, 2012].

Comme il a été discuté dans la [sous-section 3.2.5](#), certaines données sont insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve selon les critères de l'ASPC. Ces données ciblent la dimension de la qualité de la relation d'intervention et sont rapportées dans le [tableau H-1](#) à l'annexe H.

Les sections suivantes exposent une synthèse des principaux résultats et l'appréciation de la preuve scientifique pour les quatre dimensions mentionnées ci-dessus. Le [tableau I-1](#), à l'annexe I, présente l'ensemble des résultats détaillés relatifs à l'efficacité (c.-à-d. ceux présentés dans les sous-sections suivantes ainsi que des résultats supplémentaires).

Tel qu'il est précisé dans la [section 1.6](#) du chapitre *Méthodologie* du présent rapport, les résultats ont été soumis à un processus de gradation de la preuve suivant les cinq critères de la grille d'appréciation de la preuve scientifique de l'ASPC [ASPC, 2014] ([annexe F](#)). La force des plans d'étude, la qualité méthodologique des études, le nombre de publications de même que l'uniformité des résultats entre les études et la nature des données sont les critères qui permettent de statuer sur le niveau de preuve global (faible, modéré, élevé) pour chacun des énoncés de preuve.

3.2.1 Comportements extériorisés

Cinq publications du regroupement des modèles centrés sur le trauma rapportent des résultats d'efficacité en ce qui concerne les comportements extériorisés (voir le [tableau 4](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau I-1](#), à l'annexe I, pour des résultats plus détaillés). Plus spécifiquement, ces études s'intéressent aux bris des règles [Hodgdon *et al.*, 2013], aux comportements agressifs [Hodgdon *et al.*, 2013], au recours à la contention physique par les intervenants [Nunno *et al.*, 2017; Hodgdon *et al.*, 2013], aux agressions envers les pairs et envers le personnel [Schmid *et al.*, 2020; Izzo *et al.*, 2016], à la destruction de biens [Izzo *et al.*, 2016], aux fugues [Izzo *et al.*, 2016] et à la régulation du comportement [Murphy *et al.*, 2017].

Dans l'ensemble, les études rapportent une diminution des comportements extériorisés chez les jeunes [Schmid *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2017; Nunno *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Hodgdon *et al.*, 2013]. Par exemple, à la suite de l'implantation de modèles axés sur le trauma, des baisses significatives au chapitre des comportements d'agression, des bris de règles, de la destruction de biens, des fugues et du nombre de contentions physiques mensuelles sont constatées, de même qu'une amélioration de la régulation des comportements. Cela dit, l'effet de ce regroupement en ce qui concerne les comportements d'agression en particulier semble moins uniforme. Par exemple, dans l'étude d'Izzo [2016], le modèle CARE a pour effet de diminuer le nombre d'agressions mensuelles envers les pairs pour la cohorte dans laquelle il y avait une tendance à la hausse avant l'implantation du modèle. Aucun effet n'est toutefois rapporté pour la cohorte dont la tendance était stable au préalable.

Par ailleurs, certaines variables, comme le passage du temps, semblent influencer l'efficacité de ce regroupement quant aux comportements extériorisés. En effet, Hodgdon et ses collaborateurs [2013] mesurent les comportements extériorisés de jeunes filles au début de l'implantation du modèle ARC, puis aux trois mois pendant neuf mois. Dans cette étude, une diminution significative du nombre d'occurrences de bris de règle et de contention physique survient au cours des trois premiers mois suivant l'implantation (T1) et se maintient par la suite jusqu'à la fin de la période à l'étude (T2-T3). Toutefois, pour les comportements agressifs, des baisses significatives sont rapportées dans les six mois après l'implantation (T1-T2), mais une augmentation survient ensuite (T3), pour enfin revenir à un niveau équivalent à ce qu'il était avant l'implantation. Au contraire, dans l'étude de Schmid [2020], l'effet de la formation concernant les pratiques du TIC sur les agressions physiques envers les intervenants n'est observable qu'après 36 mois de suivi (T4) : la prévalence des agressions physiques envers le personnel est plus élevée pour le groupe contrôle que pour celui ayant suivi la formation.

Enfin, il semble que l'intensité du traitement influence aussi l'efficacité du regroupement au regard des comportements extériorisés. Murphy et ses collaborateurs [2017] ont réalisé une évaluation du TST auprès de jeunes âgés de 12 ans, en moyenne, placés dans un centre offrant des services tout au long du continuum de soins en protection de la jeunesse. Les résultats montrent une corrélation significative entre l'intensité du TST dispensée au jeune et les comportements extériorisés : plus l'intensité globale du TST augmente dans le temps, meilleure est la régulation des comportements du jeune.

Énoncé de preuve n° 1 : Dimension comportements extériorisés

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur le trauma pourrait améliorer les comportements extériorisés chez les jeunes.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : faible.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Une ECAA a un plan d'étude considéré comme moyen, avec une qualité méthodologique moyenne [Schmid *et al.*, 2020].
- Deux études avec des séries temporelles interrompues et avec collecte de données adéquate ont des plans d'étude considérés comme moyens, avec une qualité méthodologique moyenne [Nunno *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016].
- Deux ENCAA ont un plan d'étude considéré comme faible, avec une qualité méthodologique faible [Murphy *et al.*, 2017; Hodgdon *et al.*, 2013].

Nombre d'études

- Cinq (n = 5) études, provenant de 5 publications, ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats des études de ce regroupement pour la dimension étudiée sont disparates.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

3.2.2 Santé mentale

Quatre publications du regroupement des modèles centrés sur le trauma rapportent des résultats d'efficacité relatifs à la santé mentale (voir le [tableau 4](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau I-1](#), à l'annexe I, pour des résultats plus détaillés). Ces études s'intéressent notamment aux symptômes traumatiques [Sweet et Thyer, 2017], à l'altération du fonctionnement liée au stress post-traumatique [Sweet et Thyer, 2017], aux incidents d'automutilation [Izzo *et al.*, 2016], à la régulation des émotions [Murphy *et al.*, 2017], aux symptômes généraux du trouble de stress post-traumatique (p. ex. pensées intrusives, évitement, hypervigilance) [Hodgdon *et al.*, 2013], aux problèmes émotionnels et de comportement (p. ex. symptômes anxieux, dépressifs ou somatiques, repli sur soi) [Hodgdon *et al.*, 2013] et aux problèmes liés à la pensée [Hodgdon *et al.*, 2013].

Certains résultats laissent croire que ces modèles peuvent avoir des effets positifs sur la santé mentale des jeunes. Par exemple, des améliorations significatives sont constatées en ce qui concerne les symptômes de trauma¹² [Sweet et Thyer, 2017], la régulation des émotions [Murphy *et al.*, 2017], les symptômes du trouble de stress post-traumatique et les comportements intériorisés [Hodgdon *et al.*, 2013]. Il semble d'ailleurs que les effets positifs sur les variables précédentes se maintiennent dans le temps, soit respectivement sur une période de 3 mois pour l'étude de Murphy [2017] et sur une période de 9 mois pour l'étude d'Hodgdon [2013].

En revanche, certaines études relèvent des effets mitigés de ces modèles sur la santé mentale. Par exemple, dans l'étude d'Izzo [2016], les résultats issus de deux cohortes d'agences de protection de la jeunesse ayant implanté le modèle ARC révèlent que les troubles émotionnels et les symptômes d'évitement sont restés stables tout au long des suivis et n'ont pas connu d'amélioration significative. De plus, Izzo et ses collaborateurs rapportent une diminution des incidents d'automutilation pour une seule des deux cohortes observées, le nombre d'incidents étant demeuré stable dans l'autre cohorte¹³. Les résultats de l'étude de Sweet et Thyer [2017] montrent que, bien que les symptômes de trauma aient significativement diminué pour les jeunes vivant dans les foyers de groupe où le modèle a été implanté, il n'y a pas eu d'effet significatif sur l'altération du fonctionnement liée au syndrome post-traumatique [Sweet et Thyer, 2017]. Les résultats de ces derniers auteurs sont toutefois à nuancer en raison du nombre important de participants ayant quitté l'étude, soit entre 80 % et 90 % de l'échantillon, selon les temps de mesure.

Les résultats de certaines études laissent également entrevoir que le passage du temps influence l'efficacité des modèles en ce qui concerne la santé mentale. Dans l'étude d'Hodgdon [2013], on observe que la manifestation de symptômes anxieux-dépressifs et de problèmes liés à la pensée s'estompe significativement pendant les six premiers mois, mais revient au niveau initial dans les trois derniers mois de suivi. Quant aux effets positifs du modèle sur le repli sur soi et la dépression, ils prennent plus de temps à être observés que pour les autres symptômes et diminuent eux aussi dans les trois à six mois après l'implantation du modèle, avant de se maintenir dans le temps. Enfin, les symptômes d'hypervigilance et d'anxiété-dépression s'atténuent significativement après trois mois, avant d'augmenter de façon notable ensuite, après six et neuf mois respectivement [Hodgdon *et al.*, 2013].

¹² C.-à-d. la fréquence et la sévérité des symptômes de trauma, tels que des troubles du sommeil, des perturbations de la cognition et de l'humeur, de la réminiscence, de la perte d'intérêt pour des activités importantes, etc.

¹³ Selon ces auteurs, la différence entre les cohortes est possiblement expliquée par des facteurs historiques ou d'autres différences entre les agences qui n'ont pas été documenté.

L'étude de Murphy [2017] démontre que d'autres variables, comme le degré de proximité clinique¹⁴ entre les professionnels qui dispensent les services et les jeunes, peuvent influencer l'efficacité des modèles. Ces auteurs constatent une amélioration de la régulation des émotions, au fil du temps, seulement chez les jeunes exposés au modèle TST par l'entremise de professionnels ayant une faible proximité clinique. À l'inverse, une détérioration de la régulation des émotions, au fil du temps, est constatée chez ceux qui sont exposés au modèle TST par l'entremise de professionnels ayant une forte proximité clinique. Les auteurs soulignent toutefois que ces jeunes avaient d'abord connu une amélioration significative quant à la régulation de leurs émotions dans les 90 premiers jours de l'étude (premier temps de mesure).

Énoncé de preuve n° 2 : Dimension santé mentale

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur le trauma pourrait améliorer la santé mentale chez les jeunes.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : faible.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Une étude descriptive avec des séries temporelles interrompues, avec données agrégées et collecte de données adéquate, a un plan d'étude considéré comme moyen, avec une qualité méthodologique moyenne [Izzo *et al.*, 2016].
- Trois ENCAA ont un plan d'étude considéré comme faible, avec une qualité méthodologique faible [Murphy *et al.*, 2017; Sweet et Thyer, 2017; Hodgdon *et al.*, 2013].

Nombre d'études

- Quatre (n = 4) études ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation (études multiples).

Uniformité des résultats

- Les résultats des études de ce regroupement sont disparates.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

¹⁴ Les auteurs font référence aux professionnels ayant une forte proximité clinique avec les jeunes pour parler des personnes qui travaillent le plus intensément avec les jeunes (p. ex. : thérapeutes, intervenants, donneurs de soins). À l'inverse, ils font référence aux professionnels ayant une faible proximité clinique avec les jeunes pour parler des personnes qui travaillent de façon moins directe avec les jeunes, mais qui jouent tout de même un rôle dans leur vie (p. ex. coordonnateurs, superviseurs).

3.2.3 Placements

Dans trois études, les auteurs documentent l'efficacité du regroupement des modèles centrés sur le trauma en ce qui concerne les placements des jeunes (voir le [tableau 4](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau I-1](#), à l'annexe I, pour des résultats plus détaillés). Plus spécifiquement, ils s'intéressent au niveau d'encadrement à la fin du placement (plus restrictif ou moins restrictif qu'en début de placement) [Greenwald *et al.*, 2012], au nombre de placements [Murphy *et al.*, 2017], à la durée du placement [Greenwald *et al.*, 2012] et aux ruptures de placement pour des raisons négatives¹⁵ [Bartlett et Rushovich, 2018; Greenwald *et al.*, 2012].

Les résultats d'efficacité pour cette dimension sont clairs : les modèles implantés diminuent significativement le nombre de placements et le nombre de ruptures de placement, favorise un niveau d'encadrement moins restrictif à la fin du placement et raccourcit la durée des placements. Les jeunes suivis par des intervenants qui ont reçu la formation du modèle *Fairy Tale* se démarquent de ceux suivis par des intervenants n'ayant pas reçu la formation, avec une réduction de près de 39 % du temps passé en placement et une taille d'effet moyenne [Greenwald *et al.*, 2012]. Par ailleurs, les jeunes exposés au modèle *Fairy Tale* étaient 1,85 fois plus susceptibles d'aller vers un placement moins restrictif que ceux non exposés, et deux fois moins de jeunes sont allés vers un placement plus restrictif [Greenwald *et al.*, 2012].

L'étude de Murphy [2017] démontre que l'intensité du modèle TST offert aux jeunes, pendant les 90 premiers jours d'hébergement, est significativement associée au nombre de placements à travers les temps de mesure : plus l'intensité du modèle est élevée au premier temps de mesure, plus les placements sont stables (c.-à-d. diminution du nombre de placements). Dans cette étude, on s'attarde aussi à la proximité clinique entre les professionnels et les jeunes. Les résultats indiquent que lorsque les professionnels qui dispensent le TST ont une forte proximité clinique avec le jeune, la corrélation entre le nombre de placements et le degré d'intensité du modèle n'est que marginalement significative ($B = -0,065$, $p = 0,066$).

Enfin, en s'appuyant sur des données administratives collectées auprès de divers acteurs (c.-à-d. des membres du personnel, des fournisseurs de soins en santé mentale et des parents d'accueil), Bartlett et Rushovich [2018] rapportent une baisse marginalement significative du nombre de jeunes ayant quitté un foyer pour des raisons négatives après l'implantation du modèle TST ($n = 10$, 14 %), en comparaison du nombre avant l'implantation ($n = 94$, 24 %) ($p = 0,086$). De plus, les jeunes ont significativement moins quitté leurs foyers pour des raisons négatives lorsque ces derniers avaient reçu la formation sur le TST-FC, par rapport à ceux qui avaient implanté le modèle avoir reçu offrir de formation.

¹⁵ Les auteurs ne précisent pas ce que signifie une rupture de placement pour des raisons négatives. On suppose que les raisons négatives concernent les situations autres que l'adoption du jeune par la famille d'accueil ou le retour du jeune dans sa famille d'origine.

Énoncé de preuve n° 3 : Dimension placements

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur le trauma pourrait diminuer le nombre de placements et le nombre de ruptures de placement, favoriser un niveau d'encadrement moins restrictif à la fin du placement ainsi que raccourcir la durée des placements.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : faible.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

Les trois études sont des ENCAA ayant un plan d'étude considéré comme faible, avec une qualité méthodologique faible [Bartlett et Rushovich, 2018; Murphy *et al.*, 2017; Greenwald *et al.*, 2012].

Nombre d'études

- Trois études (n = 3) ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats de ces études sont uniformes.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

3.2.4 Fonctionnement global

Deux études du regroupement des modèles centrés sur le trauma rapportent des résultats d'efficacité en ce qui concerne le fonctionnement global des jeunes (voir le [tableau 4](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau I-1](#), à l'annexe I, pour des résultats plus détaillés). Greenwald et ses collaborateurs [2012] s'intéressent à la sévérité des problèmes vécus dans différentes sphères de vie du jeune, alors que Murphy et ses collaborateurs [2017] se penchent sur le fonctionnement général dans huit différents domaines de vie (p. ex. la famille, l'école, la communauté, la consommation de substances, les comportements envers les autres, les pensées, les comportements autodestructeurs et l'humeur). Les résultats de ces deux études sont similaires et indiquent que ce regroupement améliore le fonctionnement global des jeunes.

Plus spécifiquement, Greenwald et ses collaborateurs [2012] examinent l'effet d'une formation offerte aux intervenants sur la sévérité des problèmes vécus par 48 jeunes de 10 à 21 ans hébergés en milieu institutionnel. Cette formation visait à améliorer l'efficacité et l'efficience d'une approche de traitement déjà en place (appelée *Positive Peer Culture*). Un an après l'introduction du modèle *Fairy Tale*, par l'entremise de la formation du personnel, la sévérité des principaux problèmes présentés par les jeunes, mesurée par le *Problem Rating Scale* (PRS), a diminué. La diminution s'est même accentuée au fil du temps (réduction de 16 % pour la première année de suivi de l'étude

et de 60 % pour la deuxième année). La taille d'effet rapportée est également importante ($r^2 = 73\%$). Par ailleurs, les participants exposés au modèle *Fairy Tale* montrent une réduction significativement plus grande de leur score au PRS que les jeunes non exposés. Il reste toutefois difficile d'affirmer que les améliorations résultent exclusivement du modèle, compte tenu du fait qu'une autre approche (*Positive Peer Culture*) était déjà offerte à tous les jeunes au moment de son implantation [Greenwald *et al.*, 2012].

Dans le même sens, les résultats de Murphy et ses collaborateurs [2017] illustrent qu'une augmentation de l'intensité du modèle TST dans le temps est significativement corrélée avec une amélioration du fonctionnement des jeunes (mesuré par le CAFAS), et ce, peu importe le degré de proximité clinique entre le professionnel et le jeune. Un autre résultat d'intérêt rapporté par Murphy concerne l'association entre le degré d'intensité du TST sur une période donnée et le fonctionnement du jeune. Il en ressort que plus le degré d'intensité du TST offert lors des 90 premiers jours d'hébergement est élevé, plus le fonctionnement du jeune s'améliore significativement dans le temps. Toutefois, cette association n'est vraie que lorsque le TST est dispensé par les professionnels ayant un faible degré de proximité avec le jeune.

Énoncé de preuve n° 4 : Dimension fonctionnement global

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur le trauma pourrait améliorer le fonctionnement global chez les jeunes.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : faible.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Les résultats de ces deux études sont rapportés dans deux publications. Ce sont des ENCAA ayant un plan d'étude considéré comme faible, avec une qualité méthodologique faible [Murphy *et al.*, 2017; Greenwald *et al.*, 2012].

Nombre d'études

- Deux études ($n = 2$) ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats de ces études sont uniformes.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

3.2.5 Dimension pour laquelle les données d'efficacité sont insuffisantes

Il est impossible de statuer sur l'efficacité du regroupement des modèles centrés sur le trauma pour la dimension de la qualité de la relation d'intervention. Les données recueillies pour cette dimension proviennent d'une seule étude, ce qui ne permet pas d'émettre un énoncé de preuve selon les critères de l'ASPC. Le [tableau H-1](#), présenté à l'annexe H, détaille brièvement l'étude et les résultats liés à la dimension de la relation d'intervention. Notons que ces résultats n'indiquent pas d'effets délétères des modèles sur les jeunes.

3.3 Résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation

Cinq publications documentent les barrières et facilitateurs à l'implantation des modèles centrés sur le trauma [Galvin *et al.*, 2021; Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Holden *et al.*, 2010] (voir le [tableau 4](#) pour les caractéristiques des études). Les échantillons varient de 9 à 66 participants : gestionnaires, intervenants, formateurs, parents d'accueil, etc. Des entretiens de groupe ou individuels sont privilégiés dans trois études descriptives de nature qualitative. Deux études descriptives quantitatives ont aussi été réalisées à l'aide de sondages. Trois de ces cinq études ont été jugées de faible qualité et deux de moyenne qualité. Les limites principales des études de faible qualité résident dans une collecte et une analyse de données simplistes, qui ne permettent pas d'approfondir le sujet et, parfois même, de répondre aux objectifs réellement visés par les auteurs.

3.3.1 Barrières à l'implantation

Les barrières relatives à l'implantation rapportées dans les études concernent la nature même du modèle ou des outils qui doivent être mis en place, le temps nécessaire à leur appropriation, de même que certaines conditions d'exercice. Elles sont abordées dans trois des cinq publications d'intérêt, dont deux de faible qualité [Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017].

L'implantation des modèles centrés sur le trauma peut être difficile en raison de leur nature. Les gestionnaires interrogés dans l'étude de Galvin [2021] mentionnent à cet égard que les cliniciens et intervenants percevraient le SM comme un guide de gestion de la supervision du personnel, plutôt que comme un cadre de référence théorique et pratique à utiliser auprès des jeunes en milieu résidentiel. Les gestionnaires soulignent en plus que les ressources disponibles pour aider à la compréhension de l'ensemble du modèle ont été peu consultées, parce qu'elles étaient peu attrayantes (p. ex. le site Web).

L'équipe du KVC Kansas (KVC Health Systems) a plutôt relevé certains enjeux liés au TST en amont de l'implantation du modèle, tels que l'implication des parents dans l'intervention – alors qu'ils sont responsables des abus ayant engendré des traumas pour plusieurs des enfants suivis –, ou le temps requis pour utiliser les outils lors d'une visite auprès de la famille, proportionnellement au temps prévu pour la visite en elle-même [Redd *et al.*, 2017]. La reconnaissance de ces barrières a mené l'équipe à implanter le

modèle par étapes, pour que chacun en comprenne bien les différentes phases, ce qui a demandé un temps encore plus important [Redd *et al.*, 2017].

Cet enjeu du temps est rapporté dans plusieurs études d'implantation. Il semble que les milieux dans lesquels le modèle a été implanté par étapes manquent en plus de ressources (professionnelles ou familles d'accueil) ou ont un taux de roulement important [Galvin *et al.*, 2021; Redd *et al.*, 2017]. Des exigences organisationnelles (non spécifiées) peuvent en plus parfois limiter le temps que les professionnels peuvent consacrer à leurs nouveaux apprentissages [Galvin *et al.*, 2021]. Certains formateurs ou gestionnaires mentionnent que la nouveauté du contenu est un défi pour les intervenants, puisqu'ils doivent prendre le temps de s'approprier le vocabulaire ainsi que les outils liés aux modèles [Galvin *et al.*, 2021; Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017].

3.3.2 Facilitateurs à l'implantation

L'implantation des modèles du regroupement centré sur le trauma a été facilitée, selon les cinq publications recensées à ce propos, par de la formation, du soutien ainsi que par des conditions organisationnelles favorisant la pérennisation [Galvin *et al.*, 2021; Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Holden *et al.*, 2010].

3.3.2.1 Formation et soutien

Trois études dans lesquelles des facilitateurs à l'implantation ont été documentés concernent la fréquence et la modalité des formations. Dans l'étude de Redd [2017], les membres du personnel soulignent l'importance que la formation sur le modèle soit faite de façon continue (pour le personnel régulier) et répétée (pour le nouveau personnel ou les membres n'ayant pas pu suivre la formation une première fois). Ainsi :

- les membres du personnel développent plus facilement un langage commun lié au trauma;
- la compréhension du modèle est plus grande et son intégration dans le travail quotidien est plus facile [Redd *et al.*, 2017].

La formation devrait également prendre plusieurs formes, selon des modalités variées (en personne, en ligne, avec un manuel). Par exemple, le personnel du KVC Kansas mentionne que le fait d'avoir suivi la formation en petit groupe a donné plus de temps pour répondre aux questions, faire de l'analyse de cas ou discuter des possibles enjeux d'implantation [Redd *et al.*, 2017]. D'autres utilisateurs du modèle estiment que le fait d'avoir pu se préparer en amont, à l'aide du manuel de formation, leur a permis de comprendre plus rapidement les notions enseignées [Holden *et al.*, 2010]. Une formation spécifique aux intervenants qui allaient à leur tour former les parents d'accueil a également contribué à ce que ces derniers aient plus de facilité à implanter le TST-FC, selon les formateurs [Bartlett et Rushovich, 2018].

Le soutien varié pendant l'implantation du modèle est également considéré comme un facilitateur à l'implantation. L'assistance technique de la part des formateurs ou de ceux-là mêmes qui ont conçu le modèle est soulignée puisqu'elle permet d'utiliser rapidement et adéquatement les outils accessibles, notamment ceux en ligne sur le Web [Bartlett et Rushovich, 2018; Izzo *et al.*, 2016]. L'encadrement, sous toutes sortes de formes, est également grandement mis de l'avant par les personnes interrogées dans le cadre des différentes études recensées abordant les facilitateurs à l'implantation [Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017; Izzo *et al.*, 2016; Holden *et al.*, 2010]. Selon elles, l'accompagnement professionnel et le mentorat par des superviseurs ou des formateurs aideraient significativement les intervenants à :

- développer l'habileté à évaluer la fidélité de l'implantation du modèle;
- favoriser la discussion autour des enjeux d'implantation et à trouver des solutions;
- consolider leurs acquis.

Plus spécifiquement, les formateurs rapportent qu'un soutien sous forme de supervision serait bénéfique aux familles d'accueil puisqu'il leur permettrait de mieux utiliser les outils du TST avec les jeunes qu'elles hébergent et de réviser les connaissances acquises pendant les formations [Redd *et al.*, 2017].

3.3.2.2 Conditions organisationnelles favorisant la pérennisation

Un budget spécifique à l'implantation, des structures organisationnelles en soutien à celle-ci ainsi qu'un suivi continu de son implantation et des pratiques ont été mentionnés par le personnel interrogé comme étant des facilitateurs [Galvin *et al.*, 2021; Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017]. Dans deux études, les auteurs rapportent qu'un budget associé à l'implantation du modèle est nécessaire, et que celui-ci devrait être prévu à long terme pour assurer la pérennisation des pratiques [Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017]. Ce budget spécifique a permis, par exemple, de créer des équipes dédiées à l'implantation [Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017].

La constitution d'équipes dédiées a d'ailleurs facilité l'appropriation et l'intégration des processus, des structures et des principes du modèle [Bartlett et Rushovich, 2018; Redd *et al.*, 2017]. Ces équipes ont formé le personnel, ont fait du l'accompagnement professionnel et ont assuré un soutien technique, le cas échéant. Leur mise en place a donné le sentiment aux membres du personnel que les organisations :

- énonçaient clairement vouloir s'approprier le modèle;
- adoptaient une philosophie d'organisation apprenante dans laquelle l'amélioration continue était souhaitée et, par conséquent, faisaient en sorte que le personnel puisse essayer de nouvelles pratiques, s'adapter et évoluer.

Enfin, le suivi continu de l'implantation du modèle a aussi été évoqué comme facilitateur par les personnes interrogées dans une étude [Redd *et al.*, 2017]. Un système informatique a ainsi été mis en place afin d'assurer un suivi en ce qui concerne les formations (pour le personnel et les familles d'accueil) et les résultats obtenus relativement à l'implantation et au bien-être des enfants, ce qui a ensuite mené à l'élaboration de stratégies en vue d'une amélioration des pratiques.

3.4 Résultats relatifs au vécu et aux perceptions

Aucune étude du regroupement des modèles centrés sur le trauma n'a été recensée relativement aux expériences vécues par les principaux acteurs impliqués.

En bref

Les résultats du regroupement des modèles centrés sur le trauma

- Avec un niveau de preuve faible, le regroupement pourrait améliorer les dimensions suivantes chez les jeunes :
 - les comportements extériorisés;
 - la santé mentale;
 - la stabilité de placement;
 - le fonctionnement global.
- Certaines variables, comme le passage du temps et l'intensité du traitement, semblent influencer l'efficacité des modèles.
- Les résultats indiquent des barrières à l'implantation des modèles qui concernent la nature même des modèles ou des outils qui doivent être mis en place, le temps nécessaire à leur appropriation et certaines conditions d'exercice.
- Les résultats indiquent des facilitateurs à l'implantation des modèles qui concernent la formation, le soutien et les conditions organisationnelles.

4 RÉSULTATS – REGROUPEMENT DES MODÈLES CENTRÉS SUR LES COMPORTEMENTS ANTISOCIAUX ET LES COMPÉTENCES PROSOCIALES

La présente section propose d'abord une description des publications sélectionnées et expose par la suite les résultats aux questions clés 1 à 3 pour le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales.

4.1 Description des publications

Un total de 7 publications (provenant de 4 études) portant sur le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales ont été recensées. Toutes ont des données d'efficacité et, parmi celles-ci, deux ont des données liées au vécu et aux perceptions. Le [tableau 5](#) présente les principales caractéristiques des publications incluses.

Les résultats d'efficacité sont organisés en dimensions (p. ex. comportements extériorisés, fonctionnement global, santé mentale), qui permettent de rassembler les données répertoriées et de formuler des énoncés de preuve selon les critères de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) [ASPC, 2014]. Selon ces critères, deux études au minimum sont nécessaires pour émettre un énoncé de preuve. Pour certaines dimensions, il est impossible d'émettre un énoncé de preuve, lorsque les données proviennent d'une seule étude.

Parmi les 7 publications sélectionnées, 5 ont un plan d'étude analytique (quantitatives) et 2 ont un plan d'étude descriptif mixte. Leur qualité méthodologique est modérée (n = 6) ou faible (n = 1).

Les publications proviennent de la Suède (n = 3), de l'Angleterre (n = 2) et du Canada (n = 2). Les contextes d'intervention, tout comme les termes utilisés pour les décrire, sont variés. Il s'agit principalement de ressources d'hébergement¹⁶, toutes pour des jeunes en difficulté d'adaptation ou hébergés en vertu de lois encadrant la protection de la jeunesse :

- centres institutionnels (p. ex. *residential care* (RC), *residential treatment facility*, *group care agency*, *residential youth welfare institution*);
- foyers de groupe (p. ex. *community-based group home*, *group home/residential care*, *group home*, *residential out-of-home care*, *specialized foster home*, *private group care*, *in-home care*);
- ressources de type familial (p. ex. famille d'accueil, *foster care*, foyer d'urgence).

¹⁶ Les ressources d'hébergement sont précisées dans leur appellation francophone ou anglophone d'origine lorsque les données rapportées s'inscrivent dans un contexte d'intervention spécifique. Les termes génériques sont utilisés lorsqu'aucune distinction ne s'impose pour rendre compte des résultats.

Quelques services sont aussi offerts dans le foyer familial des jeunes (p. ex. *home-based interventions*).

Dans l'ensemble, les publications regroupent 730 jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse. Ces jeunes sont âgés de 10 à 17 ans. Environ 10 % d'entre eux présentent un trouble de la conduite diagnostiqué. Notons que même si les jeunes affichent des profils diversifiés, ils partagent des caractéristiques similaires à celles des jeunes hébergés en CR au Québec, notamment des difficultés d'adaptation sociale, des problèmes relationnels et de comportement.

Tableau 5 Description des publications retenues pour le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Milieu d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/au vécu et aux perceptions
Westermarck <i>et al.</i> [2011] Suède <i>Multidimensional Treatment Foster Care</i> (MTFC)	Étude contrôlée randomisée (ECR) Qualité : moyenne Mesures utilisées : ▪ Échelle de comportements extériorisés du <i>Youth self report</i> (YSR) ▪ Sous-échelles comportements extériorisés du <i>Child behavioral checklist</i> (CBCL) ▪ Sous-échelle de fonctionnement global du CBCL ▪ Échelle de fonctionnement global <i>severity index</i> YSR ▪ Échelle de comportements intériorisés YSR ▪ Sous-échelles de comportements intériorisés du CBCL Temps de mesure utilisés : ▪ Mesure admission ▪ Suivi (24 mois)	Tous types de ressources d'hébergement et services à l'externe : <i>residential care, foster care, home-based interventions, community-based treatment, specialized foster home</i> n = 35 jeunes : ▪ 20 recevant le MTFC ▪ 15 recevant le traitement habituel Doivent présenter un diagnostic de trouble de la conduite et être à risque de placement immédiat en milieu de vie substitut. (10-17 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés ou délinquants</u> ▪ Comportements délinquants ou agressifs du jeune (CBCL, YSR) <u>Dimension fonctionnement</u> ▪ Fonctionnement global (CBCL, YSR) <u>Dimension santé mentale</u> ▪ Symptômes intériorisés (p. ex. symptômes dépressifs, symptômes anxieux, somatisation)	Aucun
Hansson et Olsson [2012] Suède (même étude que Bergström et Højman [2016]) MTFC	ECR Qualité : moyenne Mesures utilisées : ▪ Sous-échelle de fonctionnement du CBCL ▪ Échelle de fonctionnement global <i>severity index</i> YSR ▪ Échelle <i>Sense of coherence</i> (SOC)	Tous types de ressources d'hébergement et services à l'externe : <i>residential care, foster care, home-based interventions, community-based treatment, specialized foster home</i> n = 46 jeunes : ▪ 19 recevant le MTFC ▪ 27 recevant le traitement habituel	<u>Dimension comportements extériorisés ou délinquants</u> ▪ Comportements délinquants ou agressifs du jeune (CBCL, YSR) <u>Dimension santé mentale</u> ▪ Sentiment de cohérence du jeune (SOC)	Aucun

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Milieu d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/au vécu et aux perceptions
	Temps de mesure : - Admission - T1 = fin du traitement - T2 = suivi 24 mois après l'admission	(12-17 ans) Doivent présenter un diagnostic de trouble de la conduite et être à risque de placement immédiat en milieu de vie substitut.	<u>Dimension fonctionnement</u> Fonctionnement global (CBCL, YSR)	
Green <i>et al.</i> [2014] Angleterre (même étude que Sinclair <i>et al.</i> [2016]) MTFC	ECR et étude de cohorte Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Nombre d'infractions ou d'accusations, selon le dossier du jeune <i>Children's Global Assessment scale</i> (CGAS) <i>Health of the nation outcomes scales for children and adolescents</i> (HoNOSCA) Temps de mesure : - Admission 12 mois post-admission	Foyers de groupe : <i>foster care</i> n = 34 jeunes : 20 recevant le MTFC 14 recevant le traitement habituel Étude de cohorte : n = 185 jeunes : 92 recevant le MTFC 93 recevant le traitement habituel (10 à 17 ans)	<u>Dimension fonctionnement</u> - Indicateurs de la santé mentale et du fonctionnement social et physique (CGAS, HoNOSCA); <u>Dimension comportements extériorisés et/ou délinquants</u> - Comportements délinquants (délits) <u>Dimension éducation*</u> - Fréquentation scolaire - Compétences scolaires et langagières	
Sinclair <i>et al.</i> [2016] Angleterre (même étude que Green <i>et al.</i> [2014]) MTFC	ECR et étude de cohorte Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Nombre d'infractions ou d'accusations, selon le dossier du jeune - CGAS - HoNOSCA Temps de mesure : - Admission 12 mois post-admission	Tous types de ressources d'hébergement : <i>foster care, residential care, ordinary foster care and other mainly relatives</i> n = 171 jeunes répartis en deux groupes : - Groupe antisocial : 67 recevant le MTFC 45 recevant le traitement habituel	<u>Dimension comportements extériorisés et/ou délinquants</u> - Comportements délinquants (délits) <u>Dimension fonctionnement</u> - Fonctionnement global (CGAS); - Autres problèmes (HoNOSCA) - Comportements antisociaux (HoNOSCA)	

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Milieu d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/au vécu et aux perceptions
		- Groupe moins antisocial : 21 recevant le MTFC 38 recevant le traitement habituel (10 à 17 ans)	<u>Dimension santé mentale</u> - Problèmes de santé mentale - Symptômes émotionnels (HoNOSCA)	
Bergström et Højman [2016] Suède (même étude que [Hansson et Olsson, 2012]) MTFC	ECR Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Criminalité (rapport de police ou condamnation) - Crime violent (rapport de police ou condamnation) Temps de mesure : - T1 = 1^{re} année de suivi post-admission - T2 = 2^e année de suivi post-admission - T3 = 3^e année de suivi post-admission - Trois années regroupées	Tous types de ressources d'hébergement : <i>foster care, residential care, private group care, foster care, or in-home care.</i> n = 46 jeunes avec diagnostic de trouble de la conduite : 19 recevant le MTFC 27 recevant le traitement habituel (12 à 17 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés et/ou délinquants</u> - Criminalité - Crime violent <u>Dimension itinérance*</u> - Itinérance rapportée <u>Consommation de substances*</u> - Ivresse sur la voie publique	Aucun
Pellerin [2018] Canada (même étude que Pellerin <i>et al.</i> [2020]) Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ)	Étude descriptive mixte Qualité : moyenne Mesures utilisées : La dimension Qualité des relations entre les adolescentes du questionnaire de climat de groupe en centre de réadaptation (QCGCR) (3 sous-échelles : violence relationnelle, violence verbale et violence physique).	Centres institutionnels : centres de réadaptation n = 213 adolescentes 60 exposées à l'ACEJ 153 exposées à l'approche cognitive-comportementale (ACC) (comparateur) (12-17 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés et/ou délinquants</u> - Violence physique perpétrée par les pairs (QCGCR) - Violence non physique perpétrée par les pairs (QCGCR) <u>Dimension qualité de la relation d'intervention*</u>	Vécu et perceptions

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Milieu d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/au vécu et aux perceptions
	- La dimension du QCGCR : Qualité des relations entre les adolescentes et l'équipe d'intervenants (3 échelles : relations adolescentes-intervenants, attitudes de valorisation des intervenants, attitudes de soutien des intervenants). - La dimension du QCGCR : Qualité des relations entre les adolescentes (2 échelles : relations amicales et de confiance entre les adolescentes, sentiment de sécurité parmi les pairs). Temps de mesure (deux collectes de données différentes pour chaque groupe) : Groupe ACEJ : 1^{re} cohorte : 4 temps de mesure (une moyenne a été calculée à partir des 4 temps) 2^e cohorte : 1 temps Groupe contrôle ACC : - T1 = admission - T2 = 3 mois après le placement		- Relations adolescentes-intervenants (QCGCR) - Attitudes de valorisation des intervenants (QCGCR) - Attitudes de soutien des intervenants (QCGCR) <u>Dimension qualité des relations entre les pairs*</u> - Relations amicales et de confiance entre les adolescentes - Sentiment de sécurité parmi les pairs	
Pellerin <i>et al.</i> [2020] Canada (même étude que Pellerin [2018]) ACEJ	Étude descriptive mixte Qualité : faible Mesures utilisées : La dimension Qualité des relations entre les adolescentes du QCGCR (3 sous-échelles : violence relationnelle, violence verbale et violence physique).	Centres institutionnels : <i>out-of-home placement center</i> n = 213 adolescentes 60 exposées à l'ACEJ 153 exposées à l'ACC (comparateur) (12-17 ans)	<u>Dimension comportements extériorisés et/ou délinquants</u> - Violence physique perpétrée par les pairs (QCGCR) - Violence non physique perpétrée par les pairs (QCGCR) <u>Dimension qualité de la relation d'intervention*</u>	Vécu et perceptions

Auteurs [année] Pays Modèle	Plan de l'étude Qualité de l'étude Mesures utilisées Temps de mesure	Milieu d'intervention Échantillon	Résultats d'intérêt relatifs à l'efficacité	Résultats d'intérêt relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation/au vécu et aux perceptions
	- La dimension du QCGCR : Qualité des relations entre les adolescentes et l'équipe d'intervenants (3 échelles : relations adolescentes-intervenants, attitudes de valorisation des intervenants, attitudes de soutien des intervenants). - La dimension du QCGCR : Qualité des relations entre les adolescentes (2 échelles : relations amicales et de confiance entre les adolescentes, sentiment de sécurité parmi les pairs). Temps de mesure (deux collectes de données différentes pour chaque groupe) : Groupe ACEJ : 1^{re} cohorte : 4 temps de mesure (une moyenne a été calculée à partir des 4 temps) 2^e cohorte : 1 temps Groupe contrôle (ACC) : - T1 = Admission - T2 = 3 mois après le placement		- Relations adolescentes-intervenants (QCGCR) - Attitudes de valorisation des intervenants (QCGCR) - Attitudes de soutien des intervenants (QCGCR) <u>Dimension qualité des relations entre les pairs*</u> - Relations amicales et de confiance entre les adolescentes - Sentiment de sécurité parmi les pairs	

* Les résultats relatifs à cette dimension sont insuffisants pour émettre un énoncé de preuve. Ils sont brièvement discutés dans la sous-[section 4.2.4](#) et se retrouvent dans le [tableau H-1](#), à l'[annexe H](#).

4.2 Résultats relatifs à l'efficacité

Les 7 publications (provenant de 4 études) ayant des données d'efficacité du regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales ciblent neuf dimensions, dont trois ayant des données suffisantes pour émettre un énoncé de preuve :

- les comportements extériorisés ou délinquants [Pellerin *et al.*, 2020; Pellerin, 2018; Bergström et Höjman, 2016; Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014; Westermarck *et al.*, 2011];
- la santé mentale [Sinclair *et al.*, 2016; Hansson et Olsson, 2012; Westermarck *et al.*, 2011];
- le fonctionnement global [Bergström et Höjman, 2016; Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014; Westermarck *et al.*, 2011].

Les sections suivantes exposent une synthèse des principaux résultats et l'appréciation de la preuve scientifique pour les trois dimensions mentionnées ci-dessus. Le [tableau J-1](#), à l'annexe J, présente l'ensemble des résultats détaillés relatifs à l'efficacité (c.-à-d. ceux présentés dans les sous-sections suivantes ainsi que des résultats supplémentaires).

Comme il a été précisé dans la [section 1.6](#) du chapitre Méthodologie du présent rapport, les résultats ont été soumis à un processus de gradation de la preuve suivant les cinq critères de la grille d'appréciation de la preuve scientifique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) [ASPC, 2014] ([annexe F](#)). La force des plans d'étude, la qualité méthodologique des études, le nombre de publications de même que l'uniformité des résultats entre les études et la nature des données sont les critères qui permettent de statuer sur le niveau de preuve global (faible, modéré, élevé) pour chacun des énoncés de preuve.

Enfin, ainsi qu'il a été mentionné dans la sous-[section 4.2.4](#), certaines données sont insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve selon les critères de l'ASPC. Ces données ciblent six dimensions :

- les placements [Bergström et Höjman, 2016];
- la qualité de la relation d'intervention [Pellerin *et al.*, 2020; Pellerin, 2018];
- la qualité des relations entre les jeunes [Pellerin *et al.*, 2020; Pellerin, 2018];
- la consommation de substances [Bergström et Höjman, 2016];
- l'itinérance [Bergström et Höjman, 2016];
- l'éducation [Green *et al.*, 2014].

Les résultats sont brièvement présentés dans le [tableau H-1](#), à l'annexe H.

4.2.1 Comportements extériorisés ou délinquants

Quatre études (provenant de 6 publications) associées au regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales rapportent des résultats d'efficacité concernant les comportements extériorisés ou délinquants (voir [tableau 5](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau J-1](#), à l'annexe J, pour des résultats plus détaillés). Plus spécifiquement, ces études s'intéressent aux comportements agressifs ou délinquants [Bergström et Höjman, 2016; Westermarck *et al.*, 2011], à la violence perpétrée par les pairs (physique ou non physique) [Pellerin *et al.*, 2020; Pellerin, 2018], à la criminalité¹⁷ [Bergström et Höjman, 2016], aux crimes violents [Bergström et Höjman, 2016], aux comportements antisociaux [Sinclair *et al.*, 2016] et aux délits [Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014]. Dans l'ensemble, les études montrent que ces modèles sont efficaces pour diminuer les comportements extériorisés ou délinquants chez les adolescents ayant un profil antisocial ou délinquant marqué.

Dans leur étude contrôlée randomisée, Westermarck et ses collaborateurs [2011] indiquent que les comportements agressifs ou délinquants, tels que mesurés par la sous-échelle des comportements extériorisés du CBCL (sondage rempli par le parent ou le donneur de soins) et du YSR (sondage rempli par les jeunes), diminuent davantage chez les jeunes exposés au modèle MTFC que chez leurs pairs recevant le traitement usuel. Aussi, plus de jeunes du groupe MTFC ont connu une réduction significative d'au moins 30 % de leurs comportements délinquants ou agressifs après 24 mois de traitement, en comparaison avec ceux du groupe du traitement usuel. Par ailleurs, les auteurs rapportent une réduction de ces comportements plus importante entre la mesure d'admission et le suivi (après 24 mois) chez les jeunes du groupe MTFC, par rapport à ceux du groupe du traitement usuel. Notons que ces changements dans le temps sont significatifs pour les mesures du YSR et marginalement significatifs pour les mesures du CBCL.

Dans leur étude, Bergström et Höjman [2016] s'intéressent aux activités criminelles (p. ex. confrontation avec la police, accusations) et aux crimes violents (p. ex. assaut, viol) commis par les jeunes (12-17 ans) ayant un trouble de la conduite selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision* (DSM-IV-TR) et étant à risque de placement immédiat. Il ressort, de façon significative, que moins de jeunes s'engagent dans des activités criminelles lorsqu'ils ont été exposés au modèle MTFC, par rapport à ceux exposés au traitement usuel lors de la troisième année de suivi (T3) seulement.

Les différences sont toutefois plus marquées en ce qui concerne les crimes violents : pour la première année de suivi et pour les trois années regroupées, il y a significativement moins de jeunes qui commettent des crimes violents dans le groupe MTFC que dans le groupe du traitement usuel [Bergström et Höjman, 2016]. Les différences entre les groupes sont marginalement significatives pour les deuxième et

¹⁷ Mesuré par la présence d'un rapport de police ou par une condamnation.

troisième années de suivi, possiblement en raison de la petite taille de l'échantillon (n = 46).

Les résultats de l'étude de Green [2014] montrent que le modèle MTFC n'améliore pas de façon significative les comportements délinquants liés à des délits, comparativement au traitement usuel. Cela dit, la divergence de ces résultats s'explique par ceux obtenus dans un autre article de la même étude [Sinclair *et al.*, 2016], à la suite d'analyses supplémentaires : les comportements antisociaux ont diminué uniquement chez les jeunes ayant un profil délinquant plus marqué, et ce, seulement dans le groupe exposé au MTFC.

Enfin, les publications de Pellerin [2018] et de Pellerin et ses collaborateurs [2020] suivent plutôt la tendance de Green [2014] au chapitre des résultats. En effet, Pellerin [2018] mentionne que les actes de violence physique et non physique, bien que rapportés comme étant peu nombreux, sont nettement plus fréquents chez les adolescentes exposées à l'ACEJ que chez celles recevant le traitement usuel. Pour mieux comprendre ces résultats, Pellerin et ses collaborateurs [2020] présentent des analyses multivariées qui illustrent que, toutes choses étant égales par ailleurs, l'exposition à l'ACEJ plutôt qu'au traitement usuel est significativement associée au fait d'avoir rapporté des agressions de nature non physique par les pairs. Il n'y aurait toutefois pas de différence importante entre les deux groupes quant au degré de violence physique allégué. Selon les auteurs, ces résultats s'expliquent par le fait que le mode de gestion de la violence diffère entre les deux modèles. Dans l'ACEJ, les actes de violence sont abordés en mobilisant l'ensemble des membres des unités de vie afin de trouver des solutions. À l'intérieur de ces unités, les jeunes sont donc davantage conscients de l'ensemble des actes de violence (physique et non physique) perpétrés par leurs pairs, ce qui peut expliquer pourquoi ils rapportent davantage de violence non physique. Dans le traitement usuel, les actes de violence sont plutôt pris en charge en individuel.

Énoncé de preuve n° 5 : Dimension comportements extériorisés ou délinquants

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales semble diminuer les comportements extériorisés ou délinquants chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : modéré.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Les résultats de quatre études sont rapportés dans six publications.
 - Deux études ECR ont un plan d'étude considéré comme fort, avec une qualité méthodologique moyenne [Bergström et Höjman, 2016; Westermarck *et al.*, 2011].
 - Une ECR combinée avec une étude de cohorte, menant à deux publications, a un plan d'étude considéré comme modéré, avec une qualité méthodologique moyenne [Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014].
 - Deux études descriptives (deux publications) ont un plan d'étude considéré comme faible, avec une qualité méthodologique moyenne [Pellerin, 2018] et faible [Pellerin *et al.*, 2020].

Nombre d'études

- Quatre études (n = 4), provenant de six publications, ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats des études de ce regroupement sont disparates, mais s'expliquent par le fait que, dans l'ensemble, le MTFC est plus efficace pour améliorer les comportements extériorisés ou délinquants chez les jeunes ayant un profil antisocial.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement la dimension étudiée.

4.2.2 Santé mentale

Trois études (provenant de trois publications) du regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales rapportent des résultats d'efficacité concernant les problèmes de santé mentale ou les symptômes intériorisés des jeunes (voir [tableau 5](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau J-1](#), à l'annexe J, pour des résultats plus détaillés). Les variables d'intérêt étudiées sont le sentiment de cohérence du jeune [Hansson et Olsson, 2012], les symptômes internalisés (p. ex. symptômes dépressifs, symptômes anxieux, somatisation) [Westermarck *et al.*, 2011], la présence de problèmes de santé mentale [Sinclair *et al.*, 2016] et les symptômes émotionnels [Sinclair *et al.*, 2016]. Toutes les études concernent le MTFC. Dans l'ensemble, les études montrent que ces modèles sont efficaces pour diminuer les symptômes intériorisés et les problèmes de santé mentale chez les adolescents ayant un profil antisocial ou délinquant marqué.

Dans leur étude contrôlée randomisée auprès de 35 jeunes ayant un diagnostic de trouble de la conduite, Westermarck et ses collaborateurs [2011] mentionnent que les symptômes intériorisés, mesurés par le CBCL, diminuent davantage chez les jeunes exposés au modèle MTFC que chez les jeunes recevant le traitement usuel entre le T1 et le T2 (24 mois après). De plus, un plus grand nombre de jeunes du groupe MTFC ont connu une réduction significative d'au moins 30 % de leurs symptômes, mesurés par le CBCL, après 24 mois, en comparaison avec ceux du groupe du traitement usuel. Notons toutefois que, lorsque les symptômes sont mesurés à l'aide du YSR, il n'y a pas de différences significatives entre les jeunes exposés au modèle et les jeunes recevant le traitement usuel. Cela dit, les auteurs rapportent une amélioration importante dans le temps des symptômes intériorisés pour l'ensemble des participants ayant été exposé au traitement basé sur le modèle MTFC, et ce, tant pour les mesures prises avec le CBCL que pour celles prises avec le YSR.

Contrairement aux résultats précédents, ceux d'Hansson et Olsson [2012] indiquent plutôt qu'après 24 mois, le MTFC n'a pas d'effet significatif sur le score de sentiment de cohérence des jeunes¹⁸ ayant reçu le MTFC, alors que les jeunes du groupe recevant le traitement usuel présentent une amélioration notable de leur score. Les auteurs expliquent les résultats par le fait que l'échantillon de cette étude ne représente pas des jeunes ayant des comportements antisociaux, et que le MTFC semble mieux fonctionner avec les jeunes qui présentent ce type de comportements.

L'étude de Sinclair [2016] rapporte aussi des résultats qui soulèvent la pertinence d'offrir le MTFC aux jeunes qui présentent des comportements antisociaux. Ces résultats démontrent que l'amélioration des comportements antisociaux des jeunes liée à l'exposition au MTFC peut entraîner un effet négatif sur les symptômes émotionnels des jeunes (augmentation des symptômes). Cet effet négatif du modèle sur les symptômes émotionnels est particulièrement apparent chez les jeunes qui ont moins de comportements antisociaux. Selon les auteurs de l'étude, ces résultats expliquent

¹⁸ Le sentiment de cohérence fait référence à la façon dont les jeunes perçoivent leur vie et comment ils utilisent leurs ressources personnelles pour maintenir et développer leur santé.

pourquoi les jeunes les plus antisociaux bénéficient davantage du modèle. Notons aussi que les deux sous-groupes de l'échantillon (les plus antisociaux et les moins antisociaux) présentent des résultats similaires quant aux problèmes de santé mentale préexistants.

Énoncé de preuve n° 6 : Dimension santé mentale

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales semble diminuer les symptômes intériorisés et les problèmes de santé mentale chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : modéré.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Les résultats de trois études sont rapportés dans trois publications.
 - Deux ECR ont un plan d'étude considéré comme fort [Hansson et Olsson, 2012; Westermarck *et al.*, 2011].
 - Une ECR combinée avec étude de cohorte a un plan d'étude considéré comme modéré [Sinclair *et al.*, 2016].
 - Les trois études ont une qualité méthodologique moyenne.

Nombre d'études

- Trois (n = 3) études ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats de ce regroupement sont disparates, mais s'expliquent par le fait que, dans l'ensemble, le MTFC est plus efficace pour améliorer la santé mentale des jeunes ayant un profil antisocial.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

4.2.3 Fonctionnement global

Des résultats d'efficacité concernant le fonctionnement global des jeunes sont rapportés dans quatre publications (provenant de trois études) [Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014; Hansson et Olsson, 2012; Westermarck *et al.*, 2011] (voir [tableau 5](#) pour les principales caractéristiques des études et le [tableau J-1](#), à l'annexe J, pour des résultats plus détaillés). Les sous-échelles du CBCL et du YSR sont utilisées pour mesurer le fonctionnement global des jeunes. D'autres indicateurs du fonctionnement social et de la santé mentale liée au fonctionnement, issus des échelles CGAS et HoNOSCA, sont également utilisés.

Selon les résultats, le modèle MTFC semble améliorer le fonctionnement des jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué. Par exemple, dans son étude contrôlée randomisée auprès de 35 jeunes ayant un diagnostic de trouble de la conduite, Westermarck [2011] révèle que significativement plus de jeunes exposés au modèle MTFC que de jeunes recevant le traitement usuel ont réduit d'au moins 30 % les symptômes liés au fonctionnement global mesurés par le CBCL et le YSR, entre le T1 et le T2 (24 mois après).

Dans l'ensemble, les résultats illustrent une amélioration significative dans le temps du fonctionnement des jeunes ayant été exposés au modèle MTFC, mais cette amélioration est similaire chez les participants recevant le traitement usuel, tant après 12 mois [Green *et al.*, 2014] qu'après 24 mois [Hansson et Olsson, 2012; Westermarck *et al.*, 2011]. La seule exception est rapportée par Westermarck [2011] : l'amélioration est marginalement plus importante pour les jeunes du groupe MTFC que pour ceux du groupe du traitement usuel lorsque le fonctionnement est mesuré à l'aide du CBCL.

L'étude de Green [2014] rapporte peu de différences entre les jeunes du groupe exposé au modèle MTFC et ceux du traitement usuel quant à l'amélioration de leur fonctionnement. Des analyses plus approfondies, comparant les jeunes plus antisociaux et moins antisociaux, ont donc été réalisées à l'aide de deux devis d'étude, soit une étude de cohorte observationnelle et une ECR. Dans l'étude observationnelle de Green [2014], au T1, le fonctionnement des jeunes considérés antisociaux s'est amélioré significativement (lorsque mesuré par CGAS) ou marginalement (lorsque mesuré par HoNOSCA), comparativement aux jeunes antisociaux suivant le traitement usuel. Cette différence n'a toutefois pas été détectée dans l'ECR des mêmes auteurs.

Comme l'étude précédente, l'étude de Sinclair [2016] rapporte une amélioration similaire du fonctionnement des jeunes, entre le T1 et le T2, qu'ils soient exposés au modèle MTFC ou au traitement usuel. Des analyses comparant les jeunes plus anti-sociaux et moins antisociaux ont donc été effectuées et démontrent que le modèle MTFC améliore uniquement le fonctionnement des jeunes (score CGAS) les plus anti-sociaux et n'a aucun effet sur les autres jeunes. Plus encore, les auteurs mentionnent que les jeunes les moins anti-sociaux obtiennent des scores CGAS significativement plus élevés s'ils reçoivent le traitement usuel [Sinclair *et al.*, 2016].

Énoncé de preuve n° 7 : Dimension fonctionnement global

Les données permettent de conclure que le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales semble améliorer le fonctionnement global chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.

Niveau de confiance dans l'énoncé de preuve : modéré.

Appréciation de la preuve scientifique

Force des plans d'étude et qualité des études

- Les résultats de trois études sont rapportés dans quatre publications.
 - Deux ECR menant à deux publications ont un plan d'étude considéré comme fort [Hansson et Olsson, 2012; Westermarck *et al.*, 2011].
 - Une ECR combinée à une étude de cohorte, menant à deux publications, a un plan d'étude considéré comme modéré [Sinclair *et al.*, 2016; Green *et al.*, 2014].
 - Les trois études ont une qualité méthodologique moyenne.

Nombre d'études

- Trois études (n = 3) ont été recensées pour répondre à la question d'évaluation.

Uniformité des résultats entre les études

- Les résultats de ce regroupement sont disparates, mais s'expliquent par le fait que, dans l'ensemble, le MTFC est plus efficace pour améliorer le fonctionnement global des jeunes ayant un profil antisocial.

Nature des données probantes (caractère direct)

- Les données probantes traitent directement de la dimension étudiée.

4.2.4 Dimensions pour lesquelles les données sont insuffisantes

Il est impossible de statuer sur l'efficacité du regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales pour plusieurs dimensions, incluant :

- l'éducation;
- la qualité de la relation d'intervention;
- la qualité des relations entre pairs;
- l'itinérance;
- la consommation de substances;
- les placements.

Les données recueillies pour ces dimensions reposent sur une seule étude, ce qui ne permet pas d'émettre un énoncé de preuve selon les critères de l'ASPC. Le [tableau H-1](#), présenté à l'[annexe H](#), détaille brièvement les études et les résultats liés aux dimensions précitées. Notons que ces résultats ne révèlent pas d'effets délétères des modèles sur les jeunes.

4.3 Résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation

En ce qui concerne le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales, aucune étude n'a été recensée relativement aux barrières et facilitateurs à leur implantation.

4.4 Résultats relatifs au vécu et aux perceptions

Une seule étude concernant le vécu dans le contexte de l'ACEJ a été recensée (aucune dans le contexte du MTFC). La perception du climat social a été rapportée dans les deux publications tirées de celle-ci, à l'aide de données issues d'un sondage (n = 213) [Pellerin *et al.*, 2020] et de commentaires provenant de quatre groupes de discussion (n total = 14) [Pellerin, 2018]. La première publication est considérée comme étant de faible qualité, et la seconde de qualité moyenne. Dans les deux, la méthode de recrutement n'est pas du tout explicitée, ce qui contribue à une baisse de qualité.

Les groupes de discussion comportaient de deux à cinq adolescentes hébergées dans des unités d'un CR qui avaient préalablement répondu à des questionnaires sur la perception du climat social dans leur milieu de vie. Dans cet échantillon, les jeunes hébergées pour des troubles de comportement sérieux en vertu de la LPJ et celles en centre de réadaptation pour de la délinquance en vertu de la LSJPA ont été regroupées.

Les adolescentes interrogées rapportent d'abord plusieurs éléments positifs de l'ACEJ, tels que leur besoin d'être en relation avec leurs pairs et les intervenants dans l'unité du centre de réadaptation et de se sentir écoutées de façon authentique et sans jugement. Les liens qu'elles tissent avec leurs pairs ainsi que les activités cliniques mèneraient, selon elles, à du soutien et de l'entraide. Elles souhaiteraient toutefois être davantage consultées pour les décisions qui les concernent directement, et ce, même si elles reconnaissent pouvoir influencer le fonctionnement des règles au sein de leur milieu d'hébergement (notamment à travers certaines composantes de l'ACEJ, comme la rencontre marathon).

Malgré l'implantation de l'ACEJ dans les unités, les adolescentes disent éprouver des sentiments d'injustice et d'inégalité dans certaines situations, soit :

- en lien avec les intervenants. Elles jugent, par exemple, que certains privilèges sont octroyés de façon inéquitable entre elles;
- par rapport aux adolescentes qui ne sont pas hébergées. Elles considèrent, par exemple, que leurs vêtements et leur matériel scolaire sont limités, ce qui génère une différence marquée avec les autres filles.

Ces sentiments d'injustice et d'inégalité favoriseraient, en réaction, des comportements contraires aux valeurs de l'ACEJ.

Enfin, des adolescentes mentionnent que le roulement du personnel et les contraintes organisationnelles nuisent au développement d'une perception positive du climat social au sein de la ressource d'hébergement. Elles mentionnent notamment que moins de temps est accordé aux jeunes ayant des besoins jugés moins prioritaires, que les jeunes doivent s'adapter régulièrement à de nouveaux intervenants et que les relations entre les intervenants sont de moins bonne qualité. Tout cela nuit à leur besoin de stabilité et à « l'établissement d'un milieu de vie normalisant » [Pellerin, 2018].

En bref

Les résultats du regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales

- Les résultats proviennent de sept publications (quatre études), toutes ayant des données d'efficacité et deux ayant, en plus, des données sur les perceptions.
- Avec un niveau de preuve modéré, le regroupement pourrait améliorer les dimensions suivantes chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué :
 - les comportements extériorisés ou délinquants;
 - la santé mentale;
 - le fonctionnement global.
- Les résultats révèlent qu'afin d'être efficaces, les modèles de ce regroupement doivent s'adresser spécifiquement aux jeunes qui présentent un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.
- En raison d'un manque de données, il est impossible de statuer sur l'efficacité du regroupement sur les dimensions de l'éducation, de la qualité de la relation d'intervention, de la qualité de la relation entre pairs, de l'itinérance et des placements.
- Les résultats à l'égard du vécu des jeunes proviennent d'une seule étude (deux publications) et concernent des aspects positifs et négatifs liés au climat social des centres d'hébergement.

5 DISCUSSION

Le présent état des connaissances a comme objectif de déterminer les modèles et approches à préconiser auprès des jeunes en difficulté d'adaptation dans des contextes de réadaptation. Au total, 19 publications scientifiques permettent d'examiner neuf modèles, dont l'efficacité est évaluée, et de répondre aux trois questions clés suivantes.

- Quels modèles et approches de réadaptation sont considérés efficaces auprès des jeunes en difficulté d'adaptation?
- Quels sont les barrières et facilitateurs à l'implantation de ces modèles et approches?
- Comment ces pratiques sont-elles vécues et perçues par les principaux acteurs impliqués, c'est-à-dire les jeunes, leurs proches et les intervenants?

À la suite d'un travail d'analyse effectué en concertation avec les membres du Comité de travail, les modèles repérés ont été rassemblés selon leurs objectifs et leurs cibles d'intervention. Il en ressort deux regroupements, soit un concernant les modèles centrés sur le trauma et un concernant les modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales.

Cette méthode de regroupement présente différents avantages, qui ont d'ailleurs été discutés par les membres du Comité d'excellence clinique (CEC) de l'INESSS. D'abord, elle permet de combiner les résultats d'efficacité relatifs à une même dimension, ce qui facilite l'appréciation du niveau de preuve pour des résultats qui autrement auraient été difficiles à évaluer. Ensuite, en regroupant différents modèles sur la base de principes communs, cette méthode permet d'atténuer la limite du nombre d'études et de participants et d'étendre l'évaluation de l'efficacité à différents contextes d'intervention. Enfin, dans la production en appui à la pratique clinique et organisationnelle à venir, elle permettra de dégager des pistes d'action et de réflexion pour outiller les intervenants et les organisations. Cela pourra ainsi offrir des réponses adaptées aux profils variés des jeunes et à leur évolution dans le temps.

Certains principes, cibles et finalités ressortent d'emblée des regroupements de modèles à l'étude dans le présent état des connaissances. Bien que les deux regroupements diffèrent quant à leurs objectifs, plusieurs de leurs principes, cibles et finalités sont communs. Ces éléments centraux serviront de pierre angulaire à la proposition d'une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation. Ils seront plus amplement discutés dans la production à paraître.

Le [tableau 6](#) propose quelques exemples de principes, cibles et finalités communs aux deux regroupements. Ces exemples informent sur ce qui caractérise les modèles efficaces pour les jeunes ayant besoin de services de réadaptation.

Tableau 6 Exemples de principes, cibles et finalités communs aux deux regroupements de modèles

Principes	▪ Centré sur les besoins développementaux ▪ Centré sur le développement de compétences ▪ Centré sur le développement de relations positives ▪ Centré sur les habitudes de vie positives ▪ Centré sur la sécurité ▪ Centré sur l'implication et l'autonomie des jeunes ▪ Centré sur l'implication de l'ensemble des membres de l'organisation
Cibles et finalités	▪ Renforcer la reprise ou la poursuite du développement normatif ▪ Développer l'autorégulation et le bien-être des jeunes ▪ Viser l'établissement, le rétablissement ou l'amélioration des liens entre les jeunes et des personnes significatives ▪ Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle des intervenants ▪ Renforcer la résilience au travail chez les membres de l'organisation ▪ Promouvoir la création d'un environnement sécuritaire et basé sur la confiance et la collaboration

Notons que la sensibilité au trauma semble être un des seuls éléments qui ne soit pas commun aux deux regroupements. Pour l'ensemble des modèles du regroupement centré sur le trauma, cet élément est central. Étant donné que les jeunes recevant des services de réadaptation sont fréquemment victimes de traumatismes complexes¹⁹, il serait particulièrement pertinent d'en tenir compte [Collin-Vézina *et al.*, 2011].

5.1 Sommaire des résultats et constats

5.1.1 Les résultats relatifs à l'efficacité

Les résultats liés à l'efficacité des modèles se déclinent en sept énoncés de preuve. Quatre d'entre eux concernent le regroupement des modèles centrés sur le trauma : ils peuvent avoir des effets positifs sur quatre dimensions, soit les comportements extériorisés, la santé mentale, les placements et le fonctionnement global des jeunes en réadaptation. Les trois autres énoncés de preuve concernent le regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales : ils peuvent avoir des effets positifs sur trois dimensions, soit les comportements extériorisés ou délinquants, la santé mentale et le fonctionnement global des jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.

¹⁹ Formes particulières de traumatismes relationnels causés par le fait d'avoir vécu des situations traumatisantes de nature interpersonnelle impliquant, le plus souvent, des personnes significatives pour l'enfant. Les traumatismes complexes sont caractérisés par des difficultés d'adaptation sévères, multiples et persistantes, qui touchent l'ensemble des sphères du fonctionnement d'un enfant [Milot *et al.*, 2018].

Certains constats se dégagent des résultats et méritent d'être brièvement discutés. Un premier concerne l'influence de certaines variables sur l'efficacité des modèles centrés sur le trauma.

- Les effets du temps sur les résultats d'intérêt semblent variables puisqu'ils deviennent parfois significatifs après quelques années ou, au contraire, sont immédiats et disparaissent par la suite.
- Une intensité de traitement, dans certains cas, semble nécessaire pour que les modèles soient efficaces.
- La proximité clinique entre les professionnels qui dispensent les soins et les jeunes semble également influencer sur l'efficacité de ces modèles.

Ces quelques variables témoignent de la complexité des effets des modèles sur les dimensions évaluées. Elles mettent ainsi en exergue la pertinence de considérer l'ensemble des résultats d'intérêt étudiés, incluant les barrières et facilitateurs à l'implantation, de même que le vécu et les perceptions de la clientèle lorsqu'on souhaite comprendre les effets de ces modèles sur les usagers.

Un second constat se dégage : l'efficacité des modèles du regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales semble s'appliquer uniquement aux jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué. Plus encore, autant les jeunes ayant un tel profil bénéficieraient davantage des modèles de ce regroupement, autant ceux n'ayant pas ce profil n'en bénéficieraient pas. Cela souligne l'importance d'adopter des modèles qui sont spécifiques aux besoins et aux difficultés des jeunes, de prendre en compte non seulement leur efficacité, mais aussi les conditions nécessaires pour favoriser cette efficacité et la durabilité des effets. L'unicité des jeunes devrait être au cœur de la réflexion concernant ce que devrait contenir l'offre de service en réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Enfin, il est possible de faire ressortir certains constats liés au niveau de confiance dans la preuve scientifique. Dans un premier temps, l'absence d'un niveau de confiance fort dans les énoncés doit être notée. Comme l'illustre le [tableau 7](#), un niveau faible ou modéré est attribué à l'ensemble des énoncés de preuve. Ceux-ci reposent généralement sur des résultats provenant de 2 à 4 études. Les résultats pour chaque énoncé sont majoritairement disparates, mais cette absence d'uniformité s'explique. De plus, peu d'études se penchent sur les mêmes résultats d'intérêt, et la qualité de ces dernières est souvent faible, de sorte qu'il est difficile d'en faire ressortir des énoncés de preuve avec un niveau de confiance forts. En contrepartie, les effets des modèles organisationnels et cliniques évalués sur les jeunes sont réels, et ce, même si ces modèles font davantage référence à des grands principes ou philosophies d'intervention qu'à des pratiques cliniques ciblées.

Dans un second temps, il est possible d'observer la faiblesse de tous les énoncés de preuve du regroupement des modèles centrés sur le trauma, tandis que ceux du regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales sont considérés modérés. Cette différence s'explique, en partie, par la présence plus importante de plans d'étude faibles et d'études de qualité méthodologique faible au sein du regroupement axé sur le trauma, alors que ce n'est pas le cas dans l'autre regroupement.

Tableau 7 Synthèse des énoncés de preuve

	Énoncés de preuve	Niveau de confiance dans les énoncés de preuve	Plan d'étude	Qualité méthodologique	Études (n)	Uniformité	Caractère direct
Regroupement des modèles centrés sur le trauma	Ce regroupement pourrait diminuer les comportements extériorisés chez les jeunes.	<i>Faible</i>	2 plans <i>moyens</i> 3 plans <i>faibles</i>	3 qualité <i>moyenne</i> 2 qualité <i>faible</i>	5	Disparate	Direct
	Ce regroupement pourrait améliorer la santé mentale chez les jeunes.	<i>Faible</i>	1 plan <i>moyen</i> 3 plans <i>faibles</i>	1 qualité <i>moyenne</i> 3 qualité <i>faible</i>	4	Disparate	Direct
	Ce regroupement pourrait améliorer la stabilité des placements et le type de fin de séjour ainsi que diminuer la durée des placements.	<i>Faible</i>	3 plans <i>faibles</i>	3 qualité <i>faible</i>	3	Uniforme	Direct
	Ce regroupement pourrait améliorer le fonctionnement global chez les jeunes.	<i>Faible</i>	2 plans <i>faibles</i>	2 qualité <i>faible</i>	2	Uniforme	Direct
Regroupement des modèles centrés sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales	Ce regroupement pourrait diminuer les comportements extériorisés et/ou délinquants chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.	<i>Modéré</i>	2 plans <i>forts</i> 1 plan <i>moyen</i>	3 qualité <i>moyenne</i>	3	Disparate	Direct
	Ce regroupement pourrait diminuer les symptômes intériorisés et les problèmes de santé mentale chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.	<i>Modéré</i>	2 plans <i>forts</i> 1 plan <i>moyen</i>	3 qualité <i>moyenne</i>	3	Disparate	Direct
	Ce regroupement pourrait améliorer le fonctionnement global chez les jeunes ayant un trouble de la conduite, des comportements antisociaux ou un profil antisocial plus marqué.	<i>Modéré</i>	2 plans <i>forts</i> 1 plan <i>moyen</i>	3 qualité <i>moyenne</i>	3	Disparate	Direct

5.1.2 Les résultats relatifs aux barrières et facilitateurs à l'implantation, au vécu et aux perceptions

La revue systématique de la littérature s'est intéressée également aux barrières et aux facilitateurs à l'implantation, de même qu'au vécu et aux perceptions des jeunes et des employés relativement aux modèles dont l'efficacité a été évaluée. Quelques barrières et facilitateurs à l'implantation des modèles centrés sur le trauma, tels que le temps nécessaire à leur appropriation, le soutien, la formation et les conditions organisationnelles, ressortent des cinq études répertoriées. Une seule étude s'attarde au vécu d'adolescentes exposées à un modèle du regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales. Ces adolescentes rapportent quelques éléments positifs, comme le soutien et l'entraide, et quelques éléments négatifs, comme le fait de souhaiter être davantage consultées pour les décisions qui les concernent directement. Dans l'ensemble, la quantité de données disponibles pour documenter ces aspects (provenant de 6 études), en particulier la quantité de données qualitatives (provenant de 4 études) est plutôt restreinte.

5.1.3 Les données d'efficacité insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve

Selon les critères de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) [2014], il est impossible de formuler un énoncé de preuve lorsque des données concernant une dimension ne proviennent que d'une seule étude. L'éducation, la qualité de la relation d'intervention, la qualité des relations entre pairs, l'itinérance, les placements et la consommation de substances sont les dimensions pour lesquelles les données étaient insuffisantes. Il importe de préciser que l'absence de données ne signifie pas que les modèles recensés ne seraient pas efficaces relativement à ces dimensions. Par ailleurs, les variables moins étudiées dans la littérature ne sont pas moins importantes d'un point de vue clinique. Le Comité de travail souligne entre autres divers enjeux liés à l'éducation et à la qualification des jeunes en réadaptation, ainsi qu'à leur bien-être à l'école.

5.2 Limites

Bien que la présente revue systématique réponde aux normes élevées relatives à la revue systématique de l'INESSS, les constats qui s'en dégagent doivent être interprétés à la lumière de certaines limites.

D'abord, même si les critères d'inclusion assurent une certaine homogénéité des échantillons, les populations étudiées demeurent variables d'une étude à l'autre, ce qui diminue parfois l'applicabilité au contexte québécois. D'une part, les contextes d'intervention des études s'inscrivent dans des cadres législatifs (p. ex. système de protection de la jeunesse, système de justice juvénile, continuum de services en santé mentale) qui varient non seulement entre les pays, mais aussi d'une juridiction à l'autre à l'intérieur d'un même pays [Gevers *et al.*, 2021; Trocmé *et al.*, 2019; De Swart *et al.*, 2012].

D'autre part, les échantillons diffèrent de façon importante quant à certaines variables sociodémographiques, ce qui complexifie davantage la généralisation des résultats. Certains échantillons comptent uniquement des filles [Pellerin et al., 2020; Pellerin, 2018; Hodgdon et al., 2013], d'autres représentent des jeunes principalement volontaires [Westermarck et al., 2011] et d'autres encore s'intéressent à des jeunes de tranches d'âge variées (p. ex. 6 ans et plus, 10-16 ans, 10-21 ans, 12-18 ans). Dans le cadre de cet état des connaissances, il n'est pas possible d'émettre des énoncés de preuve relativement à certaines variables, telles que l'âge, le genre et les caractéristiques ethnoculturelles. En effet, peu d'études ont comparé l'efficacité des modèles en prenant en considération ces variables. Or, tous les jeunes ne présentent pas forcément les mêmes difficultés et besoins et peuvent nécessiter des interventions différenciées [MSSS, 2013]. D'autres études devraient être menées afin de mieux saisir les effets des modèles qui sous-tendent les services de réadaptation, avec une sensibilité à l'âge, au genre ou aux caractéristiques ethnoculturelles.

Ensuite, des choix méthodologiques ont été faits afin de circonscrire l'objet d'étude. Ces restrictions font, entre autres, en sorte que seuls les modèles et approches cliniques ou organisationnelles ont été recensés. Les interventions, programmes et pratiques cliniques plus spécifiques ont été exclus. Par ailleurs, certains contenus d'intérêt potentiel ont aussi été mis de côté d'emblée, notamment les résultats liés à la dimension économique²⁰ (p. ex. des études de type coût-efficacité, des études qui évaluent les coûts d'implantation). De plus, seules les données qui s'intéressaient à l'efficacité des modèles au regard des résultats d'intérêt concernant les jeunes ont été inclus.

Une autre limite du présent état des connaissances concerne le regroupement des résultats dans les différentes dimensions d'intérêt. L'utilisation des dimensions peut générer une certaine perte de spécificité quant aux résultats d'efficacité. Par exemple, bien que l'énoncé de preuve scientifique stipule que les modèles centrés sur le trauma pourraient améliorer la dimension santé mentale des jeunes, il demeure que cette dimension inclut plusieurs variables sur lesquelles les modèles ont des effets différents. Si les modèles sont clairement efficaces pour diminuer les symptômes de trauma et ceux de trouble du stress post-traumatique, les résultats sont plus nuancés en ce qui concerne les incidents d'automutilation. En outre, bien que la classification des résultats dans les dimensions se base sur un processus de validation rigoureux appliqué par des professionnels, elle laisse tout de même place à une certaine subjectivité. Par exemple, la contention physique se retrouve dans la dimension des comportements extériorisés, alors qu'une étude [Nunno *et al.*, 2017] interprète cette variable comme un indicateur de la qualité de la relation entre les jeunes et les intervenants.

Malgré les limites susmentionnées, il demeure que ce rapport présente, pour la première fois, les résultats d'une revue systématique sur l'efficacité de modèles à préconiser auprès des jeunes en difficulté d'adaptation dans des contextes de réadaptation.

²⁰ Une attention particulière a été portée, lors de la sélection, aux études qui s'attardent à la dimension économique. Seule une étude [Holmes *et al.*, 2014] aurait été incluse.

CONCLUSION

Neuf modèles de réadaptation, regroupés sur la base de leurs objectifs communs sont évalués dans le présent état des connaissances. Leur efficacité de même que des éléments relatifs aux barrières et facilitateurs à leur implantation, au vécu et aux perceptions sont documentés dans 19 publications scientifiques. Il ressort que les modèles évalués montrent une certaine efficacité pour améliorer plusieurs dimensions de la vie des jeunes en réadaptation. Rappelons que les modèles repérés constituent davantage des constructions théoriques ou des points de vue sur l'intervention²¹ [MSSS, 2013] et mènent ainsi à élaborer des grands principes ou philosophies d'intervention. Malgré cela, et bien que ces modèles s'appliquent à un ensemble hétérogène de jeunes ayant des besoins différents, leur efficacité relativement à différents résultats d'intérêt chez les jeunes est claire. En ce sens, les principes, cibles et finalités qui se dégagent des regroupements de modèles peuvent être utilisés pour proposer une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation.

Dans le contexte de futurs travaux, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité de certains modèles non repérés dans la littérature, mais bien présents dans les milieux cliniques québécois. De plus, des études qui abordent les différences liées au genre, à l'âge et aux différences ethnoculturelles sont nécessaires afin de favoriser davantage l'individualisation des pratiques. Ces études sont d'autant plus pertinentes que la mixité de la clientèle au sein des centres de réadaptation (CR) fait partie de la réalité actuelle au Québec.

Au terme de cette revue systématique de la littérature, il est désormais possible de statuer sur l'efficacité de certains modèles utilisés en contexte de réadaptation, de même que sur certains éléments liés aux barrières et facilitateurs à l'implantation de ces modèles ainsi qu'au vécu et aux perceptions. Cela dit, les présents résultats seront bonifiés par ceux de travaux complémentaires, soit un état des connaissances sur les caractéristiques et les besoins des jeunes en réadaptation et une production en appui à la pratique clinique et organisationnelle sur les principes directeurs, les cibles et les finalités de la réadaptation.

²¹ En opposition, par exemple, à des programmes d'intervention manualisés avec des séances clairement organisées ou à des pratiques plus cliniques.

Dans le cadre du processus menant à la parution de la production, prévue en 2023, des consultations seront menées auprès de parties prenantes et permettront notamment de compléter le portrait relatif aux barrières et aux facilitateurs de même qu'au vécu et aux perceptions. Par ailleurs, des considérations liées à l'applicabilité et à l'acceptabilité des résultats seront abordées lors de ces consultations. D'autres informations²² provenant du contexte québécois seront aussi prises en compte. En outre, des modèles non repérés dans le cadre de cette revue mais utilisés dans les services de réadaptation du Québec seront considérés. L'ensemble des résultats issus de cette série de travaux permettront de nourrir de façon rigoureuse la réflexion entourant une définition actualisée de la réadaptation auprès des jeunes en difficulté d'adaptation âgés de 10 ans et plus.

²² Par exemple, l'ACEJ et l'ARC, deux des modèles évalués dans le présent rapport, sont actuellement l'objet de deux études québécoises, respectivement menées par Geneviève Parent et Delphine Collin-Vézina et leurs collègues, et ils seront considérés.

RÉFÉRENCES

Les références annotées d'un astérisque () permettent d'identifier les publications sélectionnées pour répondre à la Q1 et utilisées à des fins de l'analyse du présent rapport.*

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : trousse d'outils de l'évaluation clinique. Ottawa, ON: ASPC; 2014. Disponible à :

http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf.

Aguila-Otero A, Bravo A, Santos I, Del Valle JF. Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Child Youth Serv Rev* 2020;112:104923.

Ai AL, Foster LJ, Pecora PJ, Delaney N, Rodriguez W. Reshaping child welfare's response to trauma: Assessment, evidence-based intervention, and new research perspectives. *Res Soc Work Pract* 2013;23(6):651-68.

Ainsworth F. For the few not the many: An Australian perspective on the use of therapeutic residential care for children and young people. *Resid Treat Child Youth* 2017;34(3-4):325-38.

Angelici K, Dohn J, Freeman PC. Meeting teens' needs and preventing unnecessary out-of-home placements in Delaware. *Child Welfare* 2019;97(5):25-46.

Backe-Hansen E, Hojer I, Sjoblom Y, Storo J. Out of home care in Norway and Sweden – Similar and different. *Psychosoc Interv* 2013;22(3):193-202.

Barnett ER, Jankowski MK, Butcher RL, Meister C, Parton RR, Drake RE. Foster and adoptive parent perspectives on needs and services: A mixed methods study. *J Behav Health Serv Res* 2018;45(1):74-89.

Barth RP, Greeson JK, Zlotnik SR, Chintapalli LK. Evidence-based practice for youth in supervised out-of-home care: A framework for development, definition, and evaluation. *J Evid Based Soc Work* 2011;8(5):501-28.

*Bartlett JD et Rushovich B. Implementation of Trauma Systems Therapy-Foster Care in child welfare. *Child Youth Serv Rev* 2018;91:30-8.

Bartlett JD, Barto B, Griffin JL, Fraser JG, Hodgdon H, Bodian R. Trauma-informed care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreat* 2016;21(2):101-12.

Bartlett JD, Griffin JL, Spinazzola J, Fraser JG, Norona CR, Bodian R, et al. The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Child Youth Serv Rev* 2018;84:110-7.

Bartlett K. Collaborative problem solving equals wide-sweeping change in Vermont child welfare. *Children's Voice* 2012;21(2):6-7.

*Bergström M et Højman L. Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *Eur J Soc Work* 2016;19(2):219-35.

- Bishop-Fitzpatrick L, Jung N, Nam I, Trunzo AC, Rauktis ME. Outcomes of an agency-developed treatment foster care model for adolescents. *J Emot Behav Disord* 2015;23(3):156-66.
- Blakeslee JE et Best JI. Understanding support network capacity during the transition from foster care: Youth-identified barriers, facilitators, and enhancement strategies. *Child Youth Serv Rev* 2019;96:220-30.
- Blaustein ME et Kinniburgh KM. Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. New York, NY : Guilford Press; 2010.
- Booth CL et Leavitt SE. The HOMEBUILDERS model of intensive family-preservation services. Dans : Rubin A, réd. *Programs and interventions for maltreated children and families at risk*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons; 2012 : 225-41.
- Bramsen I, Kuiper C, Willemse K, Cardol M. My path towards living on my own: Voices of youth leaving Dutch secure residential care. *Child Adolesc Social Work J* 2019;36(4):365-80.
- Briggs EC, Greeson JK, Layne CM, Fairbank JA, Knoverek AM, Pynoos RS. Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN core data set. *J Child Adolesc Trauma* 2012;5(1):1-15.
- Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, Boyer L. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(7):e2622.
- Brown AD, McCauley K, Navalta CP, Saxe GN. Trauma Systems Therapy in residential settings: Improving emotion regulation and the social environment of traumatized children and youth in congregate care. *J Fam Violence* 2013;28(7):693-703.
- Buchanan R, Chamberlain P, Smith DK. Treatment Foster Care Oregon for Adolescents: Research and implementation. Dans : Weisz JR et Kazdin AE, réd. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 3^e éd. New York, NY : Guilford Press; 2018 : 177-96.
- Buckley H, McArthur M, Moore T, Russ E, Withington T. Stakeholder's experiences of the forensic child protection paradigm. Dans : Lonne B, Scott D, Higgins D, Herrenkohl T, réd. *Re-visioning public health approaches for protecting children*. Cham, Suisse : Springer; 2019 : 19-33.
- Cage J. Educational attainment for youth who were maltreated in adolescence: Investigating the influence of maltreatment type and foster care placement. *Child Abuse Negl* 2018;79:234-44.
- Calheiros MM et Patrício JN. Assessment of needs in residential care: Perspectives of youth and professionals. *J Child Fam Stud* 2014;23(3):461-74.
- Cameron G et Freymond N. Accessible service delivery of child welfare services and differential response models. *Child Abuse Negl* 2015;39:32-40.

- Cameron G, Hazineh L, Frensch K, Freymond N, Preyde M, Gebotys B, et al. The impacts of accessible child protection services on services, jobs, and families. *Child Youth Serv Rev* 2011;33(6):945-54.
- Cameron R. Child psychology beyond the school gates: Empowering foster and adoptive parents of young people in public care, who have been rejected, neglected and abused. *Educ Child Psychol* 2017;34(3):74-95.
- Chamberlain P, Saldana L, Brown CH, Leve LD. Implementation of multidimensional treatment foster care in California: A randomized control trial of an evidence-based practice. Dans : Roberts-DeGennaro M et Fogel SJ, réd. *Using evidence to inform practice for community and organizational change*. Chicago, IL : Lyceum Books; 2011 : 218-34.
- Chamberland C, Lacharité C, Clément MÈ, Lessard D. Predictors of development of vulnerable children receiving child welfare services. *J Child Fam Stud* 2015;24(10):2975-88.
- Chambers RM, Brocato J, Fatemi M, Rodriguez AY. An innovative child welfare pilot initiative: Results and outcomes. *Child Youth Serv Rev* 2016;70:143-51.
- Chance S, Dickson D, Bennett PM, Stone S. Unlocking the doors: How fundamental changes in residential care can improve the ways we help children and families. *Resid Treat Child Youth* 2010;27(2):127-48.
- Chitiyo J. The wraparound process for youth with severe emotional behavioural disorders. *J Res Spec Educ Needs* 2014;14(2):105-9.
- Chmelka M, Trout A, Mason W, Wright T. Children with and without disabilities in residential care: Risk at program entry, departure and six-month follow-up. *Emot Behav Diffic* 2011;16(4):383-99.
- Coates D et Howe D. An evaluation of a service to keep children safe in families with mental health and/or substance abuse issues. *Australas Psychiatry* 2016;24(5):483-8.
- Coates D et Howe D. Working with families who experience parental mental health and/or drug and alcohol problems in the context of child protection concerns: Recommendations for service improvement. *Aust N Z J Fam Ther* 2015;36(3):325-41.
- Collin-Vézina D, Coleman K, Milne L, Sell J, Daigneault I. Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *Int J Ment Health Addict* 2011;9(5):577-89.
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. Québec, Qc : CSDEPJ; 2021. Disponible à : <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>.
- Conn AM, Szilagyi MA, Franke TM, Albertin CS, Blumkin AK, Szilagyi PG. Trends in child protection and out-of-home care. *Pediatrics* 2013;132(4):712-9.
- Creed P, Tilbury C, Buys N, Crawford M. The career aspirations and action behaviours of Australian adolescents in out-of-home-care. *Child Youth Serv Rev* 2011;33(9):1720-9.

- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research. Oxford, Royaume-Uni : CASP; 2018.
Disponible à : https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
- Cross R. Interpersonal childhood trauma and the use of the therapeutic community in recovery. *Ther Communities* 2012;33(1):39-53.
- Daly DL, Huefner JC, Bender KR, Davis JL, Whittaker JK, Thompson RW. Quality care in therapeutic residential programs: Definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Resid Treat Child Youth* 2018;35(3):242-62.
- De Swart JJ, Van den Broek H, Stams GJ, Asscher JJ, Van der Laan PH, Holsbrink-Engels GA, Van der Helm GH. The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Child Youth Serv Rev* 2012;34(9):1818-24.
- Desjardins J, Lafortune D, Cyr F. Psychopharmacotherapy in children placed in group homes and residential centres in Canada: Psychopathological portrait of children receiving psychotropic medications and educators' perception of treatment. *Child Youth Serv Rev* 2017;81:197-206.
- Devaney C, McGregor C, Cassidy A. Early implementation of a family-centred practice model in child welfare: Findings from an Irish case study. *Practice* 2017;29(5):331-45.
- Directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ)/directeurs provinciaux (DP). J'aimerais vous dire ! Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2022. Québec, Qc : DPJ/DP 2022. Disponible à : https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/bilan2022final_numerique.pdf.
- Dorsey S, Burns BJ, Southerland DG, Cox JR, Wagner H, Farmer EM. Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. *J Child Fam Stud* 2012;21(5):816-24.
- Eastman AL, Palmer L, Ahn E. Pregnant and parenting youth in care and their children: A literature review. *Child Adolesc Social Work J* 2019;36(6):571-81.
- Even M et Sutter-Dallay A. La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. *L'Encéphale* 2019;45(4):340-4.
- Farmer EM, Murray ML, Ballentine K, Rauktis ME, Burns BJ. Would we know it if we saw it? Assessing quality of care in group homes for youth. *J Emot Behav Disord* 2017;25(1):28-36.
- Farmer EM, Burns BJ, Wagner H, Murray M, Southerland DG. Enhancing "usual practice" treatment foster care: Findings from a randomized trial on improving youths' outcomes. *Psychiatr Serv* 2010;61(6):555-61.
- Fischer S, Dolitzsch C, Schmeck K, Fegert JM, Schmid M. Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Child Youth Serv Rev* 2016;67:203-11.
- Fisher PA et Gilliam KS. Multidimensional treatment foster care: An alternative to residential treatment for high risk children and adolescents. *Interv Psicosoc* 2012;21(2):195-203.

- Forrest S, Gervais R, Lord KA, Sposato A, Martin L, Beserra K, Spinazzola J. Building communities of care: A comprehensive model for trauma-informed youth capacity building and behavior management in residential services. *Resid Treat Child Youth* 2018;35(4):265-85.
- Foster J. When schools fail: Alternative therapeutic and educational settings for youths with severe emotional and behavioral challenges. Dans : Bursztyn AM, réd. *Childhood psychological disorders: Current controversies*. Santa Barbara, CA : Praeger/ABC-CLIO; 2011 : 125-44.
- Fowler PJ, Motley D, Zhang J, Rolls-Reutz J, Landsverk J. Adolescent maltreatment in the child welfare system and developmental patterns of sexual risk behaviors. *Child Maltreat* 2015;20(1):50-60.
- Frappier J-Y, Duchesne M, Lambert Y, Chartrand R. Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des Centres jeunesse au Québec. Rapport de recherche. Montréal, Qc : Association des centres jeunesse du Québec et Hôpital Sainte-Justine; 2015. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/279929783_SANTE_DES_ADOLESCENTES_HEBERGEES_EN_CENTRES_DE_READAPTATION_DES_CENTRES_JEUNESSE_AU_QUEBEC.
- Gabrielli J, Jackson Y, Huffhines L, Stone K. Maltreatment, coping, and substance use in youth in foster care: Examination of moderation models. *Child Maltreat* 2018;23(2):175-85.
- *Galvin E, Morris H, Mousa A, O'Donnell R, Halfpenny N, Skouteris H. Implementation of The Sanctuary Model in residential out-of-home care: Enablers, barriers, successes and challenges. *Child Youth Serv Rev* 2021;121:105901.
- Galvin E, O'Donnell R, Avery J, Morris H, Mousa A, Halfpenny N, et al. Residential out-of-home care staff perceptions of implementing a trauma-informed approach: The Sanctuary Model. *J Child Adolesc Trauma* 2022;15(3):653-67.
- Garcia A et Courtney M. Prevalence and predictors of service utilization among racially and ethnically diverse adolescents in foster care diagnosed with mental health and substance abuse disorders. *J Public Child Welf* 2011;5(5):521-45.
- Garwood MM, Beyer MR, Hammel J, Schutz T, Paradis HA. Trauma-informed care intervention for culture and climate change within a child welfare agency. *Child Welfare* 2020;98(4):1-26.
- Gervais M-J, Chagnon F, Paccioni A. Augmenter l'utilisation des données probantes par les intervenants et les gestionnaires en centre jeunesse. *Service social* 2011;57(1):49-62.
- Gevers SW, Poelen EA, Scholte RH, Otten R, Koordeman R. Individualized behavioral change of externalizing and internalizing problems and predicting factors in residential youth care. *Psychol Serv* 2021;18(4):595-605.
- Gharabaghi K et Groskleg R. A social pedagogy approach to residential care: Balancing education and placement in the development of an innovative child welfare residential program in Ontario, Canada. *Child Welfare* 2010;89(2):97-114.

- Gillen P. Therapeutic residential care: Partnering with families for improved outcomes. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter* 2018;34(9):1-7.
- Gillen P. Trauma-informed care: A look at residential treatment. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter* 2012;28(1):1-7.
- Golding KS. Multi-agency and specialist working to meet the mental health needs of children in care and adopted. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2010;15(4):573-87.
- Gonzalez-Garcia C, Aguila-Otero A, Montserrat C, Lazaro S, Martin E, del Valle JF, Bravo A. Subjective well-being of young people in therapeutic residential care from a gender perspective. *Child Ind Res* 2022;15(1):249-62.
- Gonzalez-Garcia C, Bravo A, Arruabarrena I, Martin E, Santos I, del Valle JF. Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Child Youth Serv Rev* 2017;73:100-6.
- Goyette M et Blanchet A. La scolarisation, enjeu majeur pour les jeunes. Rapport sommaire de la vague 1. Étude sur le devenir des jeunes placés (EDJeP). Montréal, Qc : Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables; 2018. Disponible à : http://edjep.ca/wp-content/uploads/2018/11/rapport_sommaire.pdf.
- Goyette M, Bellot C, Blanchet A, Silva-Ramirez R. Stabilité résidentielle, instabilité résidentielle et itinérance des jeunes quittant un placement substitut pour la transition à la vie adulte. Étude sur le devenir des jeunes placés (EDJeP). Montréal, Qc : Chaire de recherche du Canada sur l'évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables; 2019. Disponible à : <http://edjep.ca/wp-content/uploads/2019/11/Consultez-le-rapport-en-cliquant-ici.pdf>.
- *Green JM, Biehal N, Roberts C, Dixon J, Kay C, Parry E, et al. Multidimensional Treatment Foster Care for Adolescents in English care: Randomised trial and observational cohort evaluation. *Br J Psychiatry* 2014;204(3):214-21.
- Greeno EJ, Fedina L, Lee BR, Farrell J, Harburger D. Psychological well-being, risk, and resilience of youth in out-of-home care and former foster youth. *J Child Adolesc Trauma* 2019;12(2):175-85.
- *Greenwald R, Siradas L, Schmitt T, Reslan S, Fierle J, Sande B. Implementing trauma-informed treatment for youth in a residential facility: First-year outcomes. *Resid Treat Child Youth* 2012;29(2):141-53.
- Hall SF et Semanchin Jones A. Implementation of intensive permanence services: A trauma-informed approach to preparing foster youth for supportive relationships. *Child Adolesc Social Work J* 2018;35(6):587-98.
- Hambrick EP, Oppenheim-Weller S, N'zi AM, Taussig HN. Mental health interventions for children in foster care: A systematic review. *Child Youth Serv Rev* 2016;70:65-77.
- *Hansson K et Olsson M. Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Child Youth Serv Rev* 2012;34(9):1929-36.

- Harder AT. Residential care and cure: Achieving enduring behavior change with youth by using a self-determination, common factors and motivational interviewing approach. *Resid Treat Child Youth* 2018;35(4):317-35.
- Harder AT, Knorth EJ, Kalverboer ME. The inside out? Views of young people, parents, and professionals regarding successful secure residential care. *Child Adolesc Social Work J* 2017;34(5):431-41.
- Harris HW. A look back for the future: Applying the wisdom of Alan Keith-Lucas for child care services today. *Soc Work Christ* 2010;37(3):292-304.
- He AS, Lim CS, Lecklitner G, Olson A, Traube DE. Interagency collaboration and identifying mental health needs in child welfare: Findings from Los Angeles County. *Child Youth Serv Rev* 2015;53:39-43.
- Hebert S, Bor W, Swenson CC, Boyle C. Improving collaboration: A qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. *Australas Psychiatry* 2014;22(4):370-3.
- Henggeler SW et Sheidow AJ. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):30-58.
- Hickle K et Roe-Sepowitz D. Adversity and intervention needs among girls in residential care with experiences of commercial sexual exploitation. *Child Youth Serv Rev* 2018;93:17-23.
- Hidalgo V, Jimenez L, Grimaldi V, Ayala-Nunes L, Lopez-Verdugo I. The effectiveness of a child day-care program in child welfare services. *Child Youth Serv Rev* 2018;89:145-51.
- Hine KM et Moore KJ. Family Care Treatment for dispersed populations of children with behavioral challenges: The design, implementation, and initial outcomes of an evidence-informed treatment. *Child Youth Serv Rev* 2015;58:179-86.
- *Hodgdon HB, Kinniburgh K, Gabowitz D, Blaustein ME, Spinazzola J. Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *J Fam Violence* 2013;28(7):679-92.
- Hoyer I et Sjoblom Y. Young people leaving care in Sweden. *Child Fam Soc Work* 2010;15(1):118-27.
- *Holden MJ, Izzo C, Nunno M, Smith EG, Endres T, Holden JC, Kuhn F. Children and residential experiences: A comprehensive strategy for implementing a research-informed program model for residential care. *Child Welfare* 2010;89(2):131-49.
- Holmes L, Landsverk J, Ward H, Rolls-Reutz J, Saldana L, Wulczyn F, Chamberlain P. Cost calculator methods for estimating casework time in child welfare services: A promising approach for use in implementation of evidence-based practices and other service innovations. *Child Youth Serv Rev* 2014;39:169-76.
- Honor G. Children in foster care: What forensic nurses need to know. *J Forensic Nurs* 2014;10(3):160-7.

- Hummer VL, Dollard N, Robst J, Armstrong MI. Innovations in implementation of trauma-informed care practices in youth residential treatment: A curriculum for organizational change. *Child Welfare* 2010;89(2):79-95.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'application des mesures en protection de la jeunesse – Cadre de référence. Rapport rédigé par Danielle Tremblay, Marie-Claude Sirois et Stéphanie Gadoury. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_application-mesures-protection-jeunesse.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait des fugueurs et des pratiques actuelles en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec. Rapport rédigé par Isabelle Beaudoin et Danielle Tremblay. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_Fugue.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les normes de production des revues systématiques – Guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS; 2013. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revue_systematiques.pdf.
- Intissar S et Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* 2015;1:161-8.
- Izzo CV, Smith EG, Sellers DE, Holden MJ, Nunno MA. Promoting a relational approach to residential child care through an organizational program model: Impacts of CARE implementation on staff outcomes. *Child Youth Serv Rev* 2022;132:106330.
- *Izzo CV, Smith EG, Sellers DE, Holden MJ, Nunno MA. Improving relationship quality in group care settings: The impact of implementing the CARE model. *Child Youth Serv Rev* 2020;109:104623.
- *Izzo CV, Smith EG, Holden MJ, Norton CI, Nunno MA, Sellers DE. Intervening at the setting level to prevent behavioral incidents in residential child care: Efficacy of the CARE program model. *Prev Sci* 2016;17(5):554-64.
- Jackson R, Brady B, Forkan C, Tierney E, Kennan D. Influencing policy and practice for young people in foster care: Learning from a model of collective participation. *Child Youth Serv Rev* 2020;113:104901.
- Jackson Y, Cushing CC, Gabrielli J, Fleming K, O'Connor BM, Huffhines L. Child maltreatment, trauma, and physical health outcomes: The role of abuse type and placement moves on health conditions and service use for youth in foster care. *J Pediatr Psychol* 2016;41(1):28-36.

- James S. What works in group care? – A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Child Youth Serv Rev* 2011;33(2):308-21.
- James S, Alemi Q, Zepeda V. Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Child Youth Serv Rev* 2013;35(4):642-56.
- Janssens A et Deboutte D. Psychopathology among children and adolescents in child welfare: A comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(4):353-9.
- January SA, Trout AL, Huscroft-D'Angelo J, Duppong Hurley KL, Thompson RW. Perspectives on factors impacting youth's reentry into residential care: An exploratory study. *J Child Fam Stud* 2018;27(8):2584-95.
- Keller TE, Salazar AM, Courtney ME. Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2010;32(4):626-34.
- Kelly W et Salmon K. Helping foster parents understand the foster child's perspective: A relational learning framework for foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;19(4):535-47.
- Kim J, Trahan M, Bellamy J, Hall JA. Advancing the innovation of family meeting models: The role of teamwork and parent engagement in improving permanency. *Child Youth Serv Rev* 2019;100:147-55.
- Klag S, Fox T, Martin G, Eadie K, Bergh W, Keegan F, et al. Evolve Therapeutic Services: A 5-year outcome study of children and young people in out-of-home care with complex and extreme behavioural and mental health problems. *Child Youth Serv Rev* 2016;69:268-74.
- Kohlberg L. Essays on moral development (Volume 2). The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. San Francisco, CA : Harper & Row; 1984.
- Lambert G, Haley N, Jean S, Tremblay C, Frappier J-Y, Otis J, Roy É. Sexe, drogue et autres questions de santé – Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. Disponible à : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-134-3.pdf.
- Lamminen LM, McLeigh JD, Roman HK. Caring for children in child welfare systems: A trauma-informed model of integrated primary care. *Pract Innov* 2020;5(1):55-64.
- Lanctôt N. Gender-responsive programs and services for girls in residential centers: Meeting different profiles of rehabilitation needs. *Crim Justice Behav* 2018;45(1):101-20.
- LeBel JL, Galyean L, Nickell M, Caldwell B, Johnson KA, Rushlo K, Blau GM. The changing role of residential intervention. *Resid Treat Child Youth* 2018;35(3):225-41.

- Leloux-Opmeer H, Kuiper CH, Swaab HT, Scholte EM. Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ? *Child Youth Serv Rev* 2017;77:1-9.
- Lemus D, Farruggia SP, Germo G, Chang ES. The plans, goals, and concerns of pre-emancipated youth in foster care. *Child Youth Serv Rev* 2017;78:48-55.
- Léveillé S et Chamberland C. Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Child Youth Serv Rev* 2010;32(7):929-44.
- Liabo K, McKenna C, Ingold A, Roberts H. Leaving foster or residential care: A participatory study of care leavers' experiences of health and social care transitions. *Child Care Health Dev* 2017;43(2):182-91.
- Lieberman LD, Bryant LL, Boyce K, Beresford P. Pregnant teens in foster care: Concepts, issues, and challenges in conducting research on vulnerable populations. *J Public Child Welf* 2014;8(2):143-63.
- Luce A et Tremblay H. La régulation des émotions par le coping chez les enfants et adolescents de sept à 16 ans placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2013;61(2):93-100.
- Maclean MJ, Taylor CL, O'Donnell M. Out-of-home care and the educational achievement, attendance, and suspensions of maltreated children: A propensity-matched study. *J Pediatr* 2018;198:287-93.e2.
- Martin E, Gonzalez-Garcia C, del Valle JF, Bravo A. Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child Fam Soc Work* 2018;23(1):1-7.
- Matte-Landry A et Collin-Vézina D. Patterns of change in restraints, seclusions and time-outs over the implementation of trauma-informed staff training programs in residential care for children and youth. *Resid Treat Child Youth* 2022;39(2):154-78.
- McPherson L, Gatwiri K, Tucci J, Mitchell J, Macnamara N. A paradigm shift in responding to children who have experienced trauma: The Australian Treatment and Care for Kids Program. *Child Youth Serv Rev* 2018;94:525-34.
- Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N. Introduction. Dans : Milot T, Collin-Vézina D, Godbout N, réd. *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2018 : 1-7.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les fugues en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation : prévenir et mieux intervenir. Plan d'action. Québec, Qc : MSSS; 2018a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-02W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Québec, Qc : MSSS; 2018b. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/> (consulté le 13 octobre 2022).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 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. Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>.
- Minze L, McDonald R, Jouriles EN. Project Support: Reducing conduct problems of children in violent families. Dans : Rubin A, réd. Programs and interventions for maltreated children and families at risk. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons; 2012 : 163-75.
- Mitchell MB. "No one acknowledged my loss and hurt": Non-death loss, grief, and trauma in foster care. *Child Adolesc Social Work J* 2018;35(1):1-9.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med* 2009;151(4):264-9.
- Moreno-Manso JM, Garcia-Baamonde ME, Blazquez-Alonso M, Pozueco-Romero JM, Godoy-Merino MJ. Social communication disorders and social cognitive strategies and attitudes in victims of child abuse. *J Child Fam Stud* 2016a;25(1):241-50.
- Moreno-Manso JM, Garcia-Baamonde ME, Guerrero-Barona E, Godoy-Merino MJ, Blazquez-Alonso M, Gonzalez-Rico P. Perceived emotional intelligence and social competence in neglected adolescents. *J Youth Stud* 2016b;19(6):821-35.
- Munson MR, Narendorf SC, McMillen J. Knowledge of and attitudes towards behavioral health services among older youth in the foster care system. *Child Adolesc Social Work J* 2011;28(2):97-112.
- *Murphy K, Moore KA, Redd Z, Malm K. Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Child Youth Serv Rev* 2017;75:23-34.
- Murray MM, Southerland D, Farmer EM, Ballentine K. Enhancing and adapting treatment foster care: Lessons learned in trying to change practice. *J Child Fam Stud* 2010;19(4):393-403.
- Naert J, Roets G, Roose R, Vanderplasschen W. Youngsters' perspectives on continuity in their contacts with youth-care services. *Br J Soc Work* 2019;49(5):1144-61.
- Neely-Barnes S et Whitted K. Examining the social, emotional and behavioral needs of youth involved in the child welfare and juvenile justice systems. *J Health Hum Serv Adm* 2011;34(2):206-38.
- Negriff S, James A, Trickett PK. Characteristics of the social support networks of maltreated youth: Exploring the effects of maltreatment experience and foster placement. *Soc Dev* 2015;24(3):483-500.
- *Nunno MA, Smith EG, Martin WR, Butcher S. Benefits of embedding research into practice: An agency-university collaboration. *Child Welfare* 2017;94(3):113-33.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021;10(1):89.

- Paulsen V et Berg B. Social support and interdependency in transition to adulthood from child welfare services. *Child Youth Serv Rev* 2016;68:125-31.
- *Pellerin M. La réponse de l'*Approche de communauté d'entraide et de justice* aux besoins d'intervention des adolescentes hébergées en centre de réadaptation. Montréal, Qc : Université de Montréal; 2018. Disponible à : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22474/Pellerin_Mylène_2018_mémoire.pdf.
- *Pellerin M, Parent G, Lanctôt N. Perception of social climate by welfare/justice-involved girls in out-of-home placement centers. *Child Youth Serv Rev* 2020;108:104554.
- Piescher K, Colburn G, LaLiberte T, Hong S. Child protective services and the achievement gap. *Child Youth Serv Rev* 2014;47:408-15.
- Pölkki P, Vornanen R, Colliander R. Critical factors of intensive family work connected with positive outcomes for child welfare clients. *Eur J Soc Work* 2016;19(3/4):500-18.
- Radey M, Schelbe L, McWey LM, Holtrop K, Canto AI. "It's really overwhelming": Parent and service provider perspectives of parents aging out of foster care. *Child Youth Serv Rev* 2016;67:1-10.
- *Redd Z, Malm K, Moore K, Murphy K, Beltz M. KVC's Bridging the Way Home: An innovative approach to the application of Trauma Systems Therapy in child welfare. *Child Youth Serv Rev* 2017;76:170-80.
- Richardson EA, Imburgia T, Hall JA. Case characteristics influencing difficulty placing child welfare children and youth in treatment facilities. *J Adolesc Health* 2018;62(2):S51-2.
- Romani E, Pecora PJ, Harris B, Jewell C, Stanley A. A systems analysis of youth in acute and subacute therapeutic residential care. *J Public Child Welf* 2019;13(2):196-213.
- Rosenwald MA et Riley BN. A model of foster care advocacy for child welfare practitioners. *J Public Child Welf* 2011;5(2/3):251-70.
- Ruff SC, Jones CL, Clausen JM. A descriptive analysis of long-term treatment with adolescent-aged foster youth. *J Child Adolesc Trauma* 2019;12(3):331-40.
- Sainero A, Bravo A, del Valle JF. Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *J Emot Behav Disord* 2014;22(1):16-26.
- Salazar AM, McCowan KJ, Cole JJ, Skinner ML, Noell BR, Colito JM, et al. Developing relationship-building tools for foster families caring for teens who are LGBTQ2S. *Child Welfare* 2018;96(2):75-97.
- Saldana L, Campbell M, Leve L, Chamberlain P. Long-term economic benefit of Treatment Foster Care Oregon (TFCO) for adolescent females referred to congregate care for delinquency. *Child Welfare* 2019;97(5):179-95.
- Sather A et Bruns EJ. National trends in implementing wraparound: Results of the state wraparound survey, 2013. *J Child Fam Stud* 2016;25(10):3160-72.
- Schaeffer CM, McCart MR, Henggeler SW, Cunningham PB. Multisystemic therapy for conduct problems in youth. Dans : Murrihy RC, Kidman AD, Ollendick TH, réd.

- Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth.
New York, NY : Springer Science+Business Media; 2010 : 273-92.
- Schelbe L et Geiger JM. Parenting under pressure: Experiences of parenting while aging out of foster care. *Child Adolesc Social Work J* 2017;34(1):51-64.
- *Schmid M, Lüdtke J, Dolitzsch C, Fischer S, Eckert A, Fegert JM. Effect of trauma-informed care on hair cortisol concentration in youth welfare staff and client physical aggression towards staff: Results of a longitudinal study. *BMC Public Health* 2020;20(1):21.
- Schofield G, Biggart L, Ward E, Larsson B. Looked after children and offending: An exploration of risk, resilience and the role of social cognition. *Child Youth Serv Rev* 2015;51:125-33.
- Schöpfel J. Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation* 2012;66(3):14-24.
- *Sinclair I, Parry E, Biehal N, Fresen J, Kay C, Scott S, Green J. Multi-dimensional Treatment Foster Care in England: differential effects by level of initial antisocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(8):843-52.
- Smith DK et Chamberlain P. Multidimensional treatment foster care for adolescents: Processes and outcomes. Dans : Weisz JR et Kazdin AE, réd. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2^e éd. New York, NY : Guilford Press; 2010 : 243-58.
- Smyth P. Working with high-risk youth: A relationship-based practice framework. New York, NY : Routledge; 2017.
- Soenen B, Volckaert A, Spriet E, D'Oosterlinck F. Problem behaviour in a Flemish therapeutic center for children and youth with EBD: Group workers, teachers and youth as different informants. *Ther Communities* 2011;32(1):35-53.
- Spinelli TR, Riley TJ, St. Jean NE, Ellis JD, Bogard JE, Kisiel CL. Transition age youth (TAY) needs assessment: Feedback from TAY and providers regarding TAY services, resources, and training. *Child Welfare* 2019;97(5):89-116.
- Stewart J, Todd N, Kopeck C. A clinical model in action in intensive residential treatment: Meeting the needs of adolescent boys who have experienced domestic violence. *J Child Fam Stud* 2010;19(4):419-28.
- Stone S et Zibulsky J. Maltreatment, academic difficulty, and systems-involved youth: Current evidence and opportunities. *Psychol Sch* 2015;52(1):22-39.
- Sullivan MJ, Jones L, Mathiesen S. School change, academic progress, and behavior problems in a sample of foster youth. *Child Youth Serv Rev* 2010;32(2):164-70.
- *Sweet A et Thyer B. The Sanctuary Model: Enhancing the quality of group care in Florida. Research Report. Tallahassee, FL : Florida Institute for Child Welfare; 2017. Disponible à : <https://ficw.fsu.edu/sites/g/files/upcbnu1106/files/pdf-files/FR%20The%20Sanctuary%20Model%20%E2%80%93%20Enhancing%20the%20Quality%20of%20Group%20Care%20in%20Florida%20102617.pdf>.

- Talaslampi H, Jahnukainen M, Manninen M. The factors that contribute educational outcomes of adolescents placed in care due to severe behavioral problems. *Child Youth Serv Rev* 2019;102:210-21.
- Tardif-Grenier K, Lanctôt N, Lavergne C. Émotions et comportement des adolescentes hébergées en centre pour jeunes en difficulté : qu'en est-il des adolescentes immigrantes? *Défi Jeunesse* 2017;XXIII(2):20-8.
- Tordön R, Svedin CG, Fredlund C, Jonsson L, Priebe G, Sydsjö G. Background, experience of abuse, and mental health among adolescents in out-of-home care: A cross-sectional study of a Swedish high school national sample. *Nord J Psychiatry* 2019;73(1):16-23.
- Trocmé N, Esposito T, Fallon B, Chabot M, Delaye A. Building research capacity in child welfare in Canada: Advantages and challenges in working with administrative data. Dans : Lonne B, Scott D, Higgins D, Herrenkohl T, réd. *Re-visioning public health approaches for protecting children*. Cham, Suisse : Springer; 2019 433-54 .
- Tyuse SW, Hong PP, Stretch JJ. Evaluation of an intensive in-home family treatment program to prevent out-of-home placement. *J Evid Based Soc Work* 2010;7(3):200-18.
- Ungar M, Liebenberg L, Ikeda J. Young people with complex needs: Designing coordinated interventions to promote resilience across child welfare, juvenile corrections, mental health and education services. *Br J Soc Work* 2014;44(3):675-93.
- Urban TH, Jordan N, Kisiel CL, Fehrenbach T. The association between strengths and post-residential treatment needs of youth in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2019;99:226-34.
- Van Dongen T, Sabbe B, Glazemakers I. A protocol for interagency collaboration and family participation: Practitioners' perspectives on the Client Network Consultation. *J Interprof Care* 2018;32(1):14-23.
- Villagrana M. Mental health services for children and youth in the child welfare system: A focus on caregivers as gatekeepers. *Child Youth Serv Rev* 2010;32(5):691-7.
- Webster SM. Children and young people in out-of-home care: Canaries in the coal mine of healthcare commissioning. *Aust J Prim Health* 2016;22(1):15-21.
- Weeks A. Important factors for evidence-based implementation in child welfare settings: A systematic review. *J Evid Based Soc Work* 2021;18(2):129-54.
- Weiner DA, Leon SC, Stiehl MJ. Demographic, clinical, and geographic predictors of placement disruption among foster care youth receiving wraparound services. *J Child Fam Stud* 2011;20(6):758-70.
- *Westermarck PK, Hansson K, Olsson M. Multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from an independent replication. *J Fam Ther* 2011;33(1):20-41.
- Whittaker JK, Holmes L, del Valle JF, Ainsworth F, Andreassen T, Anglin J, et al. Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Resid Treat Child Youth* 2016;33(2):89-106.

- Yatchmenoff DK, Sundborg SA, Davis MA. Implementing trauma-informed care: Recommendations on the process. *Adv Soc Work* 2017;18(1):167-85.
- Yehekel A, Jekielek A, Sandor P. Taking up residence: A review of outcome studies examining residential treatment for youth with serious emotional and behavioural disorders. *Child Youth Serv Rev* 2020;111:104842.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

PsycINFO (Ovid) Date du repérage : juin 2020 Limites : 2010- ; anglais, français; revues académiques, livres Dernière mise à jour : 13 septembre 2022	
1	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*))).ti,ab
2	*Child Welfare/ OR *Child Abuse/ OR *Child Neglect/ OR *Abandonment/ OR *Domestic Violence/ OR *Emotional Abuse/ OR *Behavior Problems/ OR *Disruptive Disorders/ OR *Trauma/ OR *Emotional Trauma/ OR *Post-Traumatic Stress/ OR Posttraumatic Stress Disorder/ OR *Antisocial Behavior/ OR *Coping Behavior/ OR exp *Attachment Disorders OR *Social Adjustment/ OR *Social Behavior/ OR *Adjustment Disorders/ OR *Resilience/ OR *Emotional Stability/ OR *Emotional Adjustment/ OR *Juvenile Delinquency/ OR *Juvenile Justice/
3	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavio?r* OR disruptive behavio?r* OR aggressive behavio?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavio?r* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti,ab
4	(1 AND 2) OR (1 ADJ4 3)
5	(address* OR meet* OR identif* OR support* OR treat* OR therapeut* OR rehab*) ADJ3 (needs OR issues).ti,ab
6	((((child* OR social) ADJ2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile ADJ2 justice))).ti,ab
7	4 AND 5 AND 6
8	rehab*.ti,ab
9	4 AND 6 AND 8
10	((((model\$1 OR structure* OR framework OR pattern*) ADJ3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi?ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) ADJ3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi?ation* OR welfare OR juvenile))).ti,ab
11	*Foster Care/ OR *Child Welfare/ OR *Protective Services OR *Welfare Reform/ OR *Social Service/ OR *Rehabilitation Centers/ OR *Residential Care Institutions/ OR *Community Services/ OR *Group Homes/ OR *Halfway Houses/ OR (((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) ADJ3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR day care OR group home* OR group teaching OR special educational needs OR intensive service* OR in-home services OR (behavio?ral ADJ2 (service* OR counsel*)) OR teaching family model* OR congregate care OR school based OR intermediate resource* OR intermediate care).ti,ab
12	4 AND 8 AND 10 AND 11

13	((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) ADJ3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model\$1 OR team* OR environment*)) OR (alternative ADJ2 placement*).ti,ab
14	4 AND 10 AND 11 AND 13
15	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*)))ti
16	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*)) OR behavior?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavior?r* OR disruptive behavior?r* OR aggressive behavior?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavior?r* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti
17	(rehab* OR treat* OR therap* OR education* OR school* OR social* OR support* OR service*).ti
18	6 AND 15 AND 16 AND 17
19	therapeutic residential care.ti,ab
20	1 AND 19
21	((child* OR social) ADJ (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment*)) OR (juvenile ADJ2 justice)).ti
22	1 AND 10 AND 21
23	((child welfare OR child protection OR state care OR justice) ADJ2 model\$1).ti,ab
24	1 AND 23
25	7 OR 9 OR 12 OR 14 OR 18 OR 20 OR 22 OR 24
26	(comment* OR editor* OR letter*).ti
27	25 NOT 26
28	brain injur*.ti,ab
29	27 NOT 28

MEDLINE (Ovid)

Date du repérage : juin 2020

Limites : 2010- ; anglais, français

Dernière mise à jour : 13 septembre 2022

1	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*)))ti,ab
2	*Child Welfare/ OR exp *Child Abuse/ OR *Domestic Violence/ OR *Problem Behavior/ OR *Psychological Trauma/ OR *Stress Disorder, Post-traumatic/ OR *Antisocial Personality Disorder/ OR exp *Adaptation, Psychological/ OR exp *Reactive Attachment Disorder OR *Social Adjustment/ OR *Social Behavior/ OR *Adjustment Disorders/ OR *Resilience, Psychological/ OR *Emotional Adjustment/ OR *Juvenile Delinquency/
3	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*)) OR behavior?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavior?r* OR disruptive behavior?r* OR aggressive behavior?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2

	(problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavio?* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti,ab
4	(1 AND 2) OR (1 ADJ4 3)
5	(address* OR meet* OR identif* OR support* OR treat* OR therapeut* OR rehab*) ADJ3 (needs OR issues).ti,ab
6	((((child* OR social) ADJ2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile ADJ2 justice)).ti,ab
7	4 AND 5 AND 6
8	rehab*.ti,ab
9	4 AND 6 AND 8
10	((((model\$1 OR structure* OR framework OR pattern*) ADJ3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi?ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) ADJ3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi?ation* OR welfare OR juvenile))).ti,ab
11	*Foster Home Care/ OR *Child Welfare/ OR *Child Protective Services OR *Social Welfare/ OR *Social Work/ OR *Rehabilitation Centers/ OR *Group Homes/ OR *Halfway Houses/ OR (((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) ADJ3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR day care OR group home* OR group teaching OR special educational needs OR intensive service* OR in-home services OR (behavio?ral ADJ2 (service* OR counsel*)) OR teaching family model* OR congregate care OR school based OR intermediate resource* OR intermediate care).ti,ab
12	4 AND 8 AND 10 AND 11
13	((((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) ADJ3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model\$1 OR team* OR environment*)) OR (alternative ADJ2 placement*).ti,ab
14	4 AND 10 AND 11 AND 13
15	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*))).ti
16	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio?* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavio?* OR disruptive behavio?* OR aggressive behavio?* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavio?* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti
17	(rehab* OR treat* OR therap* OR education* OR school* OR social* OR support* OR service*).ti
18	6 AND 15 AND 16 AND 17
19	therapeutic residential care.ti,ab
20	1 AND 19
21	((((child* OR social) ADJ (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment*)) OR (juvenile ADJ2 justice)).ti
22	1 AND 10 AND 21

23	((child welfare OR child protection OR state care OR justice) ADJ2 model\$1).ti,ab
24	1 AND 23
25	7 OR 9 OR 12 OR 14 OR 18 OR 20 OR 22 OR 24
26	(comment* OR editor* OR letter*).ti
27	25 NOT 26
28	brain injur*.ti,ab
29	27 NOT 28

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database

Date du repérage : juin 2020

Limites : 2010- ; anglais, français

Dernière mise à jour : 13 septembre 2022 (CDSR seulement)

1	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*))) .ti,ab
2	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavio?r* OR disruptive behavio?r* OR aggressive behavio?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 famil*) OR ((deviant OR antisocial) ADJ2 (behavio?r* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti,ab
3	((((child* OR social) ADJ2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile ADJ2 justice))).ti,ab
4	rehab*.ti,ab
5	((((model\$1 OR structure* OR framework OR pattern*) ADJ3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi?ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) ADJ3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi?ation* OR welfare OR juvenile))).ti,ab
6	((((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) ADJ3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR day care OR group home* OR group teaching OR special educational needs OR intensive service* OR in-home services OR (behavio?ral ADJ2 (service* OR counsel*)) OR teaching family model* OR congregate care OR school based OR intermediate resource* OR intermediate care).ti,ab
7	((((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) ADJ3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model\$1 OR team* OR environment*)) OR (alternative ADJ2 placement*).ti,ab
8	(rehab* OR treat* OR therap* OR education* OR school* OR social* OR support* OR service*).ti
9	(1 AND 2 AND 3) OR (1 AND 6) OR (1 AND 2 AND 5 AND 6) OR (3 AND 5 AND 6) OR (2 AND 7) OR (3 AND 7) OR (3 AND 8)

CINAHL (EBSCO) Date du repérage : JUIN 2020 Limites : 2010- ; anglais, française Dernière mise à jour : 13 septembre 2022	
S1	TI (child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young N2 (person* OR people OR individual*)))
S2	AB (child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young N2 (person* OR people OR individual*)))
S3	S1 OR S2
S4	TI (abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR "domestic violence" OR "home violence" OR "family violence" OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio#r* OR emotional* OR conduct*) N2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* N2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR "severe difficulties" OR "adaptation problem*" OR "adjustment problem*" OR "dysfunctional behavio#r*" OR "disruptive behavio#r*" OR "aggressive behavio#r*" OR "social adaptat*" OR ((complex OR multi*) N2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled N2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) N (behavio#r* OR conduct*)) OR "peer problem*" OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR "at risk*" OR "high* risk*" OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development N2 compromi*) OR "high needs" OR "speciali#ed needs" OR resilien*)
S5	AB (abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR "domestic violence" OR "home violence" OR "family violence" OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio#r* OR emotional* OR conduct*) N2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* N2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR "severe difficulties" OR "adaptation problem*" OR "adjustment problem*" OR "dysfunctional behavio#r*" OR "disruptive behavio#r*" OR "aggressive behavio#r*" OR "social adaptat*" OR ((complex OR multi*) N2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled N2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) N (behavio#r* OR conduct*)) OR "peer problem*" OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR "at risk*" OR "high* risk*" OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development N2 compromi*) OR "high needs" OR "speciali#ed needs" OR resilien*)
S6	S4 OR S5
S7	TI (address* OR meet* OR identif* OR support* OR treat* OR therapeut* OR rehab*) N3 (needs OR issues)
S8	AB (address* OR meet* OR identif* OR support* OR treat* OR therapeut* OR rehab*) N3 (needs OR issues)
S9	S7 OR S8
S10	TI (((child* OR social) N2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* N2 (service* OR agenc*)) OR "welfare service*" OR ((("out of home" OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) N2 care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) N2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR "out of home" OR family* OR families* OR residential*) N2 placement*) OR (residential N2 (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile N2 justice))
S11	AB (((child* OR social) N2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* N2 (service* OR agenc*)) OR "welfare service*" OR ((("out of home" OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) N2 care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) N2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR "out of home" OR family* OR families* OR residential*) N2 placement*) OR (residential N2 (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile N2 justice))
S12	S10 OR S11
S13	S3 AND S6 AND S9 AND S12
S14	TI rehab* OR AB rehab*
S15	S3 AND S6 AND S12 AND S14
S16	TI (((model OR models OR structure* OR framework OR pattern*) N3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi#ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) N3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi#ation* OR welfare OR juvenile)))

S17	AB (((model OR models OR structure* OR framework OR pattern*) N3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi#ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) N3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi#ation* OR welfare OR juvenile)))
S18	S16 OR S17
S19	TI (((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) N3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR "day care" OR "group home*" OR "group teaching" OR "special educational needs" OR "intensive service*" OR "in-home services" OR (behavio#ral N2 (service* OR counsel*)) OR "teaching family model*" OR "congregate care" OR "school based" OR "intermediate resource*" OR "intermediate care")
S20	AB (((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) N3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR "day care" OR "group home*" OR "group teaching" OR "special educational needs" OR "intensive service*" OR "in-home services" OR (behavio#ral N2 (service* OR counsel*)) OR "teaching family model*" OR "congregate care" OR "school based" OR "intermediate resource*" OR "intermediate care")
S21	S19 OR S20
S22	S3 AND S14 AND S18 AND S21
S23	TI (((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) N3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model OR models OR team* OR environment*)) OR (alternative N2 placement*))
S24	AB (((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) N3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model OR models OR team* OR environment*)) OR (alternative N2 placement*))
S25	S23 OR S24
S26	S3 AND S18 AND S21 AND S25
S27	TI (rehab* OR treat* OR therap* OR education* OR school* OR social* OR support* OR service*)
S28	S1 AND S4 AND S12 AND S27
S29	TI "therapeutic residential care" OR AB "therapeutic residential care"
S30	S3 AND S29
S31	S3 AND S10 AND S18
S32	TI (("child welfare" OR "child protection" OR "state care" OR justice) N2 (model OR models))
S33	AB (("child welfare" OR "child protection" OR "state care" OR justice) N2 (model OR models))
S34	S32 OR S33
S35	S3 AND S34
S36	S13 OR S15 OR S22 OR S26 OR S28 OR S30 OR S31 OR S35
S37	TI (comment* OR editor* OR letter*)
S38	S36 NOT S37
S39	TI ("brain injur*") OR AB ("brain injur*")
S40	S38 NOT S39

Social Work Abstracts (Ovid) Date du repérage : juin 2020 Limites : 2010- ; anglais, français Dernière mise à jour : 13 septembre 2022	
1	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*))).ti,ab
2	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavio?r* OR disruptive behavio?r* OR aggressive behavio?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavio?r* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti,ab
3	((((child* OR social) ADJ2 (welfare* OR protection*)) OR (protecti* ADJ (service* OR agenc*)) OR welfare service* OR ((out of home OR public OR residential* OR welfare* OR state* OR institutional*) ADJ care) OR fosterage OR ((foster* OR substitute*) ADJ2 (care OR home OR homes)) OR ((foster* OR substitute* OR out of home OR family* OR families* OR residential*) ADJ2 placement*) OR (residential ADJ (centre* OR center* OR treatment)) OR (juvenile ADJ2 justice))).ti,ab
4	rehab*.ti,ab
5	((((model\$1 OR structure* OR framework OR pattern*) ADJ3 (treatment OR therapeutic* OR care OR service* OR practice OR clinic* OR organi?ation* OR communit* OR system OR systems OR justice OR welfare OR protection)) OR ((chang* OR rethink* OR re-think* OR reshap* OR re-shap* OR redesign* OR re-design* OR restructur* OR re-structur*) ADJ3 (care OR service* OR system* OR practice* OR organi?ation* OR welfare OR juvenile))).ti,ab
6	((((residential OR communit* OR foster* OR group OR groups OR famil* OR home OR homes OR caregiver* OR kinship) ADJ3 (care OR treatment* OR therap* OR education* OR school* OR facilit* OR service* OR counsel*)) OR day care OR group home* OR group teaching OR special educational needs OR intensive service* OR in-home services OR (behavio?ral ADJ2 (service* OR counsel*)) OR teaching family model* OR congregate care OR school based OR intermediate resource* OR intermediate care).ti,ab
7	((((intensive OR integrat* OR coordinat* OR collaborat* OR wraparound OR wrap-around OR multi-dimensional OR multidimensional) ADJ3 (care* OR support* OR approach* OR service* OR system OR systems OR model\$1 OR team* OR environment*)) OR (alternative ADJ2 placement*).ti,ab
8	(rehab* OR treat* OR therap* OR education* OR school* OR social* OR support* OR service*).ti
9	(child* OR schoolchild* OR school child* OR boy OR boys OR girl* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR teen* OR juvenile OR kid OR kids OR minors OR youth* OR youngster* OR (young ADJ (person* OR people OR individual*))).ti
10	(abus* OR neglect* OR maltreat* OR mistreat* OR abandon* OR domestic violence OR home violence OR family violence OR trauma OR resilien* OR ((psychosocial* OR psycho-social* OR sociopsychologic* OR socio-psychologic* OR (social* AND psychologic*) OR behavio?r* OR emotional* OR conduct*) ADJ2 (needs OR problem* OR disorder* OR disturb* OR difficult* OR issue* OR concern* OR coping OR challenge*)) OR (emotional* ADJ2 (abus* OR attachment OR asjustment OR stability)) OR troubled OR severe difficulties OR adaptation problem* OR adjustment problem* OR dysfunctional behavio?r* OR disruptive behavio?r* OR aggressive behavio?r* OR social adaptat* OR ((complex OR multi*) ADJ2 (problem* OR difficult* OR disturb* OR issue*)) OR (troubled ADJ2 (famil*)) OR ((deviant OR antisocial) ADJ (behavio?r* OR conduct*)) OR peer problem* OR hyperactivity OR delinquenc* OR offender* OR at risk* OR high* risk* OR disadvantaged OR vulnerable OR "in difficulty" OR suicid* OR self-injur* OR self-harm* OR (development ADJ2 compromi*) OR high needs OR speciali?ed needs OR resilien*).ti,ab
11	(1 AND 2 AND 3 AND 4) OR (1 AND 2 AND 5 AND 6) OR (3 AND 8 AND 9 AND 10) OR (1 AND 3 AND 8 AND 10)

Tableau A-2 Autres sources d'information

Sites Web consultés	Adresses
Canada Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html
Canadian Child Welfare Research Portal (CWRP)	https://cwrp.ca/
Caring for Kids new to Canada	https://www.kidsnewtocanada.ca/
Centre canadien de protection de l'enfance	https://protectchildren.ca/fr/
Child Welfare League of Canada (CWLC)	https://www.cwlc.ca/
First Nations Child & Family Caring Society	https://fnacaringsociety.com/
Portail canadien des pratiques exemplaires	https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/
Société canadienne de pédiatrie	https://www.cps.ca/fr/
Thèses Canada	www.bac-lac.gc.ca/
Terre-Neuve-et-Labrador Department of Children, Seniors and Social Development	https://www.gov.nl.ca/cssd/
Île-du-Prince-Édouard Department of Social Development and Housing	https://www.princeedwardisland.ca/en/topic/social-development-and-housing
Nouvelle-Écosse Department of Community Services	https://novascotia.ca/coms/
Nouveau-Brunswick Social Development Department	https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social_development/children_and_youth.html
Québec Archimède	corpus.ulaval.ca
Archipel	https://archipel.uqam.ca/
Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS)	https://www.cremis.ca/
Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR), Université Laval	https://www.jefar.ulaval.ca/
Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), CIUSSS de la Capitale-Nationale	https://www.crujef.ca/
Centre for Research on Children and Families (CRCF), McGill University	https://mcgill.ca/crcf/
Chaire de recherche du Canada sur l'Évaluation des actions publiques à l'égard des jeunes et des populations vulnérables (CREVAJ)	http://crevaj.ca/
Chaire-réseau de recherche sur la jeunesse du Québec	http://www.chairejeunesse.ca/
CISSS/CIUSSS : CISSS du Bas-Saint-Laurent	https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	https://santesaglac.gouv.qc.ca/
CIUSSS de la Capitale-Nationale	https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/
CIUSSS de la Maurice-et-du-Centre-du-Québec	https://ciusssmcq.ca/
CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	https://www.santeestrie.qc.ca/accueil/
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/accueil/

Sites Web consultés	Adresses
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	https://www.ciussscentreouest.ca/
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	https://www.ciusssnordmtl.ca/
CISSS de l'Outaouais	https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/
CISSS de l'Abitibi-Témiscamisque	https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/
CISSS de la Côte-Nord	http://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/
CISSS de la Gaspésie	https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/
CISSS des Îles	https://www.cisssdesiles.com/
CISSS de Chaudière-Appalaches	https://www.cisssca.com/accueil/
CISSS de Laval	http://www.lavalensante.com/
CISSS de Lanaudière	http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/
CISSS des Laurentides	http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/
CISSS de la Montérégie-Centre	http://www.santemonteregie.qc.ca/centre
CISSS de la Montérégie-Est	http://www.santemonteregie.qc.ca/est
CISSS de la Montérégie-Ouest	http://www.santemonteregie.qc.ca/ouest
Commissaire à la santé et au bien-être	http://www.csbe.gouv.qc.ca/accueil.html
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ)	http://www.cdpedj.qc.ca/fr/Pages/default.aspx
eScholarship	www.mcgill.ca
Étude sur le devenir des jeunes placés (EDJEP)	http://edjep.ca/
Fondation Marie-Vincent	https://marie-vincent.org/
Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke	https://www.grise.ca/
Institut de la statistique du Québec	https://www.stat.gouv.qc.ca/
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	https://www.inesss.qc.ca/
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	https://www.inspq.qc.ca/
Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/institut-universitaire-jeunes-en-difficulte
Ministère de la Famille du Québec	https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Pages/index.aspx
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)	https://www.msss.gouv.qc.ca/
Observatoire Jeunes et Société (OJS)	http://www.obsjeunes.qc.ca/
Ordres professionnels : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	https://www.oiiq.org/
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec	https://www.ordrepsed.qc.ca/
Ordre des psychologues	https://www.ordrepsy.qc.ca/
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)	https://www1.otstcfq.org/
Ordre professionnel des criminologues du Québec	https://ordrecrim.ca/
Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ)	https://opsq.org/

Sites Web consultés	Adresses
Papyrus	papyrus.bib.umontreal.ca
Réseau universitaire intégré jeunesse	http://www.ruij.qc.ca/
Savoirs UdeS	savoirs.usherbrooke.ca
Secrétariat à la jeunesse	https://www.jeunes.gouv.qc.ca/
Ontario Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance	http://www.oacas.org/fr/sae-et-protection-de-lenfance/
CAP	https://centrelecap.ca/
Children's Hospital of Eastern Ontario	www.cheo.on.ca
Crossroads Children's Mental Health Centre	https://crossroadschildren.ca/
Kids Mental Health	www.kidsmentalhealth.ca
Kinark Children and Youth	www.kinark.on.ca
M.F. McHugh Education Centre	http://mfm.ocsb.ca/
Ministry of Children, Community and Social Services	https://www.mcscs.gov.on.ca/index.aspx
Ontario Association of Children's Rehabilitation Services (OACRS)	http://www.oacrs.com/
Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health	www.excellenceforchildand youth.ca
Parents' Lifelines of Eastern Ontario	www.pleo.on.ca
Roberts Smart Centre	https://www.robertssmartcentre.com/
Youth Services	https://www.ysb.ca/fr/
YouTurn Youth Support Services	www.youturn.ca
Manitoba Department of Families – Gouvernement du Manitoba	https://www.gov.mb.ca/fs/index.html
General Child and Family Services Authority	https://generalauthority.ca/
Manitoba Child Care Association	http://mccahouse.org/
Saskatchewan Ministry of Social Services	https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/social-services
Alberta ALIGN - Association of Community Services Together for Children and Families	https://alignab.ca/
Family and social supports – Gouvernement de l'Alberta	https://www.alberta.ca/family-social-caregiver-supports.aspx
Ministry of Children's Services	https://www.alberta.ca/childrens-services.aspx
Office of the Child and Youth Advocate (OCYA)	https://www.ocya.alberta.ca/
Policy Wise for Children & Families	https://policywise.com/
All Resources – Gouvernement de l'Alberta	https://open.alberta.ca/dataset?_organization_limit=0&topic=Families+and+Children
Colombie-Britannique BC Guidelines	www2.gov.bc.ca
Family & Social Supports – Gouvernement de la Colombie-Britannique	https://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/

Sites Web consultés	Adresses
Ministry of Children & Family Development	https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/children-and-family-development
Territoire du Yukon Legal and social supports – Gouvernement du Yukon	https://yukon.ca/en/legal-and-social-supports
Territoire du Nord-Ouest Health and Social Services – Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest	https://www.hss.gov.nt.ca/en/resources
Nunavut Department of Family Services	https://www.gov.nu.ca/familyservices
États-Unis Action for Child Protection	https://action4cp.org/
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	www.ahrq.gov
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	https://www.aacap.org/
American Psychological Association (APA)	https://www.apa.org/
California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC)	https://www.cebc4cw.org/
Center for the Study of Social Policy	https://cssp.org/
Child Welfare Information Gateway	https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/assessment/family-assess/
Child Welfare League of America (CWLA)	https://www.cwla.org/
ClinicalTrials.gov	clinicaltrials.gov
National Council on Crime and Delinquency	https://www.nccdglobal.org/
Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP)	https://ojjdp.ojp.gov/
Picker Institute	https://www.ipfcc.org/resources/picker-institute.html
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)	https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/
France Chaire de recherche sur la jeunesse	https://recherche.ehesp.fr/chaire-jeunesse/
Haute Autorité de Santé (HAS)	www.has-sante.fr
Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)	https://onpe.gouv.fr/
Royaume-Uni Barnardo's	https://www.barnardos.org.uk/what-we-do/protecting-children
Care Council for Wales	https://www.ceredigion.gov.uk/resident/social-care-wellbeing/care-council-for-wales/
Care Quality Commission	https://www.cqc.org.uk/
Catch22	https://www.catch-22.org.uk/offers/looked-after-children-and-care-leavers/
Centre for Excellence for Children's Care and Protection (CELCIS)	https://www.celcis.org/

Sites Web consultés	Adresses
Centre for Research on Children and Families	https://www.uea.ac.uk/centre-research-child-family/child-protection-and-family-support
Centre for Research on Families and Relationships (CRFR) – Evidence Bank	http://www.crfr.ac.uk/projects/current-projects/evidencebank
Centre for Reviews and Dissemination (CRD)	https://www.york.ac.uk/crd/
Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre)	https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=63
Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS)	https://www.iriss.org.uk/
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	www.nice.org.uk
NIHR School for Social Care Research	https://www.sscr.nihr.ac.uk/
NSPCC Library	https://learning.nspcc.org.uk/services/library-catalogue
Nuffield Trust	https://www.nuffieldtrust.org.uk/
Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (OFSTED)	https://www.gov.uk/government/organisations/ofsted
Personal Social Services Research Unit (PSSRU)	https://www.pssru.ac.uk/publications/dp-or-working-paper/
Scottish Government	https://www.gov.scot/
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk
Skills for Care	https://www.skillsforcare.org.uk/Home.aspx
Social Care Institute for Excellence (SCIE)	https://www.scie.org.uk/
Social Care Online	https://www.scie-socialcareonline.org.uk/
Social Policy Digest	https://spd.cambridge.org/action/home.html
Social Policy Research Unit	https://www.york.ac.uk/spru/
Social Services Improvement Agency (SSIA)	https://www.goodpractice.wales/ssia
Social Services Knowledge Scotland (SSKS)	http://www.sskss.org.uk/
Social Work Policy Institute (SWPI)	http://www.socialworkpolicy.org/
Australie et Nouvelle-Zélande Association of Children's Welfare Agencies (ACWA)	http://www.acwa.asn.au/
Australian Clinical Practice Guidelines	www.clinicalguidelines.gov.au
Australian Government, Department of Social Services	https://www.dss.gov.au/
Australian Institute of Family Studies (AIFS)	https://aifs.gov.au/
Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)	https://www.aihw.gov.au/
Centre for Child and Family Research	https://www.auckland.ac.nz/en/education/research/research-centres-and-units/centre-for-child-and-family-research.html
Centre for Excellence in Child and Family Welfare	https://www.cfecfw.asn.au/
Department for Child Protection – Gouvernement de l'Australie du Sud	https://www.childprotection.sa.gov.au/
Department of Child Safety, youth and Women – Gouvernement du Queensland	https://www.csyw.qld.gov.au/department-child-safety-youth-women

Sites Web consultés	Adresses
SA Health – Child protection	https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+topics/child+protection
Victoria State Government	https://www.vic.gov.au/
Organisations internationales Guidelines International Network (G-I-N)	www.g-i-n.net
International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	www.inahta.org
Organisation mondiale de la Santé/World Health Organization (OMS/WHO)	www.who.int/fr
End Violence Against Children	https://www.end-violence.org/
Autres sites / moteurs de recherche Campbell Collaboration	campbellcollaboration.org
Érudit	https://www.erudit.org/fr/
Google	https://www.google.ca/
Google Scholar	https://scholar.google.fr/
OPENgrey (European grey literature)	http://www.opengrey.eu/

ANNEXE B

Analyse sommaire de la mise à jour de la revue systématique des écrits

Plusieurs publications d'intérêts pour le présent état de connaissance ont été publiées au cours de la dernière année. Cependant, à la lecture des titres et résumés qui sont repérés lors de la mise à jour de la recherche documentaire, seulement quatre (n = 4) publications répondent aux critères de sélection prédéterminés (PICOTS). De plus, une publication repérée par une lectrice externe lors processus de validation du rapport est identifiée comme répondant aux critères d'inclusion. Les données provenant de ces quatre publications concernent des modèles du regroupement centré sur le trauma qui sont déjà traités dans les résultats de ce rapport. Les résultats concernent l'efficacité des modèles sur trois dimensions, soit la santé mentale, les placements et les comportements extériorisés, de même que les barrières et facilitateurs à l'implantation. Notons que l'intégration des résultats de ces publications ne modifierait pas les énoncés de preuve, ni les conclusions du présent état des connaissances.

Tableau B-1 Publications de la mise à jour de la recherche documentaire

Références	Modèles	Résultats d'intérêts
Galvin <i>et al.</i> , 2022	Modèle <i>Sanctuary</i>	▪ Barrières et facilitateurs
Garwood <i>et al.</i> , 2020	<i>Trauma Informed Care</i> (TIC)	▪ Barrières et facilitateurs ▪ Dimension placements
Gonzalez-Garcia <i>et al.</i> , 2022	<i>Therapeutic Residential Care</i> (TRC)	▪ Dimension santé mentale (bien-être subjectif)
Izzo <i>et al.</i> , 2022	Modèle CARE	▪ Barrières et implantation
Matte-Landry et Collin-Vézina, 2022	ARC	▪ Dimension comportements extériorisés (contention physique)

ANNEXE C

Sélection des études

Figure C-1 Diagramme de flux

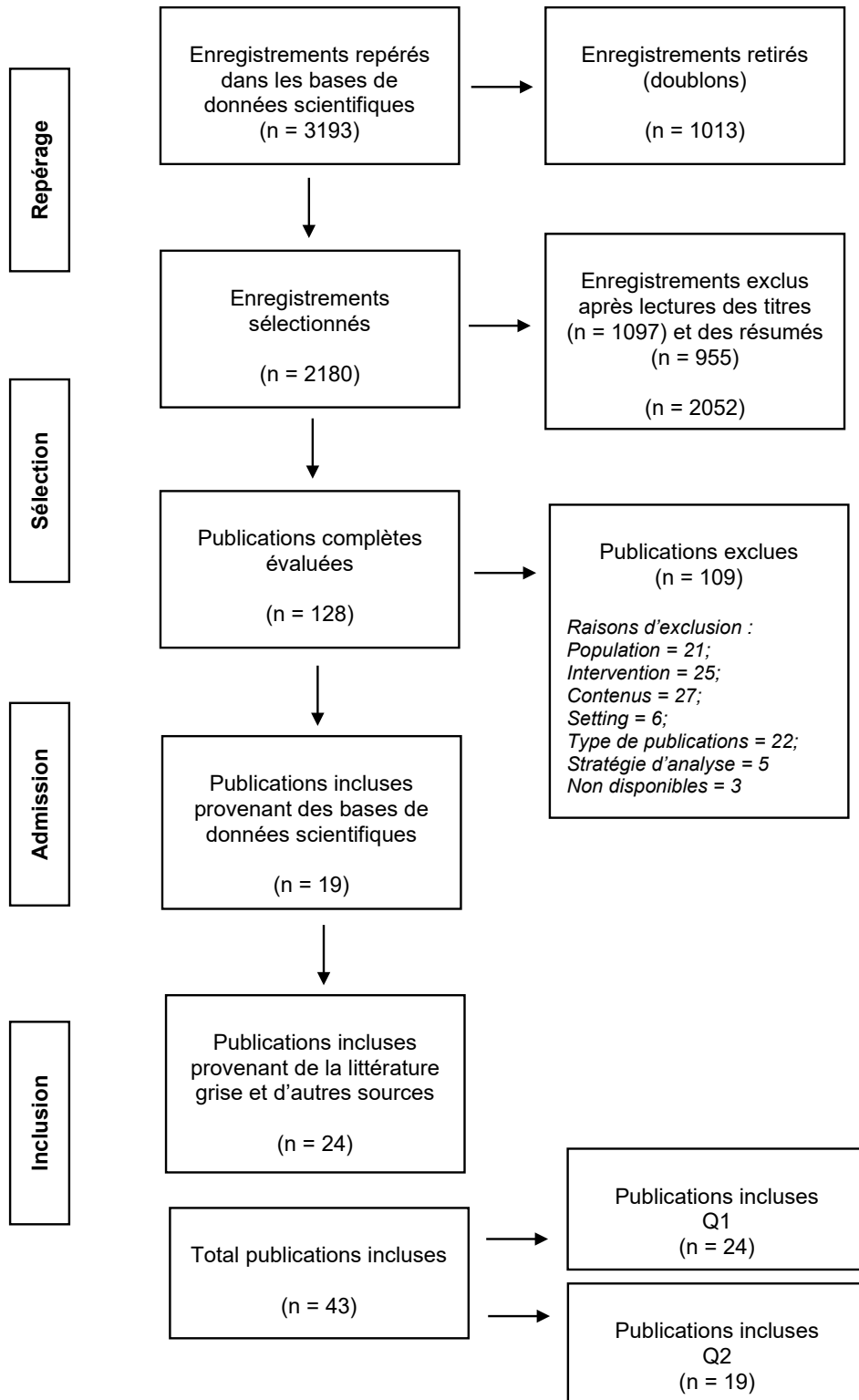


Tableau C-1 Liste des publications incluses

Publications sélectionnées pour Q1 (n = 24)
Aguila-Otero <i>et al.</i> [2020]
Bramsen <i>et al.</i> [2019]
Calheiros et Patrício [2014]
Collin-Vézina <i>et al.</i> [2011]
Creed <i>et al.</i> [2011]
Frappier <i>et al.</i> [2015]
Gonzalez-Garcia <i>et al.</i> [2017]
Goyette <i>et al.</i> [2019]
Goyette et Blanchet [2018]
Greeno <i>et al.</i> [2019]
Hojer et Sjoblom [2010]
Keller <i>et al.</i> [2010]
Lambert <i>et al.</i> [2012]
Lancôt [2018]
Martin <i>et al.</i> [2018]
Mitchell [2018]
Moreno-Manso <i>et al.</i> [2016a]
Moreno-Manso <i>et al.</i> [2016b]
Neely-Barnes et Whitted [2011]
Paulsen et Berg [2016]
Sainero <i>et al.</i> [2014]
Salazar <i>et al.</i> [2018]
Schelbe et Geiger [2017]
Tardif-Grenier <i>et al.</i> [2017]
Publications sélectionnées pour Q2 (n = 19)
Bartlett <i>et al.</i> [2018]
Bergström et Højman [2016]
Galvin <i>et al.</i> [2021]
Green <i>et al.</i> [2014]
Greenwald <i>et al.</i> [2012]
Hansson et Olsson [2012]
Hodgdon <i>et al.</i> [2013]
Holden <i>et al.</i> [2010]

Izzo <i>et al.</i> [2016]
Izzo <i>et al.</i> [2020]
Murphy <i>et al.</i> [2017]
Nunno <i>et al.</i> [2017]
Pellerin [2018]
Pellerin <i>et al.</i> [2020]
Redd <i>et al.</i> [2017]
Schmid <i>et al.</i> [2020]
Sinclair <i>et al.</i> [2016]
Sweet et Thyer [2017]
Westermarck <i>et al.</i> [2011]

Tableau C-2 Raisons d'exclusion après évaluations complètes des publications

Raisons d'exclusion Nombre de publications exclues (n)	Publications exclues après évaluation complète (n = 109)
Contenu d'intérêts (n = 27)	[Blakeslee et Best, 2019; Eastman <i>et al.</i> , 2019; Naert <i>et al.</i> , 2019; Spinelli <i>et al.</i> , 2019; Talaslampi <i>et al.</i> , 2019; Urban <i>et al.</i> , 2019; Cage, 2018; Gabrielli <i>et al.</i> , 2018; Hickie et Roe-Sepowitz, 2018; January <i>et al.</i> , 2018; Maclean <i>et al.</i> , 2018; Richardson <i>et al.</i> , 2018; Lemus <i>et al.</i> , 2017; Bartlett <i>et al.</i> , 2016; Fischer <i>et al.</i> , 2016; Jackson <i>et al.</i> , 2016; Radey <i>et al.</i> , 2016; Sather et Bruns, 2016; Bishop-Fitzpatrick <i>et al.</i> , 2015; Ai <i>et al.</i> , 2013; Conn <i>et al.</i> , 2013; Luce et Tremblay, 2013; Dorsey <i>et al.</i> , 2012; Munson <i>et al.</i> , 2011; Weiner <i>et al.</i> , 2011; Sullivan <i>et al.</i> , 2010; Villagrana, 2010]
Intervention (n = 25)	[Jackson <i>et al.</i> , 2020; Hidalgo <i>et al.</i> , 2018; Van Dongen <i>et al.</i> , 2018; Cameron, 2017; Devaney <i>et al.</i> , 2017; Chambers <i>et al.</i> , 2016; Pölkki <i>et al.</i> , 2016; Webster, 2016; Cameron et Freymond, 2015; Fowler <i>et al.</i> , 2015; He <i>et al.</i> , 2015; Hebert <i>et al.</i> , 2014; Kelly et Salmon, 2014; Lieberman <i>et al.</i> , 2014; Backe-Hansen <i>et al.</i> , 2013; Bartlett, 2012; Booth et Leavitt, 2012; Henggeler et Sheidow, 2012; Minze <i>et al.</i> , 2012; Cameron <i>et al.</i> , 2011; Garcia et Courtney, 2011; Léveillé et Chamberland, 2010; Murray <i>et al.</i> , 2010; Schaeffer <i>et al.</i> , 2010; Tyuse <i>et al.</i> , 2010]
Population (n = 21)	[Yeheskel <i>et al.</i> , 2020; Kim <i>et al.</i> , 2019; Ruff <i>et al.</i> , 2019; Saldana <i>et al.</i> , 2019; Barnett <i>et al.</i> , 2018; Gillen, 2018; LeBel <i>et al.</i> , 2018; Desjardins <i>et al.</i> , 2017; Leloux-Opmeer <i>et al.</i> , 2017; Liabo <i>et al.</i> , 2017; Coates et Howe, 2016; Coates et Howe, 2015; Hine et Moore, 2015; Negriff <i>et al.</i> , 2015; Schofield <i>et al.</i> , 2015; Piescher <i>et al.</i> , 2014; Chmelka <i>et al.</i> , 2011; Rosenwald et Riley, 2011; Soenen <i>et al.</i> , 2011; Farmer <i>et al.</i> , 2010; Janssens et Deboutte, 2010]
Contexte d'intervention (n = 6)	[Romani <i>et al.</i> , 2019; Tordön <i>et al.</i> , 2019; Farmer <i>et al.</i> , 2017; Klag <i>et al.</i> , 2016; Briggs <i>et al.</i> , 2012; Hummer <i>et al.</i> , 2010]
Stratégie d'analyse (n = 5)	[Angelici <i>et al.</i> , 2019; Forrest <i>et al.</i> , 2018; McPherson <i>et al.</i> , 2018; Brown <i>et al.</i> , 2013; Chance <i>et al.</i> , 2010]
Type de publications (n = 22)	[Lamminen <i>et al.</i> , 2020; Even et Sutter-Dallay, 2019; Daly <i>et al.</i> , 2018; Hall et Semanchin Jones, 2018; Harder, 2018; Ainsworth, 2017; Smyth, 2017; Whittaker <i>et al.</i> , 2016; Stone et Zibulsky, 2015; Chitiyo, 2014; Hornor, 2014; Ungar <i>et al.</i> , 2014; Cross, 2012; Fisher et Gilliam, 2012; Gillen, 2012; Barth <i>et al.</i> , 2011; Foster, 2011; James, 2011; Gharabaghi et Groskleg, 2010; Golding, 2010; Harris, 2010; Stewart <i>et al.</i> , 2010]
Non disponible (n = 3)	[Buchanan <i>et al.</i> , 2018; Chamberlain <i>et al.</i> , 2011; Smith et Chamberlain, 2010]

ANNEXE D

Synthèse de l'évaluation de la qualité des publications

Tableau D-1 Synthèse de l'évaluation de la qualité des publications

Outil d'évaluation critique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (pour les études descriptives)					
Auteurs	Holden <i>et al.</i> , 2010	Izzo <i>et al.</i> , 2016	Nunno <i>et al.</i> , 2017	Pellerin <i>et al.</i> , 2020	Redd <i>et al.</i> , 2017
Question préliminaire					
Est-ce que la question de recherche est bien ciblée?	Fort	Modéré	Fort	Fort	Fort
Critères d'évaluation					
Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Faible	Fort	Fort	Modéré	Forte
Sources et méthodes de collecte de données	Faible	Modéré	Modéré	Faible	Faible
Instruments de collecte de données	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Faible
Éthique	Faible	Fort	N/A	Fort	Fort
Statistiques	Faible	Fort	Fort	Fort	Modéré
Conclusion globale					
Force du plan d'étude	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
Décision relative à la qualité de l'étude	Faible	Moyen	Moyen	Faible	Faible
Décision relative au caractère direct des données probantes	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct

Outil d'évaluation critique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (pour les études analytiques)												
Auteurs	Bartlett <i>et al.</i> , 2018	Bergström et Højman, 2016	Green <i>et al.</i> , 2014	Greenwald <i>et al.</i> , 2012	Hansson et Olsson, 2012	Hodgdon <i>et al.</i> , 2013	Izzo <i>et al.</i> , 2020	Schmid <i>et al.</i> , 2020	Sweet et Thyer, 2017	Westermarck <i>et al.</i> , 2011	Murphy <i>et al.</i> , 2017	Sinclair <i>et al.</i> , 2016
Question préliminaire												
Est-ce que la question de recherche est bien ciblée?	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort
Critères d'évaluation												
Participants de l'étude représentatifs de la population cible	Fort	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Fort	Fort	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré
Justesse du contrôle du biais de sélection	Faible	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Faible	Fort	Faible	Faible	Modéré	Fort	Modéré
Justesse du contrôle du biais causé par une erreur de classification	Modéré	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Faible	Modéré
Justesse du contrôle du biais d'information	Modéré	Faible	Fort	Modéré	Faible	Fort	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Modéré	Fort
Validité et fiabilité des instruments de collecte des données	Faible	Faible	Modéré	Modéré	Fort	Fort	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Faible	Fort
Justesse de la conservation et du suivi	Faible	Fort	Fort	Fort	Fort	Faible	N/A	Faible	Faible	Fort	N/A	Fort
Comparabilité du groupe témoin et	Faible	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Faible	Faible	Modéré	Faible	Fort	Faible	Fort

Outil d'évaluation critique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (pour les études analytiques)												
Auteurs	Bartlett <i>et al.</i> , 2018	Bergström et Højman, 2016	Green <i>et al.</i> , 2014	Greenwald <i>et al.</i> , 2012	Hansson et Olsson, 2012	Hodgdon <i>et al.</i> , 2013	Izzo <i>et al.</i> , 2020	Schmid <i>et al.</i> , 2020	Sweet et Thyer, 2017	Westermarck <i>et al.</i> , 2011	Murphy <i>et al.</i> , 2017	Sinclair <i>et al.</i> , 2016
du groupe d'intervention												
Justesse du contrôle des grandes variables confusionnelles	Faible	Modéré	Faible	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Faible	Faible	Modéré	Fort	Modéré
Justesse de la conduite éthique	Forte	Faible	Fort	Fort	Faible	Faible	Fort	Fort	Faible	Faible	Faible	Fort
Justesse et interprétation des tests statistiques	Faible	Modéré	Fort	Modéré	Fort	Fort	Fort	Modéré	Faible	Fort	Fort	Modéré
Puissance et taille de l'échantillon	Forte	Fort	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Faible	Fort
Possibilité de généralisation des résultats	Modéré	Modéré	N/A	Faible	Modéré	Modéré	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Fort	Fort
Faisabilité de la mise en œuvre	Modéré	Modéré	Modéré	Faible	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré
Conclusion globale												
Force du plan d'étude	Faible	Fort	Modéré	Faible	Fort	Faible	Modéré	Modéré	Faible	Fort	Modéré	Modéré
Décision relative à la qualité de l'étude	Faible	Moyen	Moyen	Faible	Moyen	Faible	Fort	Moyen	Faible	Moyen	N/A	Moyen
Décision relative au caractère direct des données probantes	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct

Outil <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> (CASP) (pour les études qualitatives)		
Auteurs	Pellerin, 2018	Redd <i>et al.</i> , 2017
Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés?	Oui	Oui
La méthodologie qualitative est-elle appropriée?	Oui	Oui
La méthodologie était-elle bien adaptée à l'objectif de l'étude?	Oui	Oui
La stratégie de recrutement était-elle bien adaptée à l'objectif de l'étude?	Non	Non
Le mode de collecte des données était-il bien adapté à la question à l'étude?	Ne sais pas/plus ou moins	Ne sais pas/plus ou moins
Est-ce que la relation entre le chercheur et les participants a été considérée adéquatement?	Non	Non
Est-ce que les enjeux éthiques ont été pris en considération?	Ne sais pas/plus ou moins	Ne sais pas/plus ou moins
Le processus d'analyse des données était-il suffisamment rigoureux?	Non	Non
Les résultats de l'étude sont-ils énoncés clairement?	Non	Non
Quelle est la valeur de l'étude?	Non	Non
Élevé, modéré, faible	Faible	Faible

ANNEXE E

Grille d'extraction

Référence complète :		Pertinent pour : Obj. 1 : ☐ Obj. 2 : ☐ Obj. 3 : ☐		Codeur (initiales) :
Description sommaire du document				
Pays :	Type de publication :	Devis :	Setting :	
But(s) et/ou objectif(s) et/ou question(s) de recherche :				
Population :				
Contenus descriptifs / théoriques en lien avec les objectifs 1 à 3				
Méthodologie de recherche				
Résultats de recherche en lien avec les objectifs 1 à 3				
Recommandations ou standards en lien avec les objectifs 1 à 3				
Autres contenus				
Discussion / conclusion des auteurs (optionnel) :				
Limites / pistes de recherche future évoquées par les auteurs (optionnel) :				
Autres contenus pertinents (optionnel) :				

ANNEXE F

Grille d'appréciation de la preuve scientifique

Tableau F-1 Grille d'appréciation de la preuve scientifique

Force du plan d'étude Remarque : « x > y » signifie que le plan de x est plus fort que celui d'y.	Forte	Méta-analyse > essai contrôlé randomisé (ECR) > essai contrôlé non randomisé (ENCR) = expérience en laboratoire > étude comparative avant-après (ECAA) Pour les ECAA : la force du plan est forte s'il y a au moins deux groupes témoins et deux groupes d'intervention. La force est moyenne s'il y a seulement un groupe témoin et un groupe d'intervention.*
	Modérée	Cohorte > cas-témoin > séries temporelles interrompues avec collecte de données adéquate > cohorte avec groupe de comparaison non équivalent
	Faible	Étude non-comparative avant-après (ENCAA) > séries temporelles interrompues avec collecte de données inadéquate > étude descriptive (transversale > sur le lien épidémiologique > écologique)
Qualité de l'étude	Élevée	Aucun grand obstacle à la validité interne (biais, hasard et confusion ayant fait l'objet d'un contrôle adéquat et exclus à titre d'explication concurrente des résultats)
	Moyenne	Obstacles mineurs à la validité interne ne compromettant pas gravement la capacité de tirer une conclusion à l'égard de l'estimation de l'effet
	Faible	Grand(s) obstacle(s) à la validité interne qui compromettaient(aient) la capacité de tirer une conclusion à l'égard de l'estimation de l'effet
Nombre d'études	Multiples	Au moins 4 études
	Peu	Au plus 3 études
Uniformité des résultats	Uniformes	Études ayant abouti à des résultats semblables
	Disparates	Variation des résultats, mais tendance globale claire quant à l'effet On peut expliquer les incohérences.*
	Contradictoires	Résultats variables et aucune tendance globale claire quant à l'effet
Caractère direct des données probantes	Données probantes directes	Proviennent d'études portant précisément sur l'association étudiée
	Extrapolation	Inférence tirée d'études portant sur une question clé différente, mais connexe, ou la même question clé dans des conditions artificielles (p. ex. certaines études en laboratoires) <u>ou une mesure avec variable proxy</u>

* Ajout de l'équipe projet.

ANNEXE G

Fiches synthèse des modèles retenus

Tableau G-1 Fiches synthèse des modèles retenus

TRAUMA-INFORMED CARE
Type de modèle
Modèle organisationnel
Population cible et milieux d'intervention
Tous les membres du personnel en protection de la jeunesse, y compris la direction
Description du modèle
<u>Assises théoriques ou principes sous-jacents au modèle</u> Approche sensible au trauma (<i>Trauma-informed theory</i>); les 5 principes directeurs sont : la sécurité, le choix, la collaboration, la confiance, et l'<i>empowerment</i>. <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Le <i>Trauma-Informed Care</i> vise à transformer l'ensemble du système de soins et à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et la résilience au travail : ▪ en reconnaissant la prévalence du trauma, la dynamique et l'impact du trauma dans les expériences vécues par les jeunes, les familles et le personnel; ▪ en comprenant les différentes voies vers la guérison; ▪ en réorganisant certains processus institutionnels clés (règles, documentation, admission, planification du traitement), avec une lunette sensible au trauma; ▪ en encourageant la création d'un environnement sécuritaire et d'une culture de soins basée sur les 5 principes directeurs; ▪ en travaillant activement à éviter de créer une retraumatisation.
Composantes du modèle
Pas d'informations dans les documents recensés
Durée et intensité
Pas d'informations dans les documents recensés
Composition de l'équipe
Pas d'informations dans les documents recensés
Formation requise et supervision
Pas d'informations dans les documents recensés
Démarche d'implantation
Pas d'informations dans les documents recensés
Dissémination
Pas d'informations dans les documents recensés

CHILDREN AND RESIDENTIAL CARE EXPERIENCE (CARE)
Type de modèle
Modèle organisationnel
Population cible et milieu d'intervention
CARE cible l'organisation et l'ensemble de son personnel. Plus spécifiquement, des organisations de type foyer de groupe et CRJDA (<i>Residential care – group care agencies</i>), qui desservent des jeunes âgés de 6 à 20 ans.
Description du modèle
<u>Assises théoriques et principes sous-jacents au modèle</u> L'attachement, le trauma, la résilience et la théorie écologique servent d'appui aux 6 principes cliniques suivants : 1) Axé sur le développement de relations positives; 2) Sensible au trauma; 3) Centré sur les besoins développementaux; 4) Encourage le développement des compétences; 5) Implique la famille; 6) Utilise la perspective écologique. <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> CARE est un modèle développé par la Cornell University aux États-Unis. Il vise à développer l'auto-régulation et le bien-être des jeunes en : ▪ répondant à certains besoins sociaux et développementaux des enfants; ▪ enrichissant les dynamiques relationnelles à travers l'agence; ▪ minimisant les dynamiques relationnelles qui exacerbent les symptômes des traumatismes et qui nuisent à un développement harmonieux. Du point de vue organisationnel, CARE veut soutenir les organisations dans l'utilisation des six principes cliniques afin de guider la programmation, enrichir les dynamiques relationnelles à travers l'organisation et construire la capacité de l'organisation et de ses employés à offrir un modèle basé sur des données probantes qui répond aux besoins développementaux des jeunes.
Composantes du modèle
Le modèle comprend les 6 principes cliniques mentionnés ci-dessus, la formation d'une équipe d'implantation à l'interne et d'un leadership; la formation intensive du personnel à tous les niveaux de l'organisation et de l'assistance technique trimestrielle offerte par des consultants de CARE durant l'implantation.
Durée et intensité
Trois à quatre années d'implantation.
Composition de l'équipe
Équipe d'implantation : Deux consultants de CARE, des leaders de l'établissement, des superviseurs et formateurs, et du personnel clinique. Les consultants de CARE sont diplômés en travail social ou autre, rattachés à l'Université, possédant plusieurs années de leadership et d'expérience de supervision dans un contexte de groupe.
Formation requise et supervision
L'équipe d'implantation reçoit une formation de 5 jours, planifie et offre ensuite la formation au reste du personnel.

Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Oui, un suivi de la part des consultants de CARE est offert pendant trois à quatre ans.
Dissémination
En 2010, plus de 20 agences ont reçu la formation du <i>CARE practice model</i> aux États-Unis, mais aussi à l'extérieur.

SANCTUARY MODEL
Type de modèle
Modèle organisationnel
Population cible et milieux d'intervention
Le modèle vise l'ensemble du personnel des organisations qui prennent en charge des adolescents et des jeunes adultes (12-20 ans) ayant vécu des expériences traumatiques et qui sont hébergés par les services de protection de l'enfance. Il peut être dispensé dans les milieux résidentiels pour jeunes (<i>residential treatment for youth</i>), les programmes de justice pour jeunes en situation de délinquance, les refuges pour personnes en situation d'itinérance ou victimes de violence conjugale, les programmes offerts en communauté, à l'école, en santé mentale et en dépendance.
Description du modèle
<u>Assises théoriques ou principes sous-jacents au modèle</u> Approche sensible au trauma (<i>Trauma-informed approach/Trauma theory</i>), théorie commerciale (<i>business theory</i>), théorie des systèmes et concepts issus des travaux sur les communautés thérapeutiques au Royaume-Uni.
<u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Le <i>Sanctuary Model</i> est un modèle organisationnel sensible au trauma développé à Philadelphie, par l'équipe de Sandra Bloom (1997). Il vise à intégrer les connaissances sur les traumatismes chez le personnel, dans le but de créer un environnement sécuritaire sur le plan organisationnel et améliorer l'intervention en jeunesse, tant pour les donneurs de soins que pour les jeunes.
Composantes du modèle
3 piliers du modèle : 1) Théorie sur le trauma; 2) Cadre de référence <i>Safety, Emotion, Loss and Future (SELF)</i> ; 3) Boîte à outils <i>Sanctuary</i> . Les principes du modèle, qui reposent également sur la théorie sur le trauma, incluent 7 engagements (<i>Seven Commitments</i>) : 1) Non-violence, 2) Intelligence émotionnelle, 3) Réflexion et apprentissage social, 4) Démocratie, 5) Communication ouverte, 6) Responsabilité sociale, 7) Progrès et changement.
Durée et intensité
3 ans pour l'implantation
Composition de l'équipe
Pas d'informations dans les documents recensés
Formation requise et supervision
Formation de la direction au sujet de l'implantation, pendant 5 jours
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Oui, mise à disposition d'un consultant pour le soutien à l'implantation pendant trois ans. La certification Sanctuary est à renouveler tous les trois ans.

Dissémination
(2017) La formation est offerte dans plus de 275 organisations à travers le monde, y compris le Canada.

TRAUMA SYSTEMS THERAPY (TST)
Type de modèle
Modèle clinique et organisationnel
Population cible et milieux d'intervention
Jeunes de 4 à 21 ans qui ont vécu des expériences traumatiques, qui ont du mal à réguler leurs émotions et qui vivent dans un environnement social dans lequel les donneurs de soins ou le système de soins ne sont pas capables de les protéger ou les aider adéquatement. Initialement créé pour intervenir en milieu familial ou externe, le TST a été adapté aux milieux résidentiels (<i>residential settings</i>) à l'aide de plusieurs principes, dont l'adoption d'un langage de soins commun, un accent sur l'environnement social en milieu résidentiel (<i>residential settings</i>) et le TST comme modèle multisystémique qui intègre les soins.
Description du modèle
<u>Assises théoriques</u> Approche sensible au trauma (<i>Trauma-informed approach/Trauma theory</i>); Approche écologique de Bronfenbrenner et 10 principes d'intervention (1. <i>Fix a broken system</i> ; 2. <i>Put safety first</i> ; 3. <i>Create clear, focused plans that are based on facts</i> ; 4. <i>Do not go before you are ready</i> ; 5. <i>Put scarce resources where they will work</i> ; 6. <i>Insist on accountability—particularly your own</i> ; 7. <i>Align with reality</i> ; 8. <i>Take care of yourself and your team</i> ; 9. <i>Build from strength</i> ; 10. <i>Leave a better system</i>) <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Conçu par Glenn Saxe et ses collaborateurs, le TST vise à améliorer le fonctionnement émotionnel, social, comportemental des jeunes et des enfants : ▪ en évaluant les capacités de régulation émotionnelle du jeune et son fonctionnement social pour déterminer les interventions adéquates; ▪ en formant le personnel sur l'effet du trauma sur le développement de l'enfant et les manières d'y répondre efficacement; ▪ en intégrant les principes du modèle dans toutes les strates de l'organisation ou du système, afin d'améliorer le fonctionnement et l'organisation des services dans les services de protection de la jeunesse.
Composantes du modèle
Les 4 principaux modules du TST incluent : 1) La prise en charge des jeunes à domicile et dans la collectivité (<i>home and community-based care</i>); 2) La psychothérapie externe visant le développement des compétences (<i>outpatient skills-based psychotherapy</i>); 3) La psychopharmacologie; 4) Des services de défense des droits. La composante clinique comporte trois phases : <i>Safety-Focused Phase</i> , <i>Regulation-Focused Phase</i> , <i>Beyond Trauma Phase</i>
Durée et intensité
En continu
Composition de l'équipe
Équipe multidisciplinaire en vue d'une intervention globale et collaborative : gestionnaires, superviseurs, travailleurs de première ligne (<i>direct service workers</i>), coordonnateurs, la direction et les

services de santé mentale. Un travail collaboratif doit être fait avec les partenaires externes et l'implication de la famille est essentielle.
Formation requise et supervision
Formation à tous les niveaux de l'équipe (clinique et autre partie prenante).
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Oui, pendant un à deux ans.
Dissémination
En 2013, le TST est implanté dans 26 programmes au sein de 17 agences localisées dans 10 États américains.

TRAUMA SYSTEMS THERAPY – FOSTER CARE (TST-FC)
Type de modèle
Modèle organisationnel
Population cible et milieux d'intervention
Parents biologiques, d'accueil et de proximité de jeunes ayant vécu des expériences traumatiques ainsi que le personnel de l'organisation. Le programme peut être offert dans le milieu familial d'origine, en famille d'accueil et de proximité (<i>Foster/Kinship Care</i>), dans les organismes communautaires et dans les services de protection de la jeunesse.
Description du modèle
<u>Assises théoriques</u> Approche sensible au trauma (<i>Trauma-informed approach/Trauma theory</i>); approche écologique de Bronfenbrenner; 10 principes d'intervention du TST (voir fiche TST). <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Développé par K. McCauley avec le soutien de G. Saxe et A. Brown, le TST-FC (<i>Trauma Systems Therapy - Foster Care</i>) est un programme de formation de groupe en 4 modules destiné aux parents. Basé sur le modèle TST (voir fiche), il vise à développer un système sensible au trauma dans les services de protection de la jeunesse : ▪ en renforçant les connaissances et les compétences parentales relatives au trauma; ▪ en offrant des concepts, des stratégies et des interventions aux parents afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, de diminuer l'instabilité des déplacements dans les milieux de vie et de préparer la réunification; ▪ en faisant mieux connaître les concepts en lien avec le trauma au personnel en protection de la jeunesse qui n'a pas implanté le TST. Pour implanter les composantes du TST et du TST-FC ensemble, les services publics en protection de la jeunesse doivent former leur personnel à l'approche clinique, former les parents et collaborer avec les partenaires externes. Toutefois, le TST-FC peut être dispensé sans la composante clinique du TST.
Composantes du modèle
3 phases : la planification, la formation des formateurs et des parents, et l'évaluation de la formation. Les 4 modules portent sur : 1) l'impact du trauma, 2) des stratégies pour aborder les traumatismes, 3) faire face à des comportements difficiles et 4) rassurer.
Durée et intensité
4 modules de deux heures chacun idéalement.

Composition de l'équipe
L'équipe est composée de cadres, de superviseurs, d'intervenants et des organismes en santé mentale. Parents-ressources (accueil et proximité) et donneurs de soins participent activement dans le processus.
Formation requise et supervision
4 modules offerts aux parents (modules 1 et 2 = 2,5 h; modules 3 et 4 = 1 h) par des membres du personnel formé. Lorsque le TST-FC est dispensé sans le TST, le personnel est formé uniquement sur le contenu dans la formation aux parents.
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Oui, à la demande et selon les besoins.
Dissémination
Pas d'informations dans les documents recensés

FAIRY TALE
Type de modèle
Modèle clinique
Population cible et milieux d'intervention
Adolescents de 13 à 18 ans avec des problèmes émotionnels (anxiété, dépression et troubles du stress post-traumatique) et de comportement (agression, opposition, dépendance, délinquance, échec scolaire et professionnel, etc.). Le modèle peut être dispensé en milieu familial adoptif ou d'origine; milieu substitut; milieu externe (<i>Outpatient Clinic</i>); organisme communautaire; milieu scolaire.
Description du modèle
<u>Assises théoriques ou principes sous-jacents au modèle</u> Approche sensible au trauma (<i>Trauma-informed treatment</i>) <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> <i>Fairy Tale</i> vise à reconnaître la contribution des expériences traumatiques et des pertes du passé dans les difficultés présentées par le jeune : ▪ en améliorant sa motivation, sa stabilité et ses capacités d'autorégulation ▪ en augmentant les capacités du jeune à affronter les étapes de vie ou les défis à venir ▪ en travaillant sur les souvenirs traumatiques ou liés aux pertes et en anticipant les futurs défis. Le modèle est divisé en plusieurs phases de traitement, chaque phase correspondant à une partie de l'histoire qui est utilisée comme trame narrative de cette psychothérapie sensible au trauma. Le jeune peut passer à l'étape suivante une fois que les objectifs thérapeutiques de la phase en question sont atteints.
Composantes du modèle
Plusieurs de ces objectifs peuvent être atteints à l'aide d'interventions appuyées par la recherche, comme par exemple les entrevues motivationnelles, la formation des parents, la résolution des traumas ou encore l'éducation du personnel, la gestion de cas et les interventions scriptées détaillées pour atteindre les objectifs de traitement. Le modèle s'appuie sur des composantes familiale et communautaire fortes.
Durée et intensité
Variable en fonction de la clientèle et de la situation

Composition de l'équipe
Équipe multidisciplinaire : personnel de première ligne et travailleurs sociaux
Formation requise et supervision
Intervenants : 1 journée de formation mensuelle pendant trois mois et 2 demi-journées de formation mensuelles pendant trois mois.
Démarche d'implantation
Pas d'informations dans les documents recensés
Dissémination
Pas d'informations dans les documents recensés

ATTACHMENT, REGULATION AND COMPETENCY (ARC)
Type de modèle
Modèle clinique et organisationnel
Population cible et milieu d'intervention
ARC s'adresse aux jeunes âgés de 0-21 ans ayant vécu des traumatismes complexes et chroniques ainsi qu'aux familles et aux organisations qui les soutiennent. Pour ces dernières, les efforts sont investis dans le développement de structures de soins sensibles au trauma.
Description du modèle
<u>Assises théoriques et principes sous-jacents au modèle</u> ARC s'appuie sur les principaux domaines de l'attachement, de la régulation et des compétences développementales. Il peut être employé en tant que programme d'intervention sur le trauma à un niveau plus organisationnel ou en combinaison avec le programme dispensé au niveau client. <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> 1) Développer des liens d'attachement sains entre le jeune et les donneurs de soins, et en particulier avec les membres de la famille, par une mise en avant de la gestion des affects du donneur de soins, la syntonie, la constance dans les réponses et la création de routines et rituels 2) Soutenir les jeunes dans le développement de compétences de gestion de leurs émotions et de leurs états physiologiques afin d'améliorer la capacité d'autorégulation et de favoriser les connexions relationnelles. L'identification, la modulation, l'interprétation et l'expression des émotions sont les apprentissages visés 3) Renforcer les compétences développementales du jeune en misant sur les facteurs de résilience 4) Intégrer les expériences de trauma en accompagnant le jeune dans le développement et l'intégration d'un narratif des événements traumatiques permettant une compréhension globale de soi
Composantes du modèle
Les concepts d'ARC peuvent être intégrés en thérapie individuelle, de groupe et familiale, dans le soutien offert aux donneurs de soins et dans la supervision des intervenants.
Durée et intensité
Approximativement trois années d'implantation.

Composition de l'équipe
Une équipe d'implantation est formée afin de favoriser l'atteinte des cibles d'implantation. Les membres de l'équipe proviennent de diverses disciplines et départements afin d'assurer l'intégration et la cohérence globale de l'approche.
Formation requise et supervision
Une formation de base de 2 jours est dédiée à l'ensemble du personnel.
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Durant la première année d'implantation, des consultations (1 à 3 h par mois) sont suggérées.
Dissémination
Pas d'information dans les documents recensés

MULTIDIMENSIONAL TREATMENT FOSTER CARE (MTFC)
Type de modèle
Modèle clinique
Population cible et milieux d'intervention
Initialement conçue pour les jeunes garçons en protection de la jeunesse ayant commis des actes délinquants, la cible a été élargie à l'ensemble des jeunes de 12 à 18 ans avec des troubles de comportement sérieux, des troubles émotionnels sévères, des conduites anti-sociales ou des comportements délinquants sérieux; qui sont en besoin d'un placement résidentiel et qui ne peuvent recevoir des services moins restrictifs. Le modèle peut être dispensé en milieu substitut (<i>Foster Care</i>) et privilégie les interventions en contexte familial plutôt qu'institutionnel.
Description du modèle
<u>Assises théoriques ou principes sous-jacents au modèle</u> Théorie de l'apprentissage social; théorie des systèmes familiaux; théorie de l'attachement.
<u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Développé par Patricia Chamberlain et John Reid (<i>Oregon Social Learning Centre, OSLC</i>), MTFC (désormais appelé le TFCO, <i>Treatment Foster Care Oregon</i>) se veut une alternative au placement en milieu institutionnel. Il vise à réduire les comportements déviants ou antisociaux, améliorer les comportements prosociaux du jeune avec ses pairs et les adultes et favoriser la stabilité de placement : ▪ en améliorant la situation scolaire du jeune et en développant des habitudes de travail positives; ▪ en soutenant les habiletés parentales et en diminuant les conflits familiaux; ▪ en accompagnant la formation de relations avec des pairs positifs, des adultes; ▪ en encadrant le jeune dans un milieu de vie structurant, au sein d'une famille d'accueil formée et supervisée.
Composantes du modèle
Ressources offertes aux parents biologiques, si approprié (p. ex. thérapie familiale) et autres milieux substitut à long terme comme les familles de proximité; soutien en continu et formation professionnelle supervisée pour les familles d'accueil, de proximité et d'adoption; thérapie individuelle avec le jeune et multiples formes de renforcement des compétences; programmes de type <i>wraparound</i> en collaboration avec l'école; gestion de la médication si nécessaire.
Durée et intensité
Environ 9-12 mois suivi d'une période de suivi.

Composition de l'équipe
Multidisciplinaire : un spécialiste en soutien des compétences, un pédopsychiatre, des thérapeutes (individuel et familial), une ressource-conseil pour les familles d'accueil, une personne chargée de faire un suivi quotidien avec la famille d'accueil, un gestionnaire de cas/un superviseur clinique. Les interventions requièrent une coopération entre l'équipe clinique et le jeune, les parents, l'école, les superviseurs des activités de loisirs et la protection de la jeunesse.
Formation requise et supervision
Personnel : 4 jours sur le site du modèle à Eugene (Oregon); Superviseurs : 5 jours; Familles d'accueil : 20 h.
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Oui, pendant environ un an
Dissémination
En 2012, le MTFC était utilisé dans plus de 50 sites aux États-Unis, 15 sites en Angleterre et 20 sites ailleurs en Europe.

APPROCHE DE COMMUNAUTÉ D'ENTRAIDE ET DE JUSTICE (ACEJ)
Type de modèle
Approche clinique
Population cible et milieux d'intervention
Adolescents et adolescentes présentant des problèmes intériorisés et externalisés, hébergés en centre de réadaptation
Description du modèle
<u>Assises théoriques ou principes sous-jacents au modèle</u> Théorie de Piaget sur le développement cognitif; théorie de Kohlberg sur le développement du jugement moral; théorie de Selman sur la compétence sociale. ▪ Valeurs au centre du modèle : Entraide, justice et démocratie <u>Objectifs et cibles d'intervention</u> Développée au Québec par Jacques Dionne et Nicole St-Martin, l'ACEJ est une adaptation de l'approche de communauté juste (JCA, Kohlberg, 1984), initialement créée pour les jeunes contrevenants de genre masculin. Cette adaptation vise à répondre aux besoins spécifiques des adolescentes (être en relation, se sentir écoutées, considérées et impliquées dans leur milieu de vie) par l'intégration des composantes liées à l'entraide et à la justice interactionnelle. Par la création d'un environnement démocratique et équitable, l'ACEJ vise la réduction ou l'élimination des comportements à risque et de la délinquance en intervenant sur : ▪ le développement de la compétence sociale; ▪ la réflexion sociomorale et le jugement moral des adolescentes.
Composantes du modèle
L'ACEJ prévoit un volet d'évaluation de la compétence sociale et morale des adolescents et un volet d'intervention. L'entraide et le fonctionnement démocratique sont développés notamment à travers la création d'une charte et d'un manuel, de diverses rencontres et de comités ainsi que d'un système d'évaluation, de reconnaissance et de partage des pouvoirs, devoirs et privilèges. Le développement de la réflexion sociomorale s'actualise par des réflexions sur des dilemmes moraux et interpersonnels. L'utilisation du questionnaire structural est en trame de fond de ces activités.

Durée et intensité
Pas d'informations dans les documents recensés
Composition de l'équipe
Pas d'informations dans les documents recensés
Formation requise et supervision
Session d'initiation aux connaissances de base, coanimation supervisée et réunions d'équipe mensuelles. Création de duos formateur-accompagnateur et nouvel éducateur. Formation vue sous 3 angles : Connaissance et compréhension, Signification et Compétence à appliquer.
Démarche d'accompagnement dans l'implantation
Accompagnement et supervision pratique suggérée.
Dissémination
En 2018, l'ACEJ était implanté dans 8 ressources d'hébergement pour adolescentes d'un centre de réadaptation (5 foyers de groupe, 3 unités de réadaptation) au Québec.

ANNEXE H

Les données insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve

Tableau H-1 Les données insuffisantes pour émettre un énoncé de preuve

Publications Dimensions	Plan d'étude, qualité, mesures et temps de mesures	Milieu d'intervention, échantillon	Résultats en bref
Green <i>et al.</i> , 2014 Éducation	Essai contrôlé randomisé (ECR) et étude de cohorte Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Deux sous-échelles provenant de l'échelle <i>Education du Health of the nation outcomes scales for children and adolescents</i> (HoNOSCA) : <i>Scholastic/language skills</i> <i>Education attendance</i> Temps de mesures : - Admission 12 mois post-admission	Foyers de groupe n = 34 jeunes : 20 recevant le <i>Multidimensional Treatment Foster Care</i> (MTFC) 14 le traitement habituel Étude de cohorte n = 185 jeunes : 92 recevant le MTFC 93 recevant le traitement habituel (10 à 17 ans)	<u>Compétences académiques et langagières :</u> Les participants au MTFC et au traitement usuel (TU) ont une probabilité similaire d'être dans l'un ou l'autre des quintiles à l'échelle de compétences académiques et langagières tant pour l'étude ECR que pour de l'étude de cohorte. <u>Fréquentation scolaire :</u> Les participants au MTFC et au TU ont eu des fréquentations scolaires similaires au T1 tant pour l'étude ECR que pour de l'étude de cohorte.
Bergström et Höjman, 2016 Itinérance	ECR Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Itinérance rapportée Temps de mesure : - T1 = 1^{ère} année de suivi post-admission - T2 = 2^e année de suivi post-admission - T3 = 3^e année de suivi post-admission - Trois années regroupées ensemble	Tout type de ressources d'hébergement n = 46 jeunes avec diagnostic de troubles de la conduite : 19 recevant le MTFC 27 le traitement habituel (12 à 17 ans)	<u>Itinérance :</u> Pas d'itinérance dans les deux groupes à T1 et T2. T3 : Itinérance pour deux jeunes (7,4 %) dans le groupe TU; pas d'itinérance dans le groupe MTFC, mais aucune différence significative entre les deux groupes.
Bergström et Höjman, 2016 Consommation de substances	ECR Qualité : moyenne Mesures utilisées : - Ivresse sur la voie publique Temps de mesure : - T1 = 1^{ère} année de suivi post-admission - T2 = 2^e année de suivi post-admission	Tout type de ressources d'hébergement n = 46 jeunes avec diagnostic de troubles de la conduite : 19 recevant le MTFC 27 le traitement habituel (12 à 17 ans)	<u>Ivresse sur la voie publique :</u> Pas de différence significative entre les groupes MTFC et TU pour les trois temps de mesures et pour les trois années regroupées.

Publications Dimensions	Plan d'étude, qualité, mesures et temps de mesures	Milieu d'intervention, échantillon	Résultats en bref
	- T3 = 3^e année de suivi post-admission - Trois années regroupées ensemble		
Pellerin (2018) et Pellerin <i>et al.</i> (2020) (2 publications, une étude) Qualité de la relation d'intervention	Étude descriptive mixte Qualité : moyenne Mesures utilisées : Une dimension du Questionnaire de climat de groupe en centre de réadaptation (QCGCR) : Qualité des relations entre les adolescentes et l'équipe d'intervenants. 3 échelles : - relations adolescentes-intervenants - attitudes de valorisation des intervenants - attitudes de soutien des intervenants Temps de mesures (deux collectes de données différentes pour chaque groupe) : Groupe Approche de communauté d'entraide et de justice (ACEJ) : 1^{ère} cohorte : 4 temps de mesure (une moyenne a été construite à partir des 4 temps) 2^e cohorte : 1 temps Groupe contrôle Approche cognitive-comportementale (ACC) : - T1 = admission - T2 = 3 mois après le placement	n = 213 adolescentes 60 exposées à l'ACEJ 153 à ACC (comparateur) (12-17 ans)	Pellerin (2018) <u>Relations adolescentes-intervenants :</u> Les relations entre adolescentes et intervenantes sont équivalentes chez les adolescentes exposées à l'ACEJ ou à l'ACC. <u>Attitudes de valorisation des intervenants envers les adolescentes :</u> La perception de la valorisation des adolescentes par les intervenants est relativement élevée et équivalente autant chez les adolescentes exposées à l'ACEJ que celles exposées à l'ACC. <u>Attitudes de soutien des intervenants :</u> Les attitudes de soutien sont relativement bonnes et perçues comme équivalentes autant chez les adolescentes exposées à l'ACEJ que celles exposées à l'ACC. Pellerin <i>et al.</i> (2020) <u>Qualité des relations entre les adolescentes et l'équipe d'intervenants :</u> De façon équivalente, les adolescentes rapportent des relations étroites et chaleureuses avec les intervenants ainsi que le sentiment d'être considérées $\beta = -0,02$, et soutenues par eux.
Izzo <i>et al.</i>, 2020 Qualité de la relation d'intervention	Étude non-comparative avant-après (ENCAA) Qualité : moyenne Mesures utilisées : <i>Youth Perceptions of Relationship Quality</i> (YPRQ), mesure primaire pour les différents modèles d'interaction entre jeune et personnel	Centres institutionnels (<i>group care agency</i>) n = 733 jeunes (toutes cohortes et années confondues) (7 à 18 ans)	<u>Qualité de la relation d'intervention :</u> La perception de la qualité des relations entre le personnel et les jeunes a augmenté significativement après l'implantation du CARE, tant pour le YPRQ que pour le IPPA. Les augmentations sont observables à la fin de chacune des trois années.

Publications Dimensions	Plan d'étude, qualité, mesures et temps de mesures	Milieu d'intervention, échantillon	Résultats en bref
	▪ <i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i> (IPPA), relations avec le personnel Cohorte 1 : 7 sites ayant implanté le <i>Children And Residential Care Experience</i> (CARE) en 2010 Cohorte 2 : 6 sites ayant implanté le CARE en 2011 ▪ Admission = Avant l'implantation ▪ T1 = À la fin de l'an 1 ▪ T2 = À la fin de l'an 2 ▪ T3 = À la fin de l'an 3		
Pellerin (2018) et Pellerin <i>et al.</i> (2020) (2 publications, une même étude) Qualité des relations des jeunes avec leurs pairs	Étude descriptive mixte Qualité : moyenne Mesures utilisées : Une dimension du QCGCR : Qualité des relations entre les adolescentes 2 échelles : ▪ relations amicales et de confiance entre les adolescentes ▪ sentiment de sécurité parmi les pairs Temps de mesures (deux collectes de données différentes pour chaque groupe) : Groupe ACEJ : ▪ 1^{ère} cohorte : 4 temps de mesure (une moyenne a été construite à partir des 4 temps) ▪ 2^e cohorte : 1 temps Groupe contrôle ACC : ▪ T1 = admission ▪ T2 = 3 mois après le placement	n = 213 adolescentes ▪ 60 exposées à l'ACEJ; ▪ 153 à l'ACC (comparateur). (12-17 ans)	<u>Qualité des relations entre les adolescentes :</u> Relations amicales et de confiance entre les adolescentes : Le climat social dans les ressources où est implantée l'ACEJ est caractérisé par des relations amicales et de confiance entre les adolescentes équivalentes à celles exposées à l'ACC. <u>Sentiment de sécurité parmi les pairs :</u> Les adolescentes ressentent un sentiment de sécurité au sein de leur ressource d'hébergement équivalent dans les deux groupes.

ANNEXE I

Résultats exhaustifs (regroupement sur le trauma)

Tableau I-1 Résultats exhaustifs (regroupement sur le trauma)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Murphy <i>et al.</i>, 2017 n = 1 499 jeunes placés Modèle TST	<u>Dimension fonctionnement global</u> L'intensité du modèle TST offerte aux jeunes pendant les premiers 90 jours d'hébergement (intercepte) est significativement associée au changement dans le fonctionnement global à travers les temps de mesure (pente) : plus le niveau de TST offert par le cercle « éloigné » de donneurs de soins du jeune (superviseurs et coordinateurs) est élevé au premier temps de mesure, moins les scores à l'échelle du CAFAS sont élevés dans le temps (c.-à-d. amélioration) ($B = -0,156$, $p < 0,001$). Il y a une corrélation significative entre les changements dans le temps (pentes) de l'intensité du modèle TST (global, éloigné et rapproché) et le fonctionnement global : plus l'intensité du modèle TST globale dispensée au jeune augmente dans le temps, moins les scores sont élevés aux scores du CAFAS (c.-à-d. amélioration du fonctionnement global) ($r = -0,37$, $p < 0,001$; $r = -0,42$, $p < 0,01$ et $r = -0,27$, $p < 0,001$, respectivement).
	<u>Dimension placements</u> L'intensité de TST offerte aux jeunes pendant les premiers 90 jours d'hébergement (intercepte) est significativement associée au changement dans le nombre de placements à travers les temps de mesure (pente) : plus l'intensité de TST offerte globalement, de même que par les cercles « rapproché » de donneurs de soins du jeune (thérapeutes, intervenants et <i>caregivers</i>) et « éloigné » sont élevés au premier temps de mesure, plus les placements sont stables (c.-à-d. amélioration) (respectivement, $B = -0,153$; $p < 0,001$; $B = -0,100$; $p < 0,01$; $B = -0,597$; $p < 0,001$). Il y a une relation significative entre les changements dans le temps de l'intensité de TST global ainsi que celle du cercle « éloigné » (superviseurs et coordinateurs) et la stabilité des placements : plus l'intensité du TST globale et celle du cercle « éloigné » dispensée au jeune augmente dans le temps, plus les placements sont stables (respectivement, $B = -0,083$; $p < 0,05$; $B = -0,511$; $p < 0,001$). En revanche, il y a une corrélation marginalement significative entre les changements dans le temps de l'intensité de TST offerte par le cercle « rapproché » et le nombre de placements : plus l'intensité du TST offerte par le cercle rapproché augmente dans le temps, plus grande est la stabilité des placements (c.-à-d. amélioration) ($B = -0,065$; $p = 0,066$).
	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Régulation du comportement : - Il y a une corrélation significative entre les changements dans le temps de l'intensité de TST global et de la régulation comportementale : plus l'intensité du TST globale dispensée au jeune augmente dans le temps, moins les scores sont élevés à la régulation du comportement (c.-à-d. amélioration) ($r = -0,17$; $p < 0,05$) - Il y a une corrélation marginalement significative entre les changements dans le temps de l'intensité de TST offerte par le cercle « éloigné » et de la régulation comportementale : plus l'intensité du TST offerte par le cercle éloigné augmente dans le temps, moins les scores sont élevés à la régulation du comportement (c.-à-d. amélioration) ($r = -0,27$; $p = 0,09$)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	<u>Dimension santé mentale</u> Régulation des émotions : ▪ L'intensité de TST offerte aux jeunes pendant les premiers 90 jours d'hébergement (intercepte) est significativement associée au changement dans la régulation des émotions à travers les temps de mesure (pente) : plus le niveau global et l'intensité de TST offerte par le cercle « rapproché » de donneurs de soins du jeune (thérapeutes, intervenants et <i>caregivers</i>) sont élevés au premier temps de mesure, moins les scores à l'échelle de régulation des émotions sont élevés dans le temps (c.-à-d. amélioration) (respectivement, $B = -0,18$; $p < 0,05$; $B = -0,23$; $p < 0,001$) ▪ Le changement d'intensité de TST dispensé par le cercle « éloigné » de donneurs de soins du jeune (superviseurs et coordinateurs) et « rapproché » dans le temps (pente), influence également significativement le changement dans le temps de la régulation des émotions (pente) : plus le niveau de TST dispensé par le cercle « éloigné » augmente entre les temps de mesure, moins les scores à l'échelle de régulation des émotions sont élevés dans le temps (c.-à-d. amélioration) ($r = -0,16$; $p < 0,05$) et plus le niveau de TST offert par le cercle « rapproché » augmente entre les temps de mesure, plus les scores à l'échelle de régulation des émotions sont élevés dans le temps (c.-à-d. détérioration) ($r = 0,14$; $p = 0,05$)
Nunno <i>et al.</i>, 2017 Modèle CARE	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Jeunes en établissement résidentiel : ▪ La moyenne des recours à la contention physique a diminué de 48 % après l'implantation (avant : $x = 0,80$; é.-t. : 0,36; pendant : $x = 0,42$; é.-t. : 0,30) ▪ Au <i>baseline</i>, la tendance était stable : IRR = 1,0081 (IC = 0,9921-1,0244; n.s) ▪ Une tendance à la baisse du nombre de contentions physiques significative est observée pendant environ les 48 premiers mois de l'implantation (baisse de 1,8 % par mois en moyenne; tendance linéaire : IRR = 0,9536 (IC = 0,9389-0,9685; $p < 0,01$)), mais est suivie d'une légère augmentation à la fin de la période de suivi (tendance quadratique : IRR = 1,0005 (IC = 1,0002-1,0007; $p < 0,01$)) Jeunes en foyers d'urgence : ▪ La moyenne des contentions physiques a baissé de 76 % à la suite de l'implantation (avant : $x = 0,21$, é.-t. : 0,17; pendant : $x = 0,05$, é.-t. : 0,06) ▪ Malgré cette diminution, la tendance était stable pendant les 6 ans avant l'implantation (IRR = 0,9850 (IC = 0,9516-1,0196; n.s)) et l'était également pendant l'implantation (IRR = 0,9731 (IC = 0,9321-1,0158; n.s)) Jeunes en écoles de jour : ▪ Au <i>baseline</i>, la moyenne des contentions physiques était de 0,19 (é.-t. : 0,18) mais pendant l'implantation, la moyenne a augmenté et est passée à 0,35 (é.-t. : 0,33) ▪ Pendant les 6 ans avant l'implantation, la tendance était stable (IRR = 0,9678 (IC = 0,9291-1,0081; n.s)) ▪ Une tendance significative à la hausse du TU moyen de contention physique est observée pendant les 30 premiers mois de l'implantation (tendance linéaire : IRR = 1,1421 (IC = 1,1070-1,1783; $p < 0,01$)), mais est suivie d'une importante diminution pour la deuxième moitié de la période de suivi (tendance quadratique : IRR = 0,9982 (IC = 0,9977-0,9986; $p < 0,01$))

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Greenwald <i>et al.</i>, 2012 n = 48 jeunes (24 traités avant l'introduction du modèle et 24 traités selon modèle) Modèle <i>Fairy Tale</i>	<u>Dimension fonctionnement global</u> Il y a une diminution significative dans le score <i>Primary presenting problems</i> (PRS) pour les deux groupes : $F(1,18) = 52,11$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,75$ (score initial moyen des participants de l'année 1 : $x = 20,89$; é.-t. : 7,38 en comparaison de $x = 17,50$; é.-t. : 7,38 à la fin de l'année 1; Score initial moyen des participants de l'année 2 : $x = 24,67$; é.-t. : 4,32 en comparaison de $x = 9,83$; é.-t. : 3,60 à la fin de l'année 2) c.-à-d. il y a eu une réduction dans les principaux problèmes présentés par les jeunes. L'effet d'interaction entre l'année d'intervention et le score PRS est significatif ($F(1,18) = 49,31$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,73$). Le groupe post (année 2) a une diminution significativement plus grande au score du PRS (score initial : $x = 24,67$; é.-t. : 4,32; score final : $x = 9,83$; é.-t. : 3,60) que le groupe pré (année 1) (score initial : $x = 20,89$; é.-t. : 7,38; score final : $x = 17,50$; é.-t. : 7,38). La réduction moyenne du score au PRS (principaux problèmes présentés par le jeune) était de 16 % pour l'année 1 et de 60 % pour l'année 2. Grande taille d'effet : $r^2 = 73$ % <u>Dimension placements</u> Les participants de l'année 1 ont passé significativement plus de jours en traitement ($x = 340,68$; é.-t. : 267,00) que les participants de l'année 2 qui ont reçu le <i>Fairy Tale</i> ($x = 208,75$; é.-t. : 106,67) ($t(40) = 2,06$; $p < 0,05$); réduction de 39 % de temps en moins par rapport aux participants de l'année 1. Taille d'effet moyenne, $r^2 = 10$ % Il y a une association significative entre l'année d'intervention et le type de fin de séjour ($L\chi^2(1) = 4,71$; $p < 0,05$). Pendant l'année 1, 32 % des jeunes ont transitionné vers un type de placement moins restrictif et 68 % vers un placement plus restrictif. A l'inverse pendant l'année 2, 65 % des jeunes (ayant reçu le <i>Fairy Tale</i>) ont transitionné vers un placement moins restrictif et 35 % vers un placement plus restrictif, ce qui démontre une amélioration. Dans l'année 2, les participants étaient 1,85 fois plus susceptibles de transitionner vers un placement moins restrictif que les participants de l'année 1.
Bartlett et Rushovich, 2018 n = 118 membres du personnel n = 21 fournisseurs de soin de santé mentale n = 111 parents d'accueil Modèle TST-FC	<u>Dimension placements</u> Significativement moins de jeunes ont quitté des foyers ayant reçu la formation TST-FC pour des raisons négatives (n = 10 soit 14 %) que de jeunes ayant quitté des foyers qui n'avaient pas reçu de formation TST-FC (n = 88 soit 33 %, $p = 0,002$). Pour les établissements dans lesquels le TST-FC a été implanté : Il y a une baisse marginalement significative du nombre de jeunes ayant quitté un foyer pour des raisons négatives après l'implantation (n = 10, 14 %) en comparaison à avant l'implantation (n = 94, 24 %) ($p = 0,086$).

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Izzo <i>et al.</i>, 2020 n = 733 jeunes (toutes cohortes et années confondues) Modèle CARE	<u>Dimension qualité de la relation d'intervenant</u> Avant l'implantation, les scores du YPRQ (<i>Youth Perceptions of Relationship Quality</i>) étaient de $x = 3,00$; $SE = 0,06$; $IC = 2,84-3,17$. Dans les trois années suivantes, les scores ont augmenté de manière significative pour chacune des années. Autrement dit, la perception de la qualité des relations entre le personnel et les jeunes a augmenté significativement après l'implantation du CARE. Les augmentations sont observables à la fin de chacune des trois années : ▪ À la fin de la première année : $x = 3,40$; $SE = 0,09$; $IC = 3,21-3,59$; Différence de moyennes significative avec la mesure au <i>baseline</i> de 0,40; $IC = 0,17-0,63$; $p = 0,001$ ▪ À la fin de la deuxième année, $x = 3,25$; $SE = 0,10$; $IC = 3,05-3,44$; Différence de moyennes significative avec la mesure au <i>baseline</i> de 0,24; $IC = 0,01-0,48$; $p = 0,044$ ▪ À la troisième année, $x = 3,33$; $SE = 0,11$; $IC = 3,11-3,54$; Différence de moyennes significative avec la mesure au <i>baseline</i> de 0,32; $IC = 0,07-0,57$; $p = 0,013$ Les résultats du YPRQ et du IPPA (<i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i>) sont comparables sauf mention contraire. Ainsi, lors de l'évaluation des effets du CARE, seule la différence de moyenne entre l'année 3 et le <i>baseline</i> était significative pour l'IPPA (différence de 0,34, $IC = 0,02, 0,66$, $p = 0,038$).
Schmid, 2013 n = 47 membres du personnel : 18 offrant le TIC, 29 offrant le traitement usuel (TU) Modèle TIC	<u>Dimension comportements extériorisés</u> La seule différence significative se trouve au T4 : la prévalence aux violences physiques envers le personnel est plus élevée pour le groupe TU. ▪ Le personnel du groupe TU est exposé aux agressions physiques de manière équivalente (TU = 25,9 %) au personnel ayant reçu le TIC (16,7 %) ($p = 0,363$; $n = 47$) au T1 ▪ Le personnel du groupe TU est exposé aux agressions physiques de manière équivalente (TU = 11,1 %) au personnel ayant reçu le TIC (17,6 %) ($p = 0,426$; $n = 47$) au T2 ▪ Le personnel du groupe TU est exposé aux agressions physiques de manière équivalente (TU = 20,7 %) au personnel ayant reçu le TIC (20,0 %) ($p = 0,641$) au T3 ▪ Le personnel du groupe TU est significativement plus souvent exposé aux agressions physiques (24,1 %; $n = 29$) que le personnel ayant reçu le TIC (0,0 %) ($p = 0,029$) au T4
Izzo <i>et al.</i>, 2016 n = 733 jeunes Modèle CARE	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Fugues : ▪ Dans les 12 mois précédant l'implantation, la tendance était stable pour les deux cohortes ($IRR = 1,04$; $IC = 0,99-1,10$; n.s.). ▪ Une tendance à la baisse significative est observée dès l'implantation du modèle ($IRR = 0,97$; $IC = 0,95-0,99$; $p < 0,01$) ▪ La différence entre la tendance au <i>baseline</i> et la tendance à partir de l'implantation du programme (c.-à-d. l'effet du programme) est également significative en moyenne pour les deux cohortes ($IRR = 0,93$; $IC = 0,87-0,99$; $p < 0,05$) Agression envers les pairs : ▪ Dans les 12 mois avant l'implantation, une tendance à la hausse du nombre d'incidents d'agression envers les pairs était observée dans la cohorte 1 : ($IRR = 1,18$; $IC = 1,10-1,27$; $p < 0,01$), mais pas dans la 2^e cohorte : ($IRR = 1,01$; $IC = 0,95-1,08$; n.s.)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	▪ Une tendance à la baisse significative est observée dès l'implantation du modèle, mais uniquement pour la 1^{ère} cohorte (IRR = 0,94; IC = 0,91-0,97; p < 0,01), 2^e cohorte : (IRR = 0,99; IC = 0,96-1,02; n.s.) ▪ La différence entre la tendance au <i>baseline</i> et la tendance à partir de l'implantation du programme (c.-à-d. l'effet du programme) est également significative mais uniquement pour la cohorte 1 : (IRR = 0,79; IC = 0,73-0,86; p < 0,01); cohorte 2 : (IRR = 0,98; IC = 0,91-1,04; n.s.) Agressions envers le personnel : ▪ Dans les 12 mois avant l'implantation, une tendance à la hausse du nombre d'incidents d'agression envers le personnel était observable pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 1,10; IC = 1,03-1,18; p < 0,01) ▪ Une tendance à la baisse significative est observée dès l'implantation du modèle, pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 0,95; IC = 0,92-0,99; p < 0,01) ▪ La différence entre la tendance au <i>baseline</i> et la tendance à partir de l'implantation du programme (c.-à-d. l'effet du programme) est également significative pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 0,87; IC = 0,81-0,94; p < 0,01) Destruction de biens : ▪ Dans les 12 mois avant l'implantation, une tendance à la hausse du nombre d'incidents de destruction de biens significative était observable dans les deux cohortes en moyenne (IRR = 1,11; IC = 1,04-1,19; p < 0,01) ▪ Une tendance à la baisse significative est observée dès l'implantation du modèle, pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 0,95; IC = 0,92-0,98; n.s.) ▪ La différence entre la tendance au <i>baseline</i> et la tendance à partir de l'implantation du programme (c.-à-d. l'effet du programme) est également significative pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 0,86; IC = 0,79-0,92; p < 0,01) ▪ Pour trois variables, en conservant uniquement les établissements dont la tendance au <i>baseline</i> était stable, on constate également une tendance significative à la baisse dès l'implantation du modèle : les agressions envers les pairs (IRR = 0,90, IC = 0,85-0,97), agression envers le personnel (IRR = 0,91, IC = 0,84, 0,99), destruction de biens (IRR = 0,88; IC = 0,79-0,99) <u>Dimension santé mentale</u> ▪ Dans les 12 mois avant l'implantation, la tendance du nombre d'incidents d'automutilation était stable tant pour la cohorte 1 (IRR = 1,08; IC = 0,99-1,17; n.s.) que pour la cohorte 2 (IRR = 1,01; IC = 0,93-1,11; n.s.) ▪ Une tendance à la baisse significative est observée dès l'implantation du modèle, mais uniquement pour la 1^{ère} cohorte (IRR = 0,92; IC = 0,88-0,97; p < 0,01) (2^e cohorte : IRR = 0,99; IC = 0,95-1,03; n.s.) ▪ La différence entre la tendance au <i>baseline</i> et la tendance à partir de l'implantation du programme (c.-à-d. l'effet du programme) est également significative pour la 1^{ère} cohorte (IRR = 0,85; IC = 0,78-0,95; p < 0,01) (2^e cohorte : IRR = 0,97; IC = 0,88-1,08; n.s.) ▪ En conservant uniquement les établissements dont la tendance au <i>baseline</i> était stable, on constate également une tendance significative à la baisse dès l'implantation du programme pour les incidents d'automutilation pour les deux cohortes en moyenne (IRR = 0,93, IC = 0,86-1,00; p = 0,05)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Hodgdon <i>et al.</i>, 2013 n = 126 jeunes Modèle ARC	<u>Dimension comportements extériorisés</u> Comportements extériorisés : - Amélioration significative dans le temps avec effet de taille moyenne : $R^2 = 0,13$; $p < 0,05$. - Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 (respectivement $x = 65,43$; é.t. : 7,57; $n = 121$ et $x = 61,85$; é.-t. : 8,74; $n = 95$) et maintien de cet effet par la suite au T2 ($x = 60,87$; é.-t. : 11,79; $n = 55$) et T3 ($x = 61,48$; é.-t. : 15,24; $n = 31$) Comportements agressifs : - Amélioration significative dans le temps avec effet de petite taille : $R^2 = 0,06$; $p < 0,05$ - Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 (respectivement $x = 65,41$; é.-t. : 8,91; $n = 121$ et $x = 62,61$; é.-t. : 8,37; $n = 95$ au T1) et maintien de cet effet au T2 ($x = 62,35$; é.-t. : 12,84; $n = 55$). Différence non significative au T3 ($x = 64,16$; é.-t. : 17,70; $n = 31$) <i>Rule breaking</i> : - Amélioration significative dans le temps et de grande taille : $R^2 = 0,19$; $p < 0,05$ - Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 (respectivement $x = 64,76$; é.-t. : 7,68; $n = 121$ et $x = 60,79$; é.-t. : 7,77; $n = 95$ au T1) puis maintien de l'effet au T2 ($x = 59,39$; é.-t. : 9,29; $n = 55$) et au T3 ($x = 59,60$; é.-t. : 12,07; $n = 31$) Recours à la contention physique : - Les résultats montrent des baisses significatives à travers le temps dans le nombre de contentions physiques mensuelles pour les deux programmes ayant implanté ARC (IRTP et <i>Residential school</i>) - Ces deux programmes résidentiels ont vu une réduction moyenne de 54 % en moyenne pendant l'intervention, en comparaison d'une augmentation de 20 % dans les autres programmes dispensés par la même organisation mais qui ne dispensaient pas le modèle ARC <u>Dimension santé mentale</u> PTSD / Symptômes du trouble de stress post-traumatique généraux : - Effet du temps significatif avec effet de taille moyenne : $R^2 = 0,06$; ($n = 107$; $p < 0,05$) - Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 33,22$ (é.-t. : 14,61; $n = 101$) en comparaison de $x = 29,46$ (é.-t. : 13,79; $n = 69$) et maintien de l'effet à T2 ($x = 29,67$; é.-t. : 16,46; $n = 43$) et T3 ($x = 29,53$; é.-t. : 19,85; $n = 24$) Critère B (pensées intrusives) : - Effet du temps significatif avec effet de taille moyenne : $R^2 = 0,09$; ($n = 107$; $p < 0,05$) - Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 9,66$ (é.-t. : 5,79; $n = 101$) en comparaison de $x = 8,13$ (é.-t. : 5,01; $n = 69$) au T1 et maintien de l'effet au T2 ($x = 8,03$; é.-t. : 6,89; $n = 43$) et T3 ($x = 7,54$ (é.-t. : 6,07; $n = 24$). Critère C (évitement) : - Effet du temps non significatif : $R^2 = 0,04$; ($n = 107$; $p > 0,05$) - Tendance stable tout au long

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	Critère D (hypervigilance) : ▪ Effet du temps significatif, taille moyenne : $R^2 = 0,05$; ($n = 107$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 10,98$ (é.-t. : 4,54; $n = 101$) en comparaison de $x = 9,69$ (é.-t. : 4,75; $n = 69$) au T1. Mais augmentation significativement différente du T1, au T2 et au T3 (respectivement : $x = 10,54$; é.-t. : 5,52; $n = 43$) au T2 et ($x = 11,25$; é.-t. : 6,09; $n = 24$) au T3 Problèmes liés à l'attention : ▪ Amélioration significative au cours du temps avec effet faible : $R^2 = 0,05$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 65,03$ (é.-t. : 9,31; $n = 121$) en comparaison de $x = 62,95$ (é.-t. : 10,72; $n = 95$) au T1 et maintien au T2 ($x = 62,56$; é.-t. : 12,52; $n = 55$). Augmentation significativement différente du T2 et du T1, au T3 (respectivement $x = 65,03$; é.-t. : 9,31; $n = 121$ et $x = 65,30$; é.-t. : 17,22; $n = 31$) Problèmes liés à la pensée : ▪ Effet du temps significatif, taille faible : $R^2 = 0,20$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 66,26$ (é.-t. : 8,27; $n = 121$) en comparaison de $x = 62,83$ (é.-t. : 9,28; $n = 95$) au T1, baisse significative entre T1 et T2 ($x = 59,85$ (é.-t. : 11,57; $n = 55$) au T2 puis maintien au T3 ($x = 59,36$; é.-t. : 12,67; $n = 31$) Comportements intériorisés : ▪ Effet du temps significatif, taille moyenne : $R^2 = 0,11$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 66,85$ (é.-t. : 7,83; $n = 121$) en comparaison de $x = 64,28$ (é.-t. : 10,05; $n = 95$) au T1 ▪ Puis maintien au T2 et T3 : respectivement, $x = 62,17$ (é.-t. : 11,32; $n = 55$) et $x = 63,55$ (é.-t. : 12,21; $n = 31$) Anxieux-dépressif : ▪ Effet du temps significatif, taille moyenne : $R^2 = 0,09$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 : respectivement $x = 68,38$ (é.-t. : 11,04; $n = 121$) en comparaison de 66,23 (é.-t. : 10,94; $n = 95$) au T1, baisse entre T1 et T2 ($x = 63,54$; é.-t. : 13,59; $n = 55$ au T2) puis légère remontée entre T2 et T3 nous ramenant au niveau du T2 ($x = 64,18$; é.-t. : 16,66; $n = 31$) Symptômes somatiques : ▪ Effet du temps significatif, taille moyenne : $R^2 = 0,06$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Baisse significative entre <i>baseline</i> et T1 et T2 : Respectivement $x = 60,46$ (é.-t. : 8,34; $n = 121$) en comparaison de 57,59 (é.-t. : 8,70; $n = 95$) au T1, maintien entre T1 et T2 ($x = 57,33$; é.-t. : 9,17; $n = 55$) et T3 avec $x = 59,0$ (é.-t. : 12,25; $n = 31$) Repli sur soi/dépression : ▪ Effet du temps significatif, taille moyenne : $R^2 = 0,10$; ($n = 124$; $p < 0,05$) ▪ Pas de différence entre <i>baseline</i> et T1 : Respectivement $x = 66,30$ (é.-t. : 9,51; $n = 121$) en comparaison de $x = 64,82$ (é.-t. : 10,52; $n = 95$) au T1 puis baisse entre T1 et T2 ($x = 61,67$; é.-t. : 12,41; $n = 55$ au T2) et maintien de cet effet entre T2 et T3 ($x = 62,24$; é.-t. : 11,85; $n = 31$) au T3

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Sweet et Thyer, 2017 n = 96 jeunes provenant de milieux résidentiels pour l'outcome Symptômes traumatiques au <i>baseline</i> n = 20 jeunes qui ont reçu le <i>Sanctuary Model</i> et ont complété les questionnaires, pour l'outcome Symptômes traumatiques au T1 n = 90 provenant de milieux résidentiels (<i>group homes</i>) pour l'outcome Altération du fonctionnement au <i>baseline</i> n = 9 jeunes qui ont reçu le <i>Sanctuary Model</i> et ont complété les questionnaires au T1 Modèle <i>Sanctuary</i>	<u>Dimension santé mentale</u> Symptômes traumatiques : Comparaison entre <i>baseline</i> et T1 - À l'arrivée dans le foyer de groupe, le score moyen des 96 jeunes est au-dessus du seuil clinique de 11 (seuil provenant de Foa <i>et al.</i> (2001)) : $x = 18,71$; é.-t. : 14,16. Trois mois plus tard ou au moment de la sortie, le score moyen au T1 des 20 jeunes est significativement plus bas qu'au <i>baseline</i> et en-dessous du seuil clinique de 11 ($x = 10,75$; é.-t. : 8,96; $p < 0,05$), c.-à-d. les symptômes de trauma ont significativement diminué à l'échelle de PTSD pour les jeunes dans les foyers de groupe dans lesquels le <i>Sanctuary Model</i> a été implanté. Altération du fonctionnement : Comparaison entre <i>baseline</i> et T1 - À l'arrivée dans le foyer de groupe, le score moyen des 90 jeunes à l'arrivée dans le foyer de groupe était de $x = 3,31$; é.-t. : 2,63. Trois mois plus tard ou au moment de la sortie du foyer de groupe, le score moyen des 9 jeunes est de $x = 5,0$; é.-t. : 2,44; $p = 0,068$, c.-à-d. il n'y a pas eu d'effet significatif sur l'altération du fonctionnement sur les jeunes dans les foyers de groupe qui ont implanté le <i>Sanctuary Model</i>.

ANNEXE J

Résultats exhaustifs (regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales)

Tableau J-1 Résultats exhaustifs (regroupement centré sur les comportements antisociaux et les compétences prosociales)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Hansson et Olsson, 2012 n = 46 jeunes et leur famille (19 recevant le MTFC; 27 recevant traitement usuel) MTFC	<u>Dimension santé mentale</u> - Il n'y a pas de différence au T0 entre le MTFC et le TU ($F = 0,00$; $p > 0,05$) - Il y a une augmentation significative du score moyen pour l'ensemble de l'échantillon après 24 mois ($F = 6,4$; $p < 0,01$), mais cette augmentation est la même pour le MTFC et le TU. Effet d'interaction entre le temps et le groupe ($F = 0,2$; $p > 0,05$) Changements entre le T0 et le T1 : - Pour le MTFC comme le TU, aucune différence significative du score entre le T0 (respectivement, $x = 131,4$ (é.-t. : 19,1) et $x = 131,0$ (é.-t. : 26,4)) et le T1 (respectivement $x = 137,8$ (é.-t. : 16,8) et $x = 136,6$ (é.-t. : 21,2)) ($p > 0,05$ pour les deux groupes) Changements entre le T0 et le T2 : - Pour le MTFC, aucune différence significative entre le T0 et le T2 (respectivement, $x = 131,4$ (é.-t. : 19,1) et $x = 140,1$ (é.-t. : 24,8; $p > 0,05$) - Pour le TU, différence significative entre le T0 et le T2, respectivement $x = 131,0$ (é.-t. : 19,1) et $x = 141,6$ (é.-t. : p > 0,05), signifiant une amélioration dans le sentiment de cohérence du jeune - La taille d'effet pour l'ensemble des participants est faible, tant à la fin du traitement (T1) ($d = 0,06$) qu'après 24 mois (T2) ($d = -0,08$)
	<u>Dimension fonctionnement global</u> CBCL : - Pas de différence au T0 entre le MTFC et le TU ($F = 0,07$; $p > 0,05$), mais un effet significatif du temps après 24 mois pour l'ensemble de l'échantillon ($F = 18,7$; $p < 0,001$) - Il n'y a pas non plus d'effet d'interaction entre le temps et le groupe, signifiant un développement similaire au cours du temps pour le MTFC et le TU : ($F = 0,7$; $p > 0,05$) - Pour le MTFC comme le TU, diminution significative du score entre le T0 (respectivement, moyenne de 62,6 (é.-t. : 38,2) et 65,2 (é.-t. : 28,6)) et le T1 (respectivement, moyenne de 39,6 (é.-t. : 20,7) et 46,6 (é.-t. : 35,9)) ($p < 0,05$ pour les deux groupes) et différence significative entre le T0 et le T2 (respectivement, moyenne de 36,9 (é.-t. : 28,5) et 47,7 (é.-t. : 37,6)) ($p < 0,01$ pour les deux groupes) - La taille d'effet pour l'ensemble des participants est faible, tant à la fin du traitement ($d = 0,25$) qu'après 24 mois ($d = 0,33$)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	Changements cliniques entre T0 et T1 : Significativement plus de jeunes (67 %, n = 10) ont vu leur score clinique diminuer cliniquement entre le T0 et le T1 pour le MTFC vs TU (38 %, n = 7; Chi2 : 3,9). Changements cliniques entre T0 et T2 : Pas de différence significative entre le nombre de jeunes ayant vu leurs symptômes cliniques diminuer pour le MTFC comme pour le TU (respectivement 73 % et 43 %; Chi2 : 3,29; p > 0,05). YSR : ▪ Au <i>baseline</i>, pas de différence entre le groupe MTFC et TU (F = 0,31; non significatif), mais un effet significatif du temps après 24 mois pour l'ensemble de l'échantillon (F = 26,3; p < 0,001) ▪ Il n'y a pas non plus d'effet d'interaction entre le temps et le groupe : signifiant que les deux groupes ont eu un développement similaire au cours du temps (F = 0,8; non significatif) ▪ Pour le MTFC comme pour le TU, diminution significative du score entre le T0 (respectivement, moyenne de 56,6 (é.-t. : 22,1) et 52,9 (é.-t. : 22,8)) et le T1 (respectivement, moyenne de 40,4 (é.-t. : 14,3) et 43,9 (é.-t. : 20,2)) (respectivement p < 0,001 et p < 0,05) et différence significative entre le T0 et le T2 (respectivement, moyenne de 44,5 (é.-t. : 25,9) et 35,6 (é.-t. : 19,0)) (respectivement, p < 0,05 et p < 0,001) ▪ La taille d'effet pour l'ensemble des participants est faible, tant à la fin du traitement (d = 0,20) qu'après 24 mois (d = -0,36) Changements cliniques entre T0 et T1 : Significativement plus de jeunes ont eu une diminution de symptômes cliniques entre le T0 et le T1 pour le MTFC (80 %) que le pour le TU (47 %) (Chi2 : 3,69; p < 0,05). Changements cliniques entre T0 et T2 : Pas de différence significative entre le nombre de jeunes ayant vu leurs symptômes cliniques diminuer pour le MTFC comme pour le TU (respectivement 60 % et 71 %; Chi2 : 0,40; p > 0,05).
Sinclair <i>et al.</i>, 2016 n = 171 jeunes répartis en deux groupes : Groupe antisocial : • 67 recevant le MTFC • 45 le traitement usuel Groupe moins antisocial : • 21 recevant le MTFC • 38 le traitement usuel Modèle MTFC	<u>Dimension santé mentale</u> ▪ Dans les deux sous-groupes (les plus antisociaux et les moins antisociaux), pas de différence significative au <i>baseline</i> entre les MTFC et TU (p = 0,876). ▪ On retrouve une association négative significative du MTFC sur l'amélioration des symptômes émotionnels ($\beta = -0,193$; p = 0,002). Cet effet apparaît lorsque l'on tient compte du changement dans les comportements antisociaux : le MTFC a donc d'abord un impact sur les comportements antisociaux et ensuite sur les symptômes émotionnels (effet médiateur du changement dans les comportements antisociaux). <u>Dimension fonctionnement global</u> CGAS : ▪ À T2 : tous groupes confondus : résultats MTFC équivalents au TU (t = 0,136; df = 169; p = 0,892). Pour cette raison, les auteurs ont comparé les antisociaux aux moins antisociaux Différence au CGAS entre le T1 et le T2 : ▪ Améliorations pour presque tous les groupes entre T1 et T2, mais pas pour ceux considérés comme antisociaux qui ont reçu le TU Jeunes les plus antisociaux : ▪ Les jeunes les plus antisociaux qui ont reçu le MTFC ont eu une amélioration significative entre le pré (x = 45,28; é.-t. : 6,82) et le post (x = 54,64; é.-t. : 10,25) (amélioration de 9,36 points en moyenne; t = 6,93, df = 66, p < 0,001)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	- Les jeunes les plus antisociaux qui ont reçu le TU ont eu une amélioration significative entre le pré (x = 44,82; é.-t. : 6,29) et le post (x = 50,16; é.-t. : 9,39) (amélioration de 5,33 points; t = 4,307; df = 44, p < 0,001) - Le groupe antisocial MTFC, en comparaison au groupe antisocial TU, avait un score significativement plus élevé au T2 (t = 2,348; p < 0,05) Jeunes les moins antisociaux : - Pour les jeunes les moins antisociaux : pour le MTFC, pas de changement significatif entre le pré (x = 50,71; é.-t. : 6,54) et le post (x = 49,90; é.-t. : 6,80) (t = -0,474; p = 0,064); pour TU, amélioration entre le pré (x = 53,95; é.-t. : 8,38) et le post (x = 57,95; é. t. : 10,70) (amélioration de 4 points (t = 2,387, df = 37, p = 0,022) - Au contraire, le groupe moins antisocial du TU, en comparaison au groupe moins antisocial du MTFC, avait un score significativement plus élevé au T2 (t = 3,109; p < 0,01) Comparaison antisociaux vs moins antisociaux : - T1 : les jeunes les plus antisociaux qui ont reçu le MTFC avaient un score significativement moins élevé (moins bon) au CGAS (x = 45,28; é.-t. : 6,82) vs Gr. moins antisocial MTFC (x = 50,71; é.-t. : 6,54) (5 points de moins; t = -3,22, df = 86, p = 0,002) - T2 : même s'ils avaient un moins bon score au T1, le Gr. antisocial du MTFC a obtenu un score significativement plus élevé au T2 (x = 54,64; é.-t. : 10,25) vs Gr. moins antisocial MTFC (x = 49,90; é.-t. : 6,80) (5 points de plus; t = 1,98, df = 86, p = 0,051) <u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> Comportements antisociaux : - Dans le sous-groupe des « antisociaux » : au suivi (T2), les jeunes du MTFC avaient un score significativement plus bas (2,34) que ceux du TU (3,00) (t = 2,586; df = 169; p = 0,002) - Il n'y avait pas de différence significative au <i>baseline</i> (T1) (respectivement : 3,37 et 3,44). Comportements antisociaux : - À T2/Gr. antisocial : significativement moins de comportements antisociaux chez ceux recevant MTFC vs TU (t = 2,586, df = 169, p = 0,002) – alors qu'au T1 (<i>baseline</i>), pas de différence significative à échelle HoNOSCA (échelle de comportements antisociaux).
Westermarck <i>et al.</i>, 2011 n = 35 jeunes 20 recevant le MTFC 15 le traitement usuel Modèle MTFC	<u>Dimension santé mentale</u> - Pas de différence significative au <i>baseline</i> entre le MTFC et le TU CBCL Réduction des symptômes cliniques pré-post en écart-type - Significativement plus de jeunes (75 %; n = 15) ont vu leurs symptômes cliniques diminuer d'au moins un écart-type entre le T1 et T2 dans le groupe MTFC que TU (33 %; n = 5) (X² = 6,1; p < 0,05). - Significativement plus de jeunes du groupe MTFC (75 %; n = 15) ont eu une réduction d'au moins 30 % de leurs symptômes cliniques entre le T1 et le T2 que ceux du groupe TU (n = 5; 33 %) (X² = 6,08; p < 0,05). ANOVA et <i>time effects</i> - Pas de différence au <i>baseline</i> entre le MTFC (x = 18,4; é.-t. : 8,3) et TU (x = 17,7; é.-t. : 11,7) (F = 0,0; n.s.)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	- Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 12,2$; $p < 0,01$), de même que pour le MTFC (pré : $x = 18,4$; é.-t. : 8,3; post : $x = 10,4$; é.-t. : 9,0; $p < 0,001$). Le groupe TU a toutefois eu un score équivalent entre le pré ($x = 17,7$; é.-t. : 11,7) et le post ($x = 15,3$; é.-t. : 10,3) ($p > 0,05$) $d = -0,51$ (taille d'effet moyenne) YSR - Le nombre de jeunes ayant vu leurs symptômes cliniques diminuer d'au moins un écart-type est équivalent entre les deux groupes (MTFC : 20 %, $n = 4$; TU : 33 %, $n = 5$) ($X^2 = 1,28$; $p > 0,05$) - Le nombre de jeunes ayant eu une réduction d'au moins 30 % de leurs symptômes cliniques est équivalent entre les deux groupes (MTFC : 55 %, $n = 11$; TU : 40 %, $n = 6$) ($X^2 = 0,77$; $p > 0,05$) ANOVA et <i>time effects</i> - Pas de différence au <i>baseline</i> entre le MTFC ($x = 13,8$; é.-t. : 9,4) et le TU ($x = 15,4$; é.-t. : 10,5) pour le YSR ($F = 0,2$; n.s.) - Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 8,7$; $p < 0,01$) - Amélioration significative dans le temps pour le groupe MTFC (pré : $x = 13,8$; é.-t. : 9,4; post : $x = 9,1$; é.-t. : 7,3; $p < 0,01$) - Pas d'amélioration significative dans le temps pour le TU (pré : $x = 15,4$; é.-t. : 10,5; post : $x = 13,3$; é.-t. : 10,4; n.s.) - Taille d'effet = -0,47
	<u>Dimension fonctionnement global</u> CBCL Réduction des symptômes cliniques pré-post en écart-type : - Significativement plus de jeunes du groupe MTFC (90 %, $n = 18$) que du groupe TU (53 %, $n = 8$) ont réduit d'au moins un écart-type leur score total au CBCL entre la <i>baseline</i> et la mesure 24 mois plus tard ($X^2 = 6,0$; $p < 0,05$). Significativement plus de jeunes MTFC (80 %, $n = 16$) ont eu une réduction d'au moins 30 % dans leurs symptômes ($X^2 = 5,87$; $p < 0,05$) en comparaison avec ceux du groupe TU (66 %, $n = 6$). ANOVA et effets du temps - Pas de différence au <i>baseline</i> entre MTFC et TU ($F = 0,0$; $p > 0,05$) - Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 37,5$; $p < 0,001$). Pour le MTFC, amélioration significative entre le pré ($x = 74,7$; é.-t. : 24,3) et post ($x = 38,6$; é.-t. : 25,3) ($p < 0,001$). Pour le TU, amélioration significative entre le pré ($x = 74,3$; é.-t. : 33,8) et le post ($x = 55,1$; é.-t. : 32,4) ($p < 0,01$). Mais l'amélioration du groupe MTFC entre le pré-post est marginalement plus importante que celle du groupe TU ($F = 3,5$; $p < 0,1$), taille d'effet = -0,57 YSR Réduction des symptômes cliniques pré-post en écart-type : - La proportion de jeunes qui ont eu une réduction d'au moins un écart-type est équivalente entre les groupes (MTFC : 55 %, $n = 11$; TU : 40 %, $n = 6$) ($X^2 = 0,77$; $p > 0,05$) - Significativement plus de jeunes MTFC (75 %, $n = 15$) ont eu une réduction des symptômes cliniques d'au moins 30 % par rapport au <i>baseline</i> que de jeunes TU (50 %, $n = 5$; $X^2 = 6,08$, $p < 0,05$)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	ANOVA et <i>time effects</i> - Pas de différence au <i>baseline</i> entre le MTFC et le TU ($F = 0,02$; $p > 0,05$) - Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 39$; $p < 0,001$). Pour le MTFC amélioration significative entre pré ($x = 60,2$; é.-t. : 20,5) et post ($x = 37,0$; é.-t. : 19,0) ($p < 0,001$). Pour le TU, amélioration significative entre le pré ($x = 62,6$; é.-t. : 29,7) et post ($x = 46,3$; é.-t. : 26,6) ($p < 0,05$) - Les deux groupes se sont améliorés de façon similaire dans le temps ($Time \times group$: $F = 1,2$) taille d'effet = -0,3 <u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> - Pas de différence significative au <i>baseline</i> MTFC vs TU CBCL Réduction des symptômes cliniques pré-post en écart-type : - Autant de jeunes du MTFC ($n = 17$; 85 %) que du TU ($n = 9$; 60 %) ont vu leurs symptômes diminuer d'au moins un écart-type ($X^2 = 2,8$; $p > 0,05$). Significativement plus de jeunes MTFC (75 %; $n = 15$) ont eu une réduction d'au moins 30 % de leurs symptômes en comparaison avec ceux du groupe TU ($n = 5$; 33 %) ($X^2 = 6,08$; $p < 0,05$) ANOVA et <i>time effects</i> - Pas de différence au <i>baseline</i> entre MTFC ($x = 36,2$; é.-t. : 12,5) et le TU ($x = 31,1$; é.-t. : 12,7) ($F = 1,0$; n.s.) - Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 43,8$; $p < 0,001$), autant pour le MTFC (pré : $x = 36,2$; é.-t. : 12,5; post : $x = 18,9$; é.-t. : 11,4; $p < 0,001$) que le TU (pré : $x = 31,1$; é.-t. : 12,7; post : $x = 21,1$; é.-t. : 12,2) ($p < 0,01$) - Le groupe MTFC s'est amélioré de façon marginalement plus importante entre le pré et le post que le TU ($F = 3,1$; $p < 0,1$) $d = -0,19$; taille d'effet faible YSR Réduction des symptômes cliniques pré-post en écart-type : - Significativement plus de jeunes (80 %; $n = 16$) ont vu leurs symptômes cliniques diminuer d'au moins un écart-type entre le T1 et T2 dans le groupe MTFC que TU (36 %; $n = 4$) ($X^2 = 10,0$; $p < 0,01$) - Significativement plus de jeunes MTFC (70 %; $n = 14$) ont vu leurs symptômes cliniques diminuer d'au moins 30 % entre T1 et T2 que de jeunes TU (33 %; $n = 5$) ($X^2 = 4,64$; $p < 0,05$) ANOVA et effets du temps - Pas de différence au <i>baseline</i> entre MTFC ($x = 25,9$; é.-t. : 7,0) et le TU ($x = 22,7$; é.-t. : 9,6) pour le YSR ($F = 1,2$; n.s.) - Amélioration significative dans le temps pour l'ensemble des participants ($F = 49,3$; $p < 0,001$) autant pour le MTFC (pré : $x = 25,9$; é.-t. : 7,0; post : $x = 14,2$; é.-t. : 6,8; $p < 0,001$) que le TU (pré : $x = 22,7$; é.-t. : 9,6; post : $x = 16,7$; é.-t. : 8,4) ($p < 0,05$) - Le groupe MTFC s'est amélioré significativement plus entre le pré et le post que le groupe TU ($F = 4,9$; $p < 0,05$) - Taille d'effet faible = -0,33

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Bergström et Højman, 2016 n = 46 jeunes : • 19 recevant le MTFC; • 27 recevant le traitement usuel; Modèle MTFC	<u>Dimension placement</u> Nombre de placements : ▪ Il y a eu réduction du nombre de placements dans les deux groupes entre le T1 et le T3. On observe également une diminution significative pour l'ensemble des participants ($F = 4,9$; $p < 0,05$). Les deux groupes ont vu leur nombre de placements diminué de façon similaire ($F = 0,3$; n.s.). Les deux groupes ont un nombre de placements total équivalents sur l'ensemble des trois temps de mesure ($F = 0,2$; n.s.) Placement en milieu fermé : ▪ Dans l'année suivant l'étude, la proportion de jeunes placés en milieu fermé est significativement plus basse pour les MTFC ($n = 1$; 5 %) que pour les TU ($n = 12$; 44 %) ($X^2 = 8,4$; $p < 0,01$). Par contre, au cours de la 2^e et 3^e année : le nombre de jeunes placés en milieu fermé est équivalent dans les deux groupes (2^e année : $X^2 = 1,7$; $p > 0,05$; 3^e année : $X^2 = 0,6$; $p > 0,05$) ▪ Pour les trois années à l'étude, le nombre de jeunes placés en milieu fermé est équivalent ($X^2 = 1,6$; $p > 0,05$) Nombre de jours dans milieu fermé : ▪ Les jeunes MTFC ont passé significativement moins de temps en milieu fermé ($x = 23,4$, $SD = 51,9$ jours) que les TU ($x = 87,3$; é.-t. : 116,0 jours) ($F = 5,0$, $p = 0,03$) Placement fermé plus de 3 mois : ▪ Significativement moins de jeunes MTFC (11 % ($n = 2$)) ont passé plus de 3 mois en placement fermé que de jeunes TU (37 % ($n = 10$)) ($X^2 = 4,1$; $df = 1$, $p = 0,04$) Placement fermé plus de 6 mois : ▪ Un nombre marginalement moins élevé de jeune MTFC a passé plus de six mois dans un placement fermé (5 %) par rapport au TU (26 %) ($X^2 = 3,3$; $df = 1$; $p = 0,07$) ▪ Interprétation : Les jeunes MTFC ont passé moins de jours dans les milieux fermés Fin de séjour négative (c.-à-d. rupture du placement, déplacement dans un milieu plus encadrant) : ▪ Dans la première année : un nombre marginalement moins élevé de jeunes MTFC (11 %; $n = 2$) ont eu une fin de séjour négative, en comparaison avec ceux du TU (33 %; $n = 9$) ($X^2 = 3,2$; $p < 0,1$). Un nombre équivalent de jeunes avaient des fins de séjour négatives dans la 2^e ($X^2 = 0,8$; n.s.) et 3^e année de l'étude ($X^2 = 0,3$; n.s.). Au total, pour les trois années à l'étude, c'est aussi un nombre équivalent de jeunes qui ont eu une fin de séjour négative ($X^2 = 0,2$; n.s.) <u>Dimension consommation de substances</u> ▪ Pas de différence significative entre MTFC et TU (valeurs des p ne sont pas présentées) sur la 1^{ère} année de suivi (MTFC 21 %; TU 27 %; $X^2 = 1,6$; n.s.), 2^e année de suivi (MTFC 11 %; TU 26 %; $X^2 = 1,7$; n.s.) et la 3^e année de suivi (MTFC 26 %; TU 18 %; $X^2 = 0,4$; n.s.) ▪ Pas de différence significative entre MTFC et TU pour les trois années à l'étude additionnées les unes avec les autres, le pourcentage de jeunes ayant consommé des substances est équivalent dans les deux groupes (MTFC 26 %; TU 44 %; $X^2 = 1,6$; n.s.)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	<u>Dimension itinérance</u> - Pas d'itinérance dans les deux groupes à T1 et T2 - T3 : itinérance pour deux jeunes (= 7,4 %) dans le groupe TU; pas d'itinérance dans le groupe MTFC, mais aucune différence significative entre les deux groupes ($\chi^2 = 1,5$, df = 1, p = 0,22) <u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> Pourcentage de jeunes ayant commis des activités criminelles : - Pas de différence significative à la 1^{ère} (MTFC 5 %; TU 22 %; $\chi^2 = 2,5$) et 2^e année de suivi (MTFC 10 %; TU 22 %; $\chi^2 = 1,1$) - Significativement moins de jeunes dans le groupe MTFC (5 %) que dans le groupe TU (30 %) à la 3^e année de suivi ($\chi^2 = 4,2$; p < 0,05) - Marginale moins de jeunes dans le groupe MTFC (15 %) que dans le groupe TU (41 %) pour les trois années regroupées ($\chi^2 = 3,3$; p < 0,10) Pourcentage de jeunes ayant commis des crimes violents : - Significativement moins de jeunes dans le groupe MTFC (0 %) que dans le groupe TU (26 %) pour la 1^{ère} année de suivi ($\chi^2 = 5,8$; p < 0,05) - Pour les 2^e et 3^e années de suivi, marginalement moins de jeunes dans le groupe MTFC (0 % chaque année) que dans le groupe TU (15 % chaque année) - Significativement moins de jeunes dans le groupe MTFC (0 %) que dans le groupe TU (41 %) pour les trois années regroupées ($\chi^2 = 10,2$; p < 0,01)
Green <i>et al.</i>, 2014 <u>ECR :</u> n = 34 jeunes : 20 recevant le MTFC 14 le traitement usuel <u>Étude de cohorte :</u> n = 185 jeunes : 92 recevant le MTFC 93 le traitement usuel Total ECR + cohorte n = 219 jeunes	<u>Dimension fonctionnement global</u> CGAS - Pas de différence au <i>baseline</i> entre MTFC et TU (respectivement, score moyen de 48,31 (é.-t. : 9,05) et 47,65 (é.-t. : 9,39)) (Aucun coefficient statistique rapporté) - Amélioration au score du CGAS pré-post pour MTFC et TU à l'ECR et la cohorte (aucun coefficient statistique rapporté) Différences entre les groupes : - Le groupe MTFC avait des résultats similaires au TU à la mesure post, tant pour la cohorte (différence de moyenne ajustée : 0,95 (IC = -2,38 à 4,29; p = 0,57, différence non significative) qu'à l'ECR (différence de moyenne ajustée : 1,30 (IC = -7,14 à 9,74; p = 0,75, différence non significative) Analyses supplémentaires : - Dans l'étude observationnelle, les participants du MTFC considérés comme délinquants au T1 ont eu des améliorations significativement plus importantes que ceux du groupe TU (différence de moyenne ajustée : 9,64; IC = 2,95 à 16,33) (p < 0,01). Il n'y avait toutefois pas de différence significative pour les participants du RCT (différence de moyenne ajustée : 10,05; IC = -8,44 à 28,54)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
Modèle MTFC	HoNOSCA - Amélioration au score du HoNOSCA pré-post pour MTFC et TU dans tous les groupes avec une amélioration moins importante pour la cohorte observationnelle (moyenne du TU est passée de 18,2 (é.-t. : 6,5) à 16,88 (é.-t. : 6,74); moyenne du MTFC est passée de 19,49 (é.-t. : 5,45) à 16,98 (é.-t. : 6,46) Différences de moyenne : - Le groupe MTFC avait des résultats similaires au post tant pour la cohorte (différence de moyenne ajustée : -1,09; IC = -3,64 à 1,46; p = 0,4) que pour le RCT (différence de moyenne ajustée : -1,04; IC = -6,21 à 4,13) (p = 0,68) Analyses supplémentaires : - Dans l'étude observationnelle, les participants du MTFC considérés comme délinquants au T1 ont eu des améliorations marginalement plus importantes que ceux du groupe TU (différence de moyenne ajustée : -5,01; IC = -10,32 à 0,29) (p < 0,1). Il n'y avait toutefois pas de différence significative pour ceux du RCT (différence de moyenne ajustée : -5,61; IC = 17,23 à 6,0) (p = 0,329) <u>Dimension éducation</u> Variable compétences académiques et langagières : - Les participants au MTFC et au TU ont une probabilité similaire d'être dans l'un ou l'autre des quintiles à l'échelle de compétences académiques et langagières (variable ordinale) (respectivement, pour ECR : OR (95 % CI) = 0,6 (0,15-2,4) p = 0,479; pour étude de cohorte : OR (95 % CI) = 0,85 (0,39-1,9), p = 0,709) Variable fréquentation scolaire : - Les participants au MTFC et au TU ont eu des fréquentations scolaires similaires au T1 (respectivement, pour ECR : OR (95 % CI) = 2,5 (0,48-13,1) p = 0,276; pour étude de cohorte : OR (95 % CI) = 0,57 (0,28-1,15) p = 0,118) <u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> Pas de différence significative entre MTFC et TU (respectivement, pour ECR : 25 % et 50 %; OR = 1,24; p = 0,80; pour étude de cohorte : 41 % et 28 %; OR = 1,07, p = 0,89)
Pellerin, 2018 n = 213 jeunes 60 exposées à l'ACEJ 153 à l'ACC comparateur Modèle ACEJ	<u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> Violence non-physique entre les pairs : - Les actes de violences non-physique, bien que peu fréquents, sont perçus comme étant significativement plus élevés chez les adolescentes exposées à l'ACEJ (x = 1,75; é.-t. : 0,79; méd : 1,57) que celles exposées à l'ACC (x = 1,53; é.-t. : 0,75; méd : 1,26) (z = -2,94; p < 0,01). Violence physique entre les pairs : - Les actes de violences physiques, bien que perçus comme étant bas, sont significativement plus élevés chez les adolescentes exposées à l'ACEJ (x = 1,16; é.-t. : 0,26; méd : 1,02) que celles exposées à l'ACC (x = 1,11; é.-t. : 0,28; méd : 1,00) (z = -3,20; p < 0,001)

Publications	Résultats liés à l'énoncé de preuve selon les dimensions
	<u>Dimension qualité de la relation d'intervention</u> Relations adolescentes-intervenants : - Les relations entre adolescentes et intervenantes sont équivalentes chez les adolescentes exposées à l'ACEJ ($x = 4,13$; é.-t. : 1,26; méd : 4,50) ou à l'ACC ($x = 3,96$; é.-t. : 1,41; méd : 4,00) ($z = -0,84$; $p : n.s$) Attitudes de valorisation des intervenants envers les adolescentes : - La perception de la valorisation des adolescentes par les intervenants est relativement élevée et équivalente autant chez les adolescentes exposées à l'ACEJ ($x = 4,97$; é.-t. : 0,88; méd : 5,00) que celles exposées à l'ACC ($x = 4,99$; é.-t. : 1,11; méd : 5,25) ($z = -0,91$; $p : n.s.$) Attitudes de soutien des intervenants : - Les attitudes de soutien sont relativement bonnes et perçues comme équivalentes autant chez les adolescentes exposées à l'ACEJ ($x = 4,14$; é.-t. : 1,21; méd : 4,40) que celles exposées à l'ACC ($x = 4,28$; é.-t. : 1,39; méd : 4,40) ($z = -0,99$; $p : n.s.$) <u>Dimension qualité des relations entre les pairs</u> Relations amicales et de confiance entre les adolescentes : - Le climat social dans les ressources où est implantée l'ACEJ est caractérisé par des relations amicales et de confiance entre les adolescentes équivalentes à celles exposées à l'ACC (respectivement, $x = 4,33$; é.-t. : 0,96; méd. : 4,40; $n = 213$ et $x = 4,14$; é.-t. : 1,16; méd. : 4,20; $n = 213$); ($z = -0,95$; $p : n.s.$) Sentiment de sécurité parmi les pairs : - Les adolescentes ressentent un sentiment de sécurité au sein de leur ressource d'hébergement équivalent dans les deux groupes (ACEJ : $x = 5,23$; é.-t. : 0,80; méd. : 5,40; ACC : $x = 5,28$; é.-t. : 0,88; méd. : 5,60) ($z = -1,34$; $p : n.s$)
Pellerin <i>et al.</i>, 2020 $n = 213$ jeunes 60 exposées à l'ACEJ 153 à l'ACC (comparateur) Modèle ACEJ	<u>Dimension comportements extériorisés/délinquants</u> - Dans des analyses multivariées, toutes choses étant égales par ailleurs, l'exposition à l'ACEJ plutôt qu'à l'ACC était associée significativement au fait d'avoir vécu des agressions de nature non-physique avec les pairs ($B = 0,28$; $\beta = 0,17$; $p \leq 0,05$) - De manière équivalente dans les deux groupes ACEJ et ACC ($B = 0,28$; $\beta = 0,17$; $n.s.$), les adolescentes rapportaient vivre le même niveau d'agression physique ($B = 0,06$; $\beta = 0,13$; $n.s$) <u>Dimension qualité des relations entre les pairs</u> - De manière équivalente dans les deux groupes ACEJ et ACC ($B = 0,28$; $\beta = 0,17$; $n.s.$), les adolescentes rapportaient avoir des relations amicales et de confiance avec leurs pairs ($B = 0,10$; $\beta = 0,04$; $n.s.$), se sentir en sécurité autour d'elles ($B = -0,02$; $\beta = -0,01$; $n.s.$) <u>Dimension qualité de la relation d'intervention</u> - De façon équivalente, les adolescentes rapportent des relations étroites et chaleureuses avec les intervenants ($B = -0,03$; $\beta = -0,01$; $n.s.$) ainsi que le sentiment d'être considérées ($B = -0,05$; $\beta = -0,02$; $n.s.$) et soutenues par eux ($B = -0,30$; $\beta = -0,10$, $n.s.$)

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

