

TOUS LES OUTILS DANS LE MÊME ÉTUI

CADRE DE RÉFÉRENCE
POUR LES ENFANTS 5-12 ANS
PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS
OU TROUBLES DU COMPORTEMENT
ET LEUR FAMILLE EN MAURICIE
ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC



Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

CADRE DE RÉFÉRENCE
POUR LES ENFANTS 5-12 ANS
PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS
OU TROUBLES DU COMPORTEMENT
ET LEUR FAMILLE EN MAURICIE
ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

DOCUMENT PRODUIT PAR : _____

Rédaction

M^{me} Julie Desaulniers

Agence de la santé et des services sociaux
Direction régionale MELS

Coordination

M^{me} Nathalie Cauchon

Direction régionale MELS

M^{me} Jocelyne Tremblay

Agence de la santé et des services sociaux

**Mise en page
et traitement de texte**

M^{me} Carole Germain

Agence de la santé et des services sociaux

Dépôt légal – 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

978-2-89340-194-2 (version imprimée)

978-2-89340-195-9 (version PDF)

Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source

Document disponible sur notre site Internet : www.agencesss04.qc.ca

Voici la liste des collaborateurs à la réalisation de ce cadre de référence. Nous les remercions pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à améliorer les services aux enfants qui présentent des difficultés ou des troubles du comportement et leurs familles.

Membres du comité aviseur

M^{me} Louise Bourassa
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M^{me} Danièle Lemieux
Commission scolaire Chemin-du-Roy

M. Robert Levasseur
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. Denis Marengère
Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières

M. Jacques Moore
Commission scolaire Chemin du Roy

M^{me} Lynda Plante
Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M^{me} Claire Turgeon
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Pavillon Arc-en-Ciel

M^{me} Manon Veillet
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Nous tenons également à souligner la participation des membres du Comité régional des services jeunesse intégrés et ceux du Comité stratégique des services à la jeunesse (MSSS-MELS).

INTRODUCTION	7
CONTEXTE D'ÉLABORATION	7
ASSISES MINISTÉRIELLES DU CADRE DE RÉFÉRENCE.....	10
Programme-services Jeunes en difficulté (Ministère de la Santé et des Services sociaux).....	10
L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissages (EHDA) (MELS)	10
MANDAT ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DES ORGANISMES	11
Mandat et responsabilités du réseau de l'éducation	11
Mandat et responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux	12
Mandats et responsabilités de l'ensemble des partenaires	15
DÉFINITIONS DE LA PROBLÉMATIQUE	16
DÉVELOPPEMENT DES DIFFICULTÉS OU TROUBLES DU COMPORTEMENT	18
Facteurs de risque et facteurs de protection	18
Impacts des troubles de comportement.....	20
Troubles associés et comorbidité.....	21
Enjeux développementaux des enfants entre 5 et 12 ans.....	21
Défis pour l'évaluation et l'intervention.....	22
PORTRAIT RÉGIONAL DE L'ORGANISATION DES SERVICES	23
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	23
Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	24
CONSTATS GÉNÉRAUX ET PRINCIPAUX DÉFIS.....	26
ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	27
Évaluation fonctionnelle.....	27
Évaluation normative.....	28
INTERVENTION POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS UNE PERSPECTIVE ÉCOSYSTÉMIQUE.....	28
Interventions privilégiées auprès des enfants.....	28
Interventions privilégiées auprès des parents et de la famille	29
Interventions privilégiées avec les enseignants.....	29
CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES DIFFICULTÉS ET TROUBLES DU COMPORTEMENT	30
Interventions universelles	31
Interventions ciblées	31
Interventions dirigées, multimodales, enveloppantes.....	32

LES SITUATIONS DE CRISE	34
Définition	34
Intervention	34
ACCÈS AUX SERVICES INTÉGRÉS POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT	35
Demande du milieu vers les CSSS	35
Demande du milieu vers l'école	36
Demande du milieu vers le CJ ou DPJ	36
Autres demandeurs	37
STRUCTURE DU CONTINUUM DE SERVICES.....	37
Responsabilités des gestionnaires	37
Responsabilités des intervenants	37
Responsabilités des intervenants en réadaptation	38
Responsabilités de la famille et des enfants.....	38
CONDITIONS GAGNANTES.....	38
La bonification et le renouvellement des pratiques.....	38
Partenariat et concertation.....	40
Évaluation systématique, rigoureuse, multimodale et en continuité	41
L'intervention.....	42
Supervision professionnelle, accompagnement et formation	43
Plan de services individualisé et intersectoriel.....	44
Intervention en situation de crise	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	51

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ), l'élaboration d'un réseau intégré de services portant sur la problématique des troubles du comportement chez les enfants 5-12 ans a été retenue comme étant prioritaire par le Comité régional sur les services jeunesse intégrés et le Comité stratégique des services à la jeunesse (MSSS-MELS). L'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) et la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ont donc uni leurs efforts, ainsi que leur expertise, afin de produire un cadre de référence portant sur un continuum de services intégrés pour les jeunes qui présentent un trouble du comportement nécessitant l'arrimage des interventions entre les partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Pour produire ce cadre, une chargée de projet a été engagée et encadrée par deux professionnelles de l'Agence et de la Direction régionale du MELS. De plus, un comité aviseur composé d'intervenants et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (centre de santé et des services sociaux (CSSS), Centre jeunesse (CJ), pédopsychiatrie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRT) et du milieu scolaire) a été mis sur pied, ce qui a permis d'obtenir une vision d'ensemble de la réalité de cette problématique dans les divers organismes. La chargée de projet a également effectué une recension des écrits afin d'obtenir des informations sur les pratiques probantes et novatrices avec cette clientèle. Aussi, le Comité régional sur les services jeunesse intégrés et le Comité stratégique des services à la jeunesse furent régulièrement informés de l'évolution des travaux afin d'encadrer et de structurer la démarche de planification stratégique et de formuler des avis aux deux réseaux.

Ce document présente donc le cadre de référence issu de ces travaux. Celui-ci propose des conditions gagnantes, une organisation des services et des pratiques d'intervention probantes et concrètes, qui visent les enfants 5-12 ans présentant un trouble du comportement, ainsi que leur famille. Ces conditions devraient faciliter la mise en œuvre du plan d'action qui en découlera, du travail en partenariat, en complémentarité entre les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation.

Depuis quelques années, les préoccupations liées aux troubles du comportement chez les jeunes, ainsi qu'à l'organisation des services qui s'y rattachent ne cessent de croître au Québec. D'ailleurs, selon l'expérience et les acquis des intervenants, certains manquent rapidement de ressources et s'estiment parfois démunis face à cette clientèle. Pour ces enfants, leur environnement tourne principalement autour de leur famille, mais aussi de l'école puisqu'ils y passent une grande partie de leur quotidien. Il devient donc impératif de mettre en place un continuum de services intégrés, impliquant les partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux, ainsi que de l'éducation. Ce continuum permettra de tenir compte des divers milieux dans lesquels le jeune et sa famille évoluent, ainsi que de l'étiologie de leurs difficultés, afin de répondre de manière concertée à leurs besoins spécifiques, et ainsi favoriser leur adaptation scolaire et sociale. Par conséquent, ce cadre de référence tient compte du développement de l'enfant, développement qui résulte, entre autres, d'une interaction entre l'enfant et son environnement. Ces interactions peuvent contribuer à favoriser ou nuire à la trajectoire développementale de ces jeunes qui manifestent des difficultés comportementales.

Au printemps 2003, les ministres québécois de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Éducation, signaient une nouvelle entente de complémentarité : *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Le besoin d'assurer une plus grande concertation et une meilleure complémentarité des services offerts par les deux réseaux faisait consensus.

Cette entente de complémentarité MELs-MSSS s'appuie sur 6 principes. Des engagements conjoints des deux réseaux et de leur personnel en découlent :

1. L'enfant est un enfant actif de son développement. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Prendre en compte le développement du jeune de façon globale;
 - Établir une relation significative avec le jeune et l'interpeller directement;
 - Faire en sorte que le jeune et ses parents soient toujours partie prenante aux décisions qui les concernent, notamment l'élaboration du plan d'intervention et du plan de services individualisé et intersectoriel.
2. Les parents sont les premiers responsables du développement de leur enfant. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Miser sur le potentiel des parents;
 - Soutenir les parents dans leur rôle et contribuer au soutien et au renforcement de leurs compétences;
 - Planifier et réaliser toutes les interventions en étroite collaboration avec les parents concernés;
 - Consulter les parents, par l'intermédiaire des mécanismes officiels de consultation, quant à la pertinence des services offerts en fonction des besoins des jeunes et des parents.
3. L'école occupe une place prépondérante pour les jeunes comme milieu de vie et d'apprentissage. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Reconnaître que l'école est un milieu de vie qui développe et véhicule des valeurs;
 - Se concerter afin que les actions effectuées à l'école se prolongent dans la famille et les autres milieux de vie de l'enfant, notamment le milieu de garde;
 - Prendre les moyens pour appuyer l'école afin qu'elle puisse desservir, dans la mesure du possible, tous les jeunes de sa communauté y compris ceux qui ont des besoins particuliers et soutenir leur développement;
 - Favoriser la présence et le soutien des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux dans l'école pour rendre plus efficaces les services aux jeunes et à leur famille.
4. L'école constitue l'une des composantes majeures de la communauté. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Ouvrir l'école à la communauté et prendre les moyens pour que la communauté s'ouvre aux réalités de l'école;
 - Susciter, appuyer et renforcer la participation à l'école de toutes les composantes de la communauté, afin de soutenir les jeunes et leurs familles;
 - Contribuer au soutien du développement des compétences des différents partenaires en vue de favoriser l'intervention communautaire et intersectorielle.
5. Une réponse adaptée est offerte aux jeunes qui ont des besoins particuliers. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Convenir d'un processus d'évaluation conjointe des capacités et des besoins des jeunes et de leurs parents;
 - Assurer la continuité des interventions et des services;
 - Établir des collaborations intersectorielles dans le respect de la confidentialité;
 - Développer des moyens afin de rendre ces services le plus près possible du milieu de vie des jeunes.
6. Un continuum de services intégrés est développé. Cela se traduit par la nécessité de :
 - Développer dans chaque territoire de CSSS un continuum de services intégrés comprenant des services éducatifs et des services de santé et des services sociaux;
 - Faire en sorte que tout jeune en difficulté ou handicapé et ses parents obtiennent une réponse adaptée à leurs besoins;
 - Animer dans chaque région des mécanismes de concertation des partenaires pour mettre en place le continuum de services intégrés et susciter l'action intersectorielle.

Les principes et engagements de l'entente de complémentarité MELS-MSSS émanent de plusieurs cadres de référence, programmes et politiques qui soutiennent la nécessité d'arrimer les deux réseaux afin d'améliorer les services destinés aux jeunes et leur famille :

- ✓ Stratégies d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille
- ✓ Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeune en difficulté. Offre de service 2007-2012
- ✓ L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)
- ✓ Le renouveau pédagogique
- ✓ Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite
- ✓ Le plan d'intervention au service de la réussite de l'élève

Signalons également que depuis 2003, la loi 25 a conduit à la création d'un nouveau modèle d'organisation de services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces modifications ont entraîné la mise en place de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, visant à pallier les difficultés liées à l'accessibilité, à la continuité et à la coordination des services (Agence de la santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec (ASSSMCQ), 2008).

Enfin, les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse, mises en application en juillet 2007, donnent une dimension nouvelle à ce qu'est un trouble de comportement sérieux. Cela implique qu'un grand nombre de parents dépassés par les troubles de comportement de leur enfant doivent s'adresser ou être référés par les CJ aux CSSS. Dans ce contexte, les CSSS ont le mandat de dispenser des services de première ligne à cette clientèle ainsi qu'à leur parent (ASSSMCQ, 2007).

Le Comité régional des services jeunesse intégrés a donc retenu la problématique des troubles du comportement comme étant prioritaire en tenant compte des éléments suivants :

- ✓ L'accroissement de cette problématique est particulièrement inquiétant chez les enfants de 5 à 12 ans qui fréquentent l'école primaire, puisque le nombre d'élèves bénéficiant de services spécialisés pour des difficultés de comportement a triplé au cours des dernières années, passant de 0,78 % en 1985 à 2,50 % en 2000 (Conseil supérieur de l'éducation, 2001).
- ✓ 15 % des enfants de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble intériorisé ou extériorisé (dans Breton, N. et Royer, E., 2008).
- ✓ Depuis les amendements à la Loi sur la protection de la jeunesse en juillet 2007, le nombre de demandes de services psychosociaux dans les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour les jeunes en difficulté 0-18 ans est passé de 2394 en 2007-2008 à 5180 pour 2008-2009 (ICLSC).
- ✓ En 2007-2008, le CJMCQ a réalisé 477 évaluations pour trouble de comportement, ce qui équivaut à 19,20 % du total des évaluations effectuées en protection de la jeunesse (Centre jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec, 2008).
- ✓ La complexité et la sévérité des troubles du comportement de certains enfants remettent en question la capacité d'un organisme à répondre seul aux besoins de ces jeunes et de leur famille, et nécessitent par le fait même la collaboration des partenaires (Déry, Verlaan & Bougeard, 2005).

- ✓ Plusieurs organismes interviennent et ont une incidence directe sur les services destinés aux enfants et à leur famille qui éprouvent des difficultés d'adaptation ou des troubles du comportement.
- ✓ La période de l'enfance est sans doute la plus favorable aux interventions avant que les comportements ne soient cristallisés.

ASSISES MINISTÉRIELLES DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Programme-services Jeunes en difficulté (Ministère de la Santé et des Services sociaux)

Ce programme-services regroupe « les services destinés aux jeunes depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Ce programme s'adresse également aux jeunes qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes qui sont concernés ».

Conditions qui favorisent la mise en place du Programme-services Jeunes en difficulté :

- ✓ « S'assurer que les services nécessaires pour lutter efficacement contre la détresse et les difficultés graves des jeunes sont disponibles, de manière équitable, sur l'ensemble du territoire québécois.
- ✓ Faciliter l'accessibilité aux services généraux et spécialisés de façon claire, simple et rapide, et ce, au moment où les jeunes et leur famille ont besoin de ces services.
- ✓ Améliorer la cohésion et la continuité de l'intervention en resserrant la coordination et la concertation entre les partenaires.
- ✓ Favoriser l'utilisation adéquate de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ);
- ✓ Rehausser la qualité des services et des interventions cliniques, basées sur le renforcement de la compétence des intervenants et des gestionnaires. »

Dans ce document, trois fiches précisent de façon spécifique les responsabilités des établissements de santé et services sociaux en lien avec la problématique des troubles du comportement : *Suivi psychosocial*, *Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu* et *Services de réadaptation*. Vous retrouverez le contenu de ces fiches en annexe.

L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissages (EHDAA) (MELS)

L'actualisation de l'approche individualisée préconisée par le MELS nécessite des ajustements de pratique de la part de tous les acteurs du milieu scolaire. En effet, « (...) en cohérence avec les pratiques pédagogiques mises en œuvre pour tous les élèves, à savoir la différenciation,

l'accompagnement, la régulation et la collégialité, le directeur de l'école, en collaboration avec le personnel enseignant et les autres intervenants, notamment le personnel des services éducatifs complémentaires, a la responsabilité de répondre aux besoins éducatifs de chaque élève qui lui est confié. (...) les intervenants de l'école planifient des mesures graduées pour répondre aux besoins de ces élèves, en ayant à l'esprit que l'adaptation des services éducatifs doit être envisagée avant de recourir à des services plus spécialisés »).

MANDAT ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DES ORGANISMES

De nombreux organismes sont appelés à dispenser des services aux jeunes qui présentent des difficultés ou troubles de comportement, ainsi qu'à leur famille : CSSS, écoles, CJ, Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), centres hospitaliers, organismes communautaires, etc. Une orientation psychodéveloppementale et écosystémique du cadre de référence et un partenariat solide qui priorise la concertation des partenaires permettraient d'obtenir une meilleure qualité des soins et de services. Ce modèle et ce partenariat rigoureux favoriseraient l'intervention précoce, intensive, intégrée et en continuité. Intervenir le plus près des milieux de vie des enfants facilite la prévention de l'aggravation et de la récurrence des problèmes d'adaptation.

L'énumération qui suit des responsabilités des organismes est, soit empruntée à des textes émanant du Ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et de leurs composantes, soit de propos de représentants de ces organismes.

Mandat et responsabilités du réseau de l'éducation

(Loi sur l'instruction publique-LIP et EHDAA)

La mission générale des écoles est d'instruire, socialiser et qualifier les jeunes de 5 à 18 ans. Les Commissions scolaires (CS) et les écoles dispensent également des services complémentaires (psychoéducation, psychologie, orthopédagogie, orthophonie). Ces services peuvent toucher des clientèles particulières et des liens sont susceptibles d'être développés avec d'autres organismes.

Responsabilités de l'enseignant

- * « (...) l'enseignant a le droit (...) de prendre les modalités d'intervention pédagogique qui correspondent aux besoins et aux objectifs fixés pour chaque groupe et pour chaque élève qui lui est confié (...) ».
- * Il a le devoir « (...) de contribuer à la formation intellectuelle et au développement intégral de la personnalité de chaque élève qui lui est confié (...) ».

Organisation des services et responsabilités de l'école

- * « (...) le directeur de l'école s'assure de la qualité des services éducatifs dispensés à l'école (...) ».
- * Pour l'élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, « le directeur de l'école avec l'aide des parents (...), du personnel qui dispense des services à cet élève et de l'élève lui-même (...), établit un plan d'intervention adapté aux besoins de l'élève (...) ».

Organisation des services et responsabilités de la commission scolaire

- * Doit « adapter les services éducatifs à l'élève handicapé ou en difficulté (...) selon ses besoins, d'après l'évaluation qu'elle doit faire de ses capacités (...) ».
- * Adopte « (...) une politique relative à l'organisation des services éducatifs offerts à ces élèves qui assure l'intégration harmonieuse dans une classe ou un groupe ordinaire et aux autres activités de l'école de chacun de ces élèves lorsque l'évaluation de ses capacités et de ses besoins démontre que cette intégration est de nature à faciliter ses apprentissages et son insertion sociale et qu'elle ne constitue pas une contrainte excessive ou ne porte pas atteinte de façon importante aux droits des autres élèves ».
- * Prévoit « les modalités d'intégration des élèves (...), lesquelles doivent prévoir la participation des parents (...) et de l'élève lui-même, à moins qu'il en soit incapable ».
- * Planifie « Les modalités d'intégration de ces élèves dans les classes ou groupes ordinaires et aux autres activités de l'école, ainsi que les services d'appui à cette intégration (...) ».
- * Organise « Les modalités de regroupement de ces élèves dans des écoles, des classes ou des groupes spécialisés ».
- * Prévoit « Les modalités d'élaboration et d'évaluation des plans d'intervention destinés à ces élèves ».
- * S'assure « (...) que les personnes relevant de sa compétence reçoivent les services auxquels elles ont droit (...) ».
- * Répartit « (...) entre ses écoles (...) de façon équitable, en tenant compte des inégalités sociales et économiques et des besoins exprimés par les établissements, les subventions de fonctionnement allouées par le ministre (...) ».

Mandat et responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux

Les services jeunesse intégrés reposent sur deux principes fondamentaux, soit la **responsabilité populationnelle** et la **hiérarchisation des services** (ASSSMCQ, 2005).

- ✓ La responsabilité populationnelle implique que les intervenants qui offrent des services doivent rendre accessible un ensemble complet de services.
- ✓ La hiérarchisation des services implique la complémentarité dans le but de faciliter le cheminement des personnes entre les services suivant des mécanismes de référence entre les dispensateurs.
- ✓ L'offre de service à la jeunesse inclut des services de première ligne généraux, des services de première ligne spécifiques et des services de deuxième ligne.

- ✓ Les services de première ligne, tels les CSSS, les commissions scolaires ou les organismes communautaires, représentent le premier niveau d'accès et s'appuient sur des infrastructures légères. Ils regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (ex. : jeunes en difficulté, santé mentale).
- ✓ Les services de deuxième ligne regroupent les services spécialisés (ex. : pédopsychiatrie, CJ, Centre de service en déficience intellectuelle (CSDI), etc.). Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé complexes. Ils s'appuient sur une infrastructure importante et une technologie avancée avec une expertise pointue.

Responsabilités générales du CSSS

Dans le cadre du Programme-services Jeune en difficulté et en lien avec les rôles qui sont dévolus au CSSS de par la loi, les CSSS ont certaines responsabilités. De façon plus spécifique, dans ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, le MSSS précise certaines attentes de la part des CSSS en lien avec les jeunes en difficultés :

- ✓ Assurer à la population de leur territoire, des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien.
- ✓ Apporter aide et soutien individuel, familial ou de groupe, à moyen et à long terme, aux enfants et à leurs parents qui présentent de problèmes psychosociaux dans le cadre du *Suivi psychosocial*.
- ✓ Prévenir la détérioration, réduire les difficultés d'adaptation sociale ou les conséquences qui résultent des problèmes psychosociaux. Ce service concerne les enfants et les parents qui présentent des difficultés tant aux niveaux personnel, relationnel ou familial et vise les différentes personnes qui sont impliquées auprès de ces jeunes, qu'elles soient enseignantes, partenaires de la communauté, etc.
- ✓ Résoudre la crise, éviter le retrait d'un jeune de son milieu familial et mobiliser rapidement la famille afin de rééquilibrer la situation à partir d'un ensemble d'interventions psychosociales et de réadaptation intensive dans le milieu naturel du jeune, et ce, dans le cadre de *L'intervention de crise et du suivi intensif*. Ce service concerne les jeunes et leur famille qui vivent une situation de crise, particulièrement ceux qui présentent des problèmes de comportement, qu'ils soient connus ou non des établissements.
- ✓ Assurer la liaison, la médiation et l'intégration des actions auprès de la clientèle enfance jeunesse famille en vue d'assurer l'accès, la continuité et la complémentarité des services, particulièrement pour les jeunes qui présentent des problèmes multiples et complexes.
- ✓ Mettre en place, avec les partenaires du territoire, différentes trajectoires visant à faire face aux problématiques particulières.

Enfin, le MSSS définit la notion de responsabilité populationnelle qui est dévolue au CSSS comme étant « une responsabilité partagée entre les différents intervenants du réseau local de services pour agir de façon systémique pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et de la population dans son ensemble ». En lien avec la présente problématique de jeunes présentant des troubles de comportement, l'objectif est d'améliorer la capacité du système de mettre à profit les différentes ressources du milieu pour répondre aux besoins du jeune et de sa famille.

Responsabilités générales des établissements spécialisés à vocation régionale (CJMCO, pédopsychiatrie, CSDI, InterVal, Domrémy)

- * Rendre leurs services spécialisés accessibles, de façon équitable, à la population de tous les territoires et affecter leurs ressources en conséquence, lorsque nécessaire.
- * Établir des ententes de services avec chacun des CSSS afin d'assurer l'accès à leurs services par la population de ces territoires.
- * Collaborer étroitement à la planification, à l'organisation et à la coordination des services de chacun des réseaux locaux, sous le leadership du CSSS qui est imputable de ces fonctions à l'égard de son territoire local.
- * Appuyer les partenaires locaux par leurs expertises spécialisées, en ayant le souci constant d'habilitier et de développer l'expertise de leurs partenaires, surtout les CSSS.
- * Coordonner leurs services avec ceux des autres établissements spécialisés à vocation régionale, lorsque le besoin des personnes le requiert.
- * Développer leurs expertises afin de faire face à l'émergence de problématiques nouvelles et assurer une plus grande prise en charge et une meilleure autonomie locale et régionale.
- * Intervenir, accompagner et soutenir les personnes ayant des besoins particuliers et complexes dans leurs démarches au sein du RLS, sans se substituer au rôle des CSSS.

Responsabilités des centres de la petite enfance (CPE)

- * Offrent des services de garde éducatifs aux enfants de la naissance jusqu'à la maternelle et répondent aux besoins de garde des parents.
- * Offrent des services spécialisés ou d'autres services à la famille selon les besoins exprimés par les parents et en collaboration avec les partenaires du milieu.
- * Offrent un milieu de vie global qui favorise tous les aspects du développement de l'enfant.
- * Permettent une continuité avec les expériences de l'enfant dans sa famille et dans la société.
- * Adoptent des visées préventives qui touchent le développement de l'enfant et la qualité de vie des familles.
- * Offrent de l'encadrement aux services de garde en milieu familial par le bureau du coordonnateur.
- * Offrent une continuité avec les services de santé et de services sociaux et ultérieurement avec le milieu scolaire.

Responsabilités des organismes communautaires

Un certain nombre d'organismes communautaires peuvent contribuer à l'offre de service en matière de difficultés ou troubles du comportement. Dans chacun des territoires des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ces organismes constituent des partenaires essentiels et prisés par les familles. Les mandats et responsabilités sont propres à chacun. En annexe, vous trouverez la nomenclature des activités et services offerts par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, que cette clientèle peut être appelée à recevoir. Les principaux responsables de leur réalisation sont identifiés, ainsi que les établissements partenaires.

Tous les organismes qui interviennent auprès d'un jeune en difficultés et de sa famille ont l'obligation d'établir un plan d'intervention. La planification des interventions repose sur une démarche structurée, une évaluation des acquis et des capacités d'une personne, ainsi que des besoins. Cette évaluation permet de préciser les buts et objectifs à atteindre, la nature des interventions et les moyens qui doivent être mis en place pour faciliter l'adaptation psychosociale ou les apprentissages d'un jeune. Ils précisent les ressources qui seront nécessaires afin de mettre en œuvre concrètement les interventions ciblées, les responsabilités de chacune des personnes impliquées, ainsi que les échéanciers relatifs aux évaluations, interventions et à la révision du plan. (Desbiens, N. & L. Massé, 2005).

| Plan d'intervention (PI)

« L'élaboration des plans d'intervention (...) dépasse largement la simple rédaction d'un formulaire ou d'une modalité administrative obligatoire; elle s'inscrit dans une démarche d'aide globale qui nécessite la participation des différents agents d'éducation concernés, y compris les parents et le jeune pour lequel cette démarche est entreprise » (Desbiens, N., & L. Massé, 2005).

En général, le PI est mis en œuvre dans un seul établissement. En milieu scolaire, il est obligatoire depuis 1988 de répondre aux besoins des élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, donc d'établir un plan d'intervention, en vertu de la *Loi sur l'instruction publique* (LIP).

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, on exige également la tenue d'un PI pour chacun des usagers. D'ailleurs, l'article 102 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) stipule que : « Un établissement doit élaborer, pour les usagers (...) un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement ».

| Plan de services individualisé (PSI)

L'article 103 de la LSSSS stipule que « Lorsqu'un usager (...) doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désignés après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé ».

« Le PSI constitue un bon levier intégrateur auprès des jeunes et de leurs parents afin d'assurer la cohérence des interventions et la continuité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux. Il constitue le moyen privilégié pour orchestrer les interventions de tous les partenaires impliqués auprès du jeune, afin de permettre des actions structurées, concertées et continues. Le PSI s'appuie donc, sur une vision systémique de la situation du jeune, de ses parents et centrée sur une approche de résolution de problèmes » (Comité enfance-jeunesse-famille Arthabaska-Érable, 2008).

Certaines conditions doivent être présentes pour qu'un PSI soit réalisé :

- ✓ Le jeune reçoit des services d'au moins deux organismes.
- ✓ Le jeune ou la famille vit une situation particulière aux plans personnel, familial, social, scolaire, etc.
- ✓ Le jeune et la famille ont des besoins multiples.
- ✓ La situation est complexe et requiert une coordination entre les organismes, faute de quoi, l'intervention pourrait échouer.
- ✓ Le jeune et sa famille devraient recevoir des services pour une période prolongée.

Plan de services individualisé et intersectoriel

Le PSI devient intersectoriel (PSII) lorsque les partenaires des deux réseaux s'impliquent auprès d'un même jeune. Selon les principes directeurs de l'Entente de complémentarité MELS-MSSS, le succès du plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) repose, entre autres, sur une contribution responsable, engagée et solidaire du jeune et de ses parents, et de l'ensemble des intervenants. Les partenaires sont centrés sur la recherche conjointe de solutions au moyen d'actions concrètes, et sur des résultats à atteindre. L'approche privilégiée est la coopération, où chacun des acteurs met à contribution sa spécificité et ses forces. L'expertise de chacun est reconnue. Les établissements des deux réseaux agissent avec ouverture et souplesse dans leurs rôles et responsabilités, tout en respectant leurs mandats.

DÉFINITIONS DE LA PROBLÉMATIQUE

« Les **difficultés comportementales** sont des manifestations réactionnelles (désobéissance répétée, mensonge, crise, etc.) liées à un contexte donné (période développementale plus exigeante, présence de facteurs de stress dans l'environnement familial, scolaire, social ou culturel). Ces manifestations n'impliquent pas uniquement que le jeune soit vulnérable, mais aussi que son environnement présente des conditions adverses ou qu'il vive des conflits avec des personnes significatives pour lui (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005) ».

Les **troubles du comportement** désignent des problèmes d'adaptation plus importants. Ils se caractérisent par leur durée, leur intensité, leur sévérité, leur persistance, leur fréquence, leur complexité et leur constance. Le jeune qui en est atteint présente des dysfonctions dans plusieurs secteurs de sa vie (physique, cognitif, social, affectif, etc.). Les comportements de l'enfant reflètent le symptôme d'une situation où l'un ou plusieurs de ses besoins ne sont pas comblés de façon suffisante, créant ainsi des retards ou des déviations dans son développement ou son processus d'adaptation. Il manifeste plusieurs problèmes d'inadaptation à l'école et à la maison, et peut souffrir d'autres problèmes de santé mentale. (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005). Donc, lorsqu'aucune intervention n'est mise en place en lien avec ces problèmes ou lorsque les interventions sont inadaptées, le problème de l'enfant peut se cristalliser, et évoluer vers un trouble de comportement, voire un trouble de santé mentale.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS) : L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)

Élève présentant des troubles du comportement

« L'élève présentant des troubles du comportement est celui ou celle dont l'évaluation psychosociale, réalisée en collaboration par un personnel qualifié et par les personnes visées avec des techniques d'observation ou d'analyse systématique, révèle un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial. Il peut s'agir :

- De comportements surréactifs en regard des stimuli de l'environnement (paroles et actes injustifiés d'agression, d'intimidation et de destruction, et refus persistant d'un encadrement justifié...);
- De comportements sous-réactifs en regard des stimuli de l'environnement (manifestations de peur excessive de personnes et de situations nouvelles, comportements anormaux de passivité, de dépendance et de retrait...).

Les difficultés d'interaction avec l'environnement sont considérées significatives, c'est-à-dire comme requérant des services éducatifs particuliers, dans la mesure où elles nuisent au développement du jeune en cause ou à celui d'autrui en dépit des mesures d'encadrement habituelles prises à son endroit.

L'élève ayant des troubles du comportement présente fréquemment des difficultés d'apprentissage en raison d'une faible persistance face à la tâche ou d'une capacité d'attention et de concentration réduite»

L'élève qui présente des troubles graves du comportement (code 14 MELS) est celui :

- Pour qui une évaluation a été réalisée par une équipe multidisciplinaire, composée d'au moins l'un des professionnels suivants : psychologue, psychoéducateur ou travailleur social;
- Dont l'évaluation du fonctionnement global porte sur l'ensemble des données scolaires, psychologiques, psychosociales ou autres, s'il y a lieu. Cette évaluation est faite au moyen de techniques d'observation systématique et d'instruments standardisés d'évaluation, dont une échelle comportementale standardisée. Les résultats sur l'échelle comportementale standardisée indiquent un comportement s'écartant d'au moins deux écarts-types de la moyenne du groupe d'âge de l'élève;
- Dont la majeure comportementale est dominée par la présence de comportements agressifs ou destructeurs de nature antisociale se caractérisant de manière simultanée par : leur intensité très élevée, leur fréquence très élevée, leur constance, c'est-à-dire se produisant dans différents contextes (classe, école, famille, etc.), leur persistance (depuis plusieurs années) et ce, malgré les mesures d'aide soutenues offertes à l'élève.

Du point de vue des apprentissages :

- Difficultés à accomplir les activités scolaires normales
- Risque élevé de retards scolaires importants, démotivation

Du point de vue du fonctionnement :

- Aggressions verbales ou physiques à l'endroit du personnel, des autres élèves ou d'autres personnes;
- Menaces à l'endroit du personnel de l'école ou des autres élèves (au-delà de l'injure);
- Seuil de tolérance à la frustration très bas, impulsivité;
- Actes d'irresponsabilité (agissements mettant la sécurité physique des autres en danger, en lançant des objets ou autrement; actes endommageant de façon importante l'environnement ou actes de vandalisme; abus de drogue au point de mettre en péril sa santé, son équilibre psychologique ou sa vie en société et la sécurité des autres;
- Défi constant de l'autorité : refus fréquents, persistants et obstinés de suivre les directives, consignes et règles en vigueur.

Loi de la protection de la jeunesse (9 juillet 2007)

Trouble de comportement sérieux (art. 38f)

« Lorsque l'enfant de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique, ou à celle d'autrui, et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose».

Quelques indices :

- l'enfant s'isole constamment (ex. : passivité, absence d'amis, repli sur soi);
- l'enfant manifeste de l'agressivité et de la violence de façon fréquente et incontrôlable;
- l'enfant consomme de façon abusive des drogues ou de l'alcool, il présente des problèmes de jeu compulsif;
- l'enfant a des problèmes d'automutilation;
- l'enfant a des comportements suicidaires;
- l'enfant adopte des comportements alimentaires problématiques (ex. : anorexie, boulimie);
- l'enfant présente des comportements sexuels non appropriés ou à risque;
- l'enfant fugue à répétition;
- l'enfant fait du taxage, de l'intimidation persistante;
- l'enfant fréquente des personnes qui l'influencent négativement et qui accentuent ses problèmes de comportement;
- les parents présentent des limites personnelles (ex. : trop grande permissivité, inconstance, rigidité);
- les parents nient ou banalisent la situation;
- les parents ont démissionné face aux comportements de leur enfant.

Le DPJ intervient **uniquement** dans les situations où des indices de troubles de comportement sérieux sont présents **ET** lorsque les parents **ne prennent pas les moyens** pour assurer la protection de leur enfant **OU** que l'enfant de **14 ans et plus s'oppose aux services** d'aide proposés.

DÉVELOPPEMENT DES DIFFICULTÉS OU TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les comportements adaptés ou non sont généralement le résultat de l'accumulation et de la persistance d'un certain nombre de facteurs de risque et de protection. La capacité d'une personne à faire face à des conditions adverses varie en fonction de ses habiletés, ainsi que des ressources dont elle dispose dans son environnement. Ainsi, les difficultés de comportement se développent de manière graduelle pendant l'enfance. Elles débutent généralement à la maison, pour ensuite se propager à l'école et dans la communauté (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005; Roy, 2006).

Facteurs de risque et facteurs de protection

Certains facteurs individuels, familiaux ou sociaux, scolaires, ainsi que culturels et socioéconomiques participent au développement de l'enfant. Ces facteurs sont en interaction constante et leurs influences réciproques peuvent être positives et servir de facteurs de protection face à l'adversité, ou encore devenir des facteurs qui augmentent le risque de développer des problèmes d'adaptation (Dumas, 1999). Ces facteurs peuvent donc s'insérer dans une trajectoire développementale plus ou moins adaptée qui crée un continuum qui va de l'absence de difficulté, à la présence d'une difficulté, jusqu'à la cristallisation d'un trouble.

Les facteurs de risque et de protection peuvent être **individuels**, donc biologiques, génétiques et psychologiques. La santé, le sommeil, le sexe, les capacités intellectuelles, les habiletés de communication, l'hérédité, le tempérament, les complications périnatales, les habiletés sociales, le stress sont des exemples de facteurs individuels.

Il existe également des facteurs de risque et de protection **familiaux**, tels l'entente parentale au niveau de l'éducation, l'attachement parent-enfant, la violence familiale, la négligence, le réseau de soutien, les conditions socioéconomiques, le niveau de stimulation, la sécurité physique, la stabilité des personnes et des lieux, la place de l'école dans la famille, la santé mentale des parents, etc.

Des facteurs **scolaires et communautaires** peuvent aussi influencer les capacités d'adaptation d'un enfant. Le climat de sécurité de l'école, du quartier, la qualité et l'accès aux services (loisirs, aide, support), la participation des enfants à la vie de l'école, les attentes des intervenants, la stabilité du personnel, le taux de criminalité, le réseau de pairs, etc.

Ces facteurs influencent le fonctionnement du jeune, ses habiletés, ses ressources, et par le fait même sa capacité à s'adapter et à faire face aux événements stressants (Massé, Desbiens, et Lanaris, 2005; Habimana, 1999). Les difficultés ou les troubles du comportement se développent donc graduellement au cours de l'enfance. Ils débutent généralement à la maison, pour ensuite se propager dans le milieu scolaire et la communauté. Des interventions axées sur l'environnement suffisent généralement à régler la situation problématique. Toutefois, lorsque l'apparition du trouble de comportement est précoce (avant l'âge de 10 ans), on observe un pronostic plus pessimiste et un risque élevé d'évolution vers une personnalité antisociale à l'âge adulte, donc à la cristallisation du trouble, si l'intervention n'est pas précoce, multimodale et soutenue.

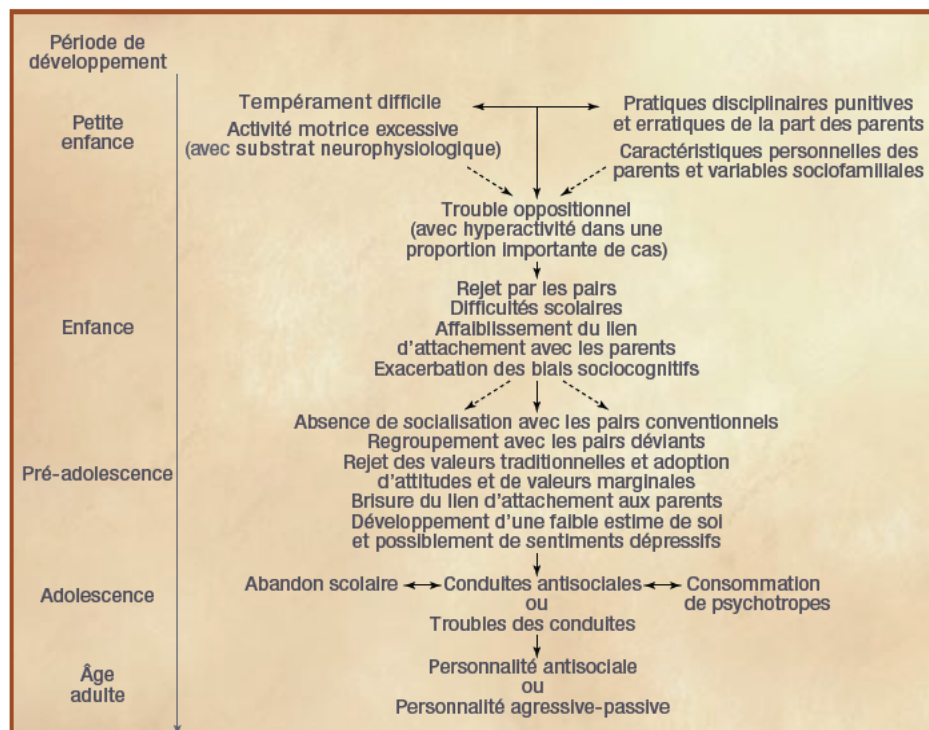
Les jeunes qui présentent ce type de problématique sont plus enclins à :

- ✓ éprouver des difficultés d'apprentissage, à cumuler des retards scolaires (Fergusson, Lynksey & Horwood, 1997).
- ✓ démontrer des problèmes relationnels avec les pairs (Coie, Dodge, Terry & Wright, 1991).
- ✓ décrocher de l'école secondaire à l'adolescence (McMohan & Frick, 2005).
- ✓ démontrer des difficultés d'intégration sur le marché du travail (Ministère de l'Éducation du Québec, 1999).
- ✓ consommer de façon précoce de la drogue et de l'alcool (Milberger, Biederman, Faraone & Chen, 1997).
- ✓ présenter un désordre de la conduite (Loeber, Green, Keenan & Lahey, 1995) et de la délinquance (Nagin & Tremblay, 1999).

Le trouble du comportement chez un jeune est l'un des motifs les plus communs de référence en pédopsychiatrie (Frick & Silverthorn, 2001). Ce type de problématique a tendance à perdurer dans le temps, pouvant donc mener à une multitude de difficultés d'adaptation tout au long de la vie d'une personne (Frick & Loney, 1999).

Vitaro et Gagnon (1999) présentent un modèle explicatif intégré (voir le tableau) qui décrit « une multitude de facteurs qui ont été associés (...) au développement de l'agressivité, des conduites antisociales, du trouble oppositionnel, de la délinquance, des problèmes de toxicomanie ou de l'abandon scolaire ». Ce tableau présente un exemple de séquence développementale possible, en mettant en évidence des facteurs qui peuvent contribuer à leur développement.

Selon le modèle de ces auteurs, un tempérament difficile et une activité motrice excessive chez un jeune enfant seraient envenimés lorsque les parents sont en discorde, démontrent un comportement coercitif, une discipline inconsistante ou une absence d'encouragements pour des comportements appropriés. Comme ces enfants développent souvent une faible tolérance à la frustration ainsi qu'une humeur instable et colérique, ils auront tendance à provoquer une attitude négative à leur égard de la part des adultes, ainsi que du rejet chez les pairs lors de leur entrée à l'école. Cela peut avoir une incidence sur l'estime de soi de ces enfants. Par la suite, certains jeunes seront susceptibles de fréquenter des pairs déviants et à adopter des comportements délinquants. Chez certains jeunes, ce parcours peut conduire à un trouble des conduites ou à une personnalité antisociale à l'adolescence ou à l'âge adulte. Cependant, si certains facteurs de protection sont présents ou mis en place, d'autres jeunes pourront s'adapter de façon plus harmonieuse (Pouliot, 2008; Massé, Desbiens et Lanaris, 2005).



Tiré de Vitaro et Gagnon, 1999

Impacts des troubles de comportement

On observe donc de nombreuses conséquences des difficultés ou des troubles de comportement chez l'enfant et dans son environnement. Ces conséquences ont tendance à s'accumuler au cours du développement et peuvent avoir un impact sous plusieurs plans.

D'abord, on peut observer un impact au niveau du **développement**. Les difficultés d'apprentissage, l'hyperactivité, les difficultés d'adaptation et l'insomnie en sont des exemples. Les troubles de comportement peuvent également avoir un impact au plan **personnel** chez les jeunes. En effet, ceux-ci peuvent démontrer une faible estime de soi, peu d'habiletés sociales, un

manque de solutions ou de réponses appropriées pour résoudre des problèmes, une évaluation inadéquate des situations, etc. On note également des impacts dans la **famille**. Les parents peuvent se sentir incompetents, les difficultés de comportement sont également susceptibles de créer des conflits dans la famille, entre les conjoints, voire même de susciter du rejet de la part de la famille élargie et du réseau social. Enfin, la présence d'un trouble de comportement chez un enfant peut avoir un impact **social**. En effet, le jeune rejeté par les pairs et les adultes sera isolé et pourra éventuellement être attiré par des pairs marginalisés (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005).

Troubles associés et comorbidité

Chez les jeunes, les difficultés ou les troubles de comportement sont souvent associés à un trouble de l'attention/hyperactivité (TDAH). On les voit régulièrement conjugués de manière comorbide au trouble oppositionnel avec provocation ou au trouble des conduites. Ce sont des troubles plus externalisés, c'est-à-dire surréactifs et dirigés vers autrui. Les troubles du comportement peuvent également être associés à d'autres types de troubles plus intériorisés (sous-réactifs, dirigés contre soi), tels le trouble anxieux, le trouble de l'humeur, le trouble de l'attachement ou le trouble des apprentissages. La présence de comorbidité favoriserait la persistance des difficultés de comportement et en accentuerait la sévérité (Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2005).

Enjeux développementaux des enfants entre 5 et 12 ans

D'une phase de développement à l'autre, les enjeux changent. Les stratégies et les techniques d'intervention auxquelles on a recours avec les enfants 0-5 ans ne fonctionnent pas avec les adolescents. Il en est de même avec la clientèle 5-12 ans. Entre l'âge de 5-12 ans, les structures cognitives des enfants évoluent considérablement. Les enfants de cet âge n'ont généralement pas intégré les mécanismes de contrôle au niveau social et émotif. Ils privilégient souvent l'agir et l'impulsion du moment. Au plan cognitif, ils sont encore centrés sur eux-mêmes, ils ont donc tendance à analyser les situations de leur point de vue et à s'approprier tout ce qui se passe autour d'eux (Lemay et Lemire, 2002). Au terme de cette étape de développement, l'enfant devrait avoir pris conscience qu'il est une personne parmi d'autres, mais qu'il est un individu distinct. On doit également tenir compte des différences de niveaux de développement entre les plus jeunes et les plus âgés de ce groupe d'âge et des variantes en fonction du sexe de l'enfant. En effet, les services offerts doivent permettre des interventions différentes dépendant de l'âge et du sexe de l'enfant. De plus, on doit accorder une place prépondérante aux parents au niveau de l'intervention puisque ces derniers constituent le point d'ancrage de l'enfant de 5-12 ans. D'autre part, l'école demeure un incontournable en ce qui a trait à l'offre de service puisque ce qui s'y passe occupe près de la moitié de la vie active du jeune.

Les difficultés ou troubles du comportement représentent donc un phénomène complexe, multidimensionnel. Par conséquent, les problèmes d'adaptation du jeune doivent être considérés comme étant le résultat d'une interaction entre l'enfant de 5-12 ans et son environnement. L'évaluation doit tenir compte de plusieurs sources d'information, être réalisée par une équipe multidisciplinaire en prenant en considération l'histoire et le mode de fonctionnement familial. On vise à déterminer les difficultés de la personne, ses forces, ses besoins et les ressources dont elle dispose afin de faire les meilleurs choix possibles pour répondre à ses besoins. Ainsi, l'intervention et la prise en charge du jeune doivent être multimodales, c'est-à-dire intégrer des interventions à la fois parentales, concernant l'enfant lui-même et le milieu scolaire. L'évaluation et l'intervention doivent donc être mises en place le plus près du milieu naturel de l'enfant, c'est-à-dire dans les milieux familial, scolaire et communautaire. Les différents partenaires sont tenus de développer une vision commune afin de favoriser l'arrimage en ce qui a trait aux cibles d'intervention.

Une approche psychodéveloppementale et écosystémique (Roy, 2006)

Fondements de l'approche :

- ✓ On doit tenir compte du développement (affectif, cognitif, physique et moral) du jeune. Selon des facteurs de risque et de protection, chaque enfant peut se développer à un rythme différent.
- ✓ L'adaptation de l'enfant sera influencée par sa capacité et celle de son environnement à le soutenir pour qu'il trouve un équilibre satisfaisant entre ses besoins et les exigences de l'environnement (familial, scolaire, communautaire). À travers ses expériences, l'enfant développera un mode de communication qui aura un impact sur les autres et influencera la qualité de son adaptation. La réaction de l'environnement devient déterminante, puisqu'elle pourra accentuer, atténuer, voire même corriger une trajectoire développementale inadéquate.
- ✓ Il est nécessaire de maintenir et de développer des stratégies préventives face aux situations que l'on peut identifier à l'avance comme étant un facteur de risque pour un enfant ou son milieu, puisque ces facteurs jouent un rôle majeur dans la construction de la trajectoire développementale.

Dans le but de mieux connaître l'offre de service régionale des organismes en Mauricie et Centre-du-Québec, la chargée de projet a rencontré des gestionnaires et professionnels des établissements (milieu scolaire, CSSS, CJ et pédopsychiatrie) de chacun des réseaux afin d'établir un portrait de l'organisation actuelle des services. Ces rencontres ont également permis de mettre en lumière les défis et irritants rencontrés avec la clientèle 5-12 ans en trouble du comportement.

**Ministère de l'Éducation,
du Loisir et du Sport**

Commissions scolaires

En milieu scolaire, on prodigue des services aux enfants 5-12 ans qui présentent des difficultés de comportement dans chacune des CS. L'offre de service varie d'une CS à l'autre, mais elle tient compte d'un processus gradué d'intervention, le modèle *Iowa* (annexe pour description). On y préconise habituellement les approches cognitive-comportementale, systémique et orientée vers les solutions. Chacune des CS offre des services d'éducation spécialisée, de psychoéducation et de psychologie dans le secteur régulier. Ces services soutiennent les milieux en permettant l'aménagement ou l'adaptation de certaines interventions afin de favoriser l'intégration de l'élève et de son maintien à l'école. Lorsque la problématique perdure et que ces services ne sont plus suffisants, le jeune et sa famille se doivent d'être orientés vers d'autres services. Certaines CS offrent des services éducatifs dans un contexte de services spécifiques pour cette clientèle. En effet, des CS délivrent un service de personne-ressource ou conseiller-clinique pour cette clientèle. Elles dispensent également des programmes de retrait temporaire de l'enfant de sa classe régulière, dans lesquels, tout au long du processus, l'enfant garde généralement un lien avec son groupe d'origine. Un intervenant l'accompagne ensuite lors de la réintégration dans sa classe. Plusieurs CS proposent des programmes d'apprentissage de comportements adaptés, soit à l'école d'origine ou dans une école désignée. Ces programmes sont dispensés par le service d'éducation spécialisée, en collaboration avec le service de psychoéducation. Le développement des habiletés sociales est habituellement une des cibles d'intervention. Des classes en adaptation scolaire sont en opération dans certaines CS. La clientèle est généralement assez hétérogène et les enfants qui présentent un trouble du comportement n'y sont pas toujours admis. On retrouve également des classes de maternelle pour élèves présentant des difficultés multiples, dont des difficultés de comportement. Enfin, deux personnes-ressources de la Direction régionale du MELS agissent, entre autres, en rôle-conseil auprès des milieux scolaires et offrent de la formation et de l'accompagnement au personnel du réseau de l'éducation (enseignants, soutien, direction, professionnels) pour des problématiques spécifiques. Elles contribuent au développement de l'expertise des intervenants par des travaux de recherche et de développement.

Centre de santé et de services sociaux

La région MCQ compte 8 CSSS. L'offre de service peut varier d'un établissement à l'autre. Sur la plupart des territoires, les CSSS associent les services d'intervenants psychosociaux avec le milieu scolaire pour la clientèle 5-12 ans. Certains y animent des activités. De plus, on implante actuellement dans quelques secteurs l'approche de promotion-prévention École en santé, et ce, en collaboration avec le milieu scolaire. Un suivi individuel ou familial par un intervenant psychosocial constitue généralement la première modalité d'intervention effectuée. Un suivi individuel ou familial peut également être offert par un éducateur spécialisé ou un psychoéducateur en première ligne. L'intervention systémique à court terme est privilégiée, ainsi que les interventions orientées vers les solutions (IOS). Plusieurs CSSS offrent un programme de formation pour les parents d'enfants qui démontrent une problématique d'opposition. Les CSSS coordonnent également le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC-2), en collaboration avec le CJ. Ce programme vise à développer chez des parents négligents, des capacités et des habiletés parentales. On cherche également à maintenir les enfants dans leur milieu naturel ou à préparer leur retour suite à un placement. De plus, une trajectoire de services pour les enfants présentant un TDAH a été constituée dans tous les CSSS. Une équipe de santé mentale a également été mise sur pied. Elles représentent le corridor d'accès pour les références au service de pédopsychiatrie. Un service de psychologie peut être offert via la trajectoire santé mentale jeunesse lorsqu'un enfant présente un trouble de santé mentale.

Pédopsychiatrie

Suite à la réorganisation des services dans les CSSS, des territoires voient leurs services jeunesse première ligne en pédiatrie et en pédopsychiatrie regroupés sous une même enseigne. C'est le cas des CSSS de l'Énergie (Shawinigan), d'Arthabaska-et-de-l'Érable (Victoriaville) et de Drummond. De son côté, le CSSS du Haut-St-Maurice offre les services de première ligne et doit référer au CSSS de l'Énergie pour les services de deuxième ligne. Les CSSS de Trois-Rivières, de Maskinongé et de Bécancour-Nicolet-Yamaska bénéficient des services de deuxième ligne du CHRTR, plus précisément du Pavillon Arc-en-Ciel. Enfin, le CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan offre des services de première ligne, mais doit faire appel au CSSS de l'Énergie ou au Pavillon Arc-en-Ciel (CHRTR) pour que sa clientèle puisse bénéficier des services de deuxième ligne. Avec la clientèle en trouble du comportement, les services de pédopsychiatrie peuvent être mis à contribution dans l'évaluation diagnostique et le traitement d'un jeune, lorsqu'un trouble du comportement est associé en comorbidité à une psychopathologie. La pédopsychiatrie s'avère être un service spécialisé de deuxième ligne pour les troubles en santé mentale et ne représente donc pas la réponse à toutes les demandes portant sur les troubles du comportement. Selon la trajectoire convenue dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, l'accessibilité au service de pédopsychiatrie doit s'effectuer par le guichet d'accès de l'équipe de santé mentale jeunesse des CSSS.

Centre Jeunesse

Les programmes spécialisés du CJ pour la clientèle 6-12 ans en trouble du comportement sont offerts exclusivement à l'externe, c'est-à-dire en dehors d'un centre de réadaptation ou d'un internat. Il y a d'abord le Programme de maintien en milieu familial (PMMF), un programme d'intervention planifiée à court terme et en situation de crise, dont le but est de dénouer la problématique afin d'éviter ou de limiter le placement de l'enfant lorsque le signalement est retenu. Le service de psychologie est également disponible au besoin. On privilégie les approches cognitive-behaviorale, psychodynamique et IOS. Le CJ offre également le PAPFC-2 dans le cadre de la LPJ, en collaboration avec les CSSS. Des ressources intermédiaires ou de type familial sont également disponibles pour les enfants qui manifestent des difficultés majeures de comportement. Le CJMCQ dispose également de ressources intermédiaires de type maison d'accueil pour recevoir et dispenser des services à des jeunes de 6 à 12 ans présentant une problématique de santé mentale ou une problématique lourde et complexe (offre de service CJMCQ).

Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI)

Bien que la clientèle présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) ne soit pas ciblée dans le cadre du présent document, il importe de mentionner que le CSDI offre un programme d'intervention pour les enfants qui présentent un trouble de comportement et ayant une DI ou un TED. De plus, en 2008, le CSDI a été désigné institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement.

Centre de réadaptation InterVal

Le Centre de réadaptation en déficience physique InterVal est un établissement public de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique. Ses services spécialisés s'adressent à toute personne (enfant, adolescent, adulte et personne âgée) ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage. De prime abord, cette clientèle n'est pas ciblée dans le cadre de référence, mais certains enfants présentant une déficience physique peuvent également démontrer des difficultés de comportement.

Domrémy

Domrémy est un centre de réadaptation en dépendance. Sa mission première se situe au niveau des problèmes de consommation de drogues, d'alcool et du jeu pathologique. L'équipe des intervenants de Domrémy est constituée de professionnels de la santé et des services sociaux : éducateurs, agents de relations humaines, psychologues, infirmiers, assistants en réadaptation et médecins. Les services de l'établissement s'adressent aux adolescents et adultes de tout âge, ainsi qu'aux personnes de l'entourage touchées par ces problèmes. L'équipe pourrait donc être appelée à intervenir auprès des parents qui éprouvent des difficultés liées à la consommation de psychotropes ou au jeu pathologique.

On doit reconnaître qu'un trouble grave de comportement est plus qu'un déséquilibre mineur. En ce sens, il faut planifier des interventions intensives et à long terme (Comité québécois pour les jeunes en difficulté de comportement), ce qui peut être difficile dans les conditions organisationnelles actuelles.

L'évaluation des problématiques est parfois incomplète. Dans l'urgence, les intervenants agissent régulièrement avec le comportement du jeune, le symptôme, qui n'est que la pointe de l'iceberg de la problématique. Pourtant, cette étape devrait précéder toutes références puisqu'elle est déterminante au niveau de l'orientation vers les services et trajectoires qui répondront aux besoins réels des enfants et de leur famille. L'évaluation demeure l'assise de l'intervention.

Au niveau des services des CSSS associés au milieu scolaire, on a parfois l'impression de prioriser l'accessibilité des services au détriment de l'intensité, et ce, afin d'assurer que tous les jeunes bénéficient d'une réponse à leurs besoins sans délai d'attente.

Dans plusieurs organisations, on observe un besoin de supervision et d'accompagnement sur le terrain concernant les troubles de comportement chez les jeunes de 5-12 ans, afin d'assurer la qualité des interventions. La bonification des pratiques actuelles et l'implantation réelle de nouvelles approches ne peuvent s'effectuer à travers une simple journée de formation. De plus, certains intervenants ont manifesté leur besoin de soutien afin de sortir de leur isolement professionnel.

Actuellement, un nombre limité d'intervenants fait de la réadaptation avec cette clientèle, faute de ressource. En effet, suite aux amendements à la LPJ, de nombreux intervenants en CSSS font face à des difficultés par rapport à ce mandat plus large, surtout en ce qui a trait à la clientèle récalcitrante et aux placements en LSSSS.

Peu de ressources humaines et financières sont allouées pour effectuer de la réadaptation de façon intensive avec la clientèle 5-12 ans en trouble du comportement et leur famille. Les problématiques de ces enfants tendent à se cristalliser et à évoluer vers une trajectoire développementale plus pathologique.

Certains intervenants du service Info-Social n'ont pas reçu de formation en ce qui a trait à l'intervention en situation de crise familiale dans le cadre de leur scolarisation. Il en est de même pour quelques gestionnaires qui les supervisent. Devant des situations urgentes, il peut donc être ardu pour ces derniers de prendre une décision et d'intervenir de façon à répondre aux réels besoins du jeune et de sa famille. D'ailleurs, des travaux sont actuellement en cours afin de revoir la structure du processus de gestion de crise, et ce, sans avoir recours à une équipe spécialisée enfance-jeunesse-famille.

Plusieurs ententes de collaboration et trajectoires de services existent déjà (TDAH, trouble de santé mentale, DI-TED) afin de faciliter la concertation et la continuité des services entre les réseaux et, à l'intérieur même d'un réseau, d'éliminer les doublons et de combler les vides de services. De nombreux intervenants ont l'impression que ces trajectoires descendent sur le terrain

en silo, sans avoir les réelles ressources pour les mettre en place. Un suivi afin de faciliter la compréhension de ces trajectoires et d'en améliorer l'application est souhaitée par plusieurs.

Avec certains enfants dont les problématiques sont très lourdes et complexes, le milieu scolaire peut se retrouver démuní, tant au niveau des ressources humaines (enseignant, intervenant) que matérielles (locaux sécuritaires). Ces enfants ne semblent pas disponibles aux apprentissages, il est donc extrêmement difficile de les scolariser, et ce, malgré le support des intervenants de l'école, des CS et des partenaires. Forcément, on ne travaille pas toujours de manière concertée, intégrée, en complémentarité.

ÉVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

L'évaluation est une étape essentielle afin de bien saisir la dynamique du jeune et de sa famille avant d'intervenir. Elle doit permettre aux intervenants d'identifier les facteurs de risque, ainsi que les compétences et les ressources de l'enfant et de sa famille. L'évaluation doit être rigoureuse et systématique. Elle doit amener l'intervenant à interpréter de façon dynamique les relations entre les données individuelles et environnementales présentes chez le jeune. Ainsi, on pourra comprendre la situation de l'enfant, offrir des mesures d'aide adaptées à ses besoins et le situer par rapport à l'ensemble des jeunes de son âge (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005). De plus, cette évaluation devrait permettre de référer l'enfant et sa famille vers la bonne trajectoire de services, puisque le trouble du comportement chez les enfants peut être le symptôme d'une multitude de problématiques, tels le TDAH, le trouble d'apprentissage, les troubles anxieux, les troubles d'attachement, le trouble envahissant du développement, etc.

Évaluation fonctionnelle

L'approche psychodéveloppementale et écosystémique privilégie d'abord l'évaluation fonctionnelle du comportement de l'enfant. Celle-ci vise à mettre en lumière les fonctions des difficultés de comportement, ainsi que l'ensemble des facteurs de l'environnement susceptibles d'influencer l'apparition de ces comportements et de les maintenir. Ce type d'évaluation s'appuie principalement sur l'observation de l'enfant dans son milieu. Elle permet donc de :

- ✓ Décrire les problèmes de comportement de l'enfant et d'objectiver le jugement des gens qui interviennent auprès de lui.
- ✓ Distinguer les moments et les situations qui permettent de prédire l'apparition des comportements et d'établir les conséquences qui les font se maintenir.
- ✓ Formuler des hypothèses sur les fonctions du comportement.
- ✓ Déterminer quelles sont les variables qui peuvent être modifiées pour améliorer la situation.
- ✓ Évaluer par la suite l'efficacité de l'intervention de manière objective.

Ces épreuves sont standardisées et permettent de comparer l'enfant à un groupe de référence du même âge, du même sexe et de la même communauté culturelle. Ces outils sont administrés par des professionnels formés (psychoéducateur, psychologue) et s'adressent aux enseignants, aux parents ou au jeune lui-même. Ils peuvent également être utiles au niveau de la compréhension des problématiques vécues par les jeunes présentant des difficultés ou troubles de comportement. Voici quelques exemples d'outils cliniques pouvant être utilisés par les professionnels œuvrant auprès de cette clientèle (annexe pour description) :

- ✓ Système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA, 2001);
- ✓ Échelles d'évaluation Conners (2000);
- ✓ Échelles d'évaluation des dimensions du comportement (EDC) (Bullock & Wilson, 1998);
- ✓ Dominic Interactif (Valla, 1999, 2002);
- ✓ Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), version francophone (Shaffer et al., 1999);
- ✓ Inventaires Beck Youth;
- ✓ M-PACI;
- ✓ Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE).

INTERVENTION POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS UNE PERSPECTIVE ÉCOSYSTÉMIQUE

Les interventions qui apparaissent les plus efficaces selon les études contrôlées réalisées dans les pays anglosaxons et aux États-Unis sont multimodales et fondées sur la prise en charge de la globalité de la famille de l'enfant présentant un trouble du comportement (INSERM, 2005). Les modalités de prise en charge intègrent des interventions à la fois parentales, auprès de l'enfant lui-même et des enseignants.

- ✓ Les stratégies d'intervention doivent être adaptées à chaque enfant, famille.
- ✓ L'énergie doit être mise sur le renforcement des leviers de changement, sur les forces des personnes en difficulté, plutôt que sur les problèmes.
- ✓ Les parents doivent saisir toute l'importance de leurs responsabilités et des conséquences de leurs gestes, favoriser l'autonomie.
- ✓ L'intervention doit être offerte dans le milieu (domicile, école, communauté) lorsque cela est possible, renforcer le réseau informel de support.

Interventions privilégiées auprès des enfants

La période de l'enfance est probablement la plus favorable aux interventions avant que les comportements ne soient totalement cristallisés. Les interventions pendant cette période du

développement permettraient donc de réduire les effets développementaux, en permettant aux enfants d'effectuer des apprentissages positifs concernant les relations aux pairs et les adultes.

Cibles d'interventions suggérées :

- ✓ Développer une relation significative avec l'adulte, un lien d'attachement,
- ✓ Modifier la façon dont les enfants interprètent les informations et les relations interpersonnelles, puisqu'un biais à ce niveau peut expliquer en bonne partie le comportement social de l'enfant,
- ✓ Développer ou modifier les stratégies de résolution de problèmes à travers le modeling, le renforcement, les expériences personnelles,
- ✓ Développer les habiletés sociales et les aspects personnels, tels la responsabilisation, l'estime de soi, gestion du stress, l'anxiété, etc.,
- ✓ Développer l'autocontrôle (gestion de la colère, tolérance à la frustration, auto-instructions).

Interventions privilégiées auprès des parents et de la famille

Les parents ont souvent besoin de support et d'assistance afin de faire face aux comportements problématiques de leur enfant, d'exercer leur rôle parental et d'avoir des réactions plus appropriées face à ces comportements. De plus, les pensées de l'enfant peuvent être grandement influencées par les pensées de ses parents. Les interventions avec les parents ont comme buts de les accompagner dans la compréhension du comportement de leur enfant, et ainsi accroître leur sensibilité aux besoins de celui-ci. On souhaite également développer des compétences parentales consistantes qui tiennent compte de l'âge de l'enfant et des défis développementaux qui s'y rattachent. Ainsi, on peut accroître la cohésion familiale.

Cibles d'intervention suggérées :

- ✓ Développer un lien de confiance avec l'intervenant.
- ✓ Développer les habiletés parentales, les habiletés éducatives.
- ✓ Développer les habiletés de résolution de problèmes.
- ✓ Développer la sensibilité aux limites, aux forces et aux habiletés de leurs enfants pour mieux comprendre leur réalité.
- ✓ Développer des habiletés de communication.
- ✓ Développer les habiletés d'encadrement, de cohérence.
- ✓ Travailler au niveau du contrôle de soi, de l'agressivité.
- ✓ Développer un système de soutien et d'étayage pour l'ensemble de la famille.

Interventions privilégiées avec les enseignants

Cibles d'intervention suggérées « Services régionaux de soutien et d'expertise à l'intention des élèves ayant des difficultés d'ordre comportemental, 2007 » :

- ✓ Développer un lien significatif avec les élèves.
- ✓ Accroître la compréhension du développement des problèmes de comportement chez les élèves afin de partager la conviction que l'éducation et l'école peuvent contribuer à prévenir le développement de ces problèmes.
- ✓ Être attentif à la diversité des problèmes et reconnaître la nécessité d'une intervention individualisée.
- ✓ Développer les habiletés d'encadrement et de cohérence auprès d'un groupe.
- ✓ Intégrer des interventions qui sont issues des connaissances sur les pratiques reconnues comme efficaces avec les élèves.
- ✓ Développer des habiletés de communication et de collaboration qui favorisent le partenariat avec les parents.
- ✓ Développer les interventions proactives.
- ✓ Développer des habiletés pour travailler en équipe.
- ✓ Planifier l'inclusion scolaire.
- ✓ Développer un protocole d'intervention en situation de crise.

Dans tous les contextes, on doit privilégier une approche MULTIMODALE. Il est important de promouvoir le développement des compétences de l'enfant en favorisant une approche SYSTÉMIQUE, qui permet d'intervenir auprès de l'enfant, des pairs, de la famille, de l'école et de la communauté, et ce, dans le milieu naturel. La CONCERTATION entre les partenaires est primordiale afin de s'assurer que les actions entreprises s'inscrivent dans la continuité. Enfin, lorsqu'un enfant présente un trouble du comportement, seules les interventions INTENSIVES et prolongées semblent efficaces (Massé, L., Desbiens, N., & Lanaris, C., 2005).

CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES DIFFICULTÉS OU TROUBLES DU COMPORTEMENT

(Walker, H.M., Horner, R.H., Sugai, G., Bullis, M.,
Sprague, J.R., Bricker, D. & Kaufman, M.J., 1996)

Un des premiers objectifs de ce cadre de référence est de permettre à un enfant présentant des difficultés ou des troubles du comportement et à sa famille, de bénéficier de services de première ligne et d'interventions adaptées à leurs besoins spécifiques. Il faut donc assurer un continuum de services intégrés et concertés entre les établissements des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation autour du jeune et de sa famille. Ainsi, ces enfants pourront bénéficier de services psychosociaux courants ou de réadaptation, selon leurs besoins au niveau de l'intensité et de la durée des services requis pour améliorer la situation.

Toutefois, avant de faire appel aux partenaires pour arrimer les interventions, les organismes impliqués doivent tenter certaines actions préventives ou correctives, soit des interventions universelles et ciblées. En effet, il est important que les étapes spécifiques à chaque organisme soient respectées avant de référer aux services intégrés pour les troubles du comportement.

Interventions universelles

Ce type d'intervention vise tous les enfants, ainsi que leur famille. Ces derniers ne sont pas nécessairement à risque, mais ces mesures visent à mettre en valeur, à renforcer les facteurs de protection dans une perspective globale, de manière à éviter que le jeune ou sa famille devienne à risque (Royer, 2006). On cherche ici à prévenir l'apparition de difficultés et à dépister des problématiques.

Ce premier niveau d'intervention concerne principalement les enfants, les parents et les enseignants. Ceux-ci peuvent bénéficier de soutien de la part d'intervenants en CPE, CSSS ou des services éducatifs complémentaires et de la direction en milieu scolaire.

Actions qui touchent l'intervention universelle :

- ✓ Dépistage, identification précoce de certaines problématiques lors de la vaccination, du suivi postnatal précoce par les infirmières du CSSS;
- ✓ Observations via des grilles par les éducatrices CPE;
- ✓ Activités éducatives ou de stimulation, ateliers de stimulation;
- ✓ Approche promotion-prévention École en santé;
- ✓ Application rigoureuse et non rigide du code de vie de l'école;
- ✓ Programme de prévention de la violence, de l'intimidation en milieu scolaire;
- ✓ Gestion de classe, bonnes pratiques d'enseignement;
- ✓ Création d'un lien significatif entre l'enfant et l'enseignant;
- ✓ Communication avec les parents;
- ✓ Etc.

Interventions ciblées

Ce type d'intervention vise les enfants à risque ainsi que leur famille (5 % à 10 %) qui présentent une vulnérabilité et des difficultés d'adaptation dues à des caractéristiques personnelles, scolaires, familiales ou sociales. Ceux-ci ne répondent pas aux stratégies de prévention et aux interventions universelles. On cherche donc à mettre en lumière des facteurs de risque ou de protection qui favorisent le développement d'une trajectoire développementale plus ou moins adaptée. Les interventions déployées doivent donc jouer un rôle de protection contre les facteurs susceptibles de générer, de maintenir ou d'aggraver les difficultés de l'enfant et de sa famille.

Ce deuxième niveau d'intervention concerne les parents, les intervenants sociaux de première ligne, les enseignants, la direction, les éducateurs spécialisés, parfois même les professionnels de l'école.

Actions liées à l'intervention ciblée :

- ✓ Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) offerts par les CSSS;
- ✓ Planification de l'arrivée à l'école avec tous les intervenants concernés;
- ✓ Préscolaire 4 ans offert à une clientèle vulnérable;
- ✓ Adaptation de l'enseignement;

- ✓ Service d'orthopédagogie offert par le milieu scolaire;
- ✓ Animation d'activités spécifiques pour des besoins identifiés (résolution de problèmes, habiletés sociales, empathie, habiletés parentales, éducatives...) avec des groupes d'enfants ou des parents;
- ✓ Observation de l'enfant par un professionnel des services complémentaires de la CS pour soutien scolaire ou comportemental;
- ✓ Évaluation fonctionnelle;
- ✓ Programme d'autocontrôle, de résolution de problèmes et de compétences sociales pour les élèves du primaire ayant des troubles du comportement (PARC);
- ✓ Plan d'intervention;
- ✓ Programme de répit pour les parents;
- ✓ Retrait de la classe d'origine vers une classe de répit;
- ✓ Suivi psychosocial;
- ✓ Etc.

Parfois, malgré l'application rigoureuse des interventions universelles, ciblées et du plan d'intervention dans un établissement, la situation perdure. En effet, la grande majorité des enfants reçoit des services adaptés à leurs besoins, sans qu'il y ait nécessité d'arrimer les interventions entre les différents organismes sur une longue période. Toutefois, une certaine proportion d'entre eux présentent des troubles graves du comportement, des problématiques complexes, multiples qui requièrent une mise en commun des expertises, afin que les partenaires et organismes impliqués puissent répondre à leurs besoins spécifiques en harmonisant leurs objectifs et moyens d'intervention. Ces objectifs et moyens peuvent sortir du cadre habituel des pratiques et nécessiter des services spécialisés, voire même surspécialisés.

Plusieurs facettes de la vie des enfants, des familles et de la communauté sont impliquées dans le phénomène du développement des troubles du comportement. L'intervention se doit donc d'être continue, multimodale, concertée et intégrée entre plusieurs partenaires. Ce type d'intervention porte sur plusieurs cibles successivement ou simultanément et permet de structurer le processus clinique autour de l'enfant et de sa famille, s'il y a lieu.

On fait ici appel à des interventions dirigées, voire même multimodales, enveloppantes, qui sont de l'ordre de la réadaptation.

Interventions dirigées, multimodales, enveloppantes
--

Ces interventions touchent des jeunes (0,1 % à 5 %) dont le trouble a été mis en lumière en raison de sa durée, fréquence, constance, gravité ou complexité. Ces enfants présentent un trouble chronique du comportement, persistant dans la vie courante, qui peut durer toute une vie. L'objectif de ce type d'intervention est de réduire l'ampleur de la problématique chez le jeune et sa famille afin d'amoindrir les conséquences qu'elle pourrait avoir sur le développement de l'enfant. Les interventions doivent donc être globales, concertées, entreprises tôt et appliquées à long terme. Elles doivent intégrer de manière coordonnée des services éducatifs, psychosociaux, en réadaptation et parfois même médicaux, et impliquer les parents, les pairs et les enseignants.

Les interventions doivent être hautement individualisées, élaborées sur mesure, impliquer concrètement et directement les individus et organismes qui sont les plus susceptibles de s'engager à long terme à offrir des services à ces jeunes, ainsi qu'à leur famille.

Ce troisième niveau d'intervention implique les parents, la direction de l'école, au moins un professionnel des services éducatifs complémentaires dans le réseau scolaire et celui de la santé et des services sociaux. L'évaluation psychosociale, fonctionnelle est incontournable à cette étape, ainsi que l'évaluation normative, à l'aide d'épreuves standardisées. Le travail en partenariat est essentiel.

Actions relevant des interventions dirigées, multimodales et enveloppantes:

- ✓ Évaluation normative afin de préciser les besoins réels du jeune et de sa famille;
- ✓ Soutien direct des professionnels des différents établissements;
- ✓ Rencontres interdisciplinaires pour arrimage entre les intervenants et établissements impliqués;
- ✓ Services psychosociaux et de réadaptation individuels, continus et souvent intensifs, combinés à de l'intervention de groupe;
- ✓ Évaluation en pédopsychiatrie;
- ✓ PSII;
- ✓ Orientation dans une classe d'adaptation scolaire;
- ✓ Enseignement hautement individualisé;
- ✓ Signalement DPJ;
- ✓ Le projet canadien « S'occuper des enfants » (SOCEN) (en annexe);
- ✓ Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Initiative AIDES);
- ✓ Placement en famille d'accueil;
- ✓ Réadaptation intensive avec l'enfant et la famille;
- ✓ Orientation vers une ressource alternative spécialisée. Par exemple, une ressource de type familial ou intermédiaire du CJ pour les enfants dont les problématiques sont très lourdes et complexes, comme un trouble de l'attachement;
- ✓ Etc.

Réadaptation (Programme-services Jeunes en difficulté)

Selon G. Gendreau et R. Tardif(1999), la réadaptation est un processus d'aide qui permet « 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 par 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 ». L'intervention en réadaptation peut être offerte dans le milieu familial, scolaire, dans d'autres milieux de vie fréquentés par l'enfant ou dans un milieu d'hébergement substitut.

La réadaptation s'inscrit à l'intérieur d'une démarche planifiée, visant à modifier la situation et reposant sur un plan d'intervention ou un plan de services individualisé lorsque nécessaire. L'intervenant se centre principalement sur l'accompagnement soutenu du jeune ou du parent en difficulté d'adaptation dans sa démarche pour combler ses déficits, mettre en valeur ses forces, développer ses habiletés sociales et modifier certains comportements. Pour l'enfant, l'intervenant

met à contribution les éléments de sa vie quotidienne : les parents, le milieu scolaire, les pairs, etc. Avec les parents, l'intervenant fournit les moyens nécessaires à l'exercice de leur rôle parental.

| L'intervention en contexte de ressource de type intermédiaire

La ressource intermédiaire est une ressource résidentielle qui reçoit une clientèle présentant diverses problématiques. Son objectif principal est de stabiliser le comportement de jeunes qui vivent une désorganisation dans plusieurs sphères de développement. Le placement est généralement d'une durée de 6 mois (CJMCQ). Lorsque le comportement de l'enfant se stabilise, il doit être orienté vers une autre ressource. La ressource doit travailler en collaboration avec les intervenants à l'élaboration et à l'actualisation du plan d'intervention. Elle doit également collaborer avec la famille, le milieu scolaire et les autres partenaires. Ce type de ressource peut donc représenter une étape charnière avec les enfants qui présentent des problématiques complexes.

LES SITUATIONS DE CRISE

Définition

« Une crise apparaît chez un individu quand celui-ci est confronté à des conditions adverses, à des difficultés intolérables, réelles ou perçues, qui génèrent chez lui un malaise émotionnel, une réaction d'anxiété, qu'il ne peut ni fuir, ni résoudre avec ses moyens habituels. La crise peut engendrer un dysfonctionnement sévère de l'individu tant sur le plan affectif, cognitif que comportemental » (Robert Pauzé, 1999).

Intervention

En général, la crise n'est pas soudaine, elle se prépare progressivement, et peut, dans certains cas, devenir prévisible. L'efficacité de l'intervention réside dans l'attitude calme, empathique, chaleureuse et authentique de l'intervenant, mais également dans la planification et la pratique que celui-ci se donne. Les divers acteurs impliqués auprès des enfants et de leur famille devraient être sensibilisés aux signes précurseurs et aux différentes phases de la crise, ainsi qu'aux interventions efficaces qui y sont rattachées. Évidemment, l'horaire des intervenants en situation de crise doit être souple de façon à permettre d'offrir des services rapides aux personnes qui en ont besoin. En effet, le service d'intervention en situation de crise devrait être disponible 24 heures par jour, 365 jours par année et un suivi intensif auprès de l'enfant et de sa famille devrait être mis en place par la suite.

Le protocole d'intervention en situation de crise est un outil incontournable pour les intervenants et gestionnaires, et ce, autant dans les établissements scolaires que dans les établissements de la santé et des services sociaux. En effet, dans l'urgence, l'intervenant doit poser des gestes rapidement (par exemple, sécuriser les lieux et les personnes, effectuer un placement), sans toujours analyser rigoureusement la pertinence de ces actions. Les établissements devraient donc

déterminer à l'avance certaines procédures à suivre en situation de crise afin d'offrir un réel soutien aux intervenants et une aide plus rationnelle aux enfants en difficulté ainsi qu'à leur famille (Sanfaçon, 2002).

Lorsque la crise implique la notion d'urgence, voire même de dangerosité en ce qui concerne l'atteinte ou le risque d'atteinte à l'intégrité de la personne, une intervention extérieure, immédiate devient nécessaire pour soulager un degré de tension élevé. La « dangerosité réfère à un comportement à risque dans l'immédiat, prévisible ou à proximité de causer des blessures à lui-même ou à une autre personne, ou à toute autre menace ou tentative de comportement de même nature » (Comité enfance-jeunesse-famille Arthabaska-Érable, 2007).

Le Comité de concertation Enfance-jeunesse-famille des MRC d'Arthabaska-et-de-l'Érable a mis sur pied une « Trajectoire de services pour les jeunes présentant des comportements de dangerosité », qui est un exemple à suivre. Ce comité regroupe des décideurs des organismes œuvrant auprès de cette clientèle, ainsi qu'un représentant communautaire de chacune des quatre tables de concertation enfance et jeunesse de la MRC. La trajectoire s'adresse aux jeunes de 0 à 18 ans et son but est de mieux coordonner le continuum de services pour ces jeunes et leurs familles lorsqu'ils sont confrontés à des situations de dangerosité, d'urgence, et ainsi éviter les vides de services (voir annexe).

Dans le cas où les milieux scolaire et familial ne peuvent plus contenir la dynamique de l'enfant, des services de réadaptation hautement individualisés doivent être mis en place afin de préserver l'intégrité physique et psychologique du jeune et des différentes personnes impliquées. Ces services doivent être dispensés en étroite collaboration avec les parents ou les titulaires de l'autorité parentale, le milieu scolaire et les différents partenaires impliqués. De fait, les enfants aux prises avec des problèmes multiples peuvent rapidement épuiser leur famille, le milieu scolaire et les familles d'accueil (Association des Centres Jeunesse du Québec, 2007). Pensons aux enfants qui présentent des problèmes de santé mentale ou un trouble de l'attachement. Ces derniers peuvent démontrer des difficultés majeures de comportement et devenir dangereux pour eux-mêmes et les gens qui les entourent. L'intervention nécessite alors un cadre physique capable de contenir les débordements d'action de manière sécuritaire et une équipe d'intervenants professionnels offrant une présence 24/7 au besoin. Toutefois, malgré l'ampleur des troubles de comportement que peut présenter un enfant, il est souhaitable que celui-ci conserve un lien avec son milieu naturel (famille, école, communauté) lorsque cela est possible. Lorsque la réintégration du jeune dans son milieu naturel est envisageable, cette réintégration doit être effectuée progressivement et avec le support d'un intervenant.

ACCÈS AUX SERVICES INTÉGRÉS POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Demande du milieu vers les CSSS

De façon générale, la demande arrive à l'Accueil-évaluation-orientation (AEO), ce service étant la porte d'entrée principale pour toutes les demandes. L'AEO a comme rôle de saisir la nature de la demande de services, d'évaluer les besoins et d'orienter la demande (qu'elle provienne des

parents, du milieu scolaire ou d'un autre demandeur) vers le bon service à l'interne ou à l'externe. Généralement, dans ce type de problématique, un intervenant du programme-services enfance-jeunesse-famille prendra la relève auprès du jeune et de la famille.

Demande du milieu vers Info-Social et Info-Santé

Lorsque la situation l'exige, on procède à une intervention de crise dès le moment de la demande. La réponse immédiate à la crise est assurée par un intervenant de l'Info-Social. Puis, rapidement un intervenant relevant du programme-services enfance-jeunesse-famille du CSSS rencontrera l'enfant et sa famille afin d'évaluer les besoins de la famille et d'orienter la demande vers le bon service.

Demande du milieu vers l'école

Les parents et l'enseignant constatent des difficultés de comportement chez un enfant. Après avoir tenté différentes interventions et suite à la mise à contribution des professionnels des services éducatifs complémentaires, la direction de l'école ou la personne désignée par celle-ci demande une discussion de cas au CSSS selon les modalités locales. De fait, cette discussion peut être effectuée avec l'intervenant psychosocial associé à l'école. La demande peut également passer par l'accueil-évaluation-orientation (AEO) du CSSS.

Demande du milieu vers le CJ ou le DPJ

Suite aux amendements apportés à la LPJ, les jeunes signalés présentant un trouble de comportement pourront, dans certains cas, être redirigés vers les services de première ligne du CSSS. Un transfert entre les CJ et le CSSS peut être nécessaire lorsque le signalement est non retenu et que le besoin de service n'est pas urgent, ou à l'évaluation, lorsque les faits sont non fondés et que la sécurité et le développement sont non compromis. Avec l'autorisation du parent, le service rétention-traitement des signalements (RTS) complète alors une fiche de liaison produite à cet effet.

La référence du CJ peut nécessiter un transfert personnalisé avec le CSSS lorsque le signalement est non retenu, mais que le besoin de service est immédiat, à l'évaluation, lorsque les faits sont fondés et la sécurité et le développement sont non compromis ou à la planification de la fin de l'application des mesures. Ces transferts se réalisent lors d'une rencontre réunissant le client et les intervenants des CJ et CSSS. Lorsque d'autres partenaires sont impliqués auprès du client, ils sont également invités à cette rencontre. L'objectif de la rencontre est d'amorcer l'élaboration d'un PI ou PSII (ASSSMCQ, 2008). Évidemment, pour effectuer ces transferts, les parents doivent d'abord y consentir.

Autres demandeurs

Lorsque l'enfant ou sa famille arrive des établissements spécialisés à vocation régionale (pédopsychiatrie, CSDI, InterVal, Domrémy) ou autres, il doit passer par l'AEO du CSSS.

En annexe, vous retrouverez le continuum illustrant comment un jeune de 5 à 12 ans présentant un trouble du comportement et sa famille accèdent aux services et ainsi amorcer un processus de concertation entre les établissements, principalement à travers la démarche PSII. Ce continuum s'inspire de l'« Offre de service en réadaptation des CSSS de l'Estrie concernant les jeunes présentant des difficultés sévères de comportement ».

STRUCTURE DU CONTINUUM DE SERVICES

La coordination des services avec les enfants présentant des troubles du comportement doit être assurée par au moins une personne. Celle-ci doit s'assurer d'impliquer les deux réseaux, soit la santé et les services sociaux et l'éducation. Cette structure permet de procéder à l'analyse des situations problématiques qui ont fait l'objet d'évaluation et d'interventions formelles de l'école ou de l'environnement familial et social de l'enfant, et dont les résultats amènent à penser qu'elles présentent une sévérité et une persistance qui dépassent le champ de compétence exclusif d'un établissement (Commission scolaire Beauce-Etchemin, 2004). Cette démarche vise également à explorer les possibilités de services qui seraient susceptibles d'orienter les actions des intervenants. Les responsabilités attribuées s'appuient sur le document de travail « Projet Satellite » (2007).

Responsabilités des gestionnaires

- ✓ Faciliter la concertation, favoriser la collaboration et l'arrimage des services.
- ✓ S'assurer que les établissements concernés rendent disponibles les ressources nécessaires pour offrir les services requis par la situation.
- ✓ Clarifier les besoins et identifier les ressources de leur établissement qui seront désignées pour intervenir dans une situation donnée.
- ✓ Au besoin, informer et accompagner l'intervenant de son établissement à chacune des étapes du processus PSII.

Responsabilités des intervenants

- ✓ S'assurer que le jeune et sa famille soient informés et accompagnés afin de se préparer aux rencontres.
- ✓ Consigner les informations pertinentes sur le fonctionnement de l'enfant dans son milieu naturel.
- ✓ Évaluer l'enfant ou la famille.
- ✓ Établir un PI avec l'enfant et la famille et le mettre en œuvre.

- ✓ Soutenir l'enseignant, s'il y a lieu, au niveau de la gestion de classe pour l'enfant en trouble de comportement.
- ✓ S'assurer que le PSII répond à la vision du jeune et de sa famille, de leurs besoins, de leurs ressources et difficultés.
- ✓ Assurer le suivi de l'application du PSII et de son évolution.
- ✓ Collaborer avec les partenaires dans la mise en action du PSII.
- ✓ Démontrer de l'ouverture face à la supervision clinique sur le terrain.

Responsabilités des intervenants en réadaptation

- ✓ Intervenir et agir efficacement en situation de crise.
- ✓ Offrir un accompagnement concret et immédiat auprès de l'enfant et de sa famille.
- ✓ Élaborer et appliquer un PI.
- ✓ Aider et supporter l'enfant au niveau de l'apprentissage de nouveaux comportements plus adaptés.
- ✓ Outiller les parents dans l'amélioration du soutien, tant affectif qu'éducatif qu'ils procurent à leur enfant.
- ✓ Supporter les parents dans l'exercice de leur rôle parental.
- ✓ Collaborer avec le personnel des autres établissements.

Responsabilités de la famille et des enfants

- ✓ Participer activement aux rencontres prévues dans le processus.
- ✓ Collaborer à l'élaboration du PI et du PSII.
- ✓ S'engager à la mise œuvre du PI et du PSII.
- ✓ Communiquer avec les intervenants responsables.
- ✓ Être disponible et motivé à recevoir des services et contribuer au fonctionnement du continuum.

CONDITIONS GAGNANTES

La bonification et le renouvellement des pratiques

- ✓ La transformation des pratiques est largement tributaire des conditions organisationnelles mises en place pour soutenir les changements : accompagnement continu, niveau d'adhésion des gestionnaires et supervision reçue par les intervenants.

- ✓ La bonification des pratiques impliquent pour les gestionnaires et les intervenants : la compréhension du changement, du temps de travail individuel et d'expérimentation, des moments d'échange entre les professionnels d'un même réseau et avec les partenaires, des activités de formation communes entre les deux réseaux, du soutien des praticiens dans la résolution de problèmes rencontrés.
- ✓ Les organismes ou les établissements devraient se doter d'un processus décisionnel favorisant la répartition des différentes interventions auprès des jeunes concernés soit basée sur la reconnaissance des meilleures pratiques, plutôt que sur la disponibilité d'un service (Kazdin, 1996; Massé, 2005).
- ✓ Les différents établissements devraient être sensibilisés au fait que le personnel travaillant auprès de cette clientèle devrait présenter un profil de compétences particulier.
- ✓ Le travail en partenariat suppose une meilleure connaissance et compréhension de la culture et des réalités de chacun.
- ✓ Des ressources humaines et financières sont en jeu lorsqu'on souhaite bonifier ou renouveler les pratiques, surtout lors de l'étape d'implantation. Les gestionnaires doivent en être conscients et utiliser leur leadership afin que tout le monde y adhère et s'implique pour en faciliter la mise en œuvre.

Actions

- ☒ Formaliser l'évaluation des besoins de cette clientèle pour chacun des territoires de CSSS à partir des mécanismes locaux déjà en place, en établissant un portrait commun et local des secteurs plus vulnérables, et ce, à tous les 3 ans.
- ☒ Réunir des ressources et octroyer plus de services dans les secteurs identifiés conjointement comme étant plus vulnérables, et ce, en tenant compte des missions respectives des établissements.
- ☒ Assurer un investissement conjoint des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation dans ces secteurs plus vulnérables, afin de mettre en place des pratiques reconnues comme étant efficaces.
- ☒ S'assurer que les intervenants des CSSS puissent comptabiliser les interventions indirectes et de groupe.
- ☒ En tenant compte de la capacité de chaque établissement, assurer une disponibilité des ressources en psychoéducation pour la clientèle enfance-jeunesse-famille et que ces ressources soient en nombre suffisant afin de permettre l'intensité souhaitée des interventions.
- ☒ Établir l'accessibilité des ressources humaines et financières en fonction des nouveaux mandats qui sont dévolus aux organismes concernés.
- ☒ Convenir d'une charge de travail permettant l'intervention intensive des intervenants responsables de la réadaptation.

Partenariat et concertation

- ✓ Il est primordial d'intervenir en équipe intersectorielle, sur plusieurs facteurs à la fois.
- ✓ Ce travail en complémentarité permet de déployer des interventions dans plusieurs milieux (jeune, famille, école, communauté) afin d'agir sur plusieurs facteurs (compétences sociales, habitudes de vie, résolution de problèmes, environnement physique et social, etc.).
- ✓ Faciliter et simplifier la communication de l'information pertinente aux intervenants et favoriser la concertation et la continuité des services à travers les procédures établies dans les ententes de complémentarité MELS-MSSS.
- ✓ Donner lieu à du partenariat soutenu entre les intervenants sur le terrain à travers des mécanismes et des ententes de collaboration formels, puisqu'un seul organisme ne peut répondre adéquatement aux besoins de ces enfants et de leur famille.
- ✓ Utiliser les mécanismes, trajectoires et ententes déjà en place impliquant les partenaires des deux réseaux, afin de faciliter le déroulement des différentes périodes de transition qu'un jeune peut vivre, ainsi que sa famille.

Actions

- ☒ Assurer l'association des intervenants psychosociaux des CSSS avec des écoles ciblées dans les secteurs vulnérables afin de favoriser la communication entre les intervenants et la collaboration école-famille, et ce, en établissant des liens formels et en concrétisant des activités communes.
- ☒ Intensifier la présence des intervenants des commissions scolaires (CS) et CSSS dans les milieux scolaires qui comprennent des classes d'adaptation scolaire ou des points de services pour les enfants qui présentent des difficultés d'adaptation ou des troubles du comportement à travers des projets conjoints CS-CSSS.
- ☒ Utiliser un outil de concertation légal, tel un formulaire régional d'autorisation parentale, incluant tous les partenaires des deux réseaux.
- ☒ Développer des mécanismes de communication entre les partenaires afin de planifier les périodes de transition avec les jeunes vulnérables. Cette pratique doit être mise en œuvre de façon systématique lors de l'entrée au préscolaire, au primaire et au secondaire, lors d'un déménagement, lors du transfert de dossier à un autre organisme, au moment d'un placement et pendant l'été, qui est souvent une période de ralentissement de services, donc de vulnérabilité pour ces jeunes et leurs familles. D'ailleurs, le PI et le PSII permettent ce partage autour d'un outil commun.
- ☒ Promouvoir l'utilisation des fiches de liaison entre les intervenants CJ et CSSS.
- ☒ S'assurer que les intervenants de chaque secteur travaillant auprès des enfants présentant des troubles du comportement soient identifiés et connus des partenaires.

Évaluation systématique, rigoureuse, multimodale et en continuité

- ✓ L'évaluation fonctionnelle et normative de la problématique de l'enfant et de la famille est une étape essentielle. Le processus doit être systématique et rigoureux afin de bien évaluer les besoins des personnes en cause pour leur offrir des services adaptés et les orienter vers la bonne trajectoire de services.
- ✓ On doit évaluer l'enfant et ses parents dans leur globalité, à travers leur environnement afin de comprendre comment ceux-ci et l'environnement dans lequel ils évoluent, contribuent à favoriser ou à nuire à la trajectoire développementale.
- ✓ On doit considérer les manifestations comportementales de l'enfant comme des réactions adaptatives et un compromis entre ses besoins personnels et ses besoins d'adaptation, ayant pour but de garder un certain équilibre psychologique.
- ✓ Étant donné la complexité de certains cas et la nécessité d'intervenir de façon multimodale, le travail interdisciplinaire et intersectoriel est à privilégier, plusieurs personnes dans l'entourage doivent être mises à contribution.

Actions

- ☒ Tenir compte systématiquement des facteurs de risque et de protection, par exemple des relations entre le milieu familial et le milieu scolaire, de l'âge d'apparition des difficultés, du type de difficultés éprouvées par le jeune et sa famille, d'un problème de consommation chez le parent et de la présence ou non d'un trouble d'apprentissage, etc. Ce sont ces facteurs qui guideront le choix des interventions et des établissements qui doivent être impliqués.
- ☒ Cibler les interventions et le niveau d'intensité dont auront besoin l'enfant et sa famille en fonction de l'évaluation de la problématique et des facteurs de risque et de protection.
- ☒ Identifier certains outils communs d'évaluation entre les partenaires pour les enfants qui présentent un trouble du comportement et leur famille.
- ☒ Établir un portrait des progrès et des difficultés de l'enfant et de sa famille afin de mettre en place des mesures qui favoriseront le travail en amont et assureront la continuité des services.
- ☒ Informer rapidement les parents du fait que les intervenants des différents établissements peuvent être appelés à collaborer, et ce, avec leur autorisation écrite.
- ☒ S'assurer de mettre en commun les résultats des évaluations effectuées par les différents partenaires des deux réseaux pour un même enfant en respectant la confidentialité, et ce même si le jeune ne présente pas un trouble grave du comportement. En effet, on ne doit pas attendre que la situation se détériore.
- ☒ Donner lieu, et ce de façon systématique, à une discussion de cas avec l'intervenant attitré du CSSS, lorsqu'un enfant présente un trouble grave de comportement en milieu scolaire, afin d'évaluer ses besoins dans tous les milieux de vie.
- ☒ Convenir de mécanismes de collaboration afin d'impliquer les partenaires qui ont mis fin à un épisode de services au courant de l'année et qui pourraient transmettre de l'information pertinente aux intervenants des autres établissements.

L'intervention

- ✓ L'intervention auprès de l'enfant et de sa famille doit être planifiée et mise en place à travers un processus systématique et rigoureux, dans leurs différents milieux de vie (famille, école, communauté), afin d'avoir une portée réelle.
- ✓ Pour intervenir adéquatement, on doit démystifier ce qu'est un trouble du comportement, comment il évolue dans la trajectoire développementale de l'enfant et les conséquences qui y sont rattachées à court, moyen et long termes. Les intervenants doivent être informés, ainsi que les parents, le jeune lui-même et l'entourage.
- ✓ La démarche doit être proactive et non réactive. En effet, plus les interventions sont précoces, intensives, soutenues et intégrées, meilleures sont les chances de contribuer à favoriser à l'ensemble de la trajectoire développementale.
- ✓ La réadaptation auprès de jeunes qui présentent un trouble grave du comportement s'inscrit dans la durée, l'intensité et peut se dérouler sur plusieurs années. Ces enfants et leurs parents nécessitent des interventions soutenues (indirectes, individuelles, familiales, groupe), le plus souvent à moyen ou long terme.
- ✓ Il faut susciter l'interdépendance entre les intervenants des deux réseaux sur le terrain afin de favoriser de meilleures pratiques, d'assurer une plus grande continuité des soins et des services et de faciliter l'arrimage des interventions. Cette pratique favoriserait l'intégration scolaire de jeunes qui sont appelés à vivre de l'exclusion à cause de la sévérité et de la complexité de leur problématique.
- ✓ Les programmes qui ont recours à plusieurs méthodes et ciblent plusieurs facteurs (jeune, parent, enseignant, etc.) démontrent une plus grande efficacité. Toutefois, il est d'abord souhaitable d'intervenir individuellement auprès du jeune, pour ensuite offrir un traitement multimodal, intersectoriel si l'intervention individuelle n'est pas efficace.
- ✓ Lorsqu'on implante un programme, la qualité et la fidélité de l'implantation sont souvent des éléments déterminants. En effet, la notion de « programme efficace » ne prend son sens que lorsqu'on contrôle le processus d'intervention.
- ✓ Avant même l'entrée à l'école, des interventions précoces (périodes périnatale et préscolaire) qui se centrent sur le développement des habiletés parentales, sur la stimulation de l'enfant au niveau des apprentissages devraient être mises en place.

Actions

- ☒ Évaluer et intervenir en amont, mettre d'abord en place des méthodes d'intervention indirectes ou universelles reconnues comme étant efficaces.
- ☒ Intervenir avec l'enfant et le parent en fonction d'une approche différenciée, c'est-à-dire en tenant compte de son développement, de ses capacités d'apprentissage et des facteurs de risque et de protection présents autour de lui. En effet, la durée et l'intensité de l'intervention doivent être modulées selon l'évaluation systématique et rigoureuse que l'intervenant fait de la situation.
- ☒ Mettre en place des méthodes d'intervention reconnues comme étant prometteuses (voir en annexe) auprès des enfants en trouble du comportement, qui vont au-delà de la simple transmission d'information, et ce, avec les enfants, les parents et les intervenants.

- ☒ Intégrer systématiquement au plan d'intervention les cibles d'intervention privilégiées auprès des enfants en trouble de comportement, des parents, de la famille et des enseignants, et ce, afin d'avoir une portée réelle sur plusieurs milieux de vie. Ne pas négliger l'intervention pour les difficultés d'apprentissage.
- ☒ Collaborer étroitement avec les parents ou le milieu de vie afin d'améliorer la situation de l'enfant, les impliquer dans la recherche de solutions.
- ☒ Soutenir les parents ou le milieu de vie par des rencontres individuelles, familiales ou de groupe, à travers des activités conjointes des deux réseaux.
- ☒ Privilégier l'intervention dans le milieu naturel, soit à la maison ou à l'école.
- ☒ Mettre sur pied des programmes d'intervention conjoints (CS-CSSS-CJ) et reconnus comme prometteurs avec les enfants qui présentent un trouble grave du comportement et leur famille. Ces programmes seraient implantés à travers des projets de partenariat précis, dans les secteurs reconnus comme étant vulnérables en fonction du portrait régional établi conjointement dans les RLS, par exemple, dans les quartiers très défavorisés, dans les écoles qui comprennent des classes d'adaptation scolaire, etc. Ces programmes doivent tenir compte des ressources disponibles et des missions respectives des établissements.

Supervision professionnelle, accompagnement et formation

- ✓ Afin d'assurer la qualité des interventions auprès des enfants qui présentent des troubles du comportement et de leur famille, de bonifier ou de favoriser l'implantation réelle de nouvelles pratiques et de soutenir les intervenants, la formation, mais surtout la supervision professionnelle et l'accompagnement sur le terrain sont des avenues incontournables.
- ✓ La qualité du processus clinique est une dimension importante pour offrir des services adéquats à la clientèle, c'est-à-dire assurer la qualité des services et supporter les intervenants afin d'éviter l'épuisement professionnel. Chaque établissement et commission scolaire devraient se doter d'un processus de supervision.
- ✓ L'efficacité de l'accompagnement des intervenants s'inscrit dans la durée et dans la mise en œuvre de modalités de soutien et de suivi des intervenants. De simples activités de formation sont généralement insuffisantes. De manière générale, le manque de suivi suite à une formation engendre le retour aux pratiques antérieures (Bantuelle et Demeulemeester, 2008). La présence d'un agent de liaison détenant une expertise dans ce domaine serait une avenue à considérer afin de soutenir les intervenants et gestionnaires au niveau de l'implantation.
- ✓ Afin que ce souci d'accompagnement se concrétise, la responsabilité partagée des organismes avec cette clientèle doit être établie. De plus, les intervenants et gestionnaires doivent démontrer de l'ouverture face à l'offre d'accompagnement des autres établissements.

Actions

- ☒ Doter chaque établissement d'une structure clinique bien définie, supportée par du rôle-conseil de professionnels, une supervision systématique accessible sur le terrain afin d'assurer la qualité des services et de supporter les intervenants.
- ☒ Élaborer, selon les besoins des intervenants, des modules communs de formation sur le développement de l'enfant, sur certains outils d'évaluation ainsi que sur les méthodes

d'intervention reconnues comme étant prometteuses, et ce, pour les intervenants des deux réseaux. Cette pratique favoriserait le développement d'une compréhension et d'une approche d'intervention commune sur la problématique des troubles du comportement, et faciliterait ainsi la concertation et la collaboration.

- ☒ Promouvoir auprès des universités l'importance d'intégrer des notions concernant la gestion de classe et les interventions universelles dans le curriculum initial du baccalauréat en enseignement préscolaire, primaire et secondaire.
- ☒ Formaliser l'accompagnement des jeunes enseignants en début de pratique. Cela peut se concrétiser à travers du mentorat avec des enseignants retraités, du soutien par les ressources professionnelles de l'école, etc.
- ☒ Utiliser le « *Guide visant l'accompagnement des enseignants débutants œuvrant auprès des élèves en difficulté de comportement dans un contexte d'insertion professionnelle* » comme outil de référence.
- ☒ Offrir du soutien et de l'accompagnement professionnel par le personnel des services éducatifs complémentaires à certains enseignants et éducateurs spécialisés afin de mettre en place des interventions et un système de gestion de classe adaptés à l'enfant qui présente des troubles du comportement.
- ☒ Conscientiser les universités à l'importance d'arrimer leur curriculum s'adressant aux futurs intervenants, aux pratiques reconnues comme étant efficaces sur le terrain. Cela faciliterait l'adaptation de ces derniers lors de leur entrée sur le marché du travail.
- ☒ Maintenir, soutenir, habilitier et développer l'expertise des établissements de premières lignes avec les enfants qui présentent des troubles du comportement, en s'appuyant sur une collaboration avec les établissements spécialisés, principalement le CJ et la pédopsychiatrie, qui détiennent respectivement une expertise en lien avec la gestion de crise et les troubles de santé mentale.
- ☒ Reconnaître l'expertise de chacun des établissements et, lorsque nécessaire, assurer un transfert de connaissances de la part de tous les partenaires impliqués. Par exemple, on a développé dans les CSSS une expertise en ce qui a trait à la négligence, alors que le milieu scolaire détient de nombreuses connaissances concernant les difficultés d'apprentissage et l'intervention auprès des enfants qui présentent un TDAH.

Plan de services individualisé et intersectoriel

- ✓ La démarche PSII demeure un levier incontournable afin de réaliser le travail de façon interdisciplinaire et intersectoriel étant donné la complexité de certaines problématiques. C'est un outil commun dont le but est de favoriser le partenariat, le partage des responsabilités.
- ✓ On doit revaloriser la tenue du PSII auprès des gestionnaires et des intervenants. En effet, lorsqu'utilisée adéquatement, cette démarche permet d'identifier clairement les besoins du jeune, de sa famille et du milieu afin d'élaborer concrètement des objectifs clairs, et ainsi travailler en amont, de façon proactive et non réactive.
- ✓ Le succès du PSII repose en grande partie sur le rôle et le leadership du coordonnateur et sur le support et l'ouverture des intervenants et des gestionnaires d'établissement dans la recherche de solutions, ainsi que dans la mise en œuvre d'actions tangibles, que ce soit aux niveaux clinique, administratif ou organisationnel.

- ✓ Cette démarche permet d'amener les partenaires vers une vision commune des besoins du jeune et de sa famille, afin de favoriser la concertation, ainsi qu'une certaine souplesse en ce qui a trait aux services qui seront offerts par la suite. De cette manière, les milieux s'essoufflent moins rapidement.

Actions

- ☒ Utiliser les démarches PI et PSII comme levier, afin de mettre en place le partenariat soutenu sur le terrain entre les intervenants, à travers des objectifs et moyens concrets.
- ☒ S'assurer d'une compréhension et d'une vision commune de la part des gestionnaires et des intervenants lors de la planification du PSII afin de favoriser leur adhésion et l'implantation du PSII par la suite.
- ☒ S'assurer de la compréhension des parents lors de la démarche PI et PSII.
- ☒ Responsabiliser et intégrer activement les parents (ou la famille d'accueil) et les enseignants au PI et PSII à travers des objectifs et des moyens concrets.
- ☒ Planifier les périodes de transition dans le cadre des PI et PSII.

Intervention en situation de crise

- ✓ Clarifier les modalités d'intervention en situation de crise en milieu naturel (famille et école). En effet, certains jeunes fréquentant le milieu scolaire et bénéficiant des services de réadaptation en CSSS peuvent se désorganiser à un point tel, qu'il devient difficile de les maintenir dans le milieu naturel sans mesures exceptionnelles d'arrêt d'agir. Un comité a d'ailleurs été mis sur pied suite aux modifications à la LPJ afin de soutenir les établissements de première ligne à cet effet.
- ✓ Il est primordial de préserver l'intégrité physique et psychologique des enfants lors de l'intervention en situation de crise, ce qui est parfois difficile dans le milieu naturel (maison, école) de l'enfant.

Actions

- ☒ Utiliser la situation de crise comme levier pour travailler de façon plus intense avec l'enfant et sa famille, avec le soutien des services du CJ si nécessaire, afin d'éviter la récurrence des crises, la suspension scolaire, la marginalisation, voire même le placement du jeune.
- ☒ Établir un protocole d'intervention en situation de crise pour les enfants et leur famille qui sont susceptibles d'en bénéficier. Les consignes et stratégies d'intervention doivent être déposées aux PI et PSII. Les rôles et responsabilités de chacun des partenaires doivent être établis.

Ce cadre de référence ne réinvente pas la roue. À travers son fonctionnement, il vise plutôt l'implication et la mobilisation concrète des partenaires de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Son objectif principal est de mettre en œuvre une démarche rigoureuse et systématique qui permettra d'assurer une réponse adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant qui présente un trouble du comportement et de sa famille. L'approche privilégiée est psychodéveloppementale et écosystémique afin d'avoir une influence sur l'ensemble de la trajectoire développementale du jeune. Elle tient compte du développement de l'enfant, de son environnement et des facteurs de risque et de protection qui en découlent.

Le cadre de référence se base d'abord sur l'élaboration d'un plan d'intervention pour ces enfants et leur famille dans chacun des organismes, mais surtout sur la mise en place et l'application du plan de services individualisé et intersectoriel, et ce, afin d'actualiser un processus clinique rigoureux en partenariat dans tous les milieux de vie du jeune. La force de ce cadre de référence réside donc dans l'intensité et la complémentarité des services mis en œuvre pour ces enfants et leur famille, en utilisant la démarche PSII comme principal levier.

Avant tout, afin d'assurer le succès de *Tous les outils dans le même étui*, tous les partenaires impliqués des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation doivent contribuer ENSEMBLE à promouvoir et implanter ce cadre de référence, et ce, avec intérêt, ardeur, solidarité et complémentarité. Pour ce faire, un plan de mise en œuvre concret sera élaboré. L'implantation de ce cadre de référence pour les enfants démontrant un trouble du comportement et leur famille représente donc un défi pour les intervenants et gestionnaires impliqués. Ce défi doit appartenir à tous!

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et au Centre-du-Québec*, 2004, 89 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Orientations régionales en dépendances Mauricie et Centre-du-Québec, 2008-2012*, Direction des services sociaux, 2008, 50 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Une responsabilité collective à réaliser et des processus de liaison à actualiser en Mauricie et au Centre-du-Québec dans le cadre des nouveaux amendements à la Loi sur la protection de la jeunesse*, 2008, 62 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Services intégrés pour adolescents et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Direction des services sociaux, 2007, 35 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements en Mauricie et au Centre-du-Québec pour le Programme-services de la jeunesse*. 2005, 38 p.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Éléments utiles à la prestation d'une offre de services aux 6-11 ans*. 2007, 161 p.

ASSOCIATION DES CLSC-CHSLD DU QUÉBEC. *Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle*. Juin 2004, p.3.

BANTUELLE, M. & DEMEULEMEESTER, R. (2008). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques*, France, Edition INPES, 133 p.

BRETON, N. & ROYER, É. (2008). *Le dépistage précoce des problèmes émergents de comportement*. Deuxième congrès biennal du Comité québécois pour les jeunes en difficultés de comportement.

BURCHARD, J.D., BRUNS, E.J., & BURCHARD, S.N., (2002). *The wraparound approach. In Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders*. Edited by Burns BJ, Hoagwood K. New York, Oxford University Press.

CENTRE JEUNESSE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion 2007-2008. Ensemble pour l'avenir de chaque jeune*. 2008, 36 p.

CINCINNATI PUBLIC SCHOOLS. *Pyramide d'intervention : Guide de consultation rapide*. www.cps-k12.org

COIE, J. D., DODGE, K.A., TERRY, R., & WRIGHT, V. (1991). The role of aggression in peer relations: An analysis of aggression episodes in boys' play groups. *Child Development*, 62, 812-826.

COMMISSION SCOLAIRE DE LA BEAUCE-ETCHEMIN. *PACI-Raide : Projet de recherche-action sur la violence chez les jeunes enfants*, 2004, 429 p.

COMMISSION SCOLAIRE DESCHÊNES, CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX & CENTRES JEUNESSE MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC. *Document de travail : Projet Satellite : Jeunes âgés de 6 à 12 ans, troubles sévères de comportement*, 2007, 18 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION. *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire. Comprendre, prévenir, intervenir*. Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 85 p.

COMITÉ ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE ARTHABASKA-ÉRABLE. *Manuel de référence : Démarche de plan de services individualisé du territoire Arthabaska-Érable*, 2008, 45 p.

COMITÉ ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE ARTHABASKA-ÉRABLE. *Trajectoire de services pour les jeunes présentant des comportements de dangerosité*. 2007, 14 p.

DÉRY, M., VERLAAN, P. et A.S. BOUGEARD. Aide à l'école primaire : nature et ampleur des difficultés comportementales des enfants aidés. Dans B. Gaillard (Ed.), *Les violences en milieu scolaire et éducatif : Connaître, prévenir, intervenir* (pp. 223-230). Rennes : Presses Universitaires, 2005.

DESBIEWS, N. et L. MASSÉ. Le plan d'intervention et le plan de services individualisés. Dans Massé, L., Desbiens, N. et C. Lanaris (sous la dir. de), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention* (pp. 325-355). Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 2005.

DUFOUR, L, GIRARD, R., HÉNAULT, J., ROBERGE, M., ROBITAILLE, C., TURMEL, F. & M. VEILLET. (2007). *Guide visant l'accompagnement des enseignants débutants œuvrant auprès des élèves en difficulté de comportement dans un contexte d'insertion professionnelle*. Services régionaux de soutien et d'expertise à l'intention des élèves ayant des difficultés d'ordre comportemental et destiné aux organisations scolaires, 60 p.

DUMAS, J.-E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck, 1999, 519 p.

FERGUSON, D.M., LYNKEY, M. & HORWOOD, L. J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychological outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 633-644.

FRICK, P.J., & LONEY, B. R. (1999). Outcomes of children and adolescent with conduct disorder and oppositional defiant disorder. Dans H.C. Quay & A. Hogan (sous la dir. de), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 507-524). New York: Plenum.

FRICK, P.J. & SILVERTHORN, P. (2001). Psychopathology in children. Dans P.B. Sutker & H.E. Adams (sous la dir. de), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 881-920), New York, Kluwer Academic/Plenum.

GENDREAU, G., & R. TARDIF. *La réadaptation en internat des jeunes de 12-18 ans: une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*, 1999, p. 22

HABIMANA, E. Classification et étiologie. Dans Habimana, E., Éthier, L., Petot, D. et M. Tousignant (sous la dir. de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative* (pp. 3-31). Montréal-Paris, Gaëtan Morin Éditeur, 1999, 749 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : Expertise collective*, Paris, INSERM.

KAZDIN, A.E. (1996). Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy : Issues, challenges and research directions. *American Psychological Association*, 3-1, p 69-100.

- KAZDIN, A.E., & WHITLEY, M.K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 455-467.
- LEMAY, M. & LEMIRE, J. (2002). *Les actes des séminaires : La clientèle 6-13 ans*, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire, 29 p.
- LOEBER, R., GREEN, S. M., KEENAN, K., & LAHEY, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499-509.
- MILBERGER, S., BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., & CHEN, L. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 37-44.
- MASSÉ, L., DESBIENS, N. et C. LANARIS. *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 2005, 400 p.
- McMAHON, R.J., & FRICK, P.J. (2005). Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34-3, 477-505.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012*, Québec, 2007, 92 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté leur famille*, Québec, 48 p.
- MINISTÈRES DE L'ÉDUCATION ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec, 2003, 34 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*, Québec, 2007, 24 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Le plan d'intervention... au service de la réussite de l'élève. Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*, Québec, 2004, 50 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*, Québec, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, 2002, 59 p.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Le nouveau pédagogique. Ce qui définit « le changement » préscolaire-primaire-secondaire*, Québec, 2005, 10 p.
- NAGIN D., & TREMBLAY, R. E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 70, 1181-1196.
- PAUZÉ, R. *Formation sur l'intervention en contexte de crise*, Université de Sherbrooke, 1999. Dans Desruisseaux, M. & M. Veillet, *Aux prises avec la crise*, Service régional de soutien TOP/DOC, régions Mauricie-Centre-du-Québec, 2006.

POULIOT, B. (2008). *Les troubles du comportement à l'adolescence : Mieux les connaître car souvent associés à la consommation problématique de psychotropes*. Info-Toxico, Centre de réadaptation Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec, 20-2, 4 p.

QUÉBEC. *Loi sur l'instruction publique : LRQ, chapitre I-13.3*. Québec, Éditeur officiel du Québec, version mise à jour le 1^{er} mars 2009.

QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse : LRQ, chapitre P-34.1*. Québec, Éditeur officiel du Québec, version mise à jour le 1^{er} mars 2009.

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2*. Québec, Éditeur officiel du Québec, version mise à jour le 1^{er} mars 2009.

ROY, D. *La santé mentale à l'école : Apprivoiser la complexité! Guide d'accompagnement à l'intention des intervenants des équipes-écoles*. Service régional de soutien en psychopathologie-Commissions scolaires francophones-Région de Montréal, 2006, 224 p.

ROYER, É. (2006). *Le chuchotement de Galilée. Permettre aux jeunes difficiles de réussir à l'école*. Lévis, École et comportement, 179 p.

SANFAÇON, C. (2006). *Il n'était pas comme les autres*. Montréal, Chenelière Éducation, 164 p.

SANFAÇON, C. (2002). Programme d'animation et de formation continue pour les enseignants et les enseignantes (PAFE). Dans Massé, L., Desbiens, N. & Lanaris, C. (sous la dir. de), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

TABLE DES GESTIONNAIRES ENFANCE-FAMILLE-JEUNESSE DES CSSS DE L'ESTRIE. *Programme jeunes en difficulté : Offre de service en réadaptation des CSSS de l'Estrée concernant les jeunes présentant des difficultés sévères de comportement*, 2006, 38 p.

TRAPANIER, N. & DESSUREAULT, D. (2005). Les principes et le cadre d'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement. Dans Massé, L., Desbiens N. & Lanaris, C. (sous la dir. de), *Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

VITARO, F. & GAGNON, C. (1999). Le trouble oppositionnel chez l'enfant. Dans Habimana, E., Ethier, L.S., Petot, D., & Tousignant, M. (sous la dir. de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*. Montréal-Paris, Gaëtan Morin.

WALKER, H.M., HORNER, R.H., SUGAI, G., BULLIS, M., SPRAGUE, J.R., BRICKER, D., & KAUFMAN, M.J. (1996). Integrated approaches to preventing antisocial behaviour patterns among school-age children and youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 194-209, p.201.

www.appui-motivation.qc.ca Modèle CLASSE: Conception, Latitude, Ambiance, Situation d'apprentissage, Soutien, Évaluation.

www.cnipe.ca Carrefour national de l'insertion professionnelle en enseignement.

www.comportement.net

www.cqjdc.org

www.ecolecomportement.com

Continuum de services intégrés pour les difficultés et troubles de comportement chez les enfants 5-12 ans.....	52
Fiches : Programme-services jeunes en difficulté.....	55
Responsabilités des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et partenariat.....	57
Processus d'intervention gradué : Modèle iowa.....	60
Évaluation normative.....	61
Résumé des approches à privilégier	64
Programmes visant l'intervention universelle	66
Programmes visant l'intervention ciblée	67
Programmes visant l'intervention dirigée, multimodale, enveloppante	69
Organisation des services de santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches : cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé.....	71
Trajectoire de services pour les jeunes présentant des comportements de dangerosité.....	72
Trajectoire de services intégrés pour adolescents et leur famille.....	73

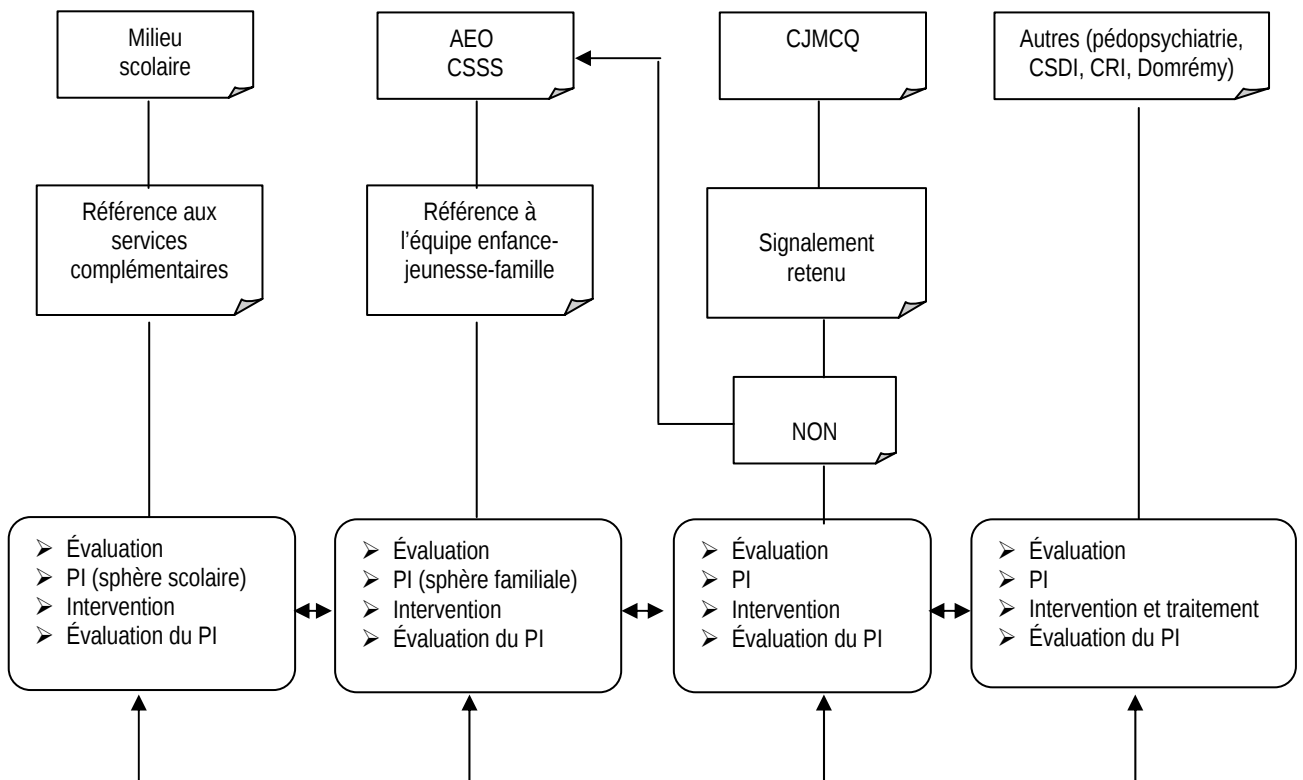
Continuum de services intégrés pour les difficultés et troubles de comportement chez les enfants 5-12 ans

Le continuum qui suit illustre comment un jeune de 5 à 12 ans présentant des difficultés ou un trouble du comportement peut accéder aux services et ainsi, amorcer un processus de concertation entre les établissements. Ce continuum s'inspire de l'« Offre de service en réadaptation des CSSS de l'Estrie concernant les jeunes présentant des difficultés sévères de comportement ».

Première étape : Préalables

Des interventions universelles auprès de l'enfant et de sa famille peuvent émaner des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Il est essentiel que les parents et les enseignants soient associés à toutes les actions mises en œuvre, lorsque cela est possible et souhaitable.

N.B. : Des mécanismes de communication entre les CSSS, CS, CJMCQ et les établissements spécialisés à vocation régionale sont déjà en place et peuvent permettre le travail en partenariat.



Malgré les interventions préventives et correctives mises en place par les intervenants de chacun des organismes, les difficultés de comportement persistent.

Les étapes spécifiques à chaque organisme doivent être respectées avant de passer à la deuxième étape du continuum.

Les intervenants impliqués doivent OBLIGATOIREMENT effectuer une évaluation fonctionnelle et normative de l'enfant ou de la famille avant de passer à la deuxième étape.

| Deuxième étape : Intensification de l'action concertée

En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, il revient à chaque intervenant d'obtenir les autorisations nécessaires.

Actions :

- ✓ Discussion de cas avec tous les intervenants impliqués;
- ✓ Évaluation systémique de la situation;
- ✓ Partage des responsabilités pour des évaluations complémentaires, s'il y a lieu et l'intervention;
- ✓ Évaluation des interventions.

Les intervenants impliqués doivent :

- ✓ Obtenir l'accord des parents et s'assurer de leur compréhension des différents services susceptibles d'être offerts;
- ✓ Un formulaire d'autorisation parentale doit OBLIGATOIREMENT être signé;
- ✓ Nommer un intervenant-pivot qui accompagne les parents dans ce processus et qui établit des liens avec les autres intervenants impliqués.

Malgré les interventions mises en place, les troubles du comportement persistent. Les besoins multiples du jeune et de sa famille, la complexité de la problématique, nécessitent une démarche de plan de services individualisés et intersectoriels (PSII).

| Troisième étape : Préparation à la démarche PSII

À cette étape, les interventions ciblées peuvent encore être adaptées aux besoins du jeune et de sa famille. Toutefois, la complexité de la problématique d'une faible proportion d'enfants fait en sorte que les services, protocoles ou mécanismes de concertation déjà en place ne permettent pas que ce dernier et sa famille ne reçoivent des services adaptés à leur situation. On risque alors l'épuisement de la famille et des intervenants, ainsi que la dégradation de la situation. Dans ces cas particuliers, les établissements doivent dégager les ressources nécessaires en s'impliquant activement et solidairement dans la démarche de solutions. On doit alors faire appel aux interventions dirigées, multimodales, enveloppantes.

- 1) L'intervenant-pivot communique avec le coordonnateur PSII ou le superviseur clinique du CSSS afin de :
 - a) S'assurer qu'il s'agit bien d'une situation à présenter au PSII ou vers une autre trajectoire de services;
 - b) Discuter des particularités du dossier en vue d'inviter les intervenants et les gestionnaires appropriés;
 - c) Convenir d'une date de rencontre préparatoire au PSII;
 - d) Le formulaire d'autorisation parentale PSII doit OBLIGATOIREMENT être signé.

e) Certains documents doivent être remis au coordonnateur PSII lors de la rencontre préparatoire PSII par l'intervenant-pivot, tels que :

- ☒ PI;
- ☒ Bulletin scolaire le plus récent;
- ☒ Rapports d'évaluation;
- ☒ Tout autre document jugé pertinent.

| Quatrième étape : Tenue du PSII

- ✓ Présentation du dossier au PSII. Les intervenants impliqués et des gestionnaires des organismes suivants doivent être présents : CS, CSSS, CJ et ESVR, au besoin. La présence des gestionnaires permettra de déterminer une configuration de services et la mise en place de mesures qui peuvent être exceptionnelles, mais nécessaires afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins du jeune et de sa famille;
- ✓ Le profil de l'enfant et des parents est déterminé, ce qui permettra d'identifier leurs besoins spécifiques;
- ✓ Les besoins sont priorisés;
- ✓ L'offre de service est déterminée à partir des besoins identifiés;
- ✓ Identification des partenaires qui poursuivent leur implication auprès du jeune et de sa famille.

Une copie du rapport qui fait état des recommandations doit être acheminée à chacun des organismes concernés, ainsi qu'aux parents.

| Cinquième étape : Actualisation du PSII

- ✓ Réalisation en partenariat du PSII;
- ✓ Évaluation du PSII;
- ✓ Ajustements, s'il y a lieu.

| Sixième étape : révision PSII

La révision de la configuration des services doit s'effectuer au minimum une fois/an

- ✓ Mise en place d'un plan de transition pour les jeunes référés dans une classe d'adaptation scolaire ou qui ont bénéficié de mesures exceptionnelles (ex. : ressource intermédiaire);
- ✓ Ajustements ou fermeture du dossier.

Fiches : Programme-services jeunes en difficulté

Dans le document **Programme-services Jeunes en difficulté**, trois fiches précisent de façon spécifique les responsabilités des établissements de santé et services sociaux en lien avec la problématique des troubles du comportement :

FICHE 3 – SUIVI PSYCHOSOCIAL

Responsabilité

Centres de santé et de services sociaux

Résumé du service

Aide et soutien individuel, familial ou de groupe, à moyen et à long terme, offerts aux enfants et à leurs parents qui présentent des problèmes psychosociaux. Le but est de prévenir la détérioration de la situation et de réduire les difficultés d'adaptation sociale ou les conséquences qui résultent de ces problèmes.

Objectifs

- Permettre aux enfants et à leurs parents qui vivent des difficultés personnelles, relationnelles ou familiales d'obtenir l'aide appropriée pour le traitement de leurs problèmes;
- Développer ou consolider les habiletés liées à l'exercice du rôle parental;
- Permettre aux enfants d'acquérir les compétences personnelles et sociales dans une perspective d'intégration ou de réinsertion sociale;
- Diminuer les répercussions des problèmes sur le développement des enfants et de leur famille;
- Prévenir l'aggravation et la répétition des problèmes pouvant compromettre le développement ou la sécurité de l'enfant;
- Briser l'isolement et permettre un partage des sentiments;
- Fournir un lieu d'entraide et de soutien social.

Clientèle visée

Les enfants et leurs parents qui présentent des problèmes psychosociaux d'ordre personnel, relationnel ou familial.

Les personnes impliquées auprès des jeunes en difficulté, notamment les enseignants et le personnel non enseignant en milieu scolaire ainsi que les éducatrices dans les services de garde.

FICHE 5 – PROGRAMME D'INTERVENTION DE CRISE ET DE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU

Responsabilité

Centres de santé et de services sociaux, en collaboration avec les centres jeunesse

Résumé du service

Ensemble d'interventions psychosociales et de réadaptation intensives visant à résoudre la crise, à éviter le retrait d'un jeune de son milieu familial et à mobiliser rapidement la famille afin de rééquilibrer sa situation.

Objectifs

- Résoudre la crise et outiller la famille pour prévenir d'autres crises;
- Éviter un placement, particulièrement un placement en urgence;
- Prévenir un premier signalement en protection de la jeunesse, écourter une intervention en protection de la jeunesse ou prévenir la récurrence dans une situation de compromission;
- Développer ou consolider les compétences et les habiletés liées à l'exercice du rôle parental;
- Permettre aux jeunes d'adopter les comportements adéquats sur les plans personnel et social dans une perspective de maintien dans leur milieu de vie.

Clientèle visée

Les jeunes et leur famille qui vivent une situation de crise, particulièrement ceux qui présentent des problèmes de comportement, qu'ils soient connus ou non des établissements.

FICHE 17 – SERVICES DE RÉADAPTATION

Responsabilité

Centres de santé et de services sociaux et centres jeunesse

Résumé du service

Interventions centrées sur les jeunes et visant à modifier certains de leurs comportements et à rétablir leur capacité à interagir avec leur milieu pour leur permettre de poursuivre leur développement. L'aide est également destinée aux jeunes parents en difficulté d'adaptation pour les soutenir dans l'apprentissage de leur rôle parental.

Objectifs

- Développer ou restaurer les compétences personnelles et sociales des enfants dans le but de réadaptation et de réinsertion sociale.
- Développer ou consolider les habiletés et les compétences liées à l'exercice du rôle parental.
- Soutenir les personnes qui interagissent avec le jeune dans les autres milieux de vie qu'il fréquente.
- Prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes pouvant mener à un signalement.
- Protéger le public en exerçant un contrôle sur le comportement des jeunes contrevenants pour prévenir la récidive.
- Responsabiliser les jeunes contrevenants par rapport à leur comportement délictueux et à ses conséquences.

Clientèle visée

- Les enfants qui présentent des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ainsi que leurs parents.
- Les femmes enceintes et les jeunes parents en difficulté d'adaptation.
- Les jeunes accusés de délits commis alors qu'ils étaient âgés de 12 à 17 ans inclusivement.

**Responsabilités des établissements
du réseau de la santé et des services sociaux et partenariat**

Activités/services	Établissements ou organismes responsables	Partenaires
--------------------	---	-------------

Pour tous les programmes

Accueil-évaluation-orientation	▪ CSSS	
Référence personnalisée et accompagnement	▪ CSSS ▪ CJ	▪ CS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Répit-dépannage	▪ CSSS ▪ CJ	▪ CSDI, InterVal
Transport-hébergement	▪ CSSS	
Coordination du PSII	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CS ▪ Pédiopsychiatrie

Programme-services Jeunes en difficulté

Fiche 1 : Soutien direct aux familles	▪ CSSS	▪ Organismes communautaires ▪ Service de garde
Fiche 2 : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), volet « Soutien aux jeunes parents »	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CPE ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Fiche 3 : Suivi psychosocial	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Organismes communautaires ▪ Services de garde
Fiche 4 : Programme d'intervention en négligence	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CS ▪ CPE ▪ Pédiopsychiatrie ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Organismes communautaires
Fiche 5 : Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu	▪ CSSS	▪ CJ
Fiche 6 : Équipe PSII pour des jeunes présentant des problèmes multiples et complexes	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CPE ▪ CS ▪ Pédiopsychiatrie ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Fiche 7 : Réception et traitement des signalements en vertu de la LPJ	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CS ▪ CPE ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Pédiopsychiatrie ▪ Organismes communautaires

Fiche 8 : Évaluation et orientation en vertu de la LPJ	▪ CJ	▪ CSSS
Fiche 9 : Application des mesures en vertu de la LPJ	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CPE ▪ CS ▪ Organismes communautaires ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Pédopsychiatrie
Fiche 10 : Révision en vertu de la LPJ	▪ CJ	▪ CSSS
Fiche 11 : Retrait du milieu familial et placement	▪ CJ ▪ CSSS	
Fiche 12 : La tutelle en vertu de la LPJ	▪ CJ	▪ CSSS
Fiche 13 : Services de soutien auprès des ressources de type familial	▪ CJ	
Fiche 14 : Évaluation et orientation en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)	▪ CJ	
Fiche 15 : Rapports et expertises en vertu de la LSJPA	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Fiche 16 : Suivi de l'application des peines, réévaluation de l'entente sur la sanction extrajudiciaire, gestion des manquements et examens des peines en vertu de la LSJPA	▪ CJ	▪ Policiers ▪ Substitut de procureur général ▪ Organismes de justice alternative
Fiche 17 : Services de réadaptation	▪ CSSS ▪ CJ	▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Pédopsychiatrie ▪ CS ▪ Organismes communautaires
Fiche 18 : Programme de qualification des jeunes âgés de 16 à 19 ans	▪ CJ	▪ CS ▪ CSSS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ Pédopsychiatrie
Fiche 19 : Services d'adoption et de postadoption	▪ CJ ▪ CSSS ▪ Secrétariat à l'adoption internationale	▪ CS
Fiche 20 : Recherche des antécédents sociobiologiques et retrouvailles	▪ CJ ▪ Secrétariat à l'adoption internationale	
Fiche 21 : Expertises psychosociales	▪ CJ	
Fiche 22 : Supervision des droits d'accès	▪ CJ ▪ CSSS ▪ Organismes communautaires famille	

Services pour jeunes en santé mentale

Diffusion de l'information/promotion /prévention	▪ CSSS	▪ Pédoopsychiatrie ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ CS
Services généraux de 1 ^{ère} ligne (médicaux et psychosociaux)	▪ CSSS	▪ Centres hospitaliers
Évaluation et traitement (1 ^{ère} ligne)	▪ CSSS	▪ CS ▪ CJ ▪ Pédoopsychiatrie
Évaluation et traitement (2 ^{ème} ligne)	▪ Équipe jeunesse santé mentale 1^{ère} ligne CSSS ▪ Pédoopsychiatrie	▪ CSSS ▪ CJ ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Hospitalisation	▪ Centre hospitalier ▪ CSSS	
Services d'intégration sociale (intégration au travail et soutien aux études, accès aux loisirs)	▪ CSSS	▪ CS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Soutien et services d'entraide destinés aux parents et formation des parents	▪ CSSS	▪ Équipe jeunesse santé mentale 1^{ère} ligne ▪ CSDI, InterVal, Domrémy
Consultation et liaison avec les établissements	▪ Équipe jeunesse santé mentale 1^{ère} ligne CSSS ▪ Pédoopsychiatrie	▪ CSSS ▪ CSDI, InterVal, Domrémy ▪ CS ▪ CJ
Conseil et soutien aux médecins omnipraticiens et aux pédiatres	▪ Équipe jeunesse santé mentale 1^{ère} ligne CSSS ▪ Pédoopsychiatrie	▪ CSDI, InterVal, Domrémy

**Processus d'intervention gradué :
Modèle iowa**

Étape 1 : Mises au point en classe ou en foyer

Premières interventions dans la classe ou à la maison. On utilise les ressources immédiates en réaction à un jeune qui adopte un comportement qui nuit à ses apprentissages ou l'empêche de vivre des relations sociales adaptées. Les ressources extérieures à la classe ou à la maison ne sont pas sollicitées. Les interventions se limitent à ce que l'adulte précise ses attentes envers le jeune, offre des conseils, donne du renforcement positif pour ses comportements appropriés ou réprimande pour les comportements inadéquats. L'adulte fournit aussi des consignes verbales et des commentaires à propos des comportements inappropriés. Il est souhaitable que l'enseignant et les parents soient en contact et s'entendent sur les attitudes à adopter auprès du jeune.

Étapes 2 : Activités préalables à la demande d'identification officielle

L'enseignant ou le parent, sans demander officiellement de l'aide, signalent le problème de l'enfant à des professionnels pouvant les soutenir au niveau des interventions. Les ressources de l'école sont donc mises ponctuellement à contribution, particulièrement les intervenants des services complémentaires (psychoéducateur, psychologue, orthopédagogue, etc.). On effectue des évaluations et des interventions sur une période de temps assez longue pour que l'évaluation globale du cas soit valide et que l'on puisse évaluer si les interventions ont été efficaces. Plusieurs types d'intervention sont suggérés à cette étape, comme le contrat avec l'élève, un système d'émulation, une fiche de communication école-maison, etc.

Étape 3 : Étude du bien-fondé d'une demande d'adaptation des services éducatifs

Lorsque les interventions réalisées au cours des deux étapes précédentes n'apportent pas de résultats satisfaisants, la direction de l'école forme une équipe responsable de mettre au point un plan d'intervention pour le jeune. Cette demande conduit ultérieurement à une demande officielle d'adaptation des services éducatifs. D'abord, l'équipe effectue une analyse de la situation de l'élève, évalue ses besoins et recueille toute l'information permettant de déterminer précisément les services éducatifs qui peuvent répondre le mieux aux besoins spécifiques de l'élève. L'évaluation peut se faire de plusieurs façons : analyse du milieu, renseignements détaillés sur les agissements de l'enfant à l'école, évaluation psychosociale, etc.

Étape 4 : Choix des services éducatifs

Les services éducatifs sont choisis en fonction des besoins de l'élève. Ils peuvent prendre différentes formes : programme d'enseignement individualisé, programme de modification de comportement, services de soutien, services d'accompagnement.

Étape 5 : Mise en œuvre et révision des interventions sélectionnées

L'équipe d'intervention, sous la responsabilité de la direction de l'école, réalise son plan et le révisé au besoin après avoir évalué les résultats. C'est l'étape de l'application et de l'évaluation des interventions, des mesures d'aide et de soutien privilégiées et du type de classement retenu. Ce bilan contient des renseignements sur le comportement du jeune, des objectifs à court et long termes, les services qu'on lui accorde, les noms des responsables des interventions, les modalités de révision, et s'il y a lieu, les critères de retour en classe ordinaire.

Tiré de : Trépanier et Dessurault (Massé, Desbiens et Lanaris, 2005)
Source : Adapté de Tremblay et Royer (1992); Audet et Royer (1993)

Évaluation normative

Épreuves standardisées qui permettent de comparer l'enfant à un groupe de référence du même âge, du même sexe et de la même communauté culturelle.

| Système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA 2001). 6-18 ans

Permet d'évaluer les difficultés de l'enfant à partir de ses comportements tels qu'ils sont observés par la mère, le père ainsi qu'un enseignant. Il évalue les compétences sociales, plus spécifiquement, les hobbies, les activités sociales et les compétences scolaires. L'ASEBA comprend également 6 échelles d'évaluation pour les problèmes de comportement : problèmes intériorisés (retrait, plaintes somatiques, anxiété/dépression), problèmes extériorisés (délinquance, agressivité), problèmes de nature sociale, difficultés de la pensée, problèmes d'attention. Cet outil permet de recueillir d'une façon standardisée la perception des difficultés de l'enfant du point de vue du parent ou de l'enseignant.

| Échelles d'évaluation des dimensions du comportement (Bullock et Wilson, 1992, 1998) EDC et ECDP (préscolaire, primaire)

Questionnaire qui s'adresse aux enseignants. Ceux-ci doivent évaluer 43 comportements en situant chaque fois l'élève le long d'un continuum entre un pôle qui représente une conduite adaptée et un autre, une conduite inappropriée. L'EDC permet d'obtenir un score total et un score pour chacune des 4 sous-échelles qui la composent : agressif-perturbateur, irresponsable-inattentif, renfermé et craintif-anxieux.

EDCP s'adresse aux parents et est constitué de 3 dimensions, auxquelles on a donné les noms des 3 premières sous-échelles de l'EDC. Les sous-échelles de l'EDCP se comparent donc à celles de l'EDC, mais ne sont pas complètement constituées des mêmes comportements.

| Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), version francophone (Shaffer et al., 1999)

Questionnaire administré par entrevue structurée aux parents de jeunes de 6-14 ans. Le DISC est un questionnaire psychiatrique hautement structuré utilisé dans les études cliniques et épidémiologiques. Il opérationnalise les critères du DSM. À la suite de l'administration des questionnaires, on peut produire des rapports incluant les symptômes identifiés, les critères et un diagnostic. Le DISC comprend 5 principales échelles : anxiété (agoraphobie, anxiété généralisée, panique, anxiété de séparation, phobie sociale, phobie spécifique et stress post-traumatique), comportement (TDAH, trouble obsessionnel-compulsif, trouble oppositionnel et désordre de la conduite), usage de substance (abus d'alcool, marijuana, dépendance, dépendance à la nicotine, etc.), humeur (dépression majeure, manie, hypomanie, dysthymie), autres (anorexie et boulimie nerveuse, Pica, schizophrénie, mutisme sélectif, tics, etc.).

| **Échelles d'évaluation Conners formes révisées (3-17 ans)**

Questionnaires s'adressant aux parents et à l'enseignant du jeune. On utilise souvent ces instruments dans l'évaluation des troubles de l'attention et de l'hyperactivité chez les enfants. Ils permettent d'évaluer le comportement de l'enfant, tel qu'il est observé par ses parents ou son enseignant. En plus de mesurer le comportement relié aux problèmes de l'hyperactivité et de l'inattention, on analyse également la tendance au perfectionnisme, aux manifestations psychosomatiques, les dysfonctions au plan familial, émotif et du comportement, ainsi que le contrôle de la colère. Une version s'adresse aux parents et une autre, aux enseignants.

| **Dominique interactif (enfants de 6-11 ans)**

Auto-questionnaire aux enfants sous forme de pictogrammes (format papier et informatisé). Ce questionnaire structuré est basé sur le DSM-III-R pour la version papier et le DSM-IV pour la version informatisée (bande-dessinée interactive multimédia) utilisant les pictogrammes pour évaluer les troubles mentaux des enfants de 6-11 ans. Il permet d'évaluer les troubles suivants : phobie simple, , le trouble anxieux (de séparation et généralisé), la dépression et dysthymie, le troubles d'attention et d'hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble de la conduite. 90 images qui représentent Dominique dans certaines situations de sa vie quotidienne sont présentées aux enfants. Les enfants doivent répondre oui ou non aux différents items. Le Dominique peut être utilisé dans un but clinique ou épidémiologique et même servir de test de dépistage dans les écoles.

| **Inventaires Beck Youth (enfants 7-14 ans)**

Auto-questionnaire aux enfants composé de 5 inventaires qui évaluent à la fois la dépression, l'anxiété, la colère, les troubles de comportement et l'image de soi chez les jeunes. Une attention particulière a été portée à la formulation des consignes et des items lors de l'adaptation du test pour la version française. On peut l'utiliser en milieux scolaire et clinique.

| **M-PACI**

Auto-questionnaire qui s'adresse aux enfants de 9-12 ans. Le M-PACI représente une appréciation ponctuelle, une «photo instantanée» de l'état actuel des patterns psychologiques du jeune. Il focalise sur les problèmes, le dysfonctionnement et la souffrance psychologique, et non sur les forces et ressources de l'enfant.

Personnalités émergentes : Cette section se consacre aux traits qui sont en évolution, qui sont potentiellement durables et qui seraient à la base des difficultés personnelles et interpersonnelles de l'enfant. L'attention est mise sur les modes relationnels, comportementaux, cognitifs et émotionnels qui sont inadaptés et en développement. Cette section se divise en 7 échelles : confiant, sociable, conformiste, soumis, inhibé, indiscipliné et instable.

Signes cliniques courants : Ceux-ci représentent habituellement la raison initiale de la référence. Ils affectent souvent le fonctionnement de l'enfant à l'école, à la maison et dans différents cadres sociaux. Cette section se répartit également en 7 échelles : anxiété-peurs, déficit d'attention,

obsessions-compulsions, désordre de la conduite, trouble du comportement, humeur dépressive et distorsion de la réalité.

| Inventaire de personnalité Jesness (9-18 ans)

Cet outil permet de discriminer la délinquance commune de la délinquance distincte, d'identifier certaines dimensions fonctionnelles ou dysfonctionnelles de la personnalité à partir desquelles peut s'établir de façon plus judicieuse le choix d'objectifs et de moyens auprès de jeunes délinquants. L'inventaire comporte 10 échelles : la mésadaptation sociale, l'orientation aux valeurs des classes socio-économiques inférieures, l'immaturité, l'autisme, l'aliénation, l'agressivité manifeste, le retrait, l'anxiété sociale, le refoulement et le déni. Le jeune doit répondre à 155 questions par vrai ou faux. Le Jesness est largement utilisé dans les services aux jeunes contrevenants. Il est possible de voir l'évolution au 6 mois.

| Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)

Outil qui permet d'évaluer la situation de l'enfant et de sa famille. Il mesure le bien-être de l'enfant et la façon dont les parents remplissent leurs responsabilités parentales. Cet instrument peut aider les intervenants dans la prise de décision au niveau de la nécessité d'une intervention. Il fournit des pistes et stratégies qui facilitent la compréhension des problèmes recensés en les regroupant en dimensions pertinentes, ce qui permet d'orienter les interventions, tant sur le plan préventif que curatif. Assiste l'intervenant dans les situations ambiguës et supporte la décision quant à la poursuite ou cessation de l'intervention. (Offre de service en réadaptation des CSSS de l'Estrie concernant les jeunes présentant des difficultés sévères de comportement, 2006)

Résumé des approches à privilégier

(Descriptions tirées du document : Éléments utiles à la prestation d'une offre de service aux 6-11 ans, Association des centre jeunesse du Québec, 2007)

| L'approche écosystémique :

- ✓ Met l'action sur la compréhension des aspects interactionnels et des facteurs environnementaux, soit les composantes sociales, économiques et culturelles qui affectent, par exemple, la famille et la qualité des relations qui s'y nouent.
- ✓ S'oppose à une approche plus individuelle, puisqu'elle se centre sur une analyse sociale des comportements, plutôt que sur l'analyse des pathologies uniquement.
- ✓ Reconnaît l'influence d'une diversité de facteurs sur l'ensemble du système social.
- ✓ Cherche à développer une vision élargie des composantes d'une situation-problème.
- ✓ Investigue les réseaux existants ou à développer des individus et des familles.
- ✓ Intervient en partenariat entre les diverses organisation.

| L'approche orientée vers les solutions :

- ✓ S'adresse autant aux adultes qu'aux enfants sur la base d'habiletés à développer pour solutionner les problèmes plutôt que de centrer l'intervention sur les limites du client qui auraient amené ces problèmes.
- ✓ Vise les personnes à mobiliser qui ont à retrouver ou à développer davantage de fonctionnalité.
- ✓ Vise les parents ayant besoin de se faire valider dans ce qu'ils font de bien pour ensuite s'impliquer davantage.
- ✓ Met en action la clientèle afin de développer les habiletés à résoudre des problèmes.
- ✓ Développe le sentiment de compétence du client.
- ✓ Positionne l'intervenant dans un rôle de guide qui redonne la responsabilité au client quant à son cheminement.

| L'approche cognitive comportementale :

- ✓ S'adresse aux jeunes qui présentent des problèmes de comportement, des difficultés d'ajustement social.
- ✓ Favorise l'intervention auprès d'une clientèle plus jeune, l'intervention étant alors axée sur l'aspect du développement des habiletés sociales.
- ✓ Vise une diminution de la fréquence des pensées et des croyances qui favorisent les comportements déviants.
- ✓ Remplace les pensées et croyances inappropriées par des cognitions prosociales, générant des comportements socialement acceptables.
- ✓ Permet aux jeunes d'apprendre à résoudre les problèmes relationnels de manière socialement acceptable, à maîtriser ou corriger la colère et l'agressivité.
- ✓ Développe et pratique les habiletés sociales concrètement, au quotidien.

| L'approche d'intervention familiale systémique

- ✓ Part du postulat que les parties de la famille sont reliées entre elles et que la structure, l'organisation et les modèles de transaction influencent les comportements de ses membres.
- ✓ Souhaite modifier le contexte immédiat, part du présent.
- ✓ Agit sur les transactions et les rétroactions pour modifier la position des personnes, réparer et modifier le fonctionnement propre à la famille qui pourra ainsi mieux s'acquitter de ses tâches à l'endroit de ses membres.
- ✓ Intervient sur la dynamique des facteurs qui maintiennent les problèmes en mettant à contribution l'ensemble des forces en cause pour les solutionner.
- ✓ Implique chacun des membres de la famille dans la définition de ce qui va bien, des difficultés et dans la mise en action des solutions.
- ✓ Remet aux clients la responsabilité des changements et des succès à obtenir.

**Programmes visant
l'intervention universelle**

Programmes	Responsables	Partenaires
<i>Passe Partout : préscolaire 4 ans et parents</i> Faciliter la transition entre le milieu familial et milieu scolaire. Rendre le parent responsable de l'éducation de son enfant, établir des relations significatives, favoriser le développement psychomoteur, affectif, social, langagier, cognitif. Dépistage. Permettre à l'enfant de se familiariser avec l'école.	▪ CS	▪ CPE ▪ CSSS
<i>École en santé :</i> Cette approche convie le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention, dans le respect de la mission première de l'école. Elle propose d'intervenir de façon globale et concertée à partir de l'école.	▪ CSSS ▪ CS	
<i>Modèle Classe : Conception, Latitude, Ambiance, Situations d'apprentissage, Soutien, Évaluation</i> Modèle général des pratiques efficaces pouvant servir de cadre d'intervention auprès de l'ensemble des élèves du primaire et du secondaire. Met l'emphasis sur les pratiques pédagogiques utilisées par les enseignants qui ont des effets positifs sur la motivation des élèves. www.Appui-Motivation.qc.ca	▪ CS	
<i>Contes sur moi : préscolaire et 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} années</i> Programme qui vise la prévention de la violence par la promotion des compétences sociales, le développement des habiletés comportementales et sociocognitives. Les activités proposées sont propres au milieu scolaire, mais elles s'appliquent généralement facilement dans le cadre d'animations spécifiques en milieu de réadaptation ou dans les familles.	▪ CS	▪ CSSS
<i>Vers le Pacifique : (6-12 ans)</i> Programme visant à prévenir la violence par la promotion de conduites pacifiques. Les thèmes abordés sont la connaissance de soi, les sentiments et leur gestion, L'empathie, la communication, l'écoute et la recherche de solutions.	▪ CS	▪ CSSS

**Programmes visant
l'intervention ciblée**

Programmes	Responsables	Partenaires
<i>Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE)</i> Interventions auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Comprend un volet groupe avec les parents ainsi qu'un volet individuel.	▪ CSSS	▪ CPE ▪ CJ ▪ CS ▪ ESVR
<i>Fluppy : préscolaire et 1ère année</i> Programme visant l'apprentissage des habiletés sociales, le contrôle de soi, la communication de ses émotions, la résolution de problèmes et la gestion de la colère. Les thèmes abordés sont les émotions, l'aide, le partage, la coopération, le respect, la communication, la résolution de problèmes et la gestion de la colère.	▪ CS	▪ CSSS
<i>PACI-Raide : préscolaire et 1er cycle du primaire</i> Projet de recherche-action sur «La violence chez les jeunes enfants » développé à la C.S. Beauce-Etchemin. Vise le développement de la compétence sociale et explique l'élaboration d'un programme de prévention, du dépistage à l'intervention. Favorise une vision très large du phénomène de la violence tout en donnant des outils très simples et accessibles. Accessible sur Internet.	▪ CS	▪ CSSS
<i>L'agression indirecte... cette violence qu'on ne voit pas (GRISE)</i> Programme de sensibilisation et d'intervention préventive qui vise à sensibiliser les élèves, les parents, les enseignants et les professionnels du milieu scolaire à la problématique de l'agression indirecte afin d'en réduire les manifestations, S'adresse aux élèves du 3^{ème} cycle du primaire.	▪ CS	▪ CSSS
<i>PARC : Programme d'autocontrôle de résolution de problèmes et de compétences sociales pour les élèves du primaire ayant des troubles du comportement (2^{ème} et 3^{ème} cycle du primaire et parents)</i> Programme qui s'adresse aux enfants qui présentent des troubles du comportement, en particulier les enfants impulsifs (TOP, TDAH mixte ou avec hyperactivité/impulsivité prédominante). Il comporte aussi un programme d'entraînement pour les parents. Le recueil d'activités pour les enfants comprend 21 activités portant sur les habiletés d'écoute, de résolution de problèmes, l'identification et l'expression des émotions et l'autocontrôle des comportements impulsifs.	▪ CS ▪ CSSS	▪ CJ
<i>Programme pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale (PEDAP)</i> Méthode spécifique de gestion de troubles de comportement chez les enfants de 2 à 12 ans, destinés aux parents. Peut être utilisé en suivi individuel ou en groupe. Le but est d'outiller les parents afin qu'ils puissent reprendre le contrôle de la situation chez leurs enfants désobéissants ou opposants. Adapté du modèle proposé par Russell A. Barclay.	▪ CSSS	▪ CS ▪ CJ

<i>Ces années incroyables</i> Conçu par Carolyn Webster-Stratton. A pour but de supporter les parents d'enfants âgés de 5 à 10 ans qui présentent des troubles de la conduite. Les parents sont conviés à 16 ateliers, à raison d'un atelier/semaine, pendant une période de 2 heures. Les objectifs des ateliers sont les suivants : aider les parents à développer une relation harmonieuse avec leur enfant, utiliser des stratégies éducatives efficaces et utilisées de manière cohérente, améliorer les processus de résolution de problèmes et de communication au sein de la famille et avec les enseignants.	▪ CSSS	▪ CS ▪ CJ
---	--	--

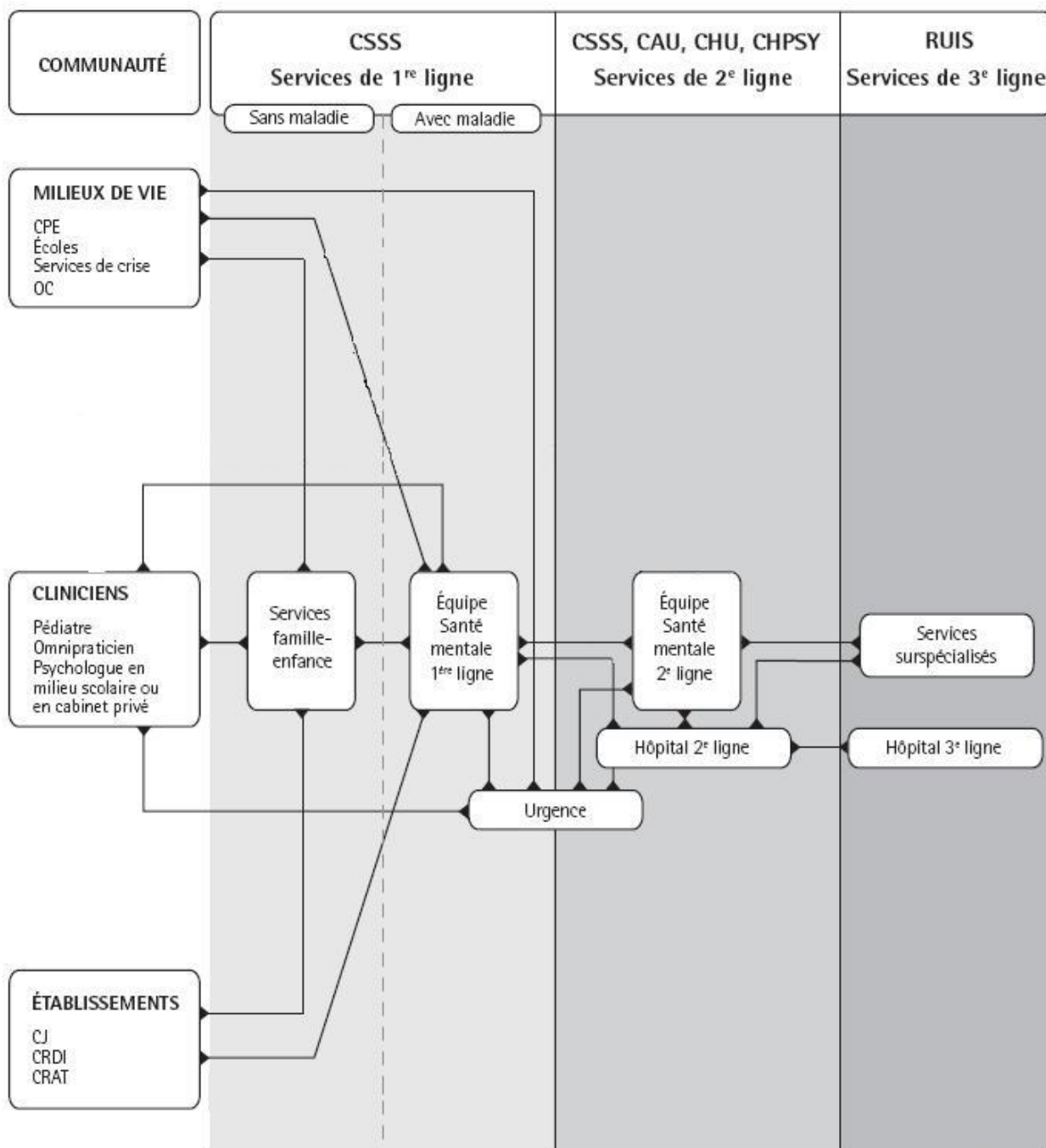
**Programmes visant
l'intervention dirigée, multimodale,
enveloppante**

Programmes	Responsables	Partenaires
<i>PMMF : programme de maintien en milieu familial (jeunes de 6 à 18 ans et parents)</i> Touche les jeunes qui présentent des troubles du comportement dans des situations de crise situationnelle. On vise à trouver une alternative au placement ou au déplacement du jeune, à augmenter la capacité de contrôle dans une situation conflictuelle ou de stress personnel, l'acquisition de nouvelles stratégies pour résoudre les conflits. On souhaite amener les parents ou adultes à développer une gestion efficace des conflits. Soutenir le jeune lors de sa réinsertion dans son milieu. Favoriser l'élargissement du réseau d'aide du parent.	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CS ▪ ESVR
<i>PAPFC : Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire :</i> Vise à améliorer la disponibilité psychologique des figures parentales, de même que les conduites responsables et sensibles à l'égard des besoins de l'enfant. Maintenir les enfants dans leur milieu naturel ou préparer leur retour en milieu familial s'ils sont en placement. Diminuer signalements, éviter la récurrence, travailler en concertation avec les partenaires. Agir sur les situations de négligence, améliorer le soutien social, le fonctionnement psychosocial et cognitif des enfants.	▪ CSSS	▪ CJ ▪ CS ▪ ESVR
<i>CPV : clarification projet de vie</i> Vise à assurer un projet de vie stable pour chaque enfant abandonné ou à risque, soit avec le retour dans son milieu familial, le placement en milieu substitut à long terme, l'adoption, la tutelle ou l'accompagnement vers le passage à la vie adulte pour l'adolescent. On souhaite identifier précocement les limitations au développement de l'enfant par rapport à la capacité parentale, aux ressources de l'entourage et principalement dans les liens d'attachement, afin de prendre les dispositions qui supporteront un projet de vie crédible.	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CS ▪ ESVR
<i>Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES)</i> Vise à favoriser et soutenir les démarches de collaboration entre l'ensemble des réseaux afin qu'un plan d'action soit planifié et mis en œuvre pour chaque enfant. Mise sur le partage et la complémentarité des expertises, des compétences et des ressources que détiennent les familles, les systèmes de protection, les services spécialisés et autres organisations (CSSS, école, CPE, organismes communautaires...). Assure aux enfants et à leur famille une diversité de services avec l'intensité, la durée et la continuité nécessaire pour répondre efficacement à leurs besoins, favoriser leur plein épanouissement et faciliter les étapes de transition, objectifs autrement difficiles à atteindre.	▪ CJ ▪ CSSS	▪ CS ▪ ESVR ▪ CPE

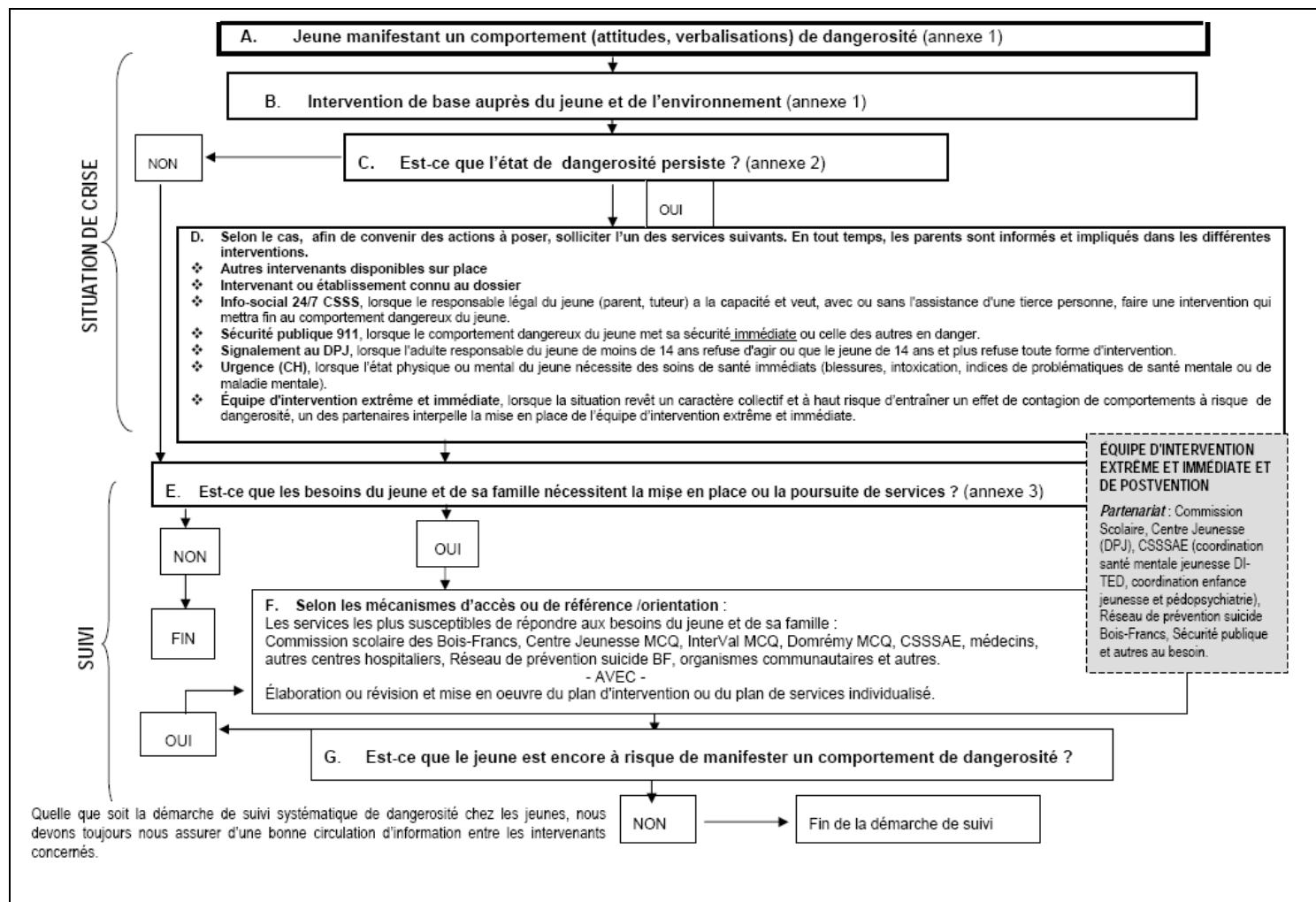
<i>Le Projet Canadien S'occuper des enfants (SOCEN)</i> Ce projet est réalisé en créant des partenariats entre les fournisseurs de soins, l'intervenant en protection et en bien-être de l'enfant, l'enfant, les membres de la famille ou d'autres personnes importantes dans la vie du jeune. Il s'appuie sur un modèle développemental où le progrès de l'enfant est examiné globalement tous les ans sous 7 dimensions à l'aide du cahier d'évaluation et de suivi, outil de base de SOCEN: la santé, l'éducation, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation sociale, le développement affectif et comportemental et les capacités d'autonomie.	▪ CJ	▪ CSSS ▪ CS ▪ ESVR
<i>Classe kangourou ou nurture groups</i> Créée pour les enfants qui démontrent des signes d'une enfance fortement carencée, incapables d'apprendre étant donné leur problème d'isolement ou leurs comportements perturbateurs extrêmes. On tente de recréer l'expérience complète du développement de l'enfant, à partir des premières années de vie. S'adresse surtout aux enfants qui ont de la difficulté à atteindre un niveau de sécurité et qui ont besoin d'expériences appropriées avant de pouvoir apprendre dans un environnement scolaire ordinaire. On tente de répondre aux besoins de chaque enfant, peu importe le niveau de développement où il se trouve.	▪ CS	▪ CSSS ▪ CJ ▪ ESVR

N.B. : Certains programmes d'intervention suggérés peuvent être appliqués à plus d'un niveau d'intervention.

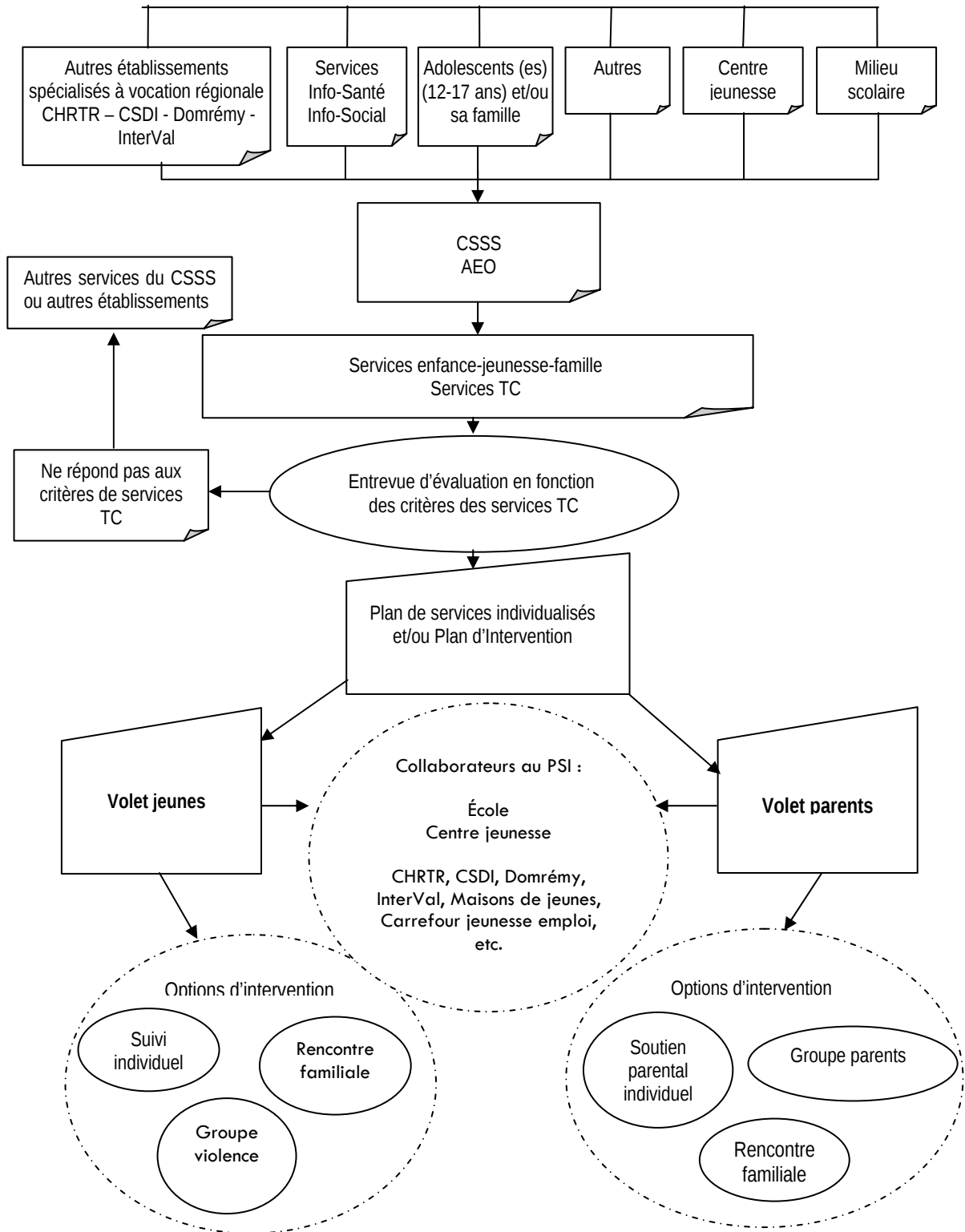
**Organisation des services de santé mentale pour les jeunes
de moins de 18 ans et leurs proches :
cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé**



Trajectoire de services pour les jeunes présentant des comportements de dangerosité



Trajectoire de services intégrés pour adolescents et leur famille





Québec

- Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport