

# Défi

Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

# Jeunesse →

VOL. X

NO 3

JUIN 2004

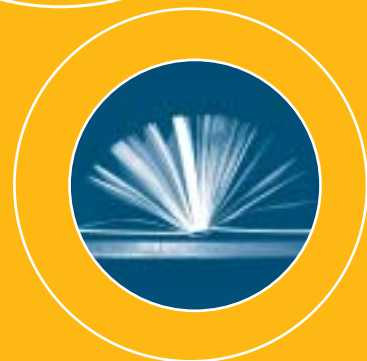


Troubles de la personnalité

Intervention : famille en crise

Répit-Transit

IRI



Conseil multidisciplinaire  
du Centre jeunesse de Montréal

# Sommaire

Volume X - Numéro 3 / Juin 2004

■ <b>Témoignages</b>		
Témoignages sur la constance et l'engagement professionnel		
<i>Pierre Perreault et Carole Bédard</i> . . . . .	p.	2
■ <b>La famille en crise : un équilibre à retrouver</b>		
<i>Josette Laframboise et Jean-François Renaud</i> . . . . .	p.	4
■ <b>L'Intervention terrain</b>		
<i>Suzanne Ménard</i> . . . . .	p.	13
■ <b>Conférence</b>		
Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux		
<i>Gilles Richelieu</i> . . . . .	p.	17
■ <b>Collaboration extérieure</b>		
Répit-Transit : une alternative qui donne des résultats		
<i>Robert Turbide et Shirley Carignan</i> . . . . .	p.	29

# Témoignages sur la constance et l'engagement professionnel

Pierre Perreault, éducateur, Cité des Prairies, DSRA  
et Carole Bédard, intervenante sociale, DSTSE

Quand le récipiendaire du prix de la constance 2003, décerné par le conseil multidisciplinaire du CJM-IU, a dit un mot à l'assemblée suite à sa nomination, l'émotion a pris toute la place bien qu'il s'efforçait de témoigner des repères qui lui tenaient à cœur. Et il s'était dit que le tout s'était noyé dans les larmes... Lors du 5 à 7 qui a suivi, durant les semaines et les mois subséquents, plusieurs personnes l'ont abordé pour dire combien elles avaient été touchées... des paroles dites (!?) : chacune avait retenu une dimension qui l'inspirait. L'émotion n'avait pas tout noyé. Il réalisa peu à peu combien on avait tous besoin de ces repères, et de s'en nourrir... D'où l'idée d'inviter les nominés à partager les leurs : « Qu'auriez-vous dit au micro ? ». Deux d'entre eux ont accepté de prolonger l'échange avec vous, en toute simplicité.

Avoir été mis en nomination pour le prix de la constance ça ne change pas le monde mais... c'est valorisant et réconfortant : « Je suis reconnu et apprécié par mes collègues de travail ». Véritable antidote à l'épuisement professionnel ! Ce besoin de reconnaissance, surtout par des pairs qui nous sont proches et significatifs, touche l'estime de chacun et module le plaisir légitime à faire notre métier surtout dans un contexte démotivant, déprimant même, des réorganisations, bouleversements, pertes relationnelles et manque de soutien que nous vivons depuis plusieurs années. Et il faut redire ce besoin et y répondre autour de nous, témoignant ainsi à nos jeunes qu'une charité bien ordonnée commence par soi-même.

La constance de l'engagement professionnel est tributaire de ceux et celles avec qui nous travaillons, par

leur estime sûrement et si possible par leur affection. Que se soit depuis 23 ans ou 35 ans, ce n'est ni faiblesse ni modestie que d'en témoigner : le métier d'éducateur se fait en équipe. Cette reconnaissance dans notre durée et notre **devenir** professionnels s'étend aussi à nos proches, ce « **coussin affectif** » qui amène une certitude grandissante d'être profondément aimé, et donc aimable. Et, nous désirons le témoigner à notre tour aux gens que nous rencontrons.

Comment voir la réalisation et l'accomplissement de soi sur le plan professionnel sans aspirer à une qualité dans ce que nous apportons, à une certaine régularité de cet apport et une certaine durée à le faire ? C'est nécessairement un souci, une détermination à vouloir s'améliorer et à parfaire ses connaissances. Cet appel est... sans appel ! C'est sans doute pourquoi il soulève inévitablement de la culpabilité même si nous savons que **le temps nous manque, que la tâche est lourde et complexe, que les chicanes direction-syndicat n'aident pas**. Nous repérons aussi de temps à autre **nos paresse, nos découragements, nos détours et nos « tournages » en rond**. Et puis, nous doutons : « Ai-je pris la bonne décision ?... fait la bonne intervention ? ». À l'heure de la polyvalence et de la performance n'est-on pas démodé avec la constance et l'engagement à tout prix ?

**Croire en moi, avec mes limites tout en continuant à douter, à tolérer ce doute comme faisant partie de mon dynamisme** : « Le doute est l'énergie de l'esprit », disait Michel Lemay, psychiatre. Se constituer ainsi un langage intérieur réconfortant pour contrer l'angoisse et le stress qui nous guettent même après 25 ans d'expérience, et rongent la santé de trop nombreux collègues. Croire en ce que l'on fait pour croire en l'autre et en son potentiel. Ça veut dire être là, stable, écoutant, valorisant auprès d'un enfant qui s'en suffira assurément pour se sentir protégé, réconforté et pour grandir... peut-être. Pour qu'il croit en



lui-même et risque un véritable **saut dans le vide**, celui de croire encore une fois au bonheur. Le regard de nos jeunes cherche le nôtre, nous voilà en chemin... Comment ne pas aimer ce que l'on fait quand on voit l'importance de notre tâche auprès de ces enfants ?

Comment ne pas être ému par leur courage à se raconter encore, à réveiller certains démons ? Comment ne pas en être inspiré à notre tour pour aller plus loin nous-mêmes ? Au carrefour de nos détresses et de nos bonheurs professionnels, nous pouvons mettre des noms qui nous ont appris : **Alain qui m'a intimidé pendant des années, Michel qui m'a chamboulé avec son problème d'encoprésie, Daniel dont la fragilité adolescente a tourné à la schizophrénie et au suicide ; mais l'homicide de Robert ne l'a pas empêché d'élever seul son enfant, Muebella m'a montré la différence des cultures africaine et haïtienne, Stéphane tout caïd qu'il était est devenu mon ami. Et Yannick, et...**

Avec les jeunes écorchés, nous apprenons que l'humanité progresse à petits pas, à petits pas chaque jour, jour après jour. Et il en est de même pour chacun de nous pour les choses importantes de nos vies. Cheminer avec les jeunes en difficulté, avec leur famille, nous accomplit et nous fait devenir assurément de meilleures personnes. Cet appel à cheminer ensemble n'a rien d'un plan de carrière ; bien malin celui qui dira où cela va nous mener... Et quand on se retourne pour voir le chemin accompli, nous réalisons soudain que notre métier est devenu une façon de vivre qui nous rend heureux. Voilà tout !

Nous témoignons de ces valeurs parce que l'expérience de notre nomination à la constance révèle qu'elles sont reconnues et appréciées dans notre établissement, parce que nous croyons à ce que nous faisons et que nous avons du plaisir à le faire.

Au plaisir d'une prochaine rencontre ! ▶

# La famille en crise : un équilibre à retrouver

Josette Laframboise, conseillère en planification et évaluation des programmes, DSPR  
et Jean-François Renaud, coordonnateur professionnel au Programme IRI, DSJ

IRI – un programme d'intervention mis sur pied en 1997 au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) pour aider les familles en crise – a récemment fait l'objet d'une révision de ses grands paramètres, à partir d'une synthèse du cadre théorique sur lequel il s'appuie et d'un regard sur la façon dont il est mis en œuvre dans l'organisation (Laframboise, 2003). Ses modalités d'opération ont été questionnées, tant par des gestionnaires et des intervenants du CJM-IU que par des utilisateurs externes de ses services, nommément les CLSC. Au terme de la démarche, les modalités organisationnelles du programme ont été modifiées : depuis janvier 2003, le programme compte près de trente intervenants, répartis dans deux équipes territoriales sous la direction de chefs de service, appuyés d'un coordonnateur clinique assumant la responsabilité de la formation des nouveaux intervenants ainsi que la supervision clinique de l'ensemble des éducateurs IRI. Les services sont dispensés dans trois volets d'intervention : IRI Accueil DPJ, IRI Territoire et IRI Cas actifs.

Nous faisons ici une brève présentation des fondements théoriques du programme (extraits en partie du document précité) ainsi que de l'approche clinique qui a formellement été adoptée dans le *Programme IRI : modèle systémique et intervention brève stratégique*.

Le *Programme IRI* a été développé au CJM-IU afin de répondre de façon plus adéquate à des situations d'urgence ou de crise dans des familles, qui se soldaient souvent par un retrait du jeune de son milieu familial. Le programme a été élaboré à partir de deux idées maîtresses : une crise dans la famille et la question du placement d'un jeune : son imminence et sa prévention.

## UNE CRISE DANS UNE FAMILLE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le concept de crise a été développé en 1944 par Erich Lindemann et repris en 1960 par H. Parad et G. Caplan,

qui ont proposé un cadre de référence pour étudier les familles ayant à faire face à une crise. Ces familles sont momentanément déséquilibrées parce qu'elles expérimentent un événement dangereux ou perçu comme tel car il menace l'équilibre psychologique des individus qui composent la cellule familiale. Les facteurs qui contribuent à déstabiliser la famille sont l'importance de la situation stressante et l'incapacité pour la famille d'y faire face par les moyens qui lui sont habituels. Certains problèmes appellent en effet des solutions qui peuvent être en dehors du registre habituel de réactions de la famille, et qui exigent un changement dans les modes d'interaction entre les individus. Comme, à un moment donné, les mécanismes d'évitement ne sont plus efficaces, l'incapacité à résoudre la situation crée dans la famille une tension croissante qui fait éclater la crise. Par ailleurs, les auteurs ont observé que la crise dans une famille suit les mêmes étapes qu'une crise au plan individuel ; en outre, quand une famille est en crise, elle serait plus réceptive à une intervention clinique.

Par la suite, Caplan (1964) a développé plus avant le concept de crise, décrivant les circonstances dans lesquelles elle peut émerger, les phases de son évolution ainsi que les facteurs qui influencent la façon dont elle se termine. Pour lui, la signification d'une crise réside dans le fait qu'elle télescope dans le temps le développement des personnes. Des changements importants peuvent apparaître dans leur fonctionnement au cours d'un laps de temps relativement bref et se maintenir ensuite pendant une longue période. Par ailleurs, l'issue de la crise dans une famille dépend jusqu'à un certain point du poids des anciens conflits non résolus réveillés chez ses membres – d'où l'importance d'une aide extérieure pour éviter la cristallisation des tensions.

Une crise dans une famille peut donc être décrite comme **une situation où sont mises à l'épreuve les capacités d'adaptation de la famille face à une situation immédiatement nouvelle pour elle, nécessitant à la fois**

la mise en place de réponses appropriées et le changement des modes habituels d'interaction. D'autre part, elle diffère d'une situation d'urgence, laquelle a un caractère ne pouvant être différé, d'où la nécessité d'agir vite. L'urgence est reliée à une notion de danger et implique une réponse sans délai. Dans un centre jeunesse, l'urgence réfère aux situations où le jeune est en danger pour lui-même ou dans son rapport avec l'environnement (Archambault et Desgroseillers, 1997).

Ces familles sont momentanément déséquilibrées parce qu'elles expérimentent un événement dangereux ou perçu comme tel car il menace l'équilibre psychologique des individus qui composent la cellule familiale.

### LES DIVERS TYPES DE CRISE

Baldwin (1977) propose un modèle de classification des crises émotionnelles et identifie leurs implications pour le type d'intervention à adopter. À son avis, les crises peuvent être regroupées en six catégories :

- **Crises liées au besoin de résoudre un problème immédiat qui affecte le client** : l'action requise est de l'ordre de l'information, la référence à des ressources... plutôt qu'une intervention au plan émotionnel.
- **Crises de transition anticipée dans la vie** : l'intervention vise à guider le client dans l'identification de moyens de s'adapter aux changements qu'amènera la situation.
- **Crises résultant d'un stress traumatique** : une crise émotionnelle résultant d'un stress intense peut être précipitée par un seul événement traumatique – e.g. une mort subite dans la famille – ou par une combinaison d'événements qui se suivent. Le client est submergé au plan émotionnel, est incapable de faire appel à ses mécanismes habituels d'adaptation et il doit faire face à une situation qu'il n'a jamais eu à

confronter auparavant. Le thérapeute doit apporter du support au client et comprendre l'impact de la situation tout en aidant la personne à mobiliser ses ressources ou à développer de nouveaux mécanismes d'adaptation.

- **Crises liées à la maturation ou au développement** : il s'agit de crises émotionnelles résultant d'une tentative de faire face à une situation interpersonnelle reflétant une lutte avec un problème antérieur qui n'a pas été résolu. Cette crise représente un essai d'atteindre la maturité émotionnelle.
- **Crises qui reflètent une psychopathologie** : il s'agit de crises précipitées par une psychopathologie préexistante, ou dans lesquelles la psychopathologie empêche les mécanismes d'adaptation d'aider à la résolution du problème. L'intervention doit viser à soutenir le client et à encourager ses tentatives de s'adapter à la situation du mieux qu'il peut. Le but général est de réduire le stress à des niveaux tolérables afin de prévenir une décompensation qui pourrait compliquer davantage la résolution de la crise.
- **Crises d'urgence psychiatrique** : on fait alors face à des situations de crise dans lesquelles le fonctionnement général a été sérieusement perturbé et où l'individu est incapable d'assumer des responsabilités personnelles. Ce type de crise requiert parfois une hospitalisation en milieu psychiatrique. En plus de répondre au dysfonctionnement aigu du client dans une urgence psychiatrique, le thérapeute peut aussi agir comme coordonnateur de services après la phase aiguë. Une référence est parfois nécessaire, ainsi qu'une intervention auprès de la famille du client.

L'intervenant IRI est appelé à traiter des situations de crise présentant les caractéristiques de l'une ou plusieurs de ces situations. En outre, il doit confronter la solution envisagée, de façon plus ou moins explicite, par la famille pour résoudre le problème et retrouver son équilibre : l'exclusion, au moins temporaire, du jeune impliqué dans la genèse de cette crise.

### L'IMMINENCE DU PLACEMENT

Le recours à des solutions cliniques alternatives au placement du jeune pour résoudre la crise dans la famille est l'un des concepts de base du *Programme IRI* : la prévention d'un tel placement y est en effet définie comme un objectif à poursuivre. On veut agir de façon à éviter qu'une

situation de crise ne dégénère en un retrait d'urgence du jeune de son milieu familial, demande expresse de plusieurs parents dans ces circonstances.

Pour agir à temps sur cet aspect, la question de l'imminence du placement revêt à certains moments une importance déterminante dans la priorité à accorder aux diverses demandes d'intervention adressées à l'organisme. À cet égard, on peut se demander jusqu'à quel point ce facteur a une incidence significative sur le placement du jeune ou son maintien dans le milieu familial. On peut aussi se poser des questions quant à la façon dont le caractère imminent d'un placement peut être décelé par les intervenants.

**Indépendamment de la classification  
du risque, le temps passé par  
l'intervenant à domicile pour donner  
des services à la famille s'est avéré  
le prédicteur le plus significatif pour  
savoir si les enfants demeureraient  
à la maison après la fin du traitement.**

Des études effectuées aux États-Unis ont fait état de la difficulté des intervenants d'en arriver à une façon univoque de définir l'imminence du placement, ce qui a des répercussions sur la comparabilité des résultats d'évaluations de programmes se référant d'un tel concept. D'autre part, une recherche fondée sur le jugement des intervenants quant à l'imminence du placement dans des familles suivies dans le cadre d'un *Programme de préservation de la famille* (Berry, 1991) a jeté une certaine lumière sur la question de savoir jusqu'à quel point ce facteur a ou non un impact sur le placement ultérieur du jeune.

Dans cette recherche, on a comparé deux groupes de familles, l'un présentant, selon les intervenants, un risque imminent de placement d'un jeune, l'autre pas. On a ensuite comparé les taux de placement à la fin de l'intervention.

En dépit des différences entre les familles à risque élevé, où les problèmes étaient beaucoup plus graves, et

celles où le placement semblait initialement peu probable, on n'a observé, suite à l'intervention, aucune différence significative entre le taux de placement (13 %) des familles où le placement semblait imminent et celles où ce risque paraissait peu élevé. Par contre, on a noté que les services avaient été beaucoup plus intensifs dans le cas des premières, lesquelles avaient terminé la période de traitement à un niveau d'habiletés inférieur au niveau moyen de celui qu'affichaient les autres familles au moment de la prise de contact. Indépendamment de la classification du risque, le temps passé par l'intervenant à domicile pour donner des services à la famille s'est avéré le prédicteur le plus significatif pour savoir si les enfants demeureraient à la maison après la fin du traitement. L'importance du temps de service a aussi été associée à des gains du client dans d'autres domaines, tels la discipline et les soins de santé donnés aux enfants.

## LA PRÉVENTION DU PLACEMENT

Jusqu'à quel point peut-on attendre d'un programme d'intervention de crise de courte durée qu'il réussisse à diminuer de façon significative les placements chez les jeunes dont la famille traverse une crise les touchant directement ?

Des recherches (e.g. Pecora et al., 1991 ; Spaid et Fraser, 1991 ; Schwartz et al., 1991) ont mis en lumière des différences intéressantes à cet égard entre les familles ayant bénéficié de programmes intensifs de *Préservation de la famille* et d'autres familles recevant des services réguliers : chez les premières, le placement des jeunes avait été beaucoup moins fréquent ; en outre, parmi ceux qui avaient néanmoins dû être placés, le nombre de jours de placement avait aussi été de beaucoup inférieur chez les jeunes ayant bénéficié d'un traitement intensif, comparativement aux autres. Par ailleurs, d'autres chercheurs ont observé que, quelques mois après la fin du traitement, le taux de placement augmentait parmi les familles traitées : dans trois évaluations de *Programmes de préservation de la famille*, Wells et Tracy (1996) n'ont trouvé aucune différence significative entre le taux de placement de groupes de familles recevant des services de ces programmes et celui de groupes de comparaison ; en outre, dans les deux groupes, ils ont noté que le pourcentage des familles qui expérimentent un placement augmente avec le temps.

Dans une étude longitudinale, un autre chercheur (Coleman, 1995) a explicitement remis en cause la validité d'un objectif de prévention du placement dans le

cadre d'un programme d'intervention rapide et intensive. Si un tel programme peut prévenir en certains cas le placement des jeunes ou, au contraire, ne peut l'empêcher en raison de facteurs particuliers, il semble toutefois influencer sur le caractère du placement : dans une recension d'écrits, Dagenais et Bouchard (1996) relevaient certains résultats tendant à démontrer que l'intervention retarde les placements, en réduit la durée et diminue l'intensité de l'encadrement requis. D'autre part, les caractéristiques de l'intervention semblent en relation avec la probabilité qu'un placement soit évité : ainsi, dans deux recherches, Fraser et al. (1989, 1991) ont observé que le soutien concret et l'augmentation du nombre d'heures d'intervention étaient liés à une diminution du taux de placement chez les familles traitées.

**La crise est vue, non seulement  
comme une souffrance collective  
à soulager, mais comme une  
opportunité de mobiliser les membres  
de la famille au changement.**

Indépendamment de la question du placement, d'autres chercheurs ont relevé des améliorations dans le fonctionnement des familles en crise ayant bénéficié d'un programme d'intervention rapide et intensive, notamment, dans les interactions entre le jeune et la famille, les communications au sein de toute la famille, le réseau de soutien disponible aux parents, les habiletés ménagères, le soin des enfants... (Smith, 1995 ; Wells et Whittington, 1993 ; Keaney, 1994 ; McCroskey et Meezan, 1997).

### **L'INTERVENTION AUPRÈS DES FAMILLES EN CRISE : QUELQUES MODÈLES AMÉRICAINS ET CANADIENS**

Le *Programme Homebuilders* est l'un des modèles marquants de l'intervention de crise auprès de la famille : il a été développé aux États-Unis dans les années '70 (Kinney et al., 1977 ; Kinney et al., 1990). Dans ce programme, l'intervention est rapide (**elle débute en dedans de deux heures de la demande**), intensive (**les familles sont rencontrées en moyenne de 10 à 15 heures par semaine**), flexible (**les services sont disponibles 24 heures par jour**) et de courte durée (**4-12 semaines**) ;

elle se fait la plupart du temps à domicile et implique tous les membres de la famille. Le modèle *Homebuilders* est fondé sur une théorie d'éducation sociale et met l'accent sur des apprentissages cognitifs et de comportement tels que l'entraînement à l'efficacité parentale (*parent effectiveness training*), le contrôle des émotions, l'acquisition d'habiletés interpersonnelles et l'entraînement à l'affirmation de soi (Kinney et al., 1990). La crise est vue, non seulement comme une souffrance collective à soulager, mais comme une opportunité de mobiliser les membres de la famille au changement. Plutôt que de se centrer sur les faiblesses des individus, ce modèle s'appuie sur une reconnaissance des forces dans la famille, forces que l'intervenant ira chercher pour amener la famille à résoudre le problème autrement qu'en recourant au placement d'un (des) enfant(s). Au besoin, il lui procurera des services concrets ; il la référera aux programmes réguliers de l'agence ; il pourra également la mettre en contact avec divers organismes de la collectivité en mesure de lui fournir par la suite le soutien requis, créant ainsi un filet de sécurité autour d'une famille demeurant vulnérable.

Le *Programme Homebuilders* a inspiré la création de divers autres programmes de soutien intensif à la famille, notamment, les *Programmes de préservation de la famille* (*Family preservation services*) dans diverses régions de ce pays ainsi qu'au Canada.

À Montréal, à partir des années '80, des expérimentations ont été menées dans quelques centres de réadaptation pour jeunes en difficulté, afin de fournir aux familles aux prises avec une crise des services rapides et soutenus, visant à les aider à la résorber tout en évitant que l'urgence d'intervenir ne se traduise par le retrait précipité du jeune de son milieu familial – par exemple, les *Services d'intervention dans le milieu* (S.I.M.) du Centre La Clairière (Puskas, 1989) ; *La crise apprivoisée*, du Centre Marie-Vincent, en collaboration avec la DPJ (Carignan et Lajoie, 1991 ; Renaud et al., 1994 ; Renaud, 1996) ; le projet *PRIME* (*Projet d'Intervention Massive à l'Enfance*) (Généreux et al., 1994 ; Dagenais, 1994 ; Tourigny et al., 1995 ; Dagenais et Turner, 1997 ; Dagenais et al., 1998-99 ; Dagenais et Bégin, 1999 ; Dagenais et al., 2000).

Enfin, en septembre 1997 a été mis sur pied au CJM-IU le *Programme IRI*, un programme d'Intervention Rapide et Intensive, dont les paramètres tenaient compte, non seulement du modèle initial *Homebuilders*, mais des enseignements de la pratique résultant des expériences précitées.

## L'APPROCHE CLINIQUE PRIVILÉGIÉE DANS LE PROGRAMME IRI : LE MODÈLE SYSTÉMIQUE

Intervenir dans un contexte familial est une entreprise risquée puisqu'il s'agit de transiger avec des systèmes complexes sur le plan des interactions mais aussi sur le plan historique. Solliciter le regard du parent sur ses compétences parentales l'invite à se pencher sur sa propre enfance et à revisiter les attitudes de ses propres parents. Intervenir en contexte familial, c'est apprendre à tenir compte de l'histoire de chacun, tout en sachant que ces données ne seront jamais pleinement maîtrisées par l'intervenant, l'étant déjà très peu par l'individu lui-même. Composer avec une famille, c'est aussi tenir compte de règles qui demeureront en grande partie inconnues tout au long de l'intervention.

**Les membres de la famille  
ne perçoivent plus qu'une seule  
et unique solution à leurs problèmes.**

**L'ultime dénouement devient  
parfois l'éviction du problème  
et de l'individu qui le porte.**

La fébrilité dégagée lors de situations d'urgence ou de crise entraîne d'importantes difficultés. La situation se dégrade au sein du système familial alors qu'il devrait être le lieu où le parent, l'enfant, le conjoint se sentent en sécurité, protégés. C'est l'espace où l'individu peut se (re)construire, fonction qui n'est plus ou n'a jamais été disponible dans ce système. L'intervention dans ce contexte est particulièrement périlleuse car elle se déroule près ou à l'intérieur de la zone de survie du système et des individus. Le milieu se détériore et se rigidifie. Les échanges avec l'extérieur perdent de leur flexibilité et deviennent des solutions uniques. Les membres de la famille ne perçoivent plus qu'une seule et unique solution à leurs problèmes. L'ultime dénouement devient parfois l'éviction du problème et de l'individu qui le porte.

Le *Programme IRI* se spécialise dans l'intervention auprès des systèmes familiaux en situation d'urgence et de crise. L'intervention requiert un ensemble d'habiletés et de compétences chez celui qui la pratique, liées à la fébrilité du

moment, à l'importance des symptômes apparents et à la souffrance des protagonistes. Les intervenants du *Programme IRI* se doivent d'être d'habiles jongleurs, capables de travailler à l'aveugle sur le plan de l'histoire familiale, avec des inconnus et dans des situations précaires. Par contre, travailler avec des familles en crise, c'est aussi intervenir avec une fenêtre d'opportunité unique et fort enviable. C'est souvent dans la détresse que tout devient possible lorsque le soutien est bien ajusté. L'intervenant commence son suivi avant que le symptôme ne soit ancré, avant que la solution magique qu'est parfois le placement ne collabore au maintien du problème. Travailler à l'intérieur de cette zone de fébrilité, c'est se donner les conditions gagnantes pour introduire des changements importants dans un système qui se croyait au bord de l'éclatement et de l'impossible.

C'est pour ces raisons que le modèle d'intervention élaboré au *Programme IRI* s'appuie avec autant de force et de rigueur sur la conjugaison de cinq paramètres-clés. On doit les concevoir et les actualiser comme un tout et non comme cinq aspects distincts de l'intervention.

## LES GRANDS PARAMÈTRES DE L'INTERVENTION IRI

### L'intervention doit être rapide

Le moment où éclate une crise dans la famille exige une rapidité d'intervention en raison même de son caractère. La crise n'apparaît pas soudainement ; elle arrive au point culminant d'un ensemble de stress auxquels la famille n'est plus capable de faire face par des moyens qui lui sont familiers ; elle représente en quelque sorte un point de non-retour. Il faut rapidement briser la séquence des interactions destructrices entre les membres de la famille ou d'un système. La rapidité à mettre en place le suivi est essentielle à la mobilisation des individus. C'est aussi ce qui rend la suite de l'intervention crédible. Le message ainsi traduit à la famille est la reconnaissance de l'importance de la situation et la croyance en ses capacités de résoudre celle-ci avec le soutien nécessaire. Pour ces raisons, le premier contact de l'intervenant IRI avec la famille en crise a lieu, dans la majorité des cas, en-dedans de deux heures, ou, au plus, quatre heures, suivant une référence à ses services.

### L'intervention doit être intensive

Pour mettre à profit le moment de déstabilisation de la famille afin de l'amener à envisager les changements nécessaires, l'intervention se doit aussi d'être intensive : dans le *Programme Homebuilders*, on peut intervenir jusqu'à 10-15 heures par semaine, alors que le *Programme de Préservation de la famille*, dans l'Ohio, utilise une approche de 4 à 8 heures

d'intervention par semaine. Au CJM-IU, une intervention minimale de 4 à 5 heures par semaine a été retenue au départ pour le *Programme IRI*.

Lorsque l'on considère les programmes d'intervention mis sur pied dans divers milieux, l'on constate que parfois, l'intervention est dite **massive**, parfois, on parle plutôt d'une intervention **intensive**. Il y a des distinctions à faire entre les deux concepts :

- L'intervention massive réfère à une prise en charge directe de l'intervenant. Elle représente un investissement d'au moins 12 à 15 heures par semaine de 7 jours. L'intervention se caractérise par une variété d'actions allant de la consultation au *coaching* parental, à la participation à certaines célébrations ou fêtes familiales ayant un sens dans la poursuite de l'intervention. C'est le même intervenant qui assure l'ensemble de cette présence en étant « sur appel » en dehors du temps passé auprès de la famille ou d'un de ses membres. À l'intérieur d'une intervention dite massive, l'intervenant ne pose pas d'action en dehors de la présence du client. On adopte la stratégie de « faire avec... » afin d'instaurer de nouvelles pratiques à l'intérieur du système en crise.
- L'intervention intensive trouve ses origines à l'intérieur des divers programmes américains « *post-Homebuilders* » et européens, suite, entre autres, à la désinstitutionnalisation de la prise en charge psychiatrique en Italie. C'est l'école de Milan, puis de Rome, qui ouvrent la porte à cette prise en charge dans le milieu par une équipe de travail qui demeure disponible pour effectuer toute une gamme d'interventions spécialisées. Il y a un psychiatre pour la consultation médicale, un psychologue pour la thérapie, un éducateur (ou son équivalent) pour les apprentissages pratiques, une infirmière, et ainsi de suite. L'équipe est de garde pour l'intervention avec la famille et travaille simultanément à divers niveaux. L'équipe est sous la coordination d'un *operatore* qui gère l'ensemble de l'intervention. Cette fonction est assumée indifféremment par l'un ou l'autre membre de l'équipe, sans hiérarchie l'un par rapport à l'autre. Afin d'éviter les tentatives des familles de repousser le « patient désinstitutionnalisé » vers l'institution, l'équipe de prise en charge planifie une série d'interventions à distance, visant à développer les habiletés du système en crise ou à récupérer celles déjà existantes. On parle alors de tâches, de prescriptions données à la famille, de rencontres dans la famille, mais aussi dans son quartier... Pour ce qui est des Américains, l'intensité se développe autour des modèles de

sauvegarde de la famille, administrés par des travailleurs sociaux. Il s'agit sans doute d'adaptations du modèle *Homebuilders*. On tente alors d'utiliser un ensemble de techniques autres que le « faire avec », afin de maintenir la mobilité du système en crise. On utilise aussi la prescription, l'induction paradoxale, la tâche... pour maintenir ce mouvement. Dans la plupart de ces modèles d'intervention auprès des familles en crise, celles-ci peuvent au besoin recourir à des consultations sur-le-champ en rejoignant un intervenant de garde.

L'intervention intensive est moins coûteuse administrativement que celle dite massive, car elle ne repose pas sur la présence constante de l'intervenant auprès du système en crise. De plus, elle procède à travers une multitude d'actions que l'intervenant met en place avec la famille, afin de maintenir ou développer sa capacité de « s'autoguérir », pour reprendre une notion de l'école de Milan.

**L'importance de mener l'intervention dans le milieu tient au fait que la rigidité caractéristique des systèmes familiaux en urgence ou en crise affaiblit considérablement la capacité de généraliser les apprentissages.**

#### **L'intervention doit être effectuée dans le milieu du jeune et de sa famille**

L'intervention dans le milieu du jeune et de sa famille représente la pierre angulaire du *Programme IRI*. Plusieurs autres programmes au CJM-IU requièrent de la rapidité, de l'intensité et des interventions à court terme. Là où ce modèle d'intervention est différent, c'est dans la conjugaison de ces paramètres dans le milieu familial et social. Tous les projets précédant la mise sur pied du *Programme IRI* en 1997 orientent la totalité de leurs actions dans le milieu du jeune. L'utilisation des ressources institutionnelles est minimale et de dernier recours. Vingt années d'expériences démontrent la rentabilité et la faisabilité d'une telle approche.

L'importance de mener l'intervention dans le milieu tient au fait que la rigidité caractéristique des systèmes familiaux en urgence ou en crise affaiblit considérablement

la capacité de généraliser les apprentissages. Même s'il est plus facile de construire une intervention d'arrêt d'agir (i.e. identifier clairement l'agir, le système dans lequel il se joue et les règles sur lesquelles il se fonde) en utilisant une ressource institutionnelle, son résultat est plus susceptible de conserver un caractère permanent si cette intervention est actualisée dans le milieu, en utilisant des ressources du réseau familial. L'intervention dans le milieu permet de mettre en pratique sur-le-champ, dans le quotidien, les habiletés acquises. On évite ainsi les pièges liés au besoin pour la famille de transposer ces acquis d'un autre milieu.

Devant une crise qui a déséquilibré le système familial, le but ultime de l'intervention ne se limitera donc pas à aider ce système à retrouver son état antérieur d'équilibre, mais à l'amener, à travers une gamme d'approches et d'activités différentes, à pouvoir s'auto-réguler à l'avenir. Il ne s'agit pas de chercher uniquement à réduire l'impact d'un symptôme, mais plutôt, de faire appel aux forces de la famille pour qu'elle commence à effectuer les changements qui lui permettront, le cas échéant, de faire face elle-même à des crises ultérieures – ou encore, comme le suggère un proverbe chinois, de lui apprendre à pêcher : « Donner un poisson, c'est nourrir l'homme un jour ; lui apprendre à pêcher, c'est le nourrir toute sa vie »...

### **L'intervention doit utiliser une variété de stratégies et de moyens d'action**

L'intervention de crise fait appel à un large éventail de stratégies – reformulation, écoute active, restructuration cognitive, recadrage, paradoxe, techniques de résolution de conflits et de conciliation... – qui inclut au besoin un soutien concret à la famille : transport, aide alimentaire, accompagnements divers... Travailler auprès de familles ou de jeunes en situation de crise demande une très grande adaptation de la part de l'intervenant : la gestion du risque, l'intensité et la fébrilité des protagonistes (souvent autant des professionnels que des membres de la famille), la rigidité du système en difficulté exigent de lui une souplesse dans ses stratégies d'action. On ne peut s'adresser à des systèmes en grande difficulté, tenter de rejoindre les compétences de ces familles sans devoir s'adapter aux ressources disponibles. L'intervenant doit donc posséder et actualiser un coffre d'outils variés, mobiles et différenciés d'une situation à l'autre.

Dans son éventail de ressources, l'intervenant doit inclure la capacité d'utiliser au besoin, mais souvent prioritairement, l'aide concrète. « Ventre affamé n'a point d'oreilles » : cette maxime, qui illustre l'importance

de considérer, dans l'action, la hiérarchie des besoins humains (Maslow, 1971), représente souvent un facteur avec lequel doit composer l'intervenant IRI, quand il arrive dans une famille en crise. Bien que les différentes stratégies d'intervention ne soient pas priorisées l'une par rapport à l'autre, on sait que l'aide concrète est vitale pour l'atteinte d'un nouvel équilibre, peu importe tout ce qui est apporté d'autre à une famille – tel que le confirment les résultats de certaines recherches (Fraser et al., op. cit., 1989, 1991).

**L'intervention de crise**  
**fait appel à un large éventail**  
**de stratégies – reformulation,**  
**écoute active, restructuration**  
**cognitive, recadrage, paradoxe,**  
**techniques de résolution**  
**de conflits et de conciliation...**  
**– qui inclut au besoin**  
**un soutien concret à la famille :**  
**transport, aide alimentaire,**  
**accompagnements divers...**

### **L'intervention doit être de courte durée**

L'intervention ne pourrait se poursuivre à long terme de façon intensive sans avoir un impact négatif sur la capacité de la famille à développer ses propres mécanismes d'autorégulation. La présence importante de l'intervenant, alors que le système est en déséquilibre, entraîne un lien de dépendance, d'où l'importance de limiter dans le temps l'intervention de crise. S'il s'étalait sur une durée supérieure à 6-8 semaines, ce type d'intervention risquerait en effet de provoquer un effet antagonique à celui recherché, soit celui d'une certaine accoutumance à l'offre de soutien intensif et une réduction de la croyance du système familial en ses propres capacités de trouver des solutions aux crises ultérieures qui pourraient se produire.

## L'INTERVENTION IRI : UN TOUT INTÉGRÉ

L'expérience a démontré que les caractéristiques de l'intervention de crise telles que décrites sont tout aussi importantes l'une que l'autre ; l'une ne saurait être privilégiée à l'exclusion des autres, car aucune n'est suffisante pour créer à elle seule l'impact souhaité. En conséquence, on peut affirmer que le succès d'une intervention de crise repose, non pas sur le seul respect de l'une ou l'autre des caractéristiques principales de cette intervention, mais sur l'effet cumulatif d'une conjugaison de toutes ces caractéristiques.

## UN MOT SUR LES RESSOURCES HUMAINES DU PROGRAMME IRI

Les programmes d'intervention de crise aux États-Unis utilisent des travailleurs sociaux ou des personnes ayant reçu une formation de nature psychosociale. Dans les programmes développés à Montréal, on a plutôt décidé de faire appel à des intervenants de la réadaptation. On peut se demander jusqu'à quel point le type de formation des intervenants a une incidence sur les familles et les jeunes avec lesquels ils ont un succès évident et relativement permanent, et ceux avec lesquels ils obtiennent des résultats mitigés. À cet égard, il est intéressant de constater dans les évaluations de programme effectuées aux États-Unis que les travailleurs sociaux ont plus de succès avec les familles de jeunes enfants alors que, dans une proportion significative de cas, l'intervention avec des enfants plus âgés et des adolescents présentant des troubles de comportement se solde fréquemment par un échec à plus ou moins long terme, certains jeunes allant jusqu'à adopter éventuellement un comportement délinquant. Au CJM-IU, les éducateurs du *Programme IRI* semblent par contre obtenir des résultats très intéressants avec ce type de jeunes, alors qu'ils paraissent relativement moins présents auprès des familles des tout-petits. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'une équipe d'intervention-terrain de la Direction de la protection de la jeunesse assume à court terme des interventions dans le cas de jeunes enfants signalés aux Urgences sociales lorsque la situation demande une clarification immédiate à domicile et, le cas échéant, des mesures d'urgence si le jeune en cause est jugé en danger.

## IRI : UNE SOURCE D'AIDE ET UNE SOURCE DE CONNAISSANCES

Dans l'ensemble des services du CJM-IU, le *Programme IRI* apporte à un grand nombre de familles en

crise une forme d'aide particulière dont les paramètres ont été dictés, dans une certaine mesure, par les résultats d'évaluations de programmes analogues, mis sur pied aux États-Unis et plus tard, au Canada, paramètres dont la pertinence a fait par ailleurs l'objet d'une révision, et qui sont soumis de façon continue au test de la réalité, à travers l'observation de la pratique quotidienne des intervenants. Dans cette perspective, il faut noter qu'une recherche est présentement en cours sur l'un des volets du programme, dont l'expertise est offerte à des familles en crise signalées à l'accueil de la Direction de la protection de la jeunesse (Urgences sociales et RTS). Les résultats de cette recherche, qui seront disponibles en juin 2004, devraient permettre, entre autres, de mesurer la contribution du *Programme IRI* à la prévention du placement, surtout du placement en urgence, ainsi qu'à la non-rétention de signalements dont la pertinence est mise en doute dans le cas de certaines familles bouleversées par une crise.

En intervenant de façon rapide et intensive auprès de la famille, en lui faisant voir des solutions alternatives à l'exclusion du jeune, en lui faisant prendre conscience de ses forces, plutôt que de ses inhabiletés, en lui apprenant à s'en servir pour faire face, le cas échéant, à de nouvelles situations difficiles, les intervenants du *Programme IRI* sont ainsi en mesure, non seulement d'apaiser les impasses conflictuelles dans une famille, mais de l'accompagner vers un équilibre nouveau, où le jeune a toujours sa place. ▸

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Archambault, J. et C. Desgrosseillers (1997). *Intervention rapide et intensive en amont en situation d'urgence et de crise*, Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal, Direction des services territoriaux, 29 p.
- Baldwin, B.A. (1977). « A Paradigm for the Classification of Emotional Crises : Implications for Crisis Intervention », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 48, no 3, 538-551.
- Berry, M. (1991). « The Assessment of Imminence of Risk of Placement : Lessons from a Family Preservation Program », *Children and Youth Services Review*, vol. 13, 239-256.

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books Inc., 304 p.
- Carignan, M. et J. Lajoie (1991). *La crise apprivoisée : l'enfant moins déraciné*, Montréal, Centre d'accueil Marie-Vincent et CSSMM, 36 p.
- Coleman, H.D.J. Ph.D. (1995). *A Longitudinal Study of a Family Preservation Program* (Doctoral Dissertation), Utah, The University of Utah, Graduate School of Social Work, 245 p.
- Dagenais, C. et al., sous la direction de C. Bouchard et D. Fortin (2000). « Évaluation d'implantation et d'impact du projet d'intervention massive à l'enfance (PRIME) », *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 5, no 5, Montréal, UQAM, LAREHS, GRAVE, 32 p.
- Dagenais, C. et J. Bégin, sous la direction de D. Fortin (1999). « L'impact des programmes de soutien intensif offerts à des familles en crise. Une synthèse des résultats de la recherche évaluative », *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 6, no 1, Montréal, UQAM, LAREHS, GRAVE, 62 p.
- Dagenais, C. et al. (1998-1999). « L'intervention sociale en situation de crise en protection de la jeunesse. Crise familiale ou crise organisationnelle », *Service social*, vol. 47, nos 3-4, 41-76.
- Dagenais, C. et J. Turner, sous la direction de C. Bouchard (1997). « L'intervention en situation de crise en protection de la jeunesse : le point de vue de l'intervenant-e », *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 4, no 4, Montréal, UQAM, LAREHS, GRAVE, 91 p.
- Dagenais, C. et C. Bouchard (1996). « Recension des écrits concernant l'impact des programmes de soutien intensif visant à maintenir les enfants et adolescents dans leur famille », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 15, no 1, 63-82.
- Dagenais, C. (1994). « L'impact des programmes de soutien intensif visant à maintenir les enfants et les adolescents dans leur famille », *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 1, no 3, Montréal, UQAM, LAREHS, GRAVE, 65 p.
- Fraser, M.W. et al. (1991). *Families in Crisis. The Impact of Intensive Family Preservation Services*, New York, Aldine de Gruyter, 354 p.
- Fraser et al. (1989). « Assessing the Risks of Treatment Failure in Intensive Family Preservation Services », Presented at the Second Annual Research Conference, *Children's Mental Health Services and Policy : Building a Research Base*, Tampa, FL.
- Généreux, R. et al. (1994). *Bilan d'implantation du Projet PRIME, Année 1993-94*, Montréal, Centres jeunesse de Montréal, Direction des services de réadaptation pour l'enfance, 32 p.
- Keaney, W.F. Ph.D. (1994). *Building Family Support into Child Protective Service* (Doctoral Dissertation), Boston, Brandeis University.
- Kinney, J.M. et al. (1990). « Keeping Families Together », *Children Today*, vol. 19, no 6, 14-19.
- Kinney, J.M. et al. (1977). « Homebuilders : Keeping Families Together », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 45, no 4, 667-673.
- Laframboise, J. (2003). *Le programme d'intervention de crise rapide et intensive « IRI » au Centre jeunesse de Montréal : une redéfinition*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 63 p.
- Maslow, A.H. (1971). *The Farther Reaches of Human Nature*, New York, The Viking Press, 423 p.
- McCroskey, J. et W. Meezan (1997). *Family Preservation & Family Functioning*, Washington, DC, Child Welfare League of America, 382 p.
- Parad, H.J. et G. Caplan (1960). « A Framework for Studying Families in Crisis », *Social Work*, vol. 5, 3-15.
- Pecora, P.J. et al. (1991). « Client Outcomes and Issues for Program Design », in Wells, K. et Biegel, D.E. editor, *Family Preservation Services. Research and Evaluation*, Newbury Park, CA. Sage Publications, 3-32.
- Puskas, D. (1989). « Le service d'intervention dans le milieu (S.I.M.) du Centre d'accueil La Clairière : présentation d'un modèle d'intervention », *Revue canadienne de psychoéducation*, vol. 18, no 2, 123-134.
- Renaud, J.-F. (1996). *La crise apprivoisée, Projet d'intervention intensive de court et moyen terme*, Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal, 21 p.
- Renaud, J.-F. et al. (1994). *La crise apprivoisée... par quatre années d'intervention*, Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal, Centre Marie-Vincent, Direction de la protection de la jeunesse, 13 p.
- Smith, M. K. (1995). « Utilization-Focused Evaluation of a Family Preservation Program », *Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 76, no 1, 11-19.
- Spaid, W.M. et M. Fraser (1991). « The Correlates of Success/Failure in Brief and Intensive Family Treatment : Implications for Family Preservation Services », *Children and Youth Services Review*, vol. 13, 77-99.
- Tourigny, M. et al. (1995). « Évaluation de l'implantation du projet d'intervention massive à l'enfance (PRIME) pour les deux premières années », *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 2, no 6, Montréal, UQAM, LAREHS, GRAVE, 57 p.
- Wells, K. et E. Tracy (1996). « Reorienting Intensive Family Preservation Services in Relation to Public Child Welfare Practice », *Child Welfare*, vol. LXXV, no 6, 667-692.
- Wells K. et D. Whittington (1993). « Child and Family Functioning after Intensive Family Preservation Services », *Social Service Review*, vol. 67, no 1, 55-83.

# L'Intervention terrain

Suzanne Ménard, réviseur, DPJ

22 heures 50, vendredi soir, la *paget* se fait entendre.

La semaine de travail au Service Révision de la DPJ se termine. La mise en disponibilité pour l'intervention terrain débute.

La collègue des Urgences sociales m'informe qu'une intervention est requise pour une fillette de 1 an 1/2, Tania, qui est sous la responsabilité de son père pour le week-end. Les policiers sont présents au domicile de la fillette. Le père se dit « prêtre », il est en état d'ébriété, le logement est insalubre.

Arrivée sur place à 23 heures 40, d'entrée de jeu les policiers m'informent que l'enfant leur a été signalée par une dame qui se disait inquiète pour la sécurité physique de ce jeune enfant.

Les policiers m'accompagnent dans le logement. L'enfant est dans les bras de son père, endormie, alors que lorsque les policiers sont arrivés plus tôt, l'enfant était assise par terre, mâchouillant un bout de cigarette. Le logement est petit, sale et désordonné. Dans la chambre, un « autel » est érigé, entouré d'objets de culte. Parmi ceux-ci, un grand couteau planté à même le plancher. Tout autour, une poudre blanche qui, selon les policiers, serait du sucre. Dans tout l'appartement, des tasses sont déposées par terre, emplies d'un quelconque liquide.

Interrogé, le père demeure évasif. Le fait que l'enfant se promenait seule par terre, avec tous les risques encourus, ne semble pas l'inquiéter. De plus, il n'explique pas l'absence de nourriture, de couches, de vêtements pour l'enfant.

Il devient rapidement évident que nous devons retirer l'enfant. Sa sécurité physique est en danger d'autant plus que le père est en état d'ébriété et n'est pas en mesure de répondre aux besoins de son enfant.

Dans un premier temps, je tente de rejoindre la mère. Je l'informe de la situation et décide de me rendre à son domicile accompagnée des policiers. Entre-temps, les policiers constatent qu'il y a un mandat d'arrestation d'émis contre

celle-ci suite à des événements de violence. Ce soir-là, les policiers procéderont à son arrestation et à son incarcération. Madame est donc informée de la nécessité d'un placement en famille d'accueil pour sa fille.

**Interrogé, le père demeure évasif.**

**Le fait que l'enfant se promenait seule**

**par terre, avec tous les risques**

**encourus, ne semble pas l'inquiéter.**

**De plus, il n'explique pas l'absence**

**de nourriture, de couches,**

**de vêtements pour l'enfant.**

Mon travail auprès de Tania consiste maintenant à la rassurer et à l'accompagner en famille d'accueil ce qui n'est pas évident avec une si jeune enfant. Heureusement, les familles d'accueil qui reçoivent ces enfants ont développé les aptitudes à s'occuper de leurs besoins spécifiques dans un contexte où ils arrivent en situation de crise.

Je serai finalement de retour chez moi autour de 3 heures du matin.

Cette situation est dramatique, elle fait malheureusement partie de l'histoire de très jeunes enfants qui, pour différentes raisons, se retrouveront confrontés à l'incapacité passagère ou permanente de leurs parents et vivront une intervention d'urgence.

Afin d'accompagner ces enfants, de leur offrir le soutien et les services que leur situation nécessite lorsque celle-ci survient en dehors des heures régulières de travail, l'équipe d'Intervention terrain fut mise sur pied à l'été 1998 en soutien aux Urgences sociales.

### L'ACCUEIL DPJ, UNE RÉPONSE 24 HEURES SUR 24

Désirant offrir une réponse en tout temps aux déclarants portant à l'attention du Directeur de la protection de la jeunesse la situation d'un enfant, le Service accueil DPJ prévoit le maintien d'une équipe de jour pendant les heures normales de travail la semaine et une autre appelée Urgences sociales opérant les soirs, les nuits, les fins de semaine et les jours fériés. Au cours de la dernière année financière, l'accueil DPJ a reçu et traité 7 363 signalements. Pendant les heures normales de bureau, les signalements traités et retenus sont acheminés aux équipes Évaluation-Orientation selon un code de priorité. Par exemple, lorsque la crise est majeure, que la sécurité physique d'un enfant est menacée, qu'une intervention immédiate s'impose, dans le jargon DPJ, on identifie un code 1.

Une grande partie des signalements sont traités au téléphone afin de déterminer s'ils seront retenus en fonction des critères cliniques d'interprétation de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ). Il arrive toutefois que dans certaines situations, une vérification complémentaire soit effectuée par une visite à domicile afin de décider plus judicieusement du bien-fondé de retenir un signalement.

Durant le jour, en complémentarité avec les services d'accueil et les équipes Évaluation-Orientation, se greffe également le *Programme IRI*. Il s'agit d'une équipe d'éducateurs qui interviennent rapidement et intensivement dans des situations de crise qui mettent en cause surtout des adolescents (difficultés relationnelles parents-ado et troubles de comportements chez les adolescents).

En dehors des heures régulières de travail, les intervenants des Urgences sociales auront également accès au *Programme IRI* et à l'Intervention terrain en soutien à leur intervention.

### L'INTERVENTION TERRAIN

Les objectifs d'une telle intervention sont :

- Permettre l'intervention du DPJ en dehors des heures ouvrables à savoir le soir, la nuit, la fin de semaine et durant les jours fériés.
- Permettre une intervention immédiate lorsque la sécurité d'un enfant est compromise (code 1). Par

exemple : un enfant laissé seul sans surveillance ; une situation où un problème de santé mentale est identifié chez le parent ou l'enfant.

- Offrir un accompagnement, un soutien professionnel dans certaines situations (abus sexuel - abus physique).
- Apprécier de plus près les risques, éclairer la décision de maintenir ou non l'enfant dans son milieu. Évaluer les différentes alternatives d'hébergement c'est-à-dire dans le milieu familial élargi de l'enfant (grands-parents, tantes, oncles, famille amie, famille d'accueil, centre d'accueil).
- Permettre une poursuite de l'intervention lorsque la fermeture des services réguliers, pour 24 heures et plus, risque de créer une situation de compromission pour l'enfant. Ce genre de situation survient habituellement au début de l'étape évaluation-orientation lorsque l'on ne connaît pas encore toutes les composantes de la situation de l'enfant.

L'équipe d'Intervention terrain est composée d'une banque de dix professionnels de la DPJ qui acceptent volontairement de se mettre en disponibilité après les heures régulières de travail.

Cette période de disponibilité débute le vendredi soir 17 heures pour se terminer le vendredi suivant à 9 heures. Elle couvre les samedis, dimanches et les jours fériés. Pour les autres jours, elle couvre les plages horaires de 17 heures à 9 heures. Elle est assumée par deux intervenants qui recevront les appels d'intervention à tour de rôle. Il arrive cependant que certaines interventions nécessitent la présence simultanée des deux intervenants.

La décision d'une intervention terrain est prise par l'intervenant des Urgences sociales en accord avec le chef de service également en disponibilité pour la même période.

L'intervention terrain devient donc un soutien à l'intervention du professionnel des Urgences Sociales lorsque celui-ci considère que la présence de l'intervenant est nécessaire directement auprès de l'enfant pour apprécier la situation ou dans le cas d'un code 1.

Suite à son action auprès de la famille, l'intervenant terrain fera rapport de ses observations et de ses conclusions à l'intervenant des Urgences sociales avec qui il partage la responsabilité décisionnelle ; ce dernier demeure toutefois

responsable des suites cliniques. Dans la majorité des cas (67 %), l'intervenant terrain suggère généralement d'entreprendre ou de poursuivre une évaluation plus complète de la situation. Lorsque le cas est connu, l'intervenant des Urgences sociales décidera soit de retenir un nouveau signalement ou de transmettre, à l'intervenant de l'évaluation/orientation ou de l'application des mesures, les observations significatives faites par l'intervenant terrain. Si le signalement n'est pas retenu, l'intervention du DPJ s'arrête là. Dans certains cas, l'intervenant de l'accueil DPJ qui assume les suites de jour effectuera une référence pour un suivi dans la communauté avec le CLSC, par exemple.

Dans le cas où l'intervenant terrain recommande le placement, l'intervenant des Urgences sociales procède à l'identification de la ressource d'hébergement et l'intervenant terrain accompagne l'enfant.

Les interventions terrain ont principalement lieu de 17 heures à 22 heures. Généralement, la période de disponibilité échelonnée sur une semaine comprend trois sorties par intervenant d'une durée d'environ 4 heures chacune.

Dans un rapport publié en juillet 2002<sup>1</sup>, Madame Josette Laframboise, conseillère en planification et évaluation des programmes à la Direction des services professionnels et de la recherche (DSPR), relève que, pour la période du 1er avril 2001 au 31 mars 2002, 262 interventions terrain ont été effectuées.

La plupart de ces interventions ont été effectuées pour trois motifs : une situation de négligence (alinéas b), c), d) et e) de l'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*) prévalait dans près de la moitié des cas, alors que les abus physiques (23,7 %) et les troubles de comportement (19,1 %) étaient suffisamment importants pour justifier une intervention.

Près des trois-quarts des interventions n'ont impliqué qu'un seul enfant, alors que les autres ont touché jusqu'à cinq enfants en cours d'intervention.

Le nombre total des enfants impliqués s'élève à 310.

La plupart des interventions (68 %) ont porté sur des cas non connus de la DPJ. Cependant, dans une certaine proportion de dossiers, l'intervention terrain est venue s'ajouter à une intervention déjà entreprise au niveau de l'évaluation/orientation (16 %) ou encore de l'application des mesures (13,4 %).

Lorsqu'un intervenant effectue une visite à domicile dans le cadre d'une intervention terrain, il le fait aussi souvent seul (46,9 %) qu'en présence d'un policier (44,7 %) ; cela est déterminé par le motif d'intervention. Dans le cas d'un signalement retenu en code 1, l'intervenant terrain est le plus souvent accompagné d'un policier lors de sa visite à la famille. Par ailleurs, l'intervenant agira souvent seul, suite à une demande d'intervention à l'extérieur du domicile familial (à l'école, lorsqu'un enfant se réfugie chez des amis) ou suite à une demande d'intervention en dehors des heures régulières, pour un cas actif à l'évaluation/orientation ou à l'application des mesures.

Dans près de 60 % des situations, l'intervenant a dû prendre les mesures nécessaires pour confier l'enfant, au moins de façon temporaire, à une ressource extérieure à sa famille : dans 25,2 % des cas, il s'agit d'un milieu de réadaptation, alors que 16 % ont été placés dans une famille d'accueil et que 16,4 % ont été plutôt confiés à un tiers connu de l'enfant. Si un peu plus du tiers des enfants sont demeurés dans leur famille, ce maintien a néanmoins été assorti de conditions dans le cas de 15 % des jeunes.

### FACTEURS DE MOBILISATION POUR L'INTERVENTION TERRAIN

Mais, qu'est-ce qui peut bien motiver un intervenant qui assume déjà sa semaine de travail à intervenir également le soir, la nuit, la fin de semaine et durant les congés fériés ?

Je dirais d'abord la « noble mission » d'aider un enfant en situation de crise. « Mais cela », me répondrez-vous « vous le faites déjà très bien le jour ». « D'accord, d'accord, mais voyez-vous, le soir, la nuit, c'est bien différent ».

Pour un enfant, une crise familiale, le jour, est déjà très pénible, imaginez-vous lorsqu'il fait noir, que les policiers sont sur place, qu'il ne comprend pas ce qui arrive, et qu'il a peur.

Notre présence devient alors très importante et rassurante.

Je dirais également sans pouvoir clairement l'expliquer, que l'ambiance de soir et de nuit est particulière. Les lieux, les rues, les commerces, tout est différent.

Dans les hôpitaux, chez les policiers, à la DPJ, ne demeurent bien souvent que les services essentiels.

Quand une urgence, une crise survient, il se crée une mobilisation, une action très rapide et efficace entre les intervenants. Cette action s'appuie sur les rôles respectifs de chacun mais également sur leur complémentarité. La concertation s'installe facilement : l'intervention se centre sur l'essentiel.

Je pense ici à un garçon de quinze ans, battu par sa mère. Après l'avoir accompagné à l'*Hôpital de Montréal pour enfants*, y avoir passé la soirée, nous nous sommes finalement présentés au *Centre de réadaptation Cité des Prairies* à l'unité l'Envol. À notre arrivée, il était autour de minuit. Déjà, le gardien de nuit nous attendait et est venu nous rejoindre. Les éducateurs ont immédiatement saisi la honte et la gêne qu'éprouvent un grand garçon de 15 ans, sportif, qui a été frappé. Ils ont su l'accueillir, trouver les mots, les attitudes. C'était vraiment très pertinent. Pour ce jeune garçon, je crois sincèrement que la qualité de son premier contact avec le centre jeunesse fera toute la différence.

### La montée d'adrénaline que suscite chaque intervention fait également partie du challenge.

Je pense également à deux adolescentes reconduites à l'*Hôpital Maisonneuve-Rosemont* suite à un pacte de suicide. Le risque de fugue était très élevé, l'hôpital n'avait aucun agent de sécurité disponible. Par le biais du chef de la permanence, deux surveillants en institution ont été dépêchés sur les lieux. Ils ont terminé très tard cette nuit-là. Leur quart de travail était fini depuis longtemps lorsqu'ils ont reconduit les deux jeunes filles en centre de réadaptation. Au cours de cette soirée et de cette nuit-là, ils ont été d'une grande disponibilité.

Pour cette mobilisation et cette synergie qui se créent entre les intervenants de nuit autour d'un enfant, d'un adolescent et de sa famille, j'aime l'intervention terrain.

La montée d'adrénaline que suscite chaque intervention fait également partie du *challenge*.

Finalement, je terminerais en disant qu'intervenir dans ce contexte demande une capacité de prendre rapidement des décisions et une bonne dose de sécurité professionnelle dans la gestion du risque. Heureusement, nous ne sommes pas seuls, nos décisions se prennent conjointement avec

l'intervenant des Urgences Sociales et au besoin avec le chef de service en disponibilité (*back-up*).

### SUITE DE L'HISTOIRE DE TANIA

Aimeriez-vous savoir ce qu'il est advenu de Tania ?

Après six mois de placement en famille d'accueil, elle est retournée vivre avec sa mère.

La mère présente un problème de santé mentale. Les actes de violence y étaient reliés. Après une hospitalisation en psychiatrie où une médication lui a été prescrite, la mère s'est engagée dans un suivi psychiatrique. Son état de santé s'est stabilisé.

Dans ce contexte, la mère a été en mesure de reprendre sa fille. Il est d'ailleurs à noter qu'avant son hospitalisation, elle répondait aux besoins de base de sa fille. Bien sûr, un suivi social se poursuit.

En ce qui concerne le père, les contacts avec sa fille se doivent d'être supervisés. Il ne reconnaît pas ses problèmes personnels et ses limites sur le plan des capacités parentales.

La situation de Tania sera entendue prochainement à la Cour Supérieure afin qu'un jugement soit rendu concernant la garde légale et les droits d'accès.

Suite au jugement de la Cour Supérieure et si la situation de Tania avec sa mère continue de bien évoluer, le dossier pourra certainement être fermé à la DPJ.

Chaque intervention terrain se vit dans un contexte spécifique avec une histoire différente pour chaque enfant. L'histoire de Tania n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. J'espère qu'elle aura permis d'illustrer le bien-fondé et l'importance d'une telle intervention. ▶

### NOTE BIBLIOGRAPHIQUE

- 1 Laframboise, J. (2002). *Intervention terrain 1er avril 2001 - 31 mars 2002*, Rapport rédigé pour la Direction de la protection de la jeunesse, Montréal, Centres jeunesse de Montréal, 28 p.

# Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux

Gilles Richelieu, Ph.D., psychologue, DSPR

Cette conférence a été présentée dans le cadre de la journée professionnelle des *Centres jeunesse Chaudière-Appalaches* qui s'est tenue le 13 novembre dernier.

Le thème de votre journée professionnelle, les troubles de la personnalité, s'avère complexe et difficile. C'est une excellente raison pour s'y attarder aujourd'hui même si j'ai mince espoir de vous sortir, par ma simple contribution, des impasses psychiques et de l'impuissance dans lesquelles nous plongeons les personnes qui présentent ces troubles.

Complexe et difficile, dis-je bien, car les troubles de personnalité nous percutent dans plusieurs aspects de notre travail en centre jeunesse. D'abord par le cadre légal, notamment la *Loi sur la protection de la jeunesse* qui ne possède aucun alinéa à l'article 38 nous permettant de saisir le Tribunal parce que tel parent ou tel jeune souffre clairement

**Complexe et difficile, dis-je bien, car les troubles de personnalité nous percutent dans plusieurs aspects de notre travail en centre jeunesse.**

d'un trouble de la personnalité. Et nous le comprenons bien, évidemment. C'est à nous de démontrer en quoi et comment tel trouble de personnalité représente un motif suffisant de compromission, que ce trouble caractérise un parent ou un jeune. Et ce n'est pas une tâche aisée, avouons-le ! Il n'est pas toujours facile de démontrer comment l'attitude d'un parent a un effet négatif sur l'enfant. La LPJ présente des critères précis, mais c'est aussi une autre partie de la réalité qui nous attend, nous les cliniciens. Il nous faut concilier les

impératifs de la loi, notre mandat de protection et les troubles de personnalité notamment. Alors qu'une partie des impasses et de l'impuissance vient précisément des caractéristiques psychologiques des clients, une autre partie découle de la nécessité de concilier l'ensemble de nos mandats juridique et clinique.

Et ne parlons pas de la pédopsychiatrie qui pourrait nous être tellement utile, ne serait-ce que par l'apport de diagnostics bien ciblés. Mais nous savons que les pédopsychiatres hésitent à apposer de tels diagnostics avant 18 ans. Nous savons aussi que la médication n'a pas les effets souhaités pour apaiser la violence de tel jeune antisocial ou le sentiment de vide que vivent les états-limites. Alors nous avons l'impression d'être laissés à nous-mêmes et une grande part de nos énergies s'envolent en fumée. Mais il faut aussi comprendre que les pédopsychiatres vivent autant d'impuissance que nous à traiter des gens qui présentent de telles dynamiques.

Au plan clinique, les troubles de la personnalité contribuent sans aucun doute à ce que nous désignons aujourd'hui par le vocable « lourdeur de la clientèle ». Dix troubles de personnalité ont été décrits dans le DSM-IV : les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; les personnalités antisociale, limite, histrionique et narcissique ; et les personnalités dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive. Monsieur Réjean Gauthier, du comité organisateur de cette journée, m'a indiqué qu'il souhaitait un conférencier clinicien capable de répondre à des questions pratico-pratiques. Vous comprendrez donc que je ne pourrai dans le temps qui m'est alloué faire le tour de la question. Mais pour répondre à la demande, j'illustrerai mes propos par des vignettes cliniques qui pourront, je l'espère, vous faire associer sur des jeunes que vous-même accompagnez.

Je côtoie les intervenants depuis plus de 18 ans et je n'entends jamais parler des interventions qui se déroulent bien. Quand on demande à me rencontrer, quand je participe à des discussions de cas, c'est toujours dans le but de mieux comprendre une dynamique qui pose habituellement

problème. On me demande de rencontrer un jeune pour parfaire une évaluation ou simplement pour supporter l'équipe. Dans les cas des troubles de la personnalité, les consultations se multiplient parce que ces jeunes nous font vivre des émotions qui ne sont pas toujours faciles à saisir. On s'objective mutuellement et c'est la seule façon de comprendre ce qui se vit à l'intérieur du jeune. Nous sommes au cœur de ce qu'on dénomme la relation transfert-contre-transfert. Brièvement, nous pouvons dire que le transfert est la reproduction de la mise en scène du monde intérieur du jeune dans ses relations avec les autres et le contre-transfert, une participation des intervenants à ce scénario répétitif sur lequel l'intervention va porter.

**Certains troubles de la personnalité ont un impact si considérable qu'ils peuvent parfois bouleverser les structures même de nos institutions.**

Ma présentation sera centrée sur les impacts que les troubles de personnalité ont sur la vie des intervenants et des équipes de réadaptation, incluant tous les intervenants qui, de près ou de loin, contribuent au travail de réadaptation en centres jeunesse : éducateurs, praticiens sociaux, gestionnaires, psychologues, infirmières, médecins (si vous en avez !), réviseurs, DPJ... Certains troubles de la personnalité ont un impact si considérable qu'ils peuvent parfois bouleverser les structures même de nos institutions. Mais cet impact, si gênant dans un premier temps, constitue également la pierre angulaire de l'intervention.

### QUELQUES PROPOS SUR L'ÉVALUATION

Aux Centres jeunesse Chaudière-Appalaches, pour l'année 2002-2003, la négligence demeure le motif le plus important des signalements retenus à la protection de la jeunesse, car elle représente 56 % de la clientèle ; 25 % le sont en vertu de troubles de conduite ; 10 % pour abus physique ; 8 % pour abus sexuel et 0,5 % pour cause d'abandon.

Je n'ai pas obtenu les chiffres concernant les signalements retenus par problématiques et groupes d'âge, mais si je me fie aux statistiques du centre jeunesse où je travaille, nous pouvons sans doute avancer que les causes de négligence se retrouvent davantage dans la tranche d'âge

des 0-11 ans et les troubles de conduite dans celle des 12-17 ans. Je souligne cet aspect car il y a une continuité qui n'est pas toujours suffisamment reconnue : la négligence chronique finit par engendrer des enfants qui présentent de plus en plus de troubles de comportement ou, dit autrement, des troubles de la personnalité. Il en est de même des abus physiques ou sexuels. Je trouve d'ailleurs toujours d'une grande utilité clinique de prendre connaissance de l'histoire des ordonnances, de faire de cette façon un rapide survol des services déjà offerts et surtout, de voir ce qui a déjà été reconnu comme source de compromission.

Il existe plusieurs types de négligence : la négligence physique (l'alimentation, l'habillement, l'hygiène, l'abri, la sécurité, la surveillance et les soins de santé), la négligence affective (la froideur, l'indifférence, le dénigrement et l'agression verbale) et la négligence communautaire (les situations où les ressources prévues pour les soins des enfants sont inadéquates et insuffisantes) (Mayer-Renaud, 1993<sup>1</sup>).

Des problèmes d'immatunité, de toxicomanie, de dépression et de santé mentale sont souvent sources de la négligence parentale. Notons que la notion de santé mentale découle beaucoup des descriptions de symptômes présentées dans le DSM-IV. Autrement dit, si le parent n'a pas été vu par un psychiatre, n'a pas été diagnostiqué, l'aspect psychiatrique n'a pour ainsi dire pas été confirmé. Ce qui ne l'empêche pas pour autant d'exister dans notre pratique clinique.

**Des problèmes d'immatunité, de toxicomanie, de dépression et de santé mentale sont souvent sources de la négligence parentale.**

Nous devons convenir toutefois que ce ne sont pas tous les enfants dont l'un ou l'autre des parents souffre de problèmes de santé mentale qui sont suivis dans nos services. Nous observons souvent une absence de protection de l'autre conjoint pour contrer les effets dévastateurs du problème de santé mentale sur l'enfant. J'ai connu personnellement des gens qui souffraient de problèmes de santé mentale, hommes et femmes, et dont l'autre conjoint savait expliquer à l'enfant ce qui se passait,

parlant de la maladie mentale du parent avec respect et sans dénigrement. Ces enfants-là n'ont jamais connu les services offerts par les centres jeunesse.

Pour d'autres, par contre, c'est nous qui aurions souhaité ne jamais les connaître. Je me souviens de cette jeune fille de 16 ans, placée en foyer de groupe pour troubles de conduite (opposition à l'autorité, entendons engueulades fréquentes avec sa mère, non-fréquentation scolaire, toxicomanie). En fait, elle en était à son troisième placement et les deux précédents l'avaient été pour cause de négligence affective. La mère de cette jeune fille souffrait, selon les psychiatres, de trouble bipolaire ou de psychose maniaco-dépressive. Elle exerçait une véritable relation d'emprise sur sa fille ce qui l'empêchait de s'individuer. Lors des sorties de fin de semaine, c'est juste si la fille avait le droit de communiquer avec ses amies ; encore moins de les rencontrer. Elle était pour ainsi dire cloîtrée et soumise, et la moindre tentative d'autonomisation était perçue par la mère comme une rébellion.

**Au-delà des symptômes et des agirs,  
un sens avait été trouvé par l'analyse  
des réactions contre-transférentielles  
qui est devenue une clef utile  
pour pénétrer dans l'univers  
psychique de la fille.**

L'éducatrice et la praticienne sociale n'étaient plus capables de parler à cette mère. Elles n'en pouvaient plus. Elles se trouvaient incompétentes et ressentaient beaucoup d'agressivité à son égard. Elles souffraient toutes deux d'un manque d'empathie disaient-elles et ne pensaient qu'aux vacances qui allaient venir. Elles ne se reconnaissaient plus tellement cette mère venait les chercher, de l'intérieur évidemment. Elles se sont défoulées ainsi pendant un bon moment même si ce n'était pas très professionnel à leurs yeux. Nous les avons patiemment écoutées, la chef de service et moi. Pour leur dire quoi ? Que leurs réactions étaient extraordinaires, que leurs contre-transferts nous éclairaient sur la dynamique de la jeune, qu'elles vivaient à deux la même impasse psychique que cette fille vis-à-vis sa mère, qu'elles avaient

le goût de l'envoyer promener, de sauter leur coche, de se rebeller, tout comme la fille l'exprimait à sa façon. Au-delà des symptômes et des agirs, un sens avait été trouvé par l'analyse des réactions contre-transférentielles qui est devenue une clef utile pour pénétrer dans l'univers psychique de la fille.

L'éducatrice et la praticienne sociale se sentaient plus dégagées après coup. Elles ont tenu compte de cette nouvelle compréhension dans l'élaboration du plan d'intervention. Des activités personnelles ont été proposées à la fille afin de favoriser son autonomie (travail dans une animalerie, car elle adorait les animaux ; possibilité de rester au foyer les fins de semaine si elle ne voulait pas aller chez sa mère ; planification de rencontres mère-enfant afin de lui procurer le support nécessaire...). La chef de service et moi avons misé sur la probabilité que la première plainte de la mère surviendrait trois semaines plus tard environ. Après trois jours seulement, le responsable des plaintes (aujourd'hui le commissaire local à la qualité des services) a téléphoné à la chef d'un air tout à fait ahuri. Il faut dire que nous avions prévenu le coup, car la chef l'avait déjà avisé que Mme Une telle communiquerait sans doute avec lui pour déposer une plainte contre son service. Sur le moment, il avait cru à une mauvaise blague. Là, il ne riait plus. Le pauvre n'en pouvait plus de se faire déranger deux trois fois par jour.

Des parents souffrant de maladie mentale ou de troubles de la personnalité peuvent exercer une véritable relation d'emprise sur leur enfant, au point de les étouffer psychologiquement. Pas le droit de s'individuer, de devenir autonome, d'avoir pour ainsi dire une vie à soi en l'absence de leur personne. En fait, il était impossible pour la fille de se séparer de la mère sans vivre un énorme sentiment de culpabilité, un sentiment profond de l'abandonner à la moindre velléité d'autonomie, au risque ultime d'avoir son suicide sur la conscience jusqu'à la fin de ses jours.

Nous pouvons très bien comprendre pourquoi la fille « sautait sa coche » de temps en temps. Et malgré l'énorme structure de notre établissement, il nous a été impossible de la protéger contre la folie maternelle. Nous étions au cœur de ce que le psychanalyste Harold Searles décrivait dans son livre dont le titre à lui seul illustre bien notre propos : *L'effort pour rendre l'autre fou*<sup>2</sup>. Si une institution comme la nôtre n'a pu s'interposer entre la mère et l'enfant, au même titre qu'un tiers protecteur – notez que le père était parti, comment vouliez-vous que la fille y parvienne toute seule ?

Cette jeune fille a été placée pour troubles de conduite, selon l'alinéa 38h) de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Pris au pied de la lettre, nous avons donc comme mandat d'arrêter l'agir, d'amener la fille à exprimer sa colère autrement, de lui demander d'étouffer à la limite son agressivité. La clinique nous indiquait tout le contraire. Nous pouvions comprendre le pourquoi de ses débordements, le conflit de loyauté dans lequel elle se trouvait, son désir de devenir autonome... Il ne s'agissait plus tant de concentrer nos énergies sur ses comportements que de donner un sens à ce qui se passait en elle, à ses tiraillements, à son incapacité à dire à sa mère ce que elle désirait, de se distancier en fait alors que la mère ne le lui permettait pas.

**Votre travail consiste à poser un regard sur l'ensemble du système familial et de ses enjeux, donc un regard clinique sur tous les membres de la famille, et de préférence sur trois générations, comme nous le faisons dans l'élaboration d'un génogramme.**

L'évaluation en protection de la jeunesse – nous pouvons le dire – qui vise à déterminer s'il y a ou non situation de compromission, diffère clairement de l'évaluation de réadaptation qui est davantage de nature clinique, demandant au professionnel de porter un jugement clinique à la suite d'une analyse rigoureuse de la situation du jeune et de ses parents afin de résoudre la problématique qui a motivé la référence à nos services (Gendreau-Tardif, 1999)<sup>3</sup>. Une bonne évaluation de réadaptation devrait d'ailleurs toujours précéder l'élaboration d'un plan d'intervention.

Votre travail consiste à poser un regard sur l'ensemble du système familial et de ses enjeux, donc un regard clinique sur tous les membres de la famille, et de préférence sur trois générations, comme nous le faisons dans l'élaboration d'un génogramme. Dans l'exemple précédent, c'est la mère qui souffrait d'un problème de

santé mentale, pas la fille. Ses troubles de conduite, qui étaient vus comme un problème par la loi et une maladie par le psychiatre, étaient pour la fille une solution à l'étouffement maternel. Une mauvaise solution, direz-vous, mais une solution tout de même. Avec toutes les difficultés que cela posait dans l'intervention.

Dans les autres cas cliniques de troubles de personnalité que je vais vous présenter, il sera soit question d'un jeune ou d'un parent souffrant d'un tel trouble. Les défis à relever sont nombreux et les enjeux relationnels variés.

### LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité sont définis dans le DSM-IV comme une perturbation habituelle et persistante de l'expérience subjective et du comportement touchant la cognition, les émotions, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions. C'est, par définition, une modalité durable de penser, de ressentir et de se comporter. Cela réfère à l'organisation de la personnalité, à l'ensemble des principes qui modulent les expériences, les relations, les émotions, les idées et les souvenirs.

Les troubles de personnalité sont considérés comme des entités psychopathologiques distinctes des variations normales de la personnalité. Ils se définissent par un ensemble de traits de caractère, de comportements et de sentiments, mais causent peu de détresse subjective. C'est plutôt la réaction de l'entourage qui provoque un malaise chez eux.

Voilà quelques idées que nous pouvons lire dans le DSM-IV. Mais quand on souligne que les jeunes ayant des troubles de personnalité ressentent peu de détresse subjective, il faudrait rajouter « en apparence ». Les failles narcissiques sont tellement importantes, profondes, que leur détresse intérieure est projetée à l'extérieur, et ce sont les autres qui vont la vivre à leur place. Je réfère davantage ici à un processus psychique, à un mécanisme de défense qui va bien au-delà des symptômes, tels qu'on les décrits dans le DSM-IV. Et je crois que notre défi clinique consiste précisément à aller au-delà des symptômes et des comportements afin de donner un sens aux difficultés que vivent les jeunes et leur famille.

Des dix troubles de personnalité répertoriés dans le DSM-IV, je vous parlerai davantage des personnalités antisociale, limite, histrionique et narcissique.

### La personnalité antisociale

Vous connaissez tous un Benoît dans votre clientèle. Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, bien constitué physiquement, affichant une assurance et un tempérament déterminé.

Il est hébergé dans un site offrant un programme d'encadrement intensif depuis 3 ans, en raison de troubles de conduite. Benoît s'est battu à plusieurs reprises à l'école et au centre, se montrant frondeur envers ses professeurs, usant d'intimidation et proférant à l'occasion des menaces à peine voilées. Il justifie ses comportements en alléguant que c'est l'autre qui l'a cherché. Il n'a aucun remords, aucune culpabilité, expliquant ses faits et gestes sous l'angle de la victimisation, justifiant son agressivité comme une manière de s'affirmer pour ne pas être écrasé. Il se retrouve au cœur d'une relation dominant-dominé et toutes ses perceptions en sont teintées.

Depuis son plus jeune âge, Benoît a été battu fréquemment par son père. La mère, polytoxicomane, l'a pour ainsi dire abandonné, ce que le père a toujours reproché à son fils, affirmant que c'était de sa faute à lui si la mère les avait quittés. Il a connu son premier placement en famille d'accueil à l'âge de 7 ans et voyait sa mère une fois par mois. Le signalement avait été retenu en vertu de l'article 38 gp) de la LPJ, pour abus physique donc.

À l'âge de 12 ans, à la préadolescence, au moment où la transformation de son corps lui a assuré un certain gabarit, il s'est promis, m'a dit l'éducatrice, que plus jamais personne ne viendrait l'intimider. Il se défend depuis avec zèle et acharnement. À son arrivée au centre, à 12 ans, ses comportements violents étaient monnaie courante. Il était constamment mis en retrait tellement son attitude arrogante et provocatrice dérangeait le groupe de jeunes et les intervenants. Les éducateurs voulaient l'étamper tellement il éveillait en eux une violence qu'ils ne se connaissaient pas. Ils le mettaient fréquemment en arrêt d'agir, ce qui alimentait chez lui son sentiment d'être une victime, d'être la proie de personnes sadiques qui ne lui voulaient que du mal. Les escalades de violence étaient nombreuses et les éducateurs ne savaient plus quoi faire.

Après en avoir longuement parlé, lors de multiples discussions de cas, nous avons compris que Benoît jouait avec les éducateurs le même pattern de comportement qu'avec son père. Sauf que là, c'était les éducateurs qui vivaient une détresse face à une violence non contenue et injustifiée. Ils se sentaient désemparés, ressentaient une peur constante d'être agressés, hésitaient à intervenir de

peur de le provoquer, ce qui lui donnait encore plus de pouvoir auprès des jeunes et des intervenants. Cette compréhension de la dynamique de Benoît, de ses patterns répétitifs, a permis aux éducateurs de prendre une certaine distance et de se positionner différemment face à lui. Après lui avoir souligné que toutes ses attitudes provocatrices et d'intimidation allaient désormais être arrêtées, d'une manière ferme mais sans élever la voix, Benoît a continué à les provoquer jusqu'à tester leurs limites. Cela a pris six mois avant que son attitude belliqueuse laisse place à un autre type de relation. La sécurité des intervenants et leur attitude non provocatrice ont permis d'établir avec lui une certaine relation de confiance, ce qui donnait lieu chez lui à un début de remise en question. Des moments paisibles et agréables, teintés d'humour, pouvaient enfin alléger le climat du groupe.

**Benoît s'est battu à plusieurs reprises à l'école et au centre, se montrant frondeur envers ses professeurs, usant d'intimidation et proférant à l'occasion des menaces à peine voilées. Il justifie ses comportements en alléguant que c'est l'autre qui l'a cherché. Il n'a aucun remord, aucune culpabilité, expliquant ses faits et gestes sous l'angle de la victimisation, justifiant son agressivité comme une manière de s'affirmer pour ne pas être écrasé.**

En rencontre avec moi, Benoît n'a pas cessé de me parler des règles idiotes imposées par les éducateurs de son unité. Pour un rien, me disait-il, il se retrouvait en retrait dans sa chambre. Il attribuait aux éducateurs un plaisir presque inouï à le faire « chier » pareillement, comme il avait cru le percevoir chez son père. Le moindre regard de

travers, hop ! il se retrouvait dans sa chambre. Il ne voyait pas les fusils qu'il avait dans les yeux. L'abus de pouvoir revenait constamment dans ses propos.

Quand je lui ai demandé de me parler de lui, il avait peine à s'imaginer les blessures subies dans son enfance par un père intransigeant, colérique et agressif. Il avait peur de son père, paniqué à l'idée même de rentrer à la maison après l'école, préférant végéter dans les rues pour retarder le plus possible son retour. Je voyais un petit enfant terrorisé, recroquevillé sur lui-même pour éviter les coups qui pleuvaient à qui mieux mieux. Il se montrait en même temps fort, invulnérable, d'une intelligence vive – il n'avait aucun retard scolaire et réussissait bien à l'école – camouflant à peine une souffrance qu'il ne savait nommer. À tout le moins il ne voulait pas s'en souvenir, tant la violence de son père l'avait marqué de nombreux traumatismes. Je lui racontai alors une histoire, son histoire, celle d'un petit garçon qui aimait son père mais qui ne comprenait pas pourquoi il était si méchant avec lui. Que moi aussi si j'avais été dans la peau de ce petit garçon je me dirais qu'un jour plus jamais personne ne viendrait m'intimider, et que je prendrais pour cela tous les moyens nécessaires. Je lui fis aussi remarquer que le superhéros américain bien connu, Superman, symbole de toute-puissance et d'invulnérabilité s'il en est, se retrouve aujourd'hui par malheur quadruplé et en chaise roulante. L'image a porté.

**Oui, les troubles de personnalité  
antisociale exigent souvent  
un encadrement statique pour  
aider à contenir les jeunes  
et pour assurer aux intervenants  
une sécurité nécessaire à l'exercice  
de leur profession.**

Mais encore aujourd'hui, à 15 ans, quand les éducateurs essaient de lui faire voir sa part de responsabilité lors d'incidents survenus dans son unité par exemple, il lui arrive parfois de nier son implication. Il réagit alors comme avant, trouvant cela injuste et inéquitable, agressant verbalement les intervenants qui se trouvent sur son

passage. Il va les dénigrer et les mépriser allègrement avec un ton qui n'autorise aucune réplique. Les éducateurs continuent de rester calmes et lui demandent de se retirer dans sa chambre. Il peste contre tout ce qui bouge et peut prendre des heures avant de se calmer. Après, il revient à la normale et se rapproche des intervenants. Il se comporte comme si rien ne s'était passé.

Les comportements violents de Benoît ont miné longtemps le vécu du groupe et installé un climat de peur qui a nui au travail des intervenants, dans le sens où la peur les paralysait eux aussi. C'est sûr que vous ne pouvez pas exercer votre travail si vous êtes envahis par la peur. Mais votre travail consiste aussi et surtout à traiter cette peur que le jeune engendre et ce traitement doit passer nécessairement par l'analyse de votre contre-transfert, en comprenant ce que le jeune vous fait vivre en inversant ainsi les rôles, en répétant l'abus subi tout en ne le reconnaissant pas en lui. En fait, je vous le demande, ne trouvez-vous pas que nous nous retrouvons souvent dans ce que nous pourrions dénommer la « clinique de la haine », et la haine n'est-elle pas une émotion que nous souhaitons tous ne pas ressentir et ne pas subir ?

Oui, les troubles de personnalité antisociale exigent souvent un encadrement statique pour aider à contenir les jeunes et pour assurer aux intervenants une sécurité nécessaire à l'exercice de leur profession. Il faut bien dire, mais il faut aussi tenir compte du fait que les processus d'externalisation mettent en scène une rage non contenue qui prend sa source, dans plusieurs cas, lors d'événements traumatiques survenus dans l'enfance, et que c'est avec un monde intérieur bouleversant que nous aurons à travailler. Des blessures narcissiques profondes amènent ces jeunes à développer un sentiment de toute-puissance qui les préserve de leur propre sentiment de vulnérabilité. Externaliser alors les conflits internes se veut pour eux une solution. À nous de voir comment nous pouvons donc les contenir non seulement physiquement mais aussi psychiquement. Pour y arriver, il nous faut donc des outils psychiques et qu'ils fassent l'objet d'un entretien régulier.

### **La personnalité narcissique**

Alors que les jeunes présentant un trouble de personnalité antisociale se servent de la violence, de la peur, de la rage et de l'identification à l'agresseur pour imposer leur toute-puissance, les jeunes narcissiques se préoccupent plutôt de leur valeur personnelle. Ils peuvent manifester un manque d'empathie qui s'exprime par une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt évident pour ce que ressentent les autres autour d'eux ; un besoin

constant d'être admirés en cherchant constamment les éloges ; une attitude arrogante et méprisante envers tous ceux qui ne reconnaissent pas leur importance. Ils se croient des êtres supérieurs, uniques, et, à les entendre, c'est presque une chance que nous avons de les rencontrer.

**Au centre, Pierre voulait toujours prendre une place importante au sein du groupe, être le centre de l'univers comme il l'était avec sa mère.**

**Sa quête incessante d'être admiré se manifestait dans de petits gestes de tous les jours. Il arrivait à l'heure à une activité, il fallait presque lui dérouler le tapis rouge ; il produisait un dessin, il devait être exposé dans le hall d'entrée du centre. Il était toujours affublé des plus beaux vêtements, signés de marques connues.**

C'est ce que croyait Pierre, un jeune de 16 ans, placé dans nos services pour troubles de conduite (toxicomanie, trafic de drogues). Il a été placé pour une courte période dans une famille d'accueil à l'âge de 12 ans pour cause de négligence, suite à une hospitalisation de la mère qui souffrait d'un trouble de personnalité limite. C'est une femme fragile qui n'a jamais été capable d'imposer la moindre limite à son fils. Le père a été évincé de leur vie dès la conception. Cette femme qui voulait absolument un enfant a laissé tombé le géniteur dès qu'elle a appris être enceinte. Ce n'est que 10 ans plus tard que Pierre a connu le nom de son père.

Une relation fusionnelle caractérise la relation mère-fils. Pierre est pour ainsi dire un enfant-roi. Tout lui est

permis, même de partager le lit de sa mère jusqu'à l'âge de 12 ans, jusqu'au moment de l'hospitalisation. Un climat incestueux règne à la maison au point que les éducateurs vivent des malaises en les voyant ensemble tant leurs faits et gestes laissent place à ambiguïtés. Un regard par-ci, une caresse dans le dos par-là, des attitudes à leurs dires érotisées qui sont inhabituelles entre une mère et son fils. Lorsque l'un d'entre eux demanda à la mère les raisons pour lesquelles elle interdisait à son fils de faire le ménage et les repas, elle répondit que cela faisait « trop petit couple ». Elle imposait assurément de cette façon un interdit, mais cet interdit reflétait par lui-même les désirs à peine inconscients de la mère. Nous pouvons dire que les frontières intergénérationnelles s'avéraient plutôt chancelantes.

Au centre, Pierre voulait toujours prendre une place importante au sein du groupe, être le centre de l'univers comme il l'était avec sa mère. Sa quête incessante d'être admiré se manifestait dans de petits gestes de tous les jours. Il arrivait à l'heure à une activité, il fallait presque lui dérouler le tapis rouge ; il produisait un dessin, il devait être exposé dans le hall d'entrée du centre. Il était toujours affublé des plus beaux vêtements, signés de marques connues. Les profits tirés du trafic de drogues lui servaient à modifier fréquemment sa garde-robe. Il faut dire que sa mère a toujours pris un grand plaisir à habiller « son petit homme ».

Étant doté d'une intelligence supérieure, il s'en servait pour manipuler les jeunes et les éducateurs. Encore plus les éducatrices envers lesquelles il manifestait ouvertement arrogance et mépris. Faut dire qu'il n'était pas le plus beau à leurs yeux malgré son petit air d'Elvis Presley. Son charme n'était pas sans limites et les éducatrices n'hésitaient pas à lui imposer les règles de l'unité au même titre que les autres. Pas de passe-droits, pas de privilèges indus pour lui seul. Et elles le faisaient sans difficultés d'ailleurs, car même s'il pouvait être très arrogant et méprisant, jamais il n'a manifesté de comportements physiques violents. Il était de compagnie fort agréable et utilisait souvent l'humour pour se sortir de l'embarras. Le problème majeur avec Pierre, et c'était le nôtre, c'est que nous avions l'impression que la réadaptation ne lui était pas utile. Nous étions impuissants dans notre désir d'aider.

Il était assez intelligent pour ne pas vendre de drogues, la vente étant pour la mère le seul interdit imposé clairement. Et sur ce point elle était sérieuse : il reprenait son trafic et elle ne le reprenait plus.

Il nous racontait avec un plaisir évident ses sorties de fin de semaine. Il courait après les filles et avait un succès

certain. Il les emmenait à la maison, fumait du pot et avait des relations sexuelles avec elles. Parfois même dans le lit de la mère. Subtile façon de se venger et de vouloir se séparer d'elle en lui criant intérieurement, évidemment, qu'il n'était pas son petit gars à elle. Le pire, c'est que la mère s'indignait de son comportement mais ne s'y opposait pas outre mesure. Il savait si bien la manipuler qu'elle succombait toujours à son charme.

Les interventions des éducateurs auprès de la mère ne donnaient rien. Du moins pas ce à quoi nous nous attendions. Lui imposer des limites fermes, nous le retourner au centre s'il se montrait odieux ou arrogant avec elle, elle en était incapable. Devant encore là l'impuissance des éducateurs, l'accompagnateur m'a demandé de rencontrer le jeune. J'étais d'accord à condition que le jeune accepte. Il a pris cela comme un défi. Un de plus.

**Nous savons que les personnes  
présentant une personnalité  
narcissique s'attendent à ce que  
les autres leur reflètent leur  
grandiosité et leur éloquence.  
Elles instaurent des relations en miroir  
et si, par malheur, les images  
spéculaires leur font défaut,  
ne leur reflétant pas cette image  
désirée, elles peuvent réagir par  
la rage ou une attaque provocatrice.**

En rencontre avec moi, il se montrait charmant et enjôleur. Il me racontait ses multiples frasques avec les filles. Il en avait deux ou trois en même temps. Aucune empathie face à ce qu'elles pouvaient ressentir. Il disait être amoureux fou d'une fille, plus vieille que lui et qui fréquentait le CEGEP. Cela rehaussait son image. Il l'a manipulée comme toutes les autres jusqu'à en trouver une nouvelle. Point de limite à sa magnificence.

Quand je faisais allusion aux blessures narcissiques sous-jacentes (l'abandon du père, la relation fusionnelle de la mère...), il inversait les rôles se sentant pris aux jeux de la transparence. Il devenait le psychologue et moi je devais parler de mon vécu. Surtout lorsqu'il a été question de son père. Il l'a rencontré une fois et n'a jamais voulu en parler. Pourtant il rêvait de cette rencontre pour lui mettre son poing sur la gueule, comme il le disait. L'éducateur l'a même surpris à plusieurs reprises pleurant dans sa chambre, mais il a toujours manifesté un net refus de raconter ce qui s'était passé lors de leur unique rencontre. Son sentiment d'abandon était éloquent pour nous tous mais il le déniait de toutes ses forces. Il se ressaisissait rapidement et reprenait son air hautain et indifférent. Rien ne le touchait, en apparence. C'est ce qu'il voulait nous laisser croire.

Nous savons que les personnes présentant une personnalité narcissique s'attendent à ce que les autres leur reflètent leur grandiosité et leur éloquence. Elles instaurent des relations en miroir et si, par malheur, les images spéculaires leur font défaut, ne leur reflétant pas cette image désirée, elles peuvent réagir par la rage ou une attaque provocatrice. Contrairement aux apparences donc, leur estime de soi est fragile et elles sont donc très facilement blessées. Souvent la réalité quotidienne amène son pendant de petites blessures narcissiques qui donnent accès à une faille dans l'indifférence qu'il nous manifeste. Mais pas dans le cas de Pierre. Ne présentant plus de problèmes de comportement, il est retourné vivre avec la mère.

### La personnalité histrionique

Les critères diagnostiques dans le DSM-IV pour décrire la personnalité histrionique sont les suivants : le sujet vit des malaises s'il n'est pas au centre de l'attention ; ses comportements reflètent une séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante ; son expression émotionnelle est superficielle et changeante ; son aspect physique est utilisé pour attirer l'attention ; sa manière de parler est pauvre et subjective ; son expression émotionnelle est exagérée ; sa suggestibilité fait qu'elle est facilement influencée par autrui ; sa croyance que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Cette description nous trace un portrait plutôt statique et non dynamique d'une telle personnalité. Or ce qui m'intéresse comme clinicien, c'est précisément l'impact qu'une telle personne peut avoir dans son entourage et comment cet impact sert de porte d'entrée à l'intervention.

Je vais donc vous présenter l'histoire d'Isabelle dont la mère présente une personnalité histrionique.

Isabelle est une jeune fille de 15 ans, plutôt réservée au foyer de groupe où elle réside depuis six mois, et a été placée en raison d'un conflit marqué avec sa mère. Les parents ne sachant plus comment se comporter devant les fugues répétées de leur fille, ont demandé de l'aide en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Isabelle a accepté cette aide et ne semble pas être si dérangée de ne plus habiter chez ses parents. Moins qu'eux à tout le moins.

Il faut dire que les deux parents occupent des positions privilégiées : la mère est directrice d'un service public et le père un homme d'affaires respecté, absent souvent de la maison en raison de ses multiples voyages.

La fille doit s'assumer relativement seule en leur absence. La grand-mère maternelle vient certes lui donner un coup de main de temps en temps, mais la fille trouve souvent le temps long.

Lors de ses fugues, Isabelle va toujours retrouver son groupe d'amis avec lequel elle s'entend bien. Les parents, inquiets, la cherchent partout dans la ville, là où ils croient pouvoir la retrouver. Ils ne comprennent pas le pourquoi de ses fugues, eux qui aiment tant leur fille unique.

L'éducatrice a établi un bon contact avec Isabelle. Elles ont de bons échanges et Isabelle lui explique que ses parents ne l'aiment pas, que leur carrière est plus importante qu'elle à leurs yeux et elle en veut beaucoup à sa mère qui ne comprend rien.

L'éducatrice me demande de rencontrer les parents pour voir ce qu'il en est. Je lui demande d'abord de me parler de ce qu'elle connaît de cette famille. Elle me dit avoir assisté à plusieurs reprises à des prises de bec entre la mère et la fille mais qu'elle ne comprenait pas le fond du problème. Elle ne s'expliquait pas pourquoi Isabelle n'invitait jamais d'amis à la maison, préférant fuguer pour aller les retrouver. Elle me dit que la mère était assez cool avec sa fille et que les parents avaient l'esprit relativement ouvert.

Plutôt que de rencontrer seul les membres de cette famille, je propose à l'éducatrice de faire ensemble une cointervention, son rôle à elle étant de supporter la fille à dire ce qui lui semble si difficile. J'animerais les rencontres, le but étant de mieux comprendre ce qui se

passait entre eux si, évidemment, les parents et Isabelle acceptaient d'y participer.

Lors de la première rencontre, Isabelle était vêtue comme une fille de 15 ans, jeans et t-shirt assortis. Le père portait un veston cravate. Quant à la mère, une femme de 40 ans, la censure m'empêche de vous la décrire précisément. Disons simplement qu'elle était charmante, séduisante et séductrice, vêtue de vêtements seyants qui lui allaient à ravir. Il en fut ainsi lors des trois rencontres. Elle était le centre d'attention et tous les propos la concernaient. Elle avait une attitude subtilement provocante et il apparaissait clairement qu'elle envoie la jeunesse de sa fille.

**Plutôt que de rencontrer  
seul les membres de cette famille,  
je propose à l'éducatrice  
de faire ensemble une cointervention,  
son rôle à elle étant de supporter  
la fille à dire ce qui  
lui semble si difficile.**

Le point tournant se produisit quand la fille, avec le support de l'éducatrice, dit à sa mère qu'elle n'invitait plus d'amis à la maison parce qu'elle n'arrêtait pas de flirter avec eux. Puis-je vous dire que les parents sont restés bouche bée ? Le père tenta de ramener sa fille à l'ordre au nom du respect qu'elle devait à sa mère, mais pour l'éducatrice et moi ces propos avaient tout leur sens. Nous leur avons demandé de rester à l'écoute de leur fille, que lors de ces rencontres tout pouvait se dire, et que nous étions là précisément pour cela. Une longue discussion s'ensuivit au cours de laquelle le père a reconnu que son absence pouvait affecter sa fille ; la mère a difficilement reconnu qu'elle était peut-être trop près des amis de sa fille, mais elle a finalement accepté le fait que ses amis n'étaient pas les siens. Dur parcours venions-nous de traverser et après cette rencontre, l'éducatrice et moi étions complètement vannés.

L'éducatrice a poursuivi le travail amorcé et Isabelle est retournée vivre chez ses parents peu de temps après. L'éducatrice a compris que les fugues d'Isabelle étaient un

moyen pour elle d'atteindre deux finalités : inquiéter ses parents pour se voir confirmer qu'ils tenaient à elle ; installer une distance réelle – ils ne pouvaient pas la trouver malgré leur recherche dans la ville – pour leur dire qu'elle avait ses désirs à elle, différents de ceux de sa mère. Dois-je souligner que nous devons toujours chercher le sens de la fugue ?<sup>4</sup>

Il est évident que ces trois rencontres n'ont pas changé l'attitude de la mère mais quelque chose avait changé dans le système familial : Isabelle n'hésitait plus à dire à sa mère ce qui la dérangeait quand elle se comportait d'une manière qui lui déplaisait, et le père s'interposait entre elles quand il y avait des différents, assumant ainsi son rôle de père-tiers séparateur.

### La personnalité état-limite

Des quatre troubles de personnalité présentés, le trouble de personnalité limite est probablement celui qui fait le plus réagir les intervenants. Par son aspect imprévisible d'abord, causé par une grande instabilité dans les relations interpersonnelles et une impulsivité difficile à prévoir. Autant le jeune antisocial peut exprimer une violence à nous faire peur, haussant la parole et présentant le poing pour signifier son désir de nous frapper, se vengeant ainsi sur une personne autre que lui-même, autant le jeune état-limite peut exprimer sa colère et sa rage sur les autres et sur lui-même. Les idéations suicidaires sont omniprésentes et les tentatives de suicide nombreuses. Sans parler des comportements autodestructeurs sévères tels que l'absorption de drogues dures, d'agirs sexuels compulsifs, notamment sous forme de prostitution, homosexuelle chez les garçons, sans utilisation de condoms pour se protéger des maladies transmises sexuellement, dont le sida évidemment.

Les jeunes états-limites peuvent aussi bien s'attaquer aux personnes qu'aux objets. Le jeune dont je vais vous parler a arraché la porte de sa garde-robe pour briser les vitres de sa chambre. Il en a saisi un bout pour se couper sur tout le corps : le thorax, le ventre, les bras, les jambes. Il était zébré de lignes rouges. Il y avait du sang partout. Il est de plus porteur de l'hépatite B et C et il le sait. Ce qui a fait dire au pédopsychiatre qu'il était un grand état-limite ayant de fortes tendances antisociales.

Les états-limites présentent une confusion de l'identité, leur orientation sexuelle notamment, et ce manque dans leur sentiment d'identité ne leur permet pas de vivre des séparations sans anxiété excessive. Ils ressentent un sentiment de vide important, cherchant souvent par tous les

moyens de le combler, au même titre que les carencés. Ils peuvent idéaliser rapidement une personne et la mépriser quelques instants plus tard. Une grande instabilité affective les caractérise, ce qui s'exprime par une incapacité à être seuls et une peur constante d'être abandonnés.

Surtout, et cela est important pour vous les intervenants, ils alternent constamment entre l'angoisse d'abandon et l'angoisse d'intrusion, ce qui complique considérablement la distance relationnelle à établir avec eux. Ni trop près ni trop loin, et vous alternez toujours entre ces deux pôles qui peuvent varier d'une situation à l'autre. Trop près, ils deviennent envahis de sentiments et d'idées qui ne leur appartiennent pas ; trop loin, ils sont victimes d'abandon.

Ils nous font vivre exactement la même chose. Autant nous avons le goût de les rejeter en les dirigeant vers d'autres services soi-disant beaucoup plus appropriés pour répondre à leurs besoins, dont en pédopsychiatrie, autant ils nous obsèdent, occupant une place trop grande dans nos pensées, semant inquiétude et tracasseries, qui nous amènent à faire de nombreuses études de cas en y réunissant le plus de monde possible. Le temps qu'ils nous prennent est considérable. Impossible de les oublier.

Ce fut le cas avec Lionel, qui a une histoire à faire pâlir *Aurore, l'enfant martyr*.

Imaginez un petit de garçon de 5 ans qui, comme tous les matins, embrasse sa maman avant de partir au travail. Et puis un jour, après son baiser matinal, il ne l'a plus jamais revue. Disparue comme par magie. Lionel et ses deux frères, qui habitaient déjà chez les grands-parents maternels, sont restés avec eux. Pendant trois longues et pénibles années, ils ignoraient ce qui était arrivé à leur maman. Lionel était agité et du ritalin lui fut prescrit. Il doubla sa maternelle tellement il avait la tête ailleurs. Les grands-parents faisaient de leur mieux mais étaient complètement dépassés par les événements.

Jusqu'au jour où la vérité s'imposa dramatiquement : la mère, trois ans auparavant, avait été assassinée et découpée en morceaux. Les restes de son corps ont été trouvés dans trois congélateurs chez un homme qui était en fait son assassin. Un ancien collègue de travail apparemment. Imaginez le traumatisme vécu par les membres de la famille. Lionel ne s'en est jamais remis.

Il était très près de son grand-père, seul homme vraiment significatif à ses yeux. Il faut dire que son père étant un gigolo,

la mère ne l'a pas gratifié de son nom. Un jour, un autre jour malheureux, le grand-père a demandé à Lionel d'aller chercher une boîte au sous-sol de la maison. Il a refusé. Le grand-père y est allé et, suite à un effort trop intense, il fit un infarctus qui l'emporta. Lionel a beaucoup pleuré sur la tombe de son grand-père et lui a promis, pour apaiser sa grande culpabilité, qu'il irait le rejoindre avant l'âge de sa majorité. Il avait alors 12 ans.

La famille s'est retrouvée à court d'argent. La grand-mère avait un bon ami qui, à l'occasion, lui avançait des sous pour boucler les fins de mois. La grandeur d'homme ayant ses limites, la grand-mère vendit Lionel à cet homme pour bénéficier à nouveau de ses bienfaits. Lionel le savait et ne se déroba pas aux avances sexuelles du monsieur. Il lui arrivait certes parfois de faire des crises et de détruire les cadeaux que cet homme lui faisait, mais c'était parce qu'il avait mauvais caractère, disait-il.

À 14 ans, il a commencé à côtoyer le village gay. Il disait alors à sa grand-mère qu'il allait travailler. Elle ne l'a jamais retenu. Il faisait des fellations, de 15 à 20 par jour, pour se procurer sa drogue : de la cocaïne, de l'héroïne, par voie intraveineuse, il va s'en dire.

Il a été placé suite à un signalement de l'école, en 38h) (troubles de comportement) évidemment. D'abord dans un centre ouvert, mais ses fugues répétées et sa consommation de drogues dures, ses comportements autodestructeurs et une tentative de suicide sérieuse, par strangulation, ont obligé son transfert dans un centre fermé.

Il continuait malgré tout à fuguer. Les portes barrées, les hautes clôtures ne représentaient pas des obstacles pour lui. La moindre inattention de la part des intervenants et il prenait la poudre d'escampette. Il disait aimer la liberté, au prix même de sa vie. À sa dernière fugue, il s'est fait tirer à la bouteille par un groupe d'homosexuels. C'est juste après son retour qu'il a tout cassé dans sa chambre. Quand je lui ai demandé les raisons de son automutilation, il m'a dit simplement que son corps ne ferait plus l'envie des homosexuels.

Il s'est automutilé à de nombreuses reprises et a tenté de se suicider à quelques autres.

Il a aujourd'hui 17 ans 8 mois. Il est très tiraillé par la promesse faite à son grand-père et il a nous dit clairement être un homme de parole.

Je vous parle du cas de Lionel, un des pires que j'aie vu, pour mettre en évidence à quel point de tels cas limites

peuvent ébranler nos institutions. L'équipe d'éducateurs est sur les nerfs ; le chef de service se débat avec les milieux de la pédopsychiatrie ; les cadres supérieurs sont aussi impuissants que nous à lui offrir le service dont il a besoin.

En l'espace de deux mois, nous avons eu réunions sur réunions, avec deux pédopsychiatres et un médecin notamment. Pour assurer sa sécurité, un agent d'intervention le suivait comme son ombre du matin au soir. Il occupait toutes nos pensées.

L'urgence suicidaire nous paralysait. Fallait-il l'attacher jusqu'à 18 ans ? l'hospitaliser ? ; les pédopsychiatres n'y voyaient pas la solution. Faire un retour progressif chez la grand-mère sachant que de toute façon à 18 ans c'est là qu'il allait se retrouver ? Et qui allait prendre la responsabilité de la gestion du risque suicidaire ?

Pour faire une histoire courte, disons qu'après avoir consulté tous les experts qui connaissaient Lionel, la décision fut prise au bureau du directeur général, en présence du directeur du centre où séjournait Lionel et du DPJ.

**Notez que l'impuissance que nous vivions tous, l'incapacité de lui trouver le bon service, les inquiétudes multiples, voire même la peur qui nous tenaillait, toutes ses réactions contre-transférentielles indiquaient bien dans quel état psychique Lionel se sentait à la veille de ses 18 ans.**

Il fut décidé que Lionel réintroduirait les activités structurées et que si tout allait bien, au bout de deux semaines, il pourrait faire des sorties chez sa grand-mère. À la moindre incartade de sa part, il serait hospitalisé quelques jours en pédopsychiatrie avant de revenir au centre. Tout le monde était d'accord. La gestion du risque suicidaire doit ainsi être assumé par l'ensemble de l'établissement, pas uniquement par les cliniciens de la base.

Notez que l'impuissance que nous vivions tous, l'incapacité de lui trouver le bon service, les inquiétudes multiples, voire même la peur qui nous tenaillait, toutes ses réactions contre-transférentielles indiquaient bien dans quel état psychique Lionel se sentait à la veille de ses 18 ans. Comme il me l'a dit un jour : « Franchement Gilles, qu'est-ce qui m'attend ? C'est la drogue et la prostitution. Penses-tu que je pourrais me contenter d'un petit appart et d'un job chez Canadian Tire ? ». Le pire, c'est qu'il avait tout à fait raison.

L'essentiel de mes propos se résume en fait à peu de choses : les réactions contre-transférentielles nous amènent dans les mêmes impasses psychiques que les jeunes et nous nous retrouvons dans l'obligation de mentaliser ce qu'ils ont peine à se représenter. L'analyse du contre-transfert s'avère alors un outil clinique fondamental dont nous ne pouvons nous passer pour accéder au monde intérieur des jeunes que nous devons accompagner.

Quelques mots encore avant de conclure.

Au niveau du traitement, Zoccolillo et Huard (1999)<sup>5</sup> relèvent cinq lignes directrices à suivre dans le traitement des troubles de conduite. Ces lignes directrices concernent aussi, je crois, d'autres troubles de la personnalité.

Premièrement, il y a des jeunes qui doivent être considérés comme ayant un trouble chronique de personnalité exigeant un plan de traitement à long terme.

Deuxièmement, les intervenants devront parfois se satisfaire de faibles progrès, parfois même du seul fait que l'état du jeune ne se détériore pas. Il nous faut donc baisser nos attentes si nous ne voulons pas être trop déçus.

Troisièmement, il faut une approche articulée autour d'une équipe constituée d'intervenants qui interviennent à tous les stades du processus du traitement. J'inclus ici toutes les personnes qui gravitent autour des jeunes : éducateurs, praticiens sociaux, gestionnaires, psychologues, infirmières, médecins, réviseurs, DPJ...

Quatrièmement, il est impossible pour un intervenant d'aider un jeune qu'il craint. Des mesures de sécurité doivent être mises en place pour assurer sa sécurité, même si, je le répète, une grande partie de notre travail consiste précisément à traiter la peur.

Cinquièmement, les intervenants ne peuvent être tenus responsables des comportements des jeunes dans la communauté. Quand les jeunes commettent des actes délictueux,

une plainte doit être formulée en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* dans le but de les responsabiliser de leurs actes. Mais cette responsabilisation ne doit surtout pas exclure les processus cliniques qui y sont sous-jacents.

Pour terminer, je voudrais simplement souligner que je partage l'avis du Dr Guilé<sup>6</sup>, directeur de l'unité d'évaluation et de traitement des états limites de l'*Hôpital Douglas* à Verdun, qui souligne – il le fait pour les états-limites mais je crois que cela peut s'appliquer aussi pour l'ensemble des troubles de personnalité, qui souligne donc que le traitement doit privilégier une approche multimodale associant psychothérapie psychodynamique, approche comportementale et cognitive, et un entraînement aux habiletés sociales. Une seule approche, surtout en milieu de réadaptation, n'aurait sûrement pas les effets escomptés.

J'espère que cette présentation a su vous démontrer les multiples défis et enjeux auxquels nous sommes tous confrontés dans notre pratique clinique en centres jeunesse.

Je vous remercie de votre attention. ▶

## NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Mayer-Renaud, M. (1993). *La problématique de la négligence à l'égard des enfants : une synthèse des causes et des conséquences*, Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal.
- 2 Searles, H. (1965). *L'effort pour rendre l'autre fou*, Paris, Éditions Gallimard, 1977.
- 3 Gendreau, G. et R. Tardif (1999). *Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*, Rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans, Mai, Montréal, ACJQ.
- 4 Plante, D. et C. Fredette (2003). *Le phénomène de la fugue : guide d'accompagnement et d'intervention*, Montréal, Direction de la santé publique.
- 5 Zoccolillo, M. et M. Huard (1999). « Le trouble des conduites », dans sous la direction de E. Habimana, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Montréal, Éd. Gaëtan Morin, 183-205.
- 6 Guilé, J.-M. (1999). « Les états-limites et les troubles de personnalité », dans sous la direction de E. Habimana, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Montréal, Éd. Gaëtan Morin, 257-278.

# Répit-Transit : une alternative qui donne des résultats

Robert Turbide, psychoéducateur, responsable du programme, regroupement 5, Commission scolaire de Montréal et Shirley Carignan, étudiante de maîtrise, département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Afin de répondre aux besoins du nombre grandissant d'élèves en difficulté de comportement nécessitant des services de courte durée hors du milieu de la classe régulière, les commissions scolaires tentent de développer des services efficaces qui sont adaptés à ces élèves à risque. Cependant, plusieurs de ces alternatives font vivre à l'enfant un déracinement qui entraîne par la suite des difficultés de réintégration à l'environnement de la classe régulière. L'enfant a souvent peu de chance de se sortir de ce système qui s'engorge de plus en plus et qui favorise un taux de décrochage de plus en plus élevé. Au sein du territoire desservi par le regroupement 5 de la Commission Scolaire de Montréal (CSDM), il existe depuis février 1996 un nouveau type de service pour ces élèves à risque, qui a su se démarquer en affichant un dynamisme et une efficacité reconnus : le *Programme Répit-Transit*. Grâce à un partenariat bien établi depuis cinq ans, ce service se démarque des autres par le fait qu'il propose une admission en présence d'un travailleur social du CLSC, d'un éducateur du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) et du conseiller à l'accès des CJM-IU. Ainsi, un service de soutien sur-le-champ est offert à la maison aux parents, pendant la durée du séjour de l'enfant au programme. L'équipe du *Répit-Transit* intervient donc de façon systématique autour de la problématique identifiée lors de la démarche d'admission.

## LES BUTS ET OBJECTIFS

Ce programme a comme principal objectif de maintenir le plus longtemps possible l'élève à risque dans son milieu de vie naturel, pour ainsi éviter son exclusion et pour maintenir intact son lien d'appartenance avec son école de quartier. De plus, ce service a pour but d'offrir à l'élève un lieu temporaire où il peut poursuivre son cheminement académique avec un enseignement personnalisé et où il peut recevoir une forme de soutien en termes d'encadrement. Il suppose un bref retrait du jeune de la situation conflictuelle, question de lui donner un

répit ainsi qu'à l'enseignant titulaire. L'élève est retiré de sa classe pendant une période variant de deux à quatre semaines, puis il est progressivement réintégré dans sa classe régulière, accompagné par un éducateur du service, pendant six à huit semaines, jusqu'à la réintégration complète. Au niveau des parents, le *Programme Répit-Transit* a pour objectif de leur apprendre à se réapproprier la situation face à leur enfant en difficulté, avec le soutien d'un intervenant du milieu. Quant à l'enseignant, le service lui apporte un moment d'accalmie pendant lequel il n'a plus l'élève perturbant dans sa classe. On lui procure également un soutien pour l'aider à gérer adéquatement les comportements de son élève en difficulté, en prévision de sa réintégration en classe.

## LA CLIENTÈLE

Le *Programme du Répit-Transit* s'adresse aux élèves à risque du primaire de 6 à 12 ans. Pour la plupart, ils présentent des troubles qui sont externalisés tels que de l'hyperactivité avec ou sans déficit de l'attention, de l'opposition, de la provocation... Le programme mis en place permet d'accueillir un nombre limité d'élèves, soit entre sept et huit enfants à la fois, selon les demandes d'admission qui arrivent au fur et à mesure des besoins des écoles. Puisque les élèves doivent nécessairement être retournés dans leur classe d'origine dans les trois mois suivant l'admission, le service accueille donc entre 15 et 25 élèves qui ont besoin d'aide, à chaque année scolaire.

## LE PERSONNEL AFFECTÉ

Les intervenants du *Répit-Transit* forment une équipe qui est multidisciplinaire. Elle est composée d'un psychoéducateur chargé du programme, d'un technicien en éducation spécialisée et d'un orthopédagogue qui sont présents dans la classe à temps plein. Bien que la plupart de leurs tâches soient reliées spécifiquement à leur domaine

d'expertise, ces personnes doivent également réaliser plusieurs tâches en équipe. Entre autres, elles doivent vérifier la pertinence des interventions et retirer l'élève temporairement de la classe. Elles sont responsables d'intervenir simultanément auprès de l'enseignant, des parents et de l'élève. Elles doivent assurer une réintégration progressive de l'élève en difficulté dans sa classe d'origine et évaluer l'impact du processus sur le comportement de l'élève ciblé.

### LA COULEUR PARTICULIÈRE

Ce qui fait la particularité du *Programme Répit-Transit*, c'est qu'il se veut un service de consultation, d'intervention et d'évaluation, basé sur une approche systémique où l'enfant en difficulté, le parent et le milieu scolaire sont mis à contribution. Principalement, ce qui fait la particularité de ce programme, c'est qu'il est entièrement réalisé en partenariat avec les CLSC de cinq territoires de la région de Montréal, le CJM-IU de quatre territoires, ainsi que la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). De ce fait, l'intervention est rapide et validée par de nombreux professionnels et les ressources sont disponibles quand l'élève, l'enseignant ou les parents en ont besoin. Également, ce modèle particulier se démarque des autres par le fait que l'enfant poursuit ses apprentissages scolaires tout en recevant de l'aide au niveau de ses comportements. En fait, tout au cours du séjour de l'élève, l'enseignant de l'école d'origine maintient l'entière responsabilité de son rôle et de sa tâche. Ce qui signifie qu'il doit préparer le matériel scolaire que l'enfant doit utiliser à *Répit-Transit* et que l'élève est toujours sous sa responsabilité, même s'il n'est plus présent physiquement dans sa classe. Il est d'ailleurs clairement convenu dès le départ que l'élève à risque sera réintégré dans sa classe d'origine après les quelques semaines passées au programme. L'intervenant de réadaptation, pour sa part, peut jouer un rôle déterminant dans le processus de changement.

À partir de l'observation des comportements de l'enfant, des facteurs qui nuisent à son développement et de la dynamique familiale, l'intervenant de réadaptation entreprend une démarche directe auprès de l'enfant et de sa famille. Cette intervention vise à encourager une meilleure communication interpersonnelle, stimule le développement des habiletés parentales, arrête le processus de détérioration et peut même contribuer à éviter le placement de l'enfant. La relation de confiance qui s'établit entre l'intervenant et les interlocuteurs familiaux permet de consolider de façon significative les acquis et engage ceux-ci dans un mouvement de développement et de mise en application de nouveaux schèmes.

L'intervention se poursuit tout au long du programme en concertation avec tous les partenaires cliniques. Invité dès le départ à participer au comité d'admission, l'intervenant de réadaptation participera également à la rencontre mi-bilan après quelques semaines d'intervention. Cette rencontre offre l'occasion aux différents intervenants de mettre en commun leurs lectures de la problématique, leurs observations des progrès réalisés, d'élaborer sur l'évolution de la situation et finalement de définir une orientation pour les semaines à venir.

Finalement, à la fin du séjour de l'enfant au *Programme Répit-Transit*, une dernière rencontre permet à l'équipe de tracer un portrait précis des modifications apportées et d'établir différentes recommandations.

### LE QUOTIDIEN DU PROGRAMME RÉPIT-TRANSIT

Tout au cours du séjour de l'enfant à *Répit-Transit*, une action simultanée et concertée tant au niveau de l'élève, du parent et de l'équipe école est entreprise. Les interventions réalisées en ce qui a trait à l'enfant tendent vers le développement d'habiletés sociales, l'augmentation de l'estime de soi ainsi que l'augmentation du niveau de contrôle de soi. Ces objectifs sont travaillés sous la forme d'activités rééducatives avec les intervenants. Le personnel utilise la rétroaction et un système d'émulation afin de renforcer les bons comportements démontrés par les élèves. De plus, chaque élève effectue du travail scolaire avec l'orthopédagogue qui poursuit le programme préparé par le titulaire. En même temps que l'enfant s'engage sur la route du *Répit-Transit*, les parents reçoivent également des services. Ils s'engagent, entre autres, dans une démarche à court terme avec un intervenant du CLSC ou un éducateur du CJM-IU. Ils travaillent principalement au niveau de leurs habiletés parentales et sur l'amélioration du lien école-famille. De son côté, l'enseignant bénéficie d'un soutien supplémentaire des intervenants du service avant, pendant et après la réintégration de l'enfant, selon ses besoins et ceux de son élève. Un suivi hebdomadaire par les intervenants du programme se poursuit afin de bien terminer l'année scolaire et de débiter adéquatement la suivante. En fait, les membres de l'équipe du *Répit-Transit* offrent divers services à leur clientèle. Ils font de la consultation pour aider la direction ou les intervenants impliqués auprès du jeune à cerner ses besoins. Ils valident la pertinence d'utiliser le service *Répit-Transit*. Ils déterminent des objectifs et des modalités d'intervention propres à chaque élève et proposent des moyens d'intervention. De plus, ils aident l'école d'origine en

collaborant à l'élaboration du plan d'intervention et en assumant une prise en charge temporaire de l'élève. Finalement, ils assurent le suivi et l'évaluation du plan d'intervention en collaboration avec les personnes concernées.

### L'ÉVALUATION DU SERVICE

Préoccupé par un souci constant d'offrir un service efficace et approprié aux élèves à risque, *Répit-Transit* fait l'objet d'un processus d'évaluation depuis quelques années, avec l'aide d'une étudiante de doctorat au programme combiné maîtrise-doctorat en psychologie communautaire de l'Université du Québec à Montréal. En 1999-2000, une évaluation des effets du service sur les enfants et leurs parents a été réalisée. Des questionnaires ont été remplis par les enfants qui ont participé au programme, leurs parents, leurs enseignants ainsi que par les directions et membres du comité de suivi. Cette évaluation du programme et de son impact a donné des résultats très concluants et significatifs. En effet, l'évaluation a démontré que deux semaines après leur retour en classe, les enfants avaient moins de problèmes de comportement, démontraient davantage un comportement typique et étaient plus satisfaits au sujet de l'école et de leur vie en général (Bérubé, Turbide, Dubois et Boucher, 2000). Pour leur part, les parents avaient de meilleures attitudes face à l'école à la suite de leur participation au programme. Ils considéraient maintenant que l'environnement scolaire répondait assez ou très bien aux besoins de leur enfant et que l'école permettait à leur enfant de réussir dans la vie. Cependant, malgré les améliorations notables chez plusieurs enfants, certains enseignants ont affirmé que les objectifs n'étaient pas ou peu atteints. Il a donc été recommandé d'intégrer davantage les enseignants tout au long du projet afin de réussir à atteindre tous les objectifs. Par la suite, au cours de l'année scolaire 2000-2001, une nouvelle évaluation en deux volets a été réalisée afin de mesurer l'influence du programme à court et à long terme sur le comportement des enfants. Le premier volet a repris le même processus d'évaluation que l'année précédente auprès des nouveaux élèves, soit l'administration de divers questionnaires aux personnes qui ont été impliquées dans le programme. Les résultats obtenus ont été très encourageants. Ils ont indiqué une amélioration significative des comportements d'agressivité, de turbulence et d'inattention depuis l'entrée des enfants au *Répit-Transit* à leur retour en classe régulière. Ils étaient également plus satisfaits de leur vie scolaire et générale. En ce qui concerne les parents, ils ont encore démontré avoir de meilleures attitudes face à l'école suite à leur participation au service. Pour sa part, le second volet

a évalué le maintien des comportements des élèves qui ont participé au programme de l'année précédente. Les données compilées à l'aide de l'administration de questionnaires étaient toutes aussi prometteuses puisque les changements observés ont été maintenus dans le temps, soit une année plus tard. En fait, les résultats aux questionnaires des enseignants indiquent que les comportements des élèves n'ont pas cessé de s'améliorer depuis leur participation au programme.

En fait, d'après ces recherches, plusieurs éléments semblent responsables du succès obtenu par le modèle *Répit-Transit*. Tout d'abord, le retrait de l'enfant de sa classe d'origine marque un arrêt d'agir qui permet autant à l'enfant qu'à l'enseignant de prendre du recul et de développer de nouvelles stratégies. Ensuite, le soutien individualisé offert à l'élève au cours de son retrait l'aide à reprendre le contrôle de son comportement et à exprimer ses émotions de façon plus appropriée. De plus, la réintégration progressive de l'enfant et son accompagnement par un des intervenants du programme lui permet de mettre en pratique les stratégies qu'il a développées et de bénéficier du soutien d'un adulte qui peut l'aider en cas de besoin. Également, l'implication de l'école d'origine tout au long du programme permet à l'élève de conserver un lien avec son enseignant et fait en sorte qu'il ne se sente pas exclu de sa classe. Finalement, l'intervention en milieu familial permet de créer une relation positive entre la famille et le milieu scolaire, ce qui est très important pour la réussite scolaire de l'enfant. ▶

### RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Bérubé, A., Turbide, R., Dubois, R. et N. Boucher (2000). *Rapport d'évaluation du projet Répît-Transit 1999-2000 : L'influence du programme sur le comportement des enfants*, Montréal, CSDM-Regroupement 5, 30 p.

### NOTE DE L'AUTEUR

La correspondance concernant cet article doit être adressée au premier auteur, à l'adresse postale suivante : Commission Scolaire de Montréal – Regroupement 5, 3737 rue Sherbrooke est, Montréal, Québec, Canada, H1X 3B3, ou par courriel : turbider@csdm.qc.ca.

## ✍ Comité de la revue :

Chantal Fillion, Christian Fortin, Suzanne Gagnon, Danièle Gauthier, Louise Hamel, Jean-Luc Secours, Geneviève Turcotte

## ✍ Ont collaboré à ce numéro :

Carole Bédard, Shirley Carignan, Josette Laframboise, Suzanne Ménard, Pierre Perreault, Jean-François Renaud, Gilles Richelieu, Robert Turbide

## ✍ Photo de la ruelle sur la couverture:

Andrée Doucet, CJM

## ✍ Rédactrice en chef :

Danièle Gauthier

## ✍ Graphisme et impression :

ACOR

## ✍ Secrétariat :

Murielle Bouchard, Vicky Bouchard

## ✍ Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1201-009-X  
Le Centre jeunesse de Montréal

## AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES SUR LA REVUE ?

SI OUI, VEUILLEZ NOUS LES FAIRE PARVENIR À L'ADRESSE MENTIONNÉE CI-BAS.

### POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle « Défi jeunesse » est publiée par le conseil multidisciplinaire des Centres jeunesse de Montréal à raison de trois numéros par année.

#### ✓ Les objectifs visés par la publication de cette revue sont :

Promouvoir le développement professionnel en lien avec l'intervention et la réflexion.

Dans un contexte multidisciplinaire, assurer et valoriser l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline.

Permettre l'intégration des nouvelles orientations des Centres jeunesse de Montréal.

Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel.

Accroître le sentiment d'appartenance aux Centres jeunesse de Montréal.

Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

#### ✓ Critères de publication :

**Contenu** • La revue comprendra des articles de fond (théorie, réflexions, études, recherches, recherches-action, analyses...), des textes portant sur des expériences professionnelles pratiques (projets, nouveaux modes d'intervention) et diverses chroniques à contenu clinique telles des notes de lecture, des chroniques juridiques, des chroniques événements et des entrevues.

**Manuscrit inédit** • La revue ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits ne doivent pas avoir été publiés dans une autre revue.

**Format** • Les articles soumis à la revue professionnelle doivent être dactylographiés à double interligne, sur des feuilles 8" X 11" avec 12 caractères au pouce. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur remet au comité de la revue une copie du texte sur disquette, traitement de texte compatible avec Microsoft ou l'envoi par internet à l'adresse mentionnée plus bas. Un guide pour la présentation des articles est disponible sur demande.

**Évaluation** • Tous les articles sont soumis au comité de la revue qui a l'entière responsabilité de décider de publier ou non un article. Le comité se réserve aussi le droit de changer les titres et les sous-titres des articles sans avis à leur auteur.

**Opinion de l'auteur** • Les opinions contenues dans les articles n'engagent que leur auteur.

**Reproduction** • Toute reproduction est autorisée avec mention de la source.

**Redevances** • Toute soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique le transfert des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal.

Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

✓ Pour obtenir une information ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser à:

Danièle Gauthier,  
Rédactrice en chef

Comité de la revue *Défi jeunesse*  
4675, Bélanger Est, Montréal, (Québec) H1T 1C2  
Code de courrier interne : 40

Téléphone : (514) 593-2118 • Télécopieur : (514) 593-2113  
Courrier électronique : conseilmulti@mtl.centresjeunesse.qc.ca

Les vacances arrivent à grands pas.  
Le comité de la revue vous souhaite de profiter  
de ces beaux moments pour vous reposer  
et refaire le plein d'énergie.

# Bon été !

