

Défi Jeunesse →

Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

VOL. XIV

NO 2

MARS 2008



La vie clinique dans tous ses espaces

La satisfaction des besoins psychologiques

Un modèle de services



Conseil multidisciplinaire
du Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire

Sommaire

Éditorial

- » **La vie clinique dans tous ses espaces**
Josette Laframboise et Geneviève Turcotte 2
- » **Espaces cliniques : la place de la psychothérapie et de la rencontre d'accompagnement clinique en centre jeunesse**
Daniel Puskas 4
- » **La satisfaction des besoins psychologiques et les milieux de réadaptation sociale**
Audrey Savard, Julie C. Laurin et Mireille Joussemet 12
- » **TDAH et trouble réactionnel de l'attachement (TRA) : défis et pistes d'intervention**
Geneviève Lemelin et Isabelle Laviolette 21
- » **L'acquisition d'habiletés sociales visant l'intégration sociale de jeunes délinquants**
Trina Phillips et Brigitte Picher 27
- » **Un modèle de services qui intègre les expertises en pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et en réadaptation psychosociale du CJM-IU**
Alain Boisvert en collaboration avec Lyne Gingras, Marc Gommier, Dr. Philippe Lageix et Gilles Richelieu 30
- Courrier du lecteur** 40



COMITÉ DE LA REVUE

Danièle Gauthier, Josette Laframboise,
Audrey Savard, Jean-Luc Secours,
Geneviève Turcotte

Ont collaboré à ce numéro

Alain Boisvert, Lyne Gingras, Marc Gommier,
Mireille Joussemet, Josette Laframboise,
Philippe Lageix, Julie C. Laurin, Isabelle Laviolette,
Geneviève Lemelin, Trina Phillips, Brigitte Picher,
Daniel Puskas, Gilles Richelieu, Audrey Savard,
Geneviève Turcotte

Photo de la ruelle sur la couverture
Pierre Raza, artiste peintre

Aquarelles

Alexandra Le Corné

Rédactrice en chef

Danièle Gauthier

Graphisme et impression

ACOR

Secrétariat

Murielle Bouchard, Vicky Bouchard

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1201-009-X
Mars 2008
Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



Imprimé sur papier recyclé.

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle *Défi jeunesse* est publiée par le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire 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 du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel. Accroître le sentiment d'appartenance. Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

Critères de publication :

CONTENU / La revue publie 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. **FORMAT** / Les articles soumis à la revue professionnelle doivent être dactylographiés à double interligne, sur papier format lettre dans une police de 12 points. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur envoie au comité de la revue une version électronique du texte sur traitement de texte compatible avec Microsoft Word Office 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-Institut universitaire. Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

Avez-vous des
commentaires sur
la revue ? Si oui,
veuillez nous les faire
parvenir à l'adresse
mentionnée ci-dessous.

DANIÈLE GAUTHIER,
RÉDACTRICE EN CHEF

Comité de la revue *Défi jeunesse*
4675, rue Bélanger Est
Montréal (Québec) H1T 1C2

Code de courrier interne : 40

Téléphone : (514) 593-2118
Télécopieur : (514) 593-2113

Courrier électronique :
conseilmulti@cjm-iu.qc.ca

→ LA VIE CLINIQUE DANS TOUS SES ESPACES

Josette Laframboise, Geneviève Turcotte, membres du comité de la revue

Les auteurs du présent numéro de notre revue professionnelle ont en commun d'explorer les divers « lieux » de la rencontre entre les jeunes et les intervenants du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire – ce que Daniel Puskas appelle si justement les « espaces cliniques ».

Dans son article, ce conseiller clinique tente de mieux définir deux types d'approche qui ont aidé un grand nombre de jeunes : la psychothérapie individuelle et la rencontre d'accompagnement clinique, basée sur le vécu partagé par le jeune et l'éducateur. Il relève les éléments à considérer dans le choix de l'approche de tel ou tel jeune dans un centre jeunesse. Il est en effet essentiel de bien comprendre les problèmes vécus par le jeune dans le passé, les manifestations diverses de sa détresse ; il importe aussi de tenir compte de l'étape de développement où il en est rendu.

Pour certains jeunes, seule la rencontre d'accompagnement clinique, qui aide l'enfant placé à donner un sens aux événements de sa vie quotidienne, sera indiquée, du moins dans un premier temps. Pour prendre soin de la vie psychique d'un jeune, plusieurs approches sont possibles : l'auteur situe en quoi les deux méthodes qu'il décrit sont différentes, mais complémentaires.

D'autres façons d'aborder la satisfaction des besoins psychologiques du jeune placé dans un milieu de réadap-

IL EST EN EFFET ESSENTIEL DE BIEN COMPRENDRE
LES PROBLÈMES VÉCUS PAR LE JEUNE DANS LE PASSÉ,
LES MANIFESTATIONS DIVERSES DE SA DÉTRESSE

tation sociale sont abordées par Audrey Savard, Julie Laurin et Mireille Joussemet. Parmi les approches éduca-





tives possibles, les auteurs explorent celles qui dérivent de la théorie de l'autodétermination : selon cette théorie, les êtres humains ont trois besoins psychologiques essentiels : l'affiliation sociale, la compétence et l'autonomie. La satisfaction de ces besoins chez les jeunes en centre jeunesse peut être facilitée par des techniques de soutien à l'autonomie, dont elles décrivent les applications chez des jeunes souffrant d'inadaptation sociale. Le développement d'une véritable autonomie fournira ainsi au jeune les moyens d'affronter de façon saine et compétente les difficultés possibles de sa vie à venir.

Les espaces cliniques au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire doivent permettre d'accueillir des enfants présentant des troubles psychologiques émanant de plusieurs sources. Certains troubles se traduisent par des manifestations semblables, mais peuvent originer de facteurs très différents – ce qui aura des implications sur l'approche thérapeutique à adopter. Geneviève Lemelin et Isabelle Laviolette se penchent sur deux troubles fréquemment observés chez les enfants pris en charge au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire : le trouble déficitaire de l'attention et le trouble réactionnel de l'attachement. Elles en analysent les similitudes et les différences. Elles décrivent ensuite les approches à utiliser dans l'une ou l'autre problématique, tant avec l'enfant qu'avec ses parents. Elles soulignent que la coexistence de ces deux types de trouble chez un même enfant exige une concertation rigoureuse des actions des divers thérapeutes qui auront à intervenir auprès de lui, souvent à long terme.

L'article de Trina Phillips et de Brigitte Picher présente les principaux paramètres et les retombées d'un programme de développement des habiletés sociales chez un groupe de jeunes hébergés dans une unité de garde fermée.

LES ESPACES CLINIQUES AU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL - INSTITUT UNIVERSITAIRE DOIVENT PERMETTRE D'ACCUEILLIR DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ÉMANANT DE PLUSIEURS SOURCES.

Le programme vise plus spécifiquement à améliorer les habiletés relationnelles chez ces jeunes, leurs processus cognitifs et la capacité à gérer leurs émotions. Ceci se fait selon quatre modalités : le modelage, les jeux de rôle, la rétroaction et la généralisation des acquis. L'originalité du programme repose sur l'utilisation d'une caméra numérique comme outil d'intervention.

Alain Boisvert et collaborateurs proposent quant à eux de nous faire connaître le modèle de services offert à l'Émergence, une ressource spécialisée regroupant trois foyers de groupe qui accueillent des jeunes de 6 à 17 ans présentant divers problèmes de santé mentale. Cette ressource issue d'un partenariat entre l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a la particularité d'intégrer les expertises en pédopsychiatrie et en réadaptation psychosociale au sein d'une équipe multidisciplinaire capable de répondre aux multiples défis que pose l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de ces jeunes. Après avoir tracé un portrait très exhaustif de la clientèle de la ressource, les auteurs nous donnent un aperçu du rôle de chacun des acteurs impliqués dans ce partenariat et des espoirs que suscite ce modèle de services chez les intervenants comme chez les usagers.

Ainsi, les jeunes qui viennent au centre jeunesse requièrent des « espaces cliniques » diversifiés, grâce auxquels les intervenants seront en mesure de leur apprendre à connaître une vie différente d'un passé difficile aux plans psychologique, familial et social. <



ESPACES CLINIQUES :

LA PLACE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE EN CENTRE JEUNESSE

DANS LES PAGES QUI SUIVENT, J'AIMERAIS EXPLORER, AVEC VOUS, LA PLACE DE QUELQUES ESPACES CLINIQUES AU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL - INSTITUT UNIVERSITAIRE (CJM-IU)¹.

Daniel Puskas, conseiller clinique à la CSCS (coordination du soutien clinique spécialisé), psychoéducateur, psychanalyste.



D'abord, celle de la psychothérapie avec notre clientèle, de ses indications et de ses limites. Ensuite, un autre espace clinique de rencontre individuelle, que les pionniers de la psychoéducation durent littéralement inventer, pour répondre aux besoins des jeunes qui leur étaient confiés. Cet espace, nous l'appellerons, la rencontre d'accompagnement clinique et elle est basée sur le vécu partagé.

Le but de cet article est de bien définir ces deux sphères – psychothérapie et rencontre d'accompagnement clinique – et énoncer leur spécificité. Dans un livre, dont la publication est prévue à l'automne 2007, écrit grâce au programme de soutien à l'écriture du CJM-IU, intitulé *Les capteurs de rêves : la construction de l'espace thérapeutique dans les rencontres d'accompagnement clinique*, je définis et pose les jalons à l'organisation, l'animation et l'utilisation de la rencontre d'accompagnement clinique dans le modèle psychoéducatif.

Donc, dans un premier temps, je définirai la psychothérapie et en dégagerai les indications et les contre-indications, et ce, autant pour l'enfance que pour l'adolescence, puis je définirai la rencontre d'accompagnement clinique qui devient un pivot pour l'actualisation du plan d'intervention et un spécifique pour l'éducateur dans son travail thérapeutique.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie dans les centres jeunesse mérite une réflexion à plusieurs niveaux. D'abord, sur sa place parmi les autres espaces cliniques offerts, ce qui présuppose sa définition, ensuite sur ses indications et contre-indications.

Parmi les autres espaces cliniques que la psychothérapie côtoie en centre jeunesse il y a plusieurs modalités de relations d'aide : les rencontres sur-le-champ, les

LE BUT DE CET ARTICLE EST DE BIEN DÉFINIR CES DEUX SPHÈRES
– PSYCHOTHÉRAPIE ET RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE
– ET ÉNONCER LEUR SPÉCIFICITÉ.

rencontres d'accompagnement clinique, les rencontres de groupe, les rencontres familiales, les visites supervisées et évidemment les activités offertes dans les différents programmes².

Ce qui m'étonne le plus dans un organisme grand comme le CJM-IU, c'est que les espaces psychothérapeutiques se résument essentiellement à la psychothérapie individuelle. Par exemple, il n'y a aucun service de thérapie familiale ; pourtant, avec les difficultés relationnelles et systémiques que vivent les enfants, les adolescents et leur famille, il y aurait des indications afin de travailler

les interactions familiales problématiques. Par ailleurs, il fut un temps où des thérapies de groupes étaient offertes ; cette modalité efficace et davantage économique a disparu des sites de réadaptation. Il y aurait lieu de s'interroger sur le pourquoi de leur mise à l'écart. Une autre modalité soit celle du psychodrame est aussi disparue. Je me souviens d'une époque, pas si lointaine, où le Dr Lemay animait des psychothérapies psychodramatiques auprès d'enfants de la période de latence, médium particulièrement indiqué pour ce groupe d'âge, mais pas exclusivement puisque le psychodrame peut être aussi utilisé auprès d'adolescents et d'adultes. Le Dr Michel Lemay et son épouse, Édith Lemay, ont formé des générations de psychodramatistes. Où en sont les traces aujourd'hui ?

Sans doute, qu'au cours de notre histoire de réadaptation, d'autres expériences furent tentées et sont tombées dans l'oubli, tout cela est bien dommage. Il y aurait lieu de se questionner globalement sur cette problématique.

Pourquoi relancer cette question en ce moment ? Mes observations, toutes subjectives, m'amènent à penser que nous creusons un clivage entre nos différents espaces cliniques, particulièrement quant à la place de la psychothérapie.

Mais d'abord, définissons la psychothérapie. Le comité d'experts du Rapport Trudeau propose la définition suivante :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.

Elle se caractérise par les éléments suivants :

- un processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client ;
- une évaluation initiale rigoureuse ;
- l'application de modalités thérapeutiques basées sur la communication ;
- des moyens reposant sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées, respectant la dignité humaine, le cadre législatif et les règles déontologiques.

Elle a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa

relations humaines et qu'ils aient acquis les connaissances et les compétences requises, soit :

- ◊ l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices ;
- ◊ l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux incluant les thérapeutes conjugaux et familiaux ;
- ◊ l'Ordre des ergothérapeutes ;
- ◊ l'Ordre des infirmières et infirmiers⁴.

Rappelons que le Rapport Trudeau a été adopté à l'unanimité par l'ensemble des ordres professionnels. Qu'en est-il maintenant de la psycho-

LE BUT DE CET ARTICLE EST DE BIEN DÉFINIR CES DEUX SPHÈRES – PSYCHOTHÉRAPIE ET RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE – ET ÉNONCER LEUR SPÉCIFICITÉ.

personnalité, dans son état de santé. Il s'agit d'un processus qui va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien³».

Voilà une définition sur laquelle s'est entendu ce comité d'experts (cf. Rapport Trudeau). La recommandation du Rapport Trudeau va dans le sens d'un titre réservé pour les professionnels suivants :

Concernant **la réserve de la pratique de la psychothérapie**, le Comité d'experts propose :

- qu'elle vise les membres de l'Ordre des psychologues ainsi que ceux du Collège des médecins ;
- qu'elle soit partagée avec les membres des ordres suivants, pour autant qu'ils possèdent un diplôme universitaire de maîtrise dans le secteur de la santé mentale et des

thérapie dans les centres jeunesse, de ses indications et de ses contre-indications ?

LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS LES CENTRES JEUNESSE

Reprenons mon questionnaire sur le clivage entre les différents espaces cliniques, particulièrement quant à la place de la psychothérapie.

Un grand clinicien des enfants placés, P. Steinhauer (1993), affirme : « Dans le désir d'aider les enfants, plusieurs intervenants des services sociaux entretiennent en effet des attentes bien peu réalistes quant à ce que la psychothérapie peut accomplir. Si un enfant est en détresse à cause de l'incertitude qu'il vit, la réponse à donner ici relève moins d'une psychothérapie que de la nécessité de le sortir du vide en

installant un cadre et des mesures propres à lui apporter la sécurité dont il a besoin.

Bien des intervenants sociaux, animés du désir de réparer les effets d'années d'abus et de négligence, croient avoir trouvé dans la psychothérapie le moyen d'y arriver. Cependant, leurs fantasmes de sauvetage qui s'appuient sur des attentes exagérées risquent de conduire à une épreuve non seulement inutile, mais qui peut s'avérer désastreuse à bien des égards. Non seulement le traitement peut-il ne pas aider, mais pire, il peut servir à détourner l'attention des questions réelles qui se posent, telles que sortir l'enfant du vide qu'il éprouve, ou encore, s'assurer que le milieu d'accueil comprend bien les besoins et y répond adéquatement. Qui plus est, en entreprenant une psychothérapie qui se termine par un échec (d'autant plus prévisible, en raison des résistances très fortes qui font partie du système défensif mis en place pour s'adapter), il faut voir que cet enfant aura été placé dans une situation de faire confiance à quelqu'un pour se retrouver abandonné une fois de plus⁵.

Ce que Steinhauer décrit pour l'enfance, je me permettrai de le généraliser avec les adolescents. J'ai souvent été témoin d'une demande de psychothérapie urgente pour une jeune nouvellement arrivée. Ces jeunes nous arrivent, sans encore de plan d'intervention, voire de projet de vie clair, donc souvent dans le vide pour reprendre les termes de Steinhauer. Il faut laisser le temps au milieu d'accueil (famille, foyer, site...) précisément d'accueillir d'abord ces jeunes, de créer une alliance thérapeutique avec eux, de les impliquer dans leur plan d'intervention, d'en évaluer les effets. Ensuite seulement, nous pourrions nous questionner au sujet des indications.

La psychothérapie des enfants sera distinguée de celle des adolescents. Ce sont deux sujets cliniques différents quant à ce qu'il est nécessaire d'installer et de mettre en place afin qu'un processus thérapeutique puisse s'engager.

L'enfance

Dans les suites de Steinhauer, je traiterai de la psychothérapie des enfants. Étant peu familier avec la psychothérapie de la petite enfance, je ne la traiterai pas dans ce cadre. Donc, je parlerai de la psychothérapie à la période de latence soit de l'âge de 5 ans et demi à 10 ans (ce sont des approximations).

Avec les enfants placés, beaucoup de tentatives de psychothérapie échouent plutôt qu'elles ne réussissent ; c'est en pensant à ces nombreuses faillites de traitement

sinon il risque d'agir ses tensions dans d'autres lieux de sa vie et elles nuiront à son placement.

- L'enfant est capable d'apporter quelques-uns de ses conflits majeurs en thérapie et de les élaborer verbalement ou par le jeu. Il faut voir que *ceci est impossible*⁶ pour la plupart de ces enfants qui sont si effrayés par l'intensité de leurs émotions, ou encore, des réactions qu'ils pourraient provoquer chez les autres s'ils les exprimaient directement, (de sorte) que la répression et le retrait défensif qu'ils adoptent représentent pour eux des mécanismes essentiels à leur sécurité⁷.
- La thérapie sera vouée à un échec si l'enfant attend de la psychothérapie qu'elle résolve des questions et des problèmes insolubles dans la réalité. Il vivra, si tel est le cas, une désillusion et se sentira encore une fois abandonné.

AVEC LES ENFANTS PLACÉS, BEAUCOUP DE TENTATIVES DE PSYCHOTHÉRAPIE ÉCHOUE PLUTÔT QU'ELLES NE RÉUSSISSENT

qui auraient pu être prévues et évitées, que l'auteur (Steinhauer) a développé ces critères afin d'évaluer si l'enfant placé est prêt à s'engager dans une psychothérapie individuelle. Steinhauer énumère une série de six critères pour entreprendre une psychothérapie et il suggère que les enfants en placement ne devraient être pris en psychothérapie que s'ils remplissent ces conditions.

- Afin de former et maintenir une alliance thérapeutique, l'enfant doit être capable de créer une bonne relation et de la maintenir lorsque surgissent des frustrations ou un conflit.
- Il importe de bien évaluer la capacité de l'enfant à ne pas simplement agir les tensions générées par la thérapie, il devra minimalement montrer sa capacité à intérioriser,

- La psychothérapie d'enfant nécessite que son milieu d'accueil appuie sa démarche. Cela implique des sessions ponctuelles, voire permanentes, avec les principaux intervenants impliqués dans la vie quotidienne de l'enfant et des contacts téléphoniques entre les séances thérapeutiques.
- L'équipe d'intervention sociale doit être très engagée par rapport au traitement, avant qu'un enfant soit pris en thérapie. Ceci veut dire qu'elle devrait être prête à accueillir le matériel apporté par le thérapeute et à lui permettre d'intervenir dans toute décision importante prise au sujet de l'enfant. Cela signifie aussi que si l'enfant, dans le cours de la thérapie, manquait des séances – comme le font fréquemment ces jeunes – une entente quant à la manière de procéder devrait avoir

été prise entre le service social et le thérapeute, et ceci, avant le début du traitement, de façon à éviter que l'enfant ne soit abruptement retiré de la thérapie, soit parce que le service ne peut plus se permettre de payer des séances manquées, soit parce qu'il veut ainsi exercer une pression à l'égard d'un contrat dont il juge les conditions irréalistes. Cela signifie enfin, advenant l'arrivée dans le cas d'un nouvel intervenant ou d'un superviseur qui voit peu d'utilité à la thérapie, que l'engagement contracté ne puisse être révoqué unilatéralement sans qu'au moins une consultation ait lieu auprès d'un professionnel neutre et expérimenté.

« À moins que ces conditions ne soient rencontrées, le fait d'impliquer en psychothérapie un enfant placé lui fait courir le risque de souffrir un nouvel abandon, et dans ce cas, par un adulte qui se réclamait de pouvoir l'aider⁸ ».

La conclusion de Steinhauer est que les enfants placés ont davantage besoin d'une expérience émotionnelle correctrice que d'une psychothérapie individuelle. J'ajouterai que ces expériences devraient être organisées selon le modèle psychoéducatif, avec une planification rigoureuse de l'intervention par l'équipe d'intervenants. La place des rencontres d'accompagnement clinique prend ici tout son sens, car cet espace thérapeutique est organisé autour d'un vécu partagé.

Affirmons clairement que le traitement avec de tels enfants ne peut se faire sans que préalablement il y ait un temps où l'enfant sera contenu par des adultes suffisamment stables qui l'aideront à contrôler ses comportements et avec lesquels nous espérons, qu'avec le temps, ils tissent des liens significatifs.

Enfin, Steinhauer mise également sur un modèle de consultation où des

cliniciens séniors, comme les consultants de la CSCS, offrent un service indirect plus utile que l'intervention directe auprès de cette clientèle d'enfants.

À l'adolescence

À l'adolescence, la problématique se présente très différemment. Voyons comment ? L'ensemble de la littérature et mon expérience personnelle m'amènent à affirmer que le cadre thérapeutique avec les adolescents est quelque chose de très aléatoire que nous pouvons difficilement contrôler et prévoir. « L'échec des thérapies analytiques des adolescents est la plupart du temps la conséquence d'un cadre trop rigide où l'angoisse et la culpabilité (peur de la folie, peur de l'autre, peur de l'objet) ne trouvent pas à se dire, mais au contraire incitent à faire, à agir⁹ ». En fait, c'est un tout autre travail que celui avec les enfants et les adultes. Il y a un spécifique de la clinique adolescente.

Gutton (2000)¹⁰, une sommité dans le travail avec les adolescents, affirme qu'il faut d'abord calmer l'excitation propre à l'adolescence, par exemple, par un placement institutionnel où l'on pourra arrêter les agirs. Il conseille également que les cadres internes et externes soient évalués, ces cadres doivent être suffisamment assurés, fermes pour être capables de contenance.

Gutton définit ainsi les deux limites :

- **externe** : que l'adolescent vive dans un milieu où les désirs de l'autre (parents, pairs, adultes...) ne soient pas trop confus ou intrusifs et où ses propres désirs sont reconnus ;
- **interne** : qu'il n'y ait pas trop de violence inconsciente pouvant entraîner une action sur autrui, sur soi ou une désertification de la vie psychique pour s'en défendre.

La clinique de l'adolescence est une clinique de l'acte, agi et subi, qui

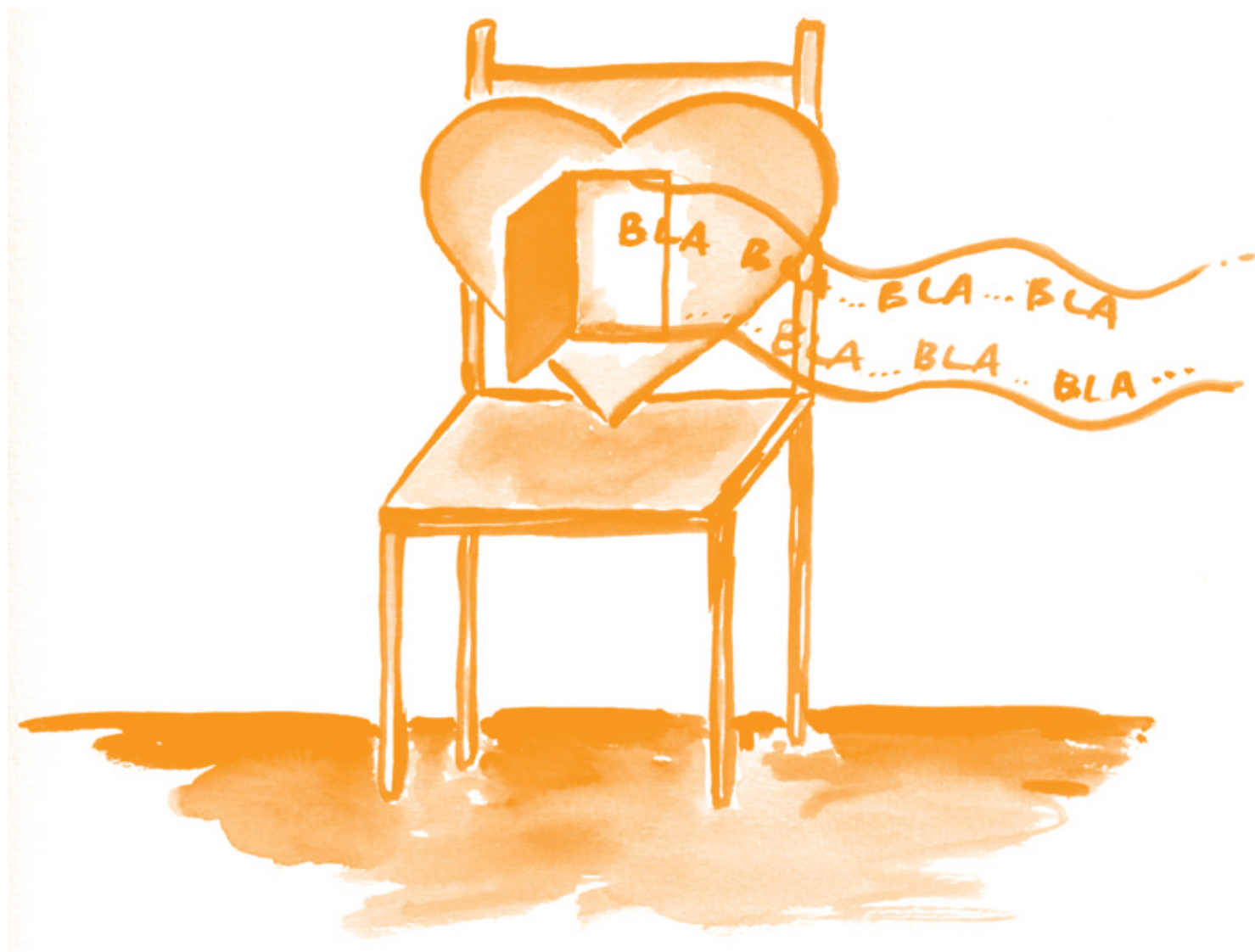
court-circuite l'activité de penser afin d'évacuer, sans en avoir des représentations psychiques, les tensions internes et les pressions externes. C'est un travail en soi, de convaincre l'adolescent que l'excitation pulsionnelle ne vient pas du monde extérieur, mais du sien propre.

« L'enjeu d'une psychothérapie à l'adolescence, à court ou long terme, consiste à aiguïser de manière durable la curiosité du jeune pour son propre fonctionnement psychique¹¹ ». Danon-Boileau ajoutera à cela, de travailler à lutter contre le déni (dépression par exemple) et le clivage (par rapport au corps sexué, à certaines catégories de relations...). Le travail thérapeutique avec l'adolescent sera de soutenir une définition de son identité, une affirmation de ses choix, une assomption de son corps sexué, lui permettant de ne pas rester bloqué dans une situation sans issue autre que la catastrophe¹².

À l'adolescence, plusieurs auteurs parleront de thérapie bifocale, c'est-à-dire de thérapie individuelle doublée, par exemple, d'une thérapie familiale¹³, voire de thérapie pluri-focale, par exemple, individuelle, psychodrame, familiale et au même moment une thérapie de milieu institutionnel¹⁴.

Mais revenons aux indications à la psychothérapie individuelle à l'adolescence. À l'adolescence, nous ne pouvons évoquer que des principes relatifs. Il ne saurait y avoir de règles générales. Chaque situation sera l'objet d'une évaluation singulière. Je vous présente donc une synthèse personnelle de l'état de mes réflexions en fonction de mon expérience et de mes lectures sur le sujet.

Contrairement à l'enfant qui est encore dépendant de l'adulte pour faire sa demande et se déplacer, l'adolescent a gagné en autonomie dans



ces sphères. Il pourra formuler pour lui-même une demande et contrôler la distance et le rythme du processus thérapeutique. Mais il n'est pas encore un adulte pleinement autonome, il cherchera encore à s'opposer pour mieux se poser (Sartre). Il a besoin de l'adulte pour construire son identité, mais pas en se moulant à lui. Période de transformation fort importante, l'adolescent est, par définition, en mouvement.

Il n'y a pas véritablement de contre-indications à la psychothérapie à l'adolescence, mais plutôt des mises en garde. Pour Danon-Boileau, « quand un adolescent accepte de voir le thérapeute, à ce dernier de savoir tirer parti de la rencontre (piquer sa curiosité) pour établir un lien ;

au minimum, savoir déculpabiliser suffisamment le refus pour garder une porte ouverte¹⁵». Cet auteur nous dit de nous tenir en alerte dans deux situations que je peux formuler sous forme de questions :

- Est-ce que cet adolescent est soumis aux exigences ou aux idéaux d'adultes significatifs : parents, éducateurs, intervenants sociaux... en d'autres mots se conforme-t-il à un désir d'un adulte, si tel est le cas cela pourrait renforcer un faux-self¹⁶ ?
- Est-ce qu'il s'agit de pseudo-motivations, souvent repérées chez les psychopathes et les toxicomanes qui veulent fuir, se conformer à certaines exigences, afin d'obtenir des gains secondaires ?

Il appartient légalement au psychothérapeute d'évaluer l'engagement de l'adolescent. Il pourra le faire en examinant trois conditions à savoir :

- s'il souffre d'un malaise ou d'un mal-être suffisant pour éprouver le désir d'aller mieux et s'il reconnaît que ce malaise est le sien, pas nécessairement être le fait des autres (ses parents, les « profs », les adultes, la société...);
- s'il s'intéresse un minimum à son monde psychique interne et s'il a la conviction que ce monde interne lui appartient en propre ;
- s'il commence à être envahi par une certaine lassitude devant la répétition de ses difficultés ou erreurs avec le désir de changer ou du

moins de se débarrasser de cette tendance fâcheuse à se mettre dans les mêmes situations compromettantes¹⁷.

Bref, la psychothérapie à l'adolescence est une activité aléatoire où une foule de variables interviennent. Si j'avais à définir un objectif thérapeutique propre à l'adolescence, je choisirais le suivant : « permettre à l'adolescent de reprendre ou d'entreprendre une évolution qui peut devenir favorable. Il s'agit de lever une inhibition massive actuelle qui bloque toute issue, ou, au contraire, de canaliser un désordre pulsionnel intense pour que l'adolescent puisse ensuite « s'asseoir en sa personne »¹⁸.

Cet objectif général peut être poursuivi dans différents espaces cliniques. Les psychothérapies à l'adolescence, spécifiquement pour les jeunes placés, sont difficiles à installer. Il y a souvent un tel tourbillon pulsionnel qui entretient un état d'excitation très souvent défensif et de tels gains secondaires au mode de vie marginal et de consommation-drogue, sexe, transgression de toutes sortes... qu'il devient souvent impossible de créer une alliance thérapeutique.

Le moi de ces jeunes est souvent très mal construit et ils ne peuvent utiliser l'espace thérapeutique comme pourrait le faire un adolescent conscient de ses difficultés et désireux d'apporter un soulagement à son mal-être.

Il faut d'abord arrêter les agirs et souvent, nous devons recourir à l'institution (encadrement statique) dans lequel il y a des équipes éducatives spécialisées et ayant développé des expertises auprès de cette clientèle (encadrement dynamique). Nous revenons ici au concept de thérapie plurifocale qui s'avère une avenue fort intéressante avec les enfants et

les adolescents placés. Dans l'espace institutionnel, il y a plusieurs espaces qu'il nous faudra cartographier afin de pouvoir les relier et éviter qu'ils ne demeurent clivés. L'un de ces espaces est la rencontre d'accompagnement clinique vécue par un éducateur-accompagnateur et un sujet qu'il accompagne.

LA RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE

Je reprendrai, afin d'introduire la rencontre d'accompagnement clinique, la notion de clivage. Par un phénomène de transfert, les sujets qui sont traités dans nos établissements nous amènent à jouer des rôles qui sont complémentaires à leur pathologie. Ainsi, une partie importante de la clientèle des centres jeunesse a une dynamique de troubles de la personnalité. L'un des mécanismes de défense utilisés dans cette pathologie est le clivage. L'institution devrait être extrêmement vigilante de ne pas fonctionner sur ce mode défensif en reproduisant à l'interne de l'institution ce qui se vit sur la scène interne du sujet. Donc, les espaces cliniques ne devraient

haut, afin d'abord, de rendre justice au travail exceptionnel qui se vit dans ces espaces cliniques et ensuite, contrer le clivage mis en acte. Car, comme le mentionnait Steinhauer, les attentes face à la psychothérapie sont démesurées et nous devons reconnaître là une défense liée au clivage, soit l'idéalisation. La « bonne » mère que l'enfant a perdue et idéalisée, il ne pourra jamais la retrouver. Ainsi, aucun espace ne devrait être idéalisé et clivé des autres.

Donc, la psychothérapie devrait prendre une place selon les indications dont j'ai parlé ci-haut. Elle est un outil formidable, mais limité. Surtout, elle s'accompagne de conditions, qui, si elles ne sont pas en place, risquent de mener à un autre échec pour ces jeunes sujets qui n'en ont pas vraiment besoin.

La rencontre d'accompagnement clinique est elle aussi un outil formidable et limité. Comme les activités cliniques, les entretiens sur-le-champ, la thérapie institutionnelle, la rencontre d'accompagnement clinique devient un espace de cette thérapie plurifocale, comme peut l'être également la psychothérapie.

LA RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE EST ELLE AUSSI UN OUTIL FORMIDABLE ET LIMITÉ

pas être clivés. Le danger qui nous guette dans pareilles situations c'est que nos espaces cliniques soient eux aussi clivés. Il me semble que l'utilisation de la psychothérapie, telle que souvent évoquée en centre jeunesse, risque de devenir un espace-temps clivé des autres interventions.

Or, il convient de valoriser les autres espaces thérapeutiques des centres jeunesse, que j'ai énumérés plus

Il est à présent temps de donner une définition de la rencontre d'accompagnement clinique. Les écrits portant sur la rencontre entre un éducateur et un sujet qui ont un vécu **éducatif** partagé²⁰ sont rarissimes. C'est un cadre thérapeutique qui a été peu étudié dans la littérature. C'est au Québec, et en particulier par les psychoéducateurs, qu'une réflexion sur ce thème s'est engagée avec le plus de constance. Beaucoup de ces

conceptions tournent autour de la notion **d'utilisation** que Gendreau²¹ a théorisée. Un certain nombre d'ouvrages et de textes traitent de cette question²². À l'origine, ces rencontres furent élaborées sur la base d'un vécu partagé, mieux d'un vécu éducatif partagé. C'est en m'inscrivant dans cette conception que j'élaborerai ma réflexion.

Nous avons adopté l'expression : **rencontre d'accompagnement clinique**. Les intervenants se sont reconnus dans ces signifiants qui s'inscrivent dans une tradition. Richelieu *et coll.*, dans leur livre, ont adopté le même terme. Les auteurs y décrivent la rencontre d'accompagnement clinique. Je suivrai leur trace en faisant mienne leur définition :

« L'accompagnement clinique incite l'éducateur à se syntoniser à la démarche inhérente au mouvement intérieur du jeune, à examiner la démarche adaptative et mésadaptative de ce dernier (observée dans maintes situations du vécu quotidien), à écouter et à comprendre les composantes psychiques propres au monde intérieur de celui-ci, à un travail de mise en sens des éléments de la réalité extérieure. En somme, il nous apparaît difficile qu'un éducateur puisse accompagner un jeune dans le vécu quotidien, sans comprendre les bouleversements et les angoisses que vit ce jeune dans son monde intérieur. La rencontre d'accompagnement clinique, dans cette perspective, représente un moment privilégié pour favoriser un travail d'élaboration, de représentations et d'appropriation de l'histoire personnelle du jeune, de ses affects et désirs, de ses douleurs et souffrances..., de ce qui inhibe son mouvement personnel et l'empêche de se mettre en action²³ ».

Cette définition appelle deux commentaires. D'abord, l'écoute des désirs intrapsychiques, c'est l'écoute

du monde intérieur d'un jeune. Le travail de l'éducateur se centrera sur les aspects conscients et préconscients de ce monde. Il s'agit, par exemple, des attentes d'un jeune, de ses espoirs, de ses déceptions et frustrations, des secrets qu'il veut bien nous partager, de son imaginaire, de ses rêves aussi. L'autre élément que j'aimerais commenter concerne le dernier point. La technique mitigée, être directif ou non dans ces rencontres, appelle une bonne évaluation des sujets, particu-

pour organiser les sorties, les fins de semaine... mais ce temps ne doit pas être considéré comme une rencontre clinique telle que nous la définissons. Nos premières constatations à cet effet furent que la rencontre, centrée uniquement sur l'organisation, sert souvent à des fins défensives. Le jeune et le clinicien parlent d'organisation, évitant ainsi de parler de ce qui pourrait être impliquant. La visée défensive vaut autant pour le jeune que pour l'intervenant.

THÉRAPEUTE NOUS VIENT DU GREC ET SIGNIFIE SOIGNER. LA RENCONTRE D'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE SOIGNE LA RELATION, ELLE PREND SOIN DE LA VIE PSYCHIQUE.

lièrement de leur capacité de choix. Le jeune est-il réaliste dans le choix des objectifs de travail ? Est-il capable de bien évaluer le pour et le contre d'une décision ? Dans un premier temps, c'est peut-être l'éducateur qui décidera de la direction, le sujet devra expérimenter, vivre certaines expériences dans un cadre organisé et animé en fonction de défis significatifs qui lui sont proposés. Ailleurs, dans sa démarche, le sujet pourra de lui-même choisir des objectifs réalistes et l'éducateur pourra l'accompagner dans les difficultés rencontrées, nommer les embûches, mais aussi les forces, les bons coups.

La rencontre d'accompagnement clinique se caractérise par le fait que c'est le même intervenant qui mène dans la réalité, avec une équipe, l'actualisation du suivi de réadaptation. C'est d'abord un espace-temps mis à la disposition d'un sujet avec un éducateur avec qui il a un vécu éducatif partagé.

Cette conception de la rencontre la différencie de d'autres, par exemple, d'une rencontre d'organisation qui est nécessaire mais ne suffit pas à faire un travail clinique. En effet, dans la réalité nous devons avoir un temps

L'écoute du monde intérieur, le travail sur le sens, l'analyse des phénomènes du transfert et du contre-transfert me font affirmer clairement que la rencontre d'accompagnement clinique est une rencontre thérapeutique. Certaines sont même de véritables psychothérapies. Capul et Lemay (1996) affirment dans leur livre²⁴ que certains psychoéducateurs ont pu mener, au Carrefour à Boscoville, de véritables entretiens psychothérapeutiques à visée psychodynamique. Madame Claude Toupin, qui fut directrice des services professionnels au Centre Ste-Hélène, m'a raconté des expériences similaires.

Revenons au qualificatif de thérapeutique, en quoi les rencontres d'accompagnement clinique sont-elles thérapeutiques ? **Thérapeute** nous vient du grec et signifie **soigner**. La rencontre d'accompagnement clinique soigne la relation, elle **prend soin** de la vie psychique. La rencontre d'accompagnement clinique, c'est aussi proposer un changement, des apprentissages, en ce sens elle sera également éducative et constructive. Tout en tenant compte des psychopathologies, l'éducateur va observer, révéler et s'appuyer sur des forces et des

potentialités pour progressivement, avec le sujet, tenter d'en généraliser les acquis. Ça aussi c'est prendre soin. C'est en ce sens que cette rencontre est thérapeutique. Il y a des effets thérapeutiques à prendre soin de la relation et de la vie psychique et il y a des conséquences thérapeutiques à tout ce travail éducatif organisé et animé avec le modèle psychoéducatif²⁵.

L'accompagnement clinique est un travail très complexe et son maniement n'a rien à envier à la psychothérapie. Je pratique la psychothérapie et la psychanalyse ; j'ai mené des rencontres d'accompagnement et ai formé des intervenants. De mon point de vue, chacun de ces espaces cliniques a ses particularités et ils sont complémentaires. <

Notes bibliographiques

- 1 Les propos n'engagent que son auteur.
- 2 Mon objectif n'étant pas de dresser un portrait exhaustif des espaces cliniques, il en existe évidemment d'autres.
- 3 Rapport Trudeau, *Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, Décembre 2005, Gouvernement du Québec, Chapitre 5, pp. 87-91.
- 4 Rapport Trudeau. Chapitre 5, p. 93.
- 5 Steinhauer, P., « Le rôle des professionnels de la santé mentale auprès des enfants confiés aux services sociaux », *P.R.I.S.M.E.*, automne 1993, vol. 3, no 4, p. 532.
- 6 Le souligné est de l'auteur de cet article.
- 7 Steinhauer, *ibid.*, p. 533.
- 8 Steinhauer, *ibid.*, p. 534 ; le caractère gras est de l'auteur de cet article.
- 9 Birreaux A., *Adolescence*, 2000, vol. 18, no 1, p. 308.
- 10 Gutton P., « Propos sur la cure », *Adolescence*, 2000, vol. 18, no 1, pp. 277-292.
- 11 Ladame F. (2000), *Adolescence*, vol. 18, no 1, p. 101.
- 12 Danon-Boileau H., *Adolescence*, vol. 18, no 1, pp. 303-306.
- 13 Jeammet P. (1992). « La thérapie bifocale. Une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence », *Adolescence*, vol. 10, pp. 371-383.
- Ladame F. (2000). *Adolescence*, vol. 18, no 1, pp. 97-103.
- Marcelli D. (2000). *Adolescence*, vol. 18, no 1, pp. 313-317.
- 14 Gutton P. (2000). « Propos sur la cure », *Adolescence*, vol. 18, no 1, pp. 277-292.
- Marcelli D. (2000). *Ibid.*, pp. 313-317.
- 15 Marcelli D. (2000), *ibid.*, p. 304.
- 16 « Un faux self, une personnalité d'emprunt, qui pourra être très bien adaptée à la société, très performante mais qui laissera toujours au sujet un sentiment d'inutilité, de vide, de néant, de futilité de l'existence. Le monde devient alors fallacieux, falsifié, il n'existe pas vraiment. Le faux self donne l'impression à la personne de jouer un rôle, de dissimuler, de faire "comme si" ».
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/winnicott.htm>
- 17 Marcelli D. (2000), *ibid.*, p. 314.
- 18 Kestemberg E. (1971). « Les psychothérapies des adolescents », *Confrontations psychiatriques*, no 7, p. 181.
- 19 Je parle d'institution au sens large, par exemple le CJM-IU est une institution qui offre plusieurs types de services. Les sujets dont il est ici question englobent les parents et les dynamiques sont celles des individus pris individuellement mais aussi celles des familles.
- 20 Communication personnelle de Gilles Gendreau. Le qualificatif éducatif vient spécifier le travail de l'éducateur. Ce vécu est organisé et animé dans des lieux de vie à l'aide du modèle psychoéducatif.
- 21 Professeur à l'Université de Montréal de 1953 à 1991, Gilles Gendreau a contribué tout au cours de sa carrière au développement d'une approche d'intervention psychoéducative pour personnes en difficulté d'adaptation. L'ensemble des connaissances constitué par ses écrits et son enseignement s'avérera l'un des points de départ d'un nouveau champ d'étude : la psychoéducation.
- <http://www.125.umontreal.ca/Pionniers/Gendreau.html>
- 22 G. Richelieu, D. Boulay, M. Brien, G. Lacours et A. Roy (1994). *Pour une conception clinique des rencontres d'accompagnement*, Éditions du Centre d'Orientation, Montréal.
- Prémont J., (1986). « Intervention psychoéducative au Carrefour », *Perspective psychiatriques*, nos 4-5, pp. 302-308.
- Capul M. et M. Lemay, (1996). *De l'éducation spécialisée*, Érès, PUM, particulièrement le ch. VIII : *La conduite des entretiens*.
- Guindon J., (1976). Notes de séminaire, PSE 6160. *Initiation générale aux entretiens professionnels*. Cette conceptualisation cadre dans le tableau 1 de Richelieu dans la colonne : *rencontre de semaine*, *op.citée*, p. 88.
- Redl F., Wineman D., (1973), *L'enfant agressif*, Fleurus, Paris. Particulièrement le ch. 4, *Techniques en vue de l'exploitation clinique des événements quotidiens*. Cette conceptualisation cadre dans le tableau 1 de Richelieu dans la colonne : *entretien sur le champ*, *op.citée*, p. 88.
- On m'a également parlé d'un article écrit par Jean Métivier, sur l'organisation des entretiens au Centre Ste-Hélène, je n'ai malheureusement pas pu retrouver cet article.
- Ceci n'est évidemment pas une liste exhaustive des documents qui traitent de la question mais ce sont ceux qui reviennent le plus souvent dans la littérature.
- 23 Richelieu, G. Boulay D., Brien M., Lacourse G. et A. Roy (1994). *Pour une conception clinique des rencontres d'accompagnement*, Les Éditions du Centre d'Orientation de Montréal, p. 51.
- 24 Capul M. et M. Lemay (1996). *Ibid.*, Érès, PUM, p. 220.
- 25 Merci à Gilles Gendreau de m'avoir aidé à préciser cette idée.



LA SATISFACTION DES BESOINS PSYCHOLOGIQUES ET LES MILIEUX DE RÉADAPTATION SOCIALE

POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS BÉNÉFICIAIRE DES SERVICES DES CENTRES JEUNESSE (CJ), SOUVENT ISSUS DE MILIEUX DÉFAVORISÉS ET SOUFFRANT D'INADAPTATION SOCIALE, L'ÉDUCATION SOCIALE ET PARFOIS MÊME ACADÉMIQUE DEVIENT LA RESPONSABILITÉ DU PERSONNEL DE RÉADAPTATION, C'EST-À-DIRE DES ÉDUCATEURS.

Audrey Savard, candidate au doctorat en psychologie Recherche/Intervention¹, éducatrice, CJM-IU,
Julie C. Laurin, candidate au doctorat en psychologie Recherche/Intervention¹,
Mireille Joussemet, Ph.D¹, professeure adjointe

¹ Département de psychologie, Université de Montréal



Les CJ visent non seulement à assurer la sécurité et le développement des jeunes à risque, mais aussi la réadaptation sociale par la promotion du développement cognitif, social et affectif. Certains auteurs (ex. : Adelman et Taylor, 1983) sont d'avis que la motivation est un élément crucial de l'ajustement scolaire et comportemental. Connaissant toute l'importance de ces variables pour le changement des trajectoires d'adaptation sociale (Blackorby et Wagner, 1996), il semble donc indispensable d'identifier quelles approches éducatives peuvent favoriser la motivation, le bien-être et l'ajustement des jeunes en CJ tant dans leur milieu de vie que leur milieu académique.

LES BESOINS PSYCHOLOGIQUES ET LA MOTIVATION

Selon la théorie de l'autodétermination (TAD ; Deci et Ryan, 1980, 1985, 1991, 2000) les êtres humains ont trois besoins psychologiques essentiels : l'affiliation sociale, la compétence et l'autonomie. Plus le contexte social d'un individu satisfait ces besoins dits « intrinsèques », meilleure est sa motivation, sa performance, son bien-être, son développement, et même sa santé (Deci et Ryan, 2000). De nombreuses études ont démontré les bienfaits de la satisfaction des besoins intrinsèques et ce, auprès de

différentes populations (ex. : travailleurs, élèves, sportifs, patients ; Deci et Ryan, 2002). La TAD stipule que les besoins intrinsèques sont universels : leur satisfaction facilite une motivation plus saine et l'ajustement de tous les humains, peu importe l'âge, la culture, le milieu socio-économique ou le niveau d'adaptation sociale des individus.

La satisfaction des besoins intrinsèques entraîne bon nombre de bienfaits pour les individus mais l'environnement social peut soit soutenir ou entraver ce processus. Le soutien de l'autonomie, est un style éducatif soutenant la satisfaction des besoins intrinsèques (Mageau et Vallerand, 2003). Les chercheurs définissent le soutien de l'autonomie par quatre éléments : expliquer la raison ou valeur d'une requête ; reconnaître les sentiments, la perspective de l'autre (empathie) ; offrir du choix et encourager les initiatives et minimiser l'usage de stratégies ou langage contrôlant (Koestner, Ryan, Bernieri et Holt, 1984). Globalement, la TAD suggère que la satisfaction des besoins intrinsèques est essentielle au bien-être psychologique et qu'elle favorise une motivation saine, de la persistance et de meilleures performances dans les tâches à accomplir (ex. : activités d'apprentissage). Avant de faire un survol des études démontrant les bienfaits de la satisfaction des besoins intrinsèques sur la motivation et l'ajustement des jeunes, les prochaines sections

précisent la définition des besoins psychologiques, avec une attention particulière sur le besoin d'autonomie et présentent les différents types de motivation, toujours dans le cadre de la TAD.

BESOINS PSYCHOLOGIQUES

Les trois besoins psychologiques essentiels au bon développement sont la compétence, l'affiliation sociale et l'autonomie. Le sentiment de compétence réfère à la perception d'efficacité et la capacité d'avoir un impact sur son environnement. L'affiliation sociale est le besoin d'appartenir à un réseau de personnes significatives pouvant prendre soin de l'individu, l'aimer et le soutenir. Finalement, le besoin d'autonomie représente le sentiment de volition : c'est-à-dire agir avec un sentiment de choix plutôt que par pression.

Il est très important de ne pas confondre l'autonomie avec l'indépendance puisqu'ils représentent des concepts différents. En effet, dans le cadre de la TAD, l'autonomie réfère au sentiment d'autodétermination : il s'agit d'endosser ses comportements, même s'ils sont suggérés ou demandés par les autres initialement. De la même façon, il est important de spécifier le sens du contrôle psychologique, l'opposé du soutien

de l'autonomie. Le contrôle psychologique (ex. : intrusion, manipulation, culpabilisation) est différent du contrôle comportemental (encadrement : attentes, règles claires, conséquences prévisibles et constantes). Il va sans dire que l'encadrement est bénéfique au développement, peut-être surtout en milieu de réadaptation. Par exemple, trop de choix peut être insécurisant et les effets néfastes du laisser-faire sont bien connus. En fait, l'encadrement contribue à satisfaire le besoin de compétence des jeunes (Grolnick, 2003). Un bon exemple d'encadrement mis en place aux CJ est le code de vie, qui permet aux éducateurs de communiquer des règles claires et constantes et aux jeunes de s'y référer.

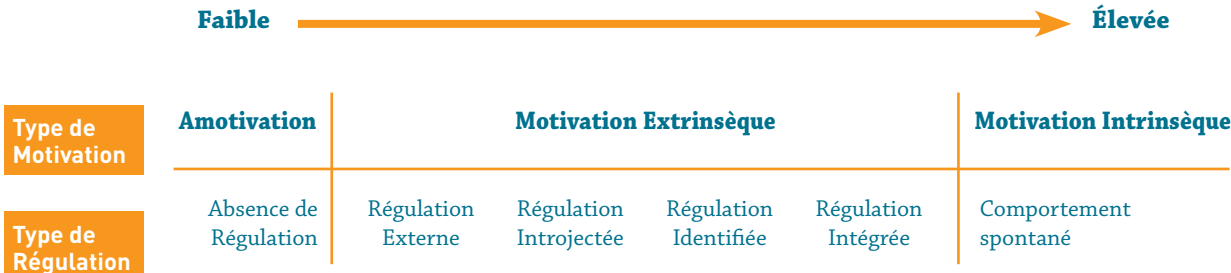
Si, comme le stipule la TAD, les besoins intrinsèques sont universels, il apparaît donc que la satisfaction des besoins intrinsèques devrait aussi être importante et bénéfique chez les jeunes souffrant d'inadaptation sociale. Cette idée semble entrer en contradiction avec la vision selon laquelle les jeunes en difficulté ont besoin de plus de contrôle externe (Witzel et Mercer, 2003), de même qu'avec les pratiques couramment utilisées auprès des jeunes en milieu de réadaptation. Au niveau des théories, il semble que la controverse peut être expliquée en partie

par la confusion autour de la définition du contrôle (psychologique vs comportemental). Ici, la distinction entre les deux types de contrôle prend toute son importance. Au niveau des pratiques, il semble en effet que les adultes soient tout de même plus enclins à utiliser du contrôle psychologique avec de jeunes « difficiles » qu'avec des jeunes dits « normaux » (Jelsma, 1982). Nous explorerons les raisons possibles plus loin.

TYPES DE MOTIVATION

Contrairement aux activités faites pour le plaisir ou l'intérêt (motivation intrinsèque ; MI), les activités demandées par autrui et les normes sociales font partie de la motivation dite extrinsèque (ME). C'est-à-dire que les activités ne sont pas faites spontanément. C'est le cas, par exemple, pour les jeunes des CJ, des activités jugées comme étant moins intéressantes, comme les activités académiques ou cliniques auxquelles ils doivent participer. Il existe plusieurs types de raisons pour lesquelles un individu peut s'engager dans une activité, et ces raisons sont plus ou moins autodéterminées. La TAD distingue les différents types de motivation et les classe sur un continuum d'autodétermination (voir figure 1).

Figure 1. AUTODÉTERMINATION



Tiré et adapté de Deci et Ryan, 2000

Toutes les activités qui viennent de l'extérieur (suggérées/demandées par quelqu'un d'autre) sont du domaine de la ME. Ces activités peuvent être intériorisées, mais le niveau d'autodétermination lui, varie. Ainsi, la régulation externe représente l'absence d'intériorisation : le comportement émis est contrôlé par une contingence externe : afin d'obtenir une récompense ou d'éviter une punition, par exemple. D'autres comportements peuvent être intériorisés mais sans être autodéterminés. C'est le cas de la régulation introjectée, quand un comportement est émis par pression interne, par exemple, pour éviter un sentiment de culpabilité.

En revanche, une activité extrinsèque peut être autodéterminée, comme lorsqu'un individu suit une règle parce qu'il en valorise la valeur sous-jacente (régulation identifiée) ou même lorsqu'une règle est tout à fait intégrée avec l'ensemble des valeurs et émotions de l'individu (régulation intégrée). Par exemple, dans le contexte du CJ, un jeune participant à une activité de résolution de problèmes pourrait la faire parce qu'il trouve l'activité très divertissante (MI), pour ne pas reprendre du temps (régulation externe), pour plaire à son éducateur de suivi (régulation introjectée), parce qu'il comprend l'importance de résoudre des problèmes interpersonnels (régulation identifiée), ou même parce qu'une approche pacifique de résolution de problème correspond à ses valeurs et sentiments en général (régulation intégrée).

LES BIENFAITS DU SOUTIEN DE L'AUTONOMIE

Dans un contexte où les adultes ont la tâche de motiver des jeunes à s'engager dans des tâches qu'ils

considèrent non intéressantes, le défi n'est pas seulement d'obtenir l'obéissance ou la participation des jeunes, mais aussi de favoriser l'intégration de la valeur des activités et



type de motivation plus intégré et plus d'émotions positives chez les enfants. De plus, cet effet du soutien de l'autonomie était présent chez tous les enfants, indépendamment de leur capacité à s'autoréguler. Ces données suggèrent que le soutien de l'autonomie est une approche éducative pouvant venir en aide à tous les jeunes, même à ceux qui démontrent plus de problèmes de comportement. De plus, le soutien de l'autonomie favorise aussi la créativité (Grolnick, Gurland, DeCoursey et Jacob, 2002), de même que de meilleurs résultats académiques (Ng, Kenney-Benson et Pomerantz, 2004).

Dans le domaine des pratiques parentales, Grolnick, Ryan et Deci (1991) ont démontré que le soutien de l'autonomie des parents (évalué par les enfants) est associé à des bienfaits au niveau de l'estime de soi, du sentiment de compétence et des accomplissements académiques chez les jeunes. En 1989, Grolnick et Ryan ont interviewé des parents d'enfants du primaire sur les méthodes qu'ils

des habiletés qui en découlent. À cet effet, de nombreuses études ont démontré l'efficacité et les bienfaits du soutien de l'autonomie auprès des jeunes. Une étude expérimentale faite auprès d'enfants du primaire (Joussemet, Koestner, Lekes, et Houltfort, 2004) a démontré que les enfants bénéficient d'un contexte soutenant l'autonomie quand on leur demande de faire une tâche non intéressante. Contrairement à l'utilisation de récompenses, des consignes qui soutiennent l'autonomie (raison, empathie, choix) favorisaient un

utilisent afin de motiver leurs enfants à faire des activités moins plaisantes, telles faire les devoirs, ranger leur chambre et aller se coucher. Le niveau de soutien de l'autonomie des parents était relié au sentiment de compétence académique des jeunes et à leur ajustement en classe tels qu'évalués par les enseignants. Les résultats révèlent aussi que les enfants dont les parents soutiennent plus l'autonomie ont de meilleures notes. De la même façon, une étude longitudinale récente a documenté le lien entre le soutien de l'autonomie maternel à l'âge de 5 ans et l'ajustement social et académique des jeunes, trois ans plus tard (Joussemet, Koestner, Lekes et Landry, 2005).

Plusieurs chercheurs ont appliqué la TAD au domaine de l'éducation afin d'investiguer la relation entre la satisfaction des besoins intrinsèques et des bienfaits chez les élèves, comme le bien-être (Deci et Ryan, 2000 ; La Guardia et Ryan, 2002 ; Ryan et Deci, 2000a), les résultats scolaires (Connell et Wellborn, 1991 ;

soutenant l'autonomie augmente le niveau d'engagement académique des élèves. Finalement, une étude de Black et Deci (2000) a établi qu'alors que tous les jeunes, peu importe leur niveau d'autorégulation, vivent plus de bien-être lorsque leurs enseignants soutiennent leur autonomie, ce sont les élèves ayant moins d'autorégulation qui bénéficient le plus du soutien de l'autonomie au niveau de la performance scolaire (Black et Deci, 2000).

EFFETS NÉFASTES DU CONTRÔLE PSYCHOLOGIQUE

De nombreuses études faites par des chercheurs en développement ont démontré les effets néfastes de l'utilisation du contrôle psychologique. En effet, cette approche a été mise en lien avec l'opposition, l'agressivité et la mésadaptation sociale et scolaire (Grolnick et Apostoleris, 2002). Le contrôle psychologique serait même associé avec les troubles d'adaptation de type extériorisés (ex. : trouble de

aux difficultés d'adaptation, tant de type internalisé qu'extériorisé (Pettit, Laird, Dodge, Bates et Criss, 2001). En effet, ces études révèlent que plus le niveau de contrôle psychologique est élevé, plus le niveau de dépression et de délinquance chez les jeunes s'accroît.

Troubles extériorisés

Une étude récente a démontré un lien entre le contrôle psychologique parental et le développement de l'agressivité physique chez les enfants du primaire (Joussemet, Vitato, Barker, Côté, Nagin, Zoccolillo et Tremblay, sous presse). Dans cette étude regroupant 1500 enfants, suivis de l'âge de 6 à 12 ans, quatre types de trajectoires d'agressivité ont été identifiés. Seulement 6 % des enfants démontraient un niveau élevé et stable d'agressivité. Environ 16 % démontraient un niveau modéré qui diminue avec le temps, le tiers des enfants ne démontrait jamais d'agressivité physique alors que la majorité (45 %) en démontrait un niveau très faible. Parmi les prédicteurs potentiels pouvant distinguer les enfants ayant une trajectoire élevée d'agressivité physique des autres, les facteurs de risque étaient le sexe (être un garçon), avoir un tempérament réactif, avoir des parents séparés, une mère de jeune âge et une mère qui utilise plus de contrôle psychologique. Le style parental contrôlant contribuait au problème d'agressivité physique au-delà des effets des autres facteurs de risque.

Troubles intériorisés

De nombreuses études ont documenté les effets du contrôle psychologique des parents sur le développement des troubles intériorisés des jeunes. Des auteurs ont recensé et résumé les résultats de ces études sur les styles parentaux (Ballash, Leyfer, Buckley et Woodruff-Borden, 2006 ; McLeod, Wood et Weisz, 2007 ; Rapee, 1997 ; Wood, McLeod, Sigman, Hwang et

UNE ÉTUDE RÉCENTE A DÉMONTRÉ UN LIEN ENTRE LE CONTRÔLE PSYCHOLOGIQUE PARENTAL ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'AGRESSIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES ENFANTS DU PRIMAIRE

Deci, Vallerand, Pelletier et Ryan, 1991 ; Guay, Boggiano, et Vallerand, 2001 ; Reeve, Jang, Carrell, Jeon et Barch, 2004) et plus précisément, la persistance scolaire (Hardre et Reeve, 2003 ; Vallerand et Bissonnette, 1992 ; Vallerand, Fortier et Guay, 1997). De leur côté, Connell et Wellborn (1991) ont démontré que lorsque les besoins intrinsèques sont satisfaits, l'engagement, les habiletés et l'ajustement scolaires sont augmentés. Ces résultats suggèrent que la satisfaction des besoins intrinsèques est centrale à l'engagement et la persistance. D'ailleurs, une étude expérimentale (Reeve *et al.*, 2004) a démontré qu'une approche

conduite, délinquance) ainsi qu'intériorisés (ex. : anxiété, dépression).

Barber est un des chercheurs qui a le plus étudié les effets du contrôle psychologique sur les adolescents. Ses études initiales visaient à différencier les répercussions des deux types de contrôle sur le fonctionnement d'adolescents (Barber, 1996 ; Barber, Olsen et Shagle, 1994). Alors que le contrôle comportemental est associé à des résultats développementaux positifs (meilleure adaptation ; Barber, 1996), le contrôle psychologique (ex. : intrusion, manipulation, culpabilisation, reconnaissance ou amour conditionnel) s'associe généralement

Chu, 2003). En effet, Rapee (1997) a analysé toutes les publications parues jusqu'en 1997 et a conclu que le contrôle psychologique est relié de façon spécifique à l'anxiété infantile, alors que le rejet d'un parent semble plutôt lié au développement de la dépression infantile. Wood et ses collègues (2003) ont fait un bilan des écrits entre les années 1997-2002 et concluent aussi que plus le niveau de contrôle psychologique est élevé, plus les jeunes ont un risque élevé de développer un trouble d'anxiété. La recension récente de McLeod et ses collègues (2007) va dans le même sens, leur méta-analyse démontre que, parmi plusieurs aspects du parentage, c'est le soutien de l'autonomie qui explique le plus la protection contre l'anxiété infantile (18 % ; comparativement à 0,4 % pour l'affection).

L'étude de Hudson et Rapee (2001) illustre bien le lien décrit ci-haut. Ils ont démontré que les mères d'enfants anxieux sont plus intrusives et plus négatives que les mères d'enfants qui n'ont pas de trouble anxieux. De plus, les auteurs ont démontré que même si le contrôle psychologique et la négativité maternelle diminuent avec l'âge, la différence entre les parents d'enfants anxieux et non-anxieux demeure significative, de 7 à 15 ans. Ce résultat suggère que le contrôle psychologique contribue non seulement au développement du trouble anxieux mais aussi à son maintien.

LA SATISFACTION DES BESOINS INTRINSÈQUES ET LES JEUNES PLUS DIFFICILES

Considérant les nombreux facteurs de risque que connaît la clientèle des CJ pour les troubles internalisés et extériorisés, il semble indispensable de réduire au minimum l'utilisation du contrôle psychologique pendant la réadaptation. De la même manière,

compte tenu de tous les effets positifs du soutien de l'autonomie, il devient tout aussi important de pouvoir favoriser la satisfaction des besoins intrinsèques. Contrairement aux besoins d'affiliation (ex. : stabilité) et de compétence (ex. : objectifs réalistes), on connaît encore trop peu le besoin d'autonomie, et peut-être encore moins les façons dont on peut le respecter, le soutenir.

Il existe encore peu de recherches sur les effets du contrôle psychologique et du soutien de l'autonomie chez les jeunes qui représentent un défi. Par exemple, il n'existe aucune étude publiée qui examine les effets de cette approche éducative sur les enfants de très jeune âge. Les résultats préliminaires d'une étude en cours, faite auprès de parents de bambins (Joussemet, Savard, Laurin et Rouvès, 2007) semblent indiquer que le soutien de l'autonomie ne se manifeste pas tout à fait de la même manière auprès des bambins (ex. : limite l'accès aux interdits vs explique la raison). Les parents qui ont une approche soutien de l'autonomie semblent s'adapter davantage aux capacités changeantes de leur bambin. Ainsi, il est possible de se demander si en CJ, le soutien de l'autonomie s'exprime de la même manière qu'avec les autres jeunes ou si le soutien de l'autonomie se manifeste différemment. Des études seront nécessaires afin d'explorer cette question.

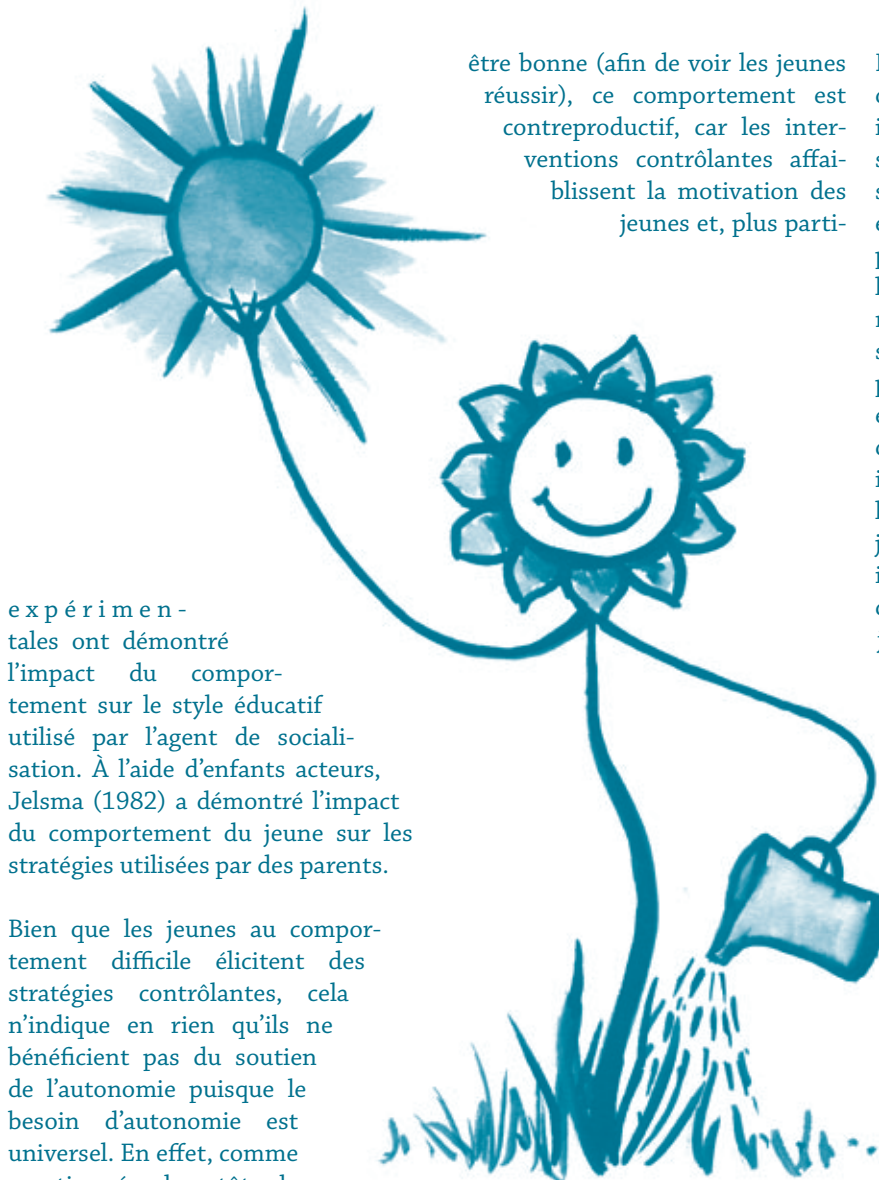
INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DES ADULTES À SOUTENIR L'AUTONOMIE DES JEUNES

La popularité des techniques de modification du comportement (ex. : système de récompenses) peut expliquer en partie pourquoi les adultes agissent de façon contrôlante. Comme le mentionnent Witzel et

Mercer (2003), pendant longtemps les gens ont cru que les enfants avec des difficultés particulières avaient besoin de plus d'incitation extrinsèque. En effet, les modèles de psychoéducation sont majoritairement basés sur des techniques comportementales, qui souvent ne soutiennent pas ou même entravent le besoin d'autonomie. Ce sont ces techniques de modification du comportement qui sont encore le plus souvent enseignées, notamment dans les départements d'éducation (Boggiano, Barrett, Weiher, McClelland *et al.*, 1987). En effet, la majorité des éducateurs et professeurs des CJ, comme ceux de l'Amérique du Nord en général, suivent ce modèle de psychoéducation. Ces techniques incluent l'utilisation d'incitations et de récompenses conditionnelles qui, lorsque utilisées fréquemment, peuvent nuire à la motivation plutôt que de la promouvoir (Witzel et Mercer, 2003).

En revanche, aussi bénéfique soit-il, le besoin d'autonomie n'est pas toujours facile à soutenir. Des études identifient plusieurs obstacles au soutien de l'autonomie. Certains sont propres aux jeunes, d'autres à l'agent d'autorité et d'autres au contexte (Grolnick, 2003). Le travail d'éducateur en CJ comporte son lot d'obstacles entravant la capacité à soutenir l'autonomie des jeunes, il faut en être conscient.

Dans un premier temps, les caractéristiques individuelles et le tempérament du jeune peuvent attirer du contrôle psychologique. Les jeunes au comportement difficile peuvent sembler avoir besoin d'être contrôlés, ou génèrent un stress qui amène les adultes à se comporter de façon contrôlante. En fait, les comportements difficiles entraînent l'adulte dans un tourbillon d'interactions à l'intérieur duquel chacun en vient à renforcer les comportements inadéquats de l'autre (Kerr et Stattin, 2003). Des études



être bonne (afin de voir les jeunes réussir), ce comportement est contreproductif, car les interventions contrôlantes affaiblissent la motivation des jeunes et, plus parti-

expérimentales ont démontré l'impact du comportement sur le style éducatif utilisé par l'agent de socialisation. À l'aide d'enfants acteurs, Jelsma (1982) a démontré l'impact du comportement du jeune sur les stratégies utilisées par des parents.

Bien que les jeunes au comportement difficile élicitent des stratégies contrôlantes, cela n'indique en rien qu'ils ne bénéficient pas du soutien de l'autonomie puisque le besoin d'autonomie est universel. En effet, comme mentionné plus tôt, la recherche souligne l'importance du soutien de l'autonomie chez tous les enfants d'âge scolaire, incluant ceux ayant un bas niveau d'autorégulation (Black et Deci, 2000). En revanche, il semble qu'il soit plus facile de soutenir l'auto-

culièrement, celle de ceux ayant des difficultés d'apprentissage (Grolnick et Ryan, 1990). Bien qu'ils élicitent le contrôle, les jeunes ayant des difficultés ne bénéficient pas de cette

Deuxièmement, la pression interne que ressent l'adulte peut aussi influencer sa capacité à offrir du soutien de l'autonomie. Grolnick et ses collègues (2002) ont d'ailleurs établi que la pression de performance peut influencer la capacité à soutenir l'autonomie lorsque les tâches sont moins structurées. En effet, une situation peut engendrer un stress et plus de comportements contrôlants et ce, malgré le style éducatif habituel de l'adulte. En CJ, les caractéristiques individuelles des éducateurs comme l'anxiété de performance et la peur du jugement des autres sont des stress internes qui peuvent influencer la capacité à soutenir l'autonomie des jeunes. Par exemple, étant donné que l'on confond souvent l'autorité ou l'encadrement avec le contrôle psychologique, le contrôle peut être valorisé et ce, malgré ses impacts nuisibles. En effet, Boggiano et ses collègues (1993) ont démontré que, malgré un impact négatif sur leur performance, les étudiants considéraient les enseignants contrôlants comme étant plus compétents que ceux qui soutiennent l'autonomie. Comme le sentiment de compétence est aussi un besoin intrinsèque, il n'est pas surprenant que les adultes aient tendance à utiliser les approches qui semblent être valorisées (par exemple en CJ par des collègues, par le chef de service, par des parents ou des jeunes eux-mêmes).

Finalement, le dernier facteur qui augmente le risque d'utiliser du contrôle psychologique est la perception de pression venant du milieu. Dans le contexte du CJ, les demandes multiples et le manque de temps peuvent être des exemples de sources de stress pouvant diminuer la capacité à soutenir l'autonomie des jeunes, puisqu'ils influencent la

LA RECHERCHE SOULIGNE L'IMPORTANCE DU SOUTIEN DE L'AUTONOMIE CHEZ TOUS LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE, INCLUANT CEUX AYANT UN BAS NIVEAU D'AUTORÉGULATION

nomie des enfants qui réussissent bien que de le faire avec ceux qui présentent des difficultés (Grolnick et al., 2002). Bien que l'intention peut

approche qui semble plutôt avoir l'effet pervers de maintenir la problématique (*coercion theory*; Patterson, 1982).

disponibilité des ressources personnelles. En effet, les éléments du soutien de l'autonomie (empathie, raisons, choix) demandent une grande implication et peuvent sembler plus exigeants que les stratégies courantes de modification du comportement. Dans des circonstances difficiles, il est plus simple d'utiliser des stratégies contrôlantes qui mènent (à court terme) à l'obéissance.

DISCUSSION

À la lumière de la TAD, nous proposons qu'un environnement de réadaptation sociale qui veille à la satisfaction des besoins intrinsèques des jeunes, faciliterait leur motivation et ajustement (social et académique). Les bienfaits associés à la satisfaction des besoins intrinsèques ont été démontrés à maintes reprises et théoriquement parlant, il est possible qu'on les retrouve chez des jeunes en réadaptation sociale. Par contre, aucune étude n'a encore testé si les effets positifs du soutien de l'autonomie se généraliseraient à des populations difficiles ou « cliniques » et si le soutien de l'autonomie se manifeste de la même façon auprès de jeunes en difficulté. Des études explorant ces questions sont actuellement en cours.

D'une part, il y a de bonnes raisons de croire que le soutien de l'autonomie serait bénéfique pour les jeunes en réadaptation sociale, comme c'est le cas pour les autres jeunes. D'autre part, le changement des pratiques éducatives peut sembler difficile. Deux types d'obstacles, les croyances et le stress, seront discutés ici en lien avec les études présentées plus haut.

Soutenir davantage l'autonomie des jeunes peut impliquer un changement au niveau de la relation entre l'éducateur et le jeune. Différentes croyances peuvent empêcher le

mouvement vers le soutien de l'autonomie. Par exemple, certains croient qu'expliquer la raison d'une consigne c'est « se justifier » et que cela communique un manque d'autorité et, par le fait même, un manque de compétence. Confondre le laisser-faire avec le style est une erreur courante. L'important pour l'autorité et l'encadrement est de ne pas plier ou de modifier les consignes. Expliquer au jeune pourquoi la consigne est importante est en fait lui donner « quelque chose à intérioriser », le raisonnement offre du matériel cognitif : le message de l'éducateur (Hoffman, 1970). C'est donc une occasion pour le jeune de comprendre et peut-être d'intégrer la valeur sous-jacente à une consigne ou une tâche. Permettre au

IL EST POSSIBLE QU'UNE COMMUNICATION QUI MINIMISE LE POUVOIR DE L'ADULTE, COLORE LA RELATION ENTRE L'ADULTE ET LE JEUNE DE FAÇON À CE QUE CE SOIT BÉNÉFIQUE POUR CE DERNIER.

jeune d'endosser une requête est une intervention éducative qui favorise la régulation autodéterminée (je le fais parce que c'est important vs parce que je suis obligé).

Reconnaître et valider la perspective du jeune peut aussi sembler, pour certains, un manque d'autorité. En fait, prendre le temps de communiquer de l'empathie ne signifie pas changer les règles ou éviter les conséquences, il s'agit de refléter l'expérience du jeune (ex. : tu hais cette règle). Les reflets empathiques aident probablement les jeunes à mieux intégrer leurs expériences. En revanche, nier ou réprimander les émotions (ex. : « non, c'est facile ! » ; « arrête de te plaindre »), pourrait amener les jeunes à être détachés, aliénés de leur expérience émotive. Un reflet empathique fait savoir, même à un enfant désorganisé, que sa détresse est entendue et peut l'apaiser.

Bien qu'encourager les initiatives des jeunes et les faire participer aux décisions puissent soutenir leur sentiment d'autonomie, il est important de garder les règles et les limites claires : il ne faut pas confondre le choix avec le laisser-faire. En fait, le choix est un élément qui reçoit de moins en moins d'emphasis à l'intérieur de la TAD : on peut être autodéterminé en endossant une tâche qui nous a été demandée, une tâche que l'on n'a pas nécessairement choisie. En fait, il semble que le choix puisse être problématique pour les individus qui présentent des difficultés d'autorégulation. Une étude préliminaire faite auprès d'enfants présentant des troubles de conduite a révélé que plus les enfants percevaient

avoir du choix en classe, plus ils se sentaient anxieux et démontraient du retrait social (Joussemet, Bérubé et Koestner, 2002). En revanche, ne pas ressentir de pression (« poussé dans le dos ») était associé à moins d'émotions négatives et plus d'appréciation de l'école chez les élèves. Il est possible qu'une communication qui minimise le pouvoir de l'adulte, colore la relation entre l'adulte et le jeune de façon à ce que ce soit bénéfique pour ce dernier.

Enfin, les récompenses et les punitions conditionnelles à un comportement peuvent être très contrôlantes. Certains seront très surpris d'apprendre cela car ces pratiques sont courantes et peuvent donner l'illusion d'être efficaces. Pourtant, ces pratiques semblent n'avoir pour effet que le contrôle immédiat du comportement. Parmi les 5300 études portant sur le traitement de jeunes par des modifications du

comportement, moins de 2 % se penchent sur la généralisation (comportement encore émis suite au retrait du renforçateur ; Rutherford et Nelson, 1988). Selon Deci et Ryan (1980, 1985, 1991, 2000), les systèmes de récompenses sont une stratégie qui entrave le processus d'internalisation.

Ainsi, il serait intéressant de réfléchir aux interventions qui placent le jeune dans un rôle de réceptacle passif des ordres et contingences de l'éducateur. Les stratégies contrôlantes certes peuvent produire le comportement désiré au moment de l'intervention, mais elles ne favorisent pas un type de motivation internalisée, ni l'autonomie ou le bien-être du jeune. Il serait important de se demander quel est le but de la réadaptation sociale ? Est-ce la simple obéissance ou l'acquisition d'habiletés sociales et personnelles pouvant amener le jeune à s'autoréguler ? Voulons-nous que les jeunes obéissent aux agents d'autorité sans réfléchir aux demandes, sans se poser de questions ? (N'est-ce pas ce que nous leur reprochons de faire avec les leaders de gang de rue ?) Pour plusieurs, la réponse à ces questions peut sembler évidente ; il serait sans doute préférable et bénéfique pour les jeunes de s'autoréguler de façon intégrée plutôt que de devenir des experts en régulation externe (obéissance). Pourtant, l'utilisation de stratégies contrôlantes est fréquente.

Il est possible que la lecture de ces pages génère de la frustration ou même de la culpabilité. Il vaut mieux garder en tête que l'utilisation du contrôle psychologique s'explique par des facteurs de stress, qui placent l'adulte à risque d'en faire usage. En effet, instaurer le SA dans les pratiques éducatives peu sembler un défi de taille lorsque l'on garde en tête ce qui influence la capacité à l'offrir. Dans le contexte particulier et difficile dans lequel les éducateurs des CJ travaillent, il peut sembler laborieux, voire inconcevable de veiller au besoin de l'autonomie des jeunes. Quand les éducateurs font face à des situations stressantes (ex. : composer avec un petit effectif, des cas plus lourds), il arrive de se sentir de plus en plus dépassé et d'être moins en mesure de soutenir l'autonomie des jeunes. À ce sujet, on peut se questionner sur les impacts qu'auront les dernières modifications à la loi au niveau de la disponibilité des ressources personnelles des éducateurs. C'est ce qui nous amène à vouloir mieux comprendre ce qui influence les stratégies éducatives utilisées et à se questionner sur la manière de changer les choses afin d'aider les éducateurs à mieux soutenir l'autonomie des jeunes en réadaptation sociale. <

Références bibliographiques

- Adelman, H. S. et L. Taylor (1983). « Enhancing motivation for overcoming learning and behavior problems », *Journal of Learning Disabilities*, vol. 16, no 7, 384-392.
- Ballash, N. G., Leyfer, O., Buckley, A. F. et J. Woodruff-Borden (2006). « Parental control in the etiology of anxiety », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 9, no 2, 113-133.
- Barber, B. K. (1996). « Parental psychological control : Revisiting a neglected construct », *Child Development*, vol. 67, no 6, 3296-3319.
- Barber, B. K., Olsen, J. E. et S. C. Shagle (1994). « Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors », *Child Development*, vol. 65, no 4, 1120-1136.
- Black, A. E. et E. L. Deci (2000). « The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry : A self-determination theory perspective », *Science Education*, vol. 84, no 6, 740-756.
- Blackorby, J. et M. Wagner (1996). « Longitudinal postschool outcomes of youth with disabilities : Findings from the National Longitudinal Transition Study », *Exceptional Children*, vol. 62, no 5, 399-413.
- Boggiano, A. K., Barrett, M., Weiher, A. W., McClelland, G. H. et al. (1987). « Use of the maximal-operand principle to motivate children's intrinsic interest », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 53, no 5, 866-879.
- Boggiano, A. K., Flink, C., Shields, A., Seelbach, A. et al. (1993). « Use of techniques promoting students' self-determination : Effects on students' analytic problem-solving skills », *Motivation and Emotion*, vol. 17, no 4, 319-336.
- Connell, J. P. et J. G. Wellborn (Eds.) (1991). *Competence, Autonomy, and Relatedness : A Motivational Analysis of Self-System Processes*, Hillsdale, NJ, England, Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Deci, E. L. et R. M. Ryan (1980). « The empirical exploration of intrinsic motivational processes », in L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic, vol. 13, 39-80.
- Deci, E. L. et R. M. Ryan (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*, New York, Plenum Press.
- Deci, E. L. et R. M. Ryan (1991). « A motivational approach to self : Integration in personality », in R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, Perspectives on motivation*, vol. 38, Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 237-288.
- Deci, E. L. et R. M. Ryan (2000). « The «what» and «why» of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior », *Psychological Inquiry*, vol. 11, no 4, 227-268.
- Deci, E. L. et R. M. Ryan (Eds.) (2002). *Handbook of Self-Determination Research*, Rochester, NY, University of Rochester Press.
- Deci, E. L., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. et R. M. Ryan (1991). « Motivation and education : The self-determination perspective », *Educational Psychologist*, vol. 26, nos 3-4, 325-346.
- Grolnick, W. S. (2003). *The Psychology of Parental Control : How Well-Meant Parenting Backfires*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grolnick, W. S. et N. H. Apostoleris (Eds.) (2002). *What Makes Parents Controlling ?* Rochester, NY, University of Rochester Press.
- Guay, F., Boggiano, A. K. et R. J. Vallerand (2001). Autonomy support, intrinsic motivation, and perceived competence : Conceptual and empirical linkages, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 27, no 6, 643-650.

- Hardre, P. L. et J. Reeve (2003). « A motivational model of rural students' intentions to persist in, versus drop out of, high school », *Journal of Educational Psychology*, vol. 95, no 2, 347-356.
- Hoffman, M. L. (1970). « Moral development », in P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*, vol. 2, New York, Wiley, 261-360.
- Hudson, J. L. et R. M. Rapee (2001). « Parent child interactions and anxiety disorders : An observational study », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, no 12, 1411-1427.
- Jelsma, B. M. (1982). *Adult Control Behaviors : The Interaction between Orientation Forward Control in Women and Activity Level in Children*. Jelsma, Beth M, U. Rochester.
- Joussemet, M., Bérubé, A. et R. Koestner (2002). *Children's needs and ajustment : A school-year longitudinal study*, Présentation à la Annual Convention of the Canadian Psychological Association (CPA), Vancouver.
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N. et N. Houliort (2004). Introducing uninteresting tasks to children : A comparison of the effects of rewards and autonomy support, *Journal of Personality*, vol. 72, no 1, 139-166.
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N. et R. Landry (2005). A longitudinal study of the relationship of maternal autonomy support to children's adjustment and achievement in school. [References], *Journal of Personality*, vol. 73, no 5, 1215-1235.
- Joussemet, M., Savard, A., Laurin, J., M. et V. Rouvès (2007). *Soutenir l'autonomie des bambins : Une étude préliminaire sur les stratégies parentales*, non-publié, Université de Montréal.
- Joussemet, M., Vitaro, F., Barker, E. D., Côté, S., Nagin, D. S., Zoccolillo, M. et al. (sous presse). « Controlling parenting and physical aggression during elementary school », *Child Development*.
- Kerr, M. et H. Stattin (Eds.) (2003). *Parenting of Adolescents : Action or Reaction ?* Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Koestner, R., Ryan, R. M., Bernieri, F. et K. Holt (1984). « Setting limits on children's behavior : The differential effects of controlling vs informational styles on intrinsic motivation and creativity », *Journal of Personality*, vol. 52, no 3, 233-248.
- La Guardia, J. G. et R. M. Ryan (2002). « What adolescents need : A self-determination theory perspective on development within families, school, and society », In F. Pajares et T. Urdan (Eds.), *Academic Motivation of Adolescents*, Greenwich, Information Age Publishing Inc, 193-220.
- Mageau, G. A. et R. J. Vallerand (2003). « The coach-athlete relationship : A motivational model », *Journal of Sports Sciences*, vol. 21, 883-904.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. et J. R. Weisz (2007). « Examining the association between parenting and childhood anxiety : A meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, vol. 27, no 2, 155-172.
- Ng, E.F.-Y., Kenney-Benson, G. A. et E. M. Pomerantz (2004). « Children's achievement moderates the effects of mothers use of control and autonomy support », *Child development*, vol. 75, no 3, 764-780.
- Patterson, G., R. (1982). *Coercive Family Process : A Social Learning Approach* (Vol. 3), Eugene (OR), Castalia.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E. et M. M. Criss (2001). « Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence », *Child Development*, vol. 72, no 2, 583-598.
- Rapee, R. M. (1997). « Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression », *Clinical Psychology Review*, vol. 17, no 1, 47-67.
- Reeve, J., Jang, H., Carrell, D., Jeon, S. et J. Barch (2004). « Enhancing students' engagement by increasing teachers' autonomy support superscript 1 », *Motivation and Emotion*, vol. 28, no 2, 147-169.
- Rutherford, R. B. et C. M. Nelson (1988). « Generalization and maintenance of treatment effects », *Handbook of Behavior Therapy in Education*, New-York, Plenum, 277-324.
- Ryan, R. M. et E. L. Deci (2000a). « Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being », *American Psychologist*, vol. 55, no 1, 68-78.
- Vallerand, R. J. et R. Bissonnette (1992). « Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior : A prospective study », *Journal of Personality*, vol. 60, no 3, 599-620.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S. et F. Guay (1997). « Self-determination and persistence in a real-life setting : Toward a motivational model of high school dropout », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 72, no 5, 1161-1176.
- Witzel, B. S. et C. D. Mercer (2003). « Using rewards to teach students with disabilities : Implications for motivation », *Remedial and Special Education*, vol. 24, no 2, 88-96.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M. Hwang, W.-C. et B. C. Chu (2003). « Parenting and childhood anxiety : Theory, empirical findings, and future directions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 44, no 1, 134-151.



TDAH ET TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT (TRA) : → DÉFIS ET PISTES D'INTERVENTION

CET ARTICLE FAIT SUITE À UN ATELIER PRÉSENTÉ AUX JOURNÉES PROFESSIONNELLES 2007 DU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE (CJM-IU).

Geneviève Lemelin, M.Ps. Ph. D. (c) et
Isabelle Laviolette, M.Ps., psychologue, CJM-IU



L'objectif étant de définir et comparer deux troubles fréquemment présents chez les enfants pris en charge par nos services, soit le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble réactionnel de l'attachement (TRA). Après avoir soulevé les différences et les similitudes entre ces troubles, des pistes d'intervention sont suggérées.

DÉFINITION DU TDAH

D'abord, le TDAH se définit comme une dysfonction du lobe frontal, qui affecte le développement des fonctions exécutives dont la planification, l'autorégulation, la motivation, la mémoire de travail, la flexibilité mentale et les capacités attentionnelles. Les fonctions exécutives ont aussi un impact sur le développement socioaffectif. En effet, un mauvais fonctionnement de ces fonctions risque d'hypothéquer l'autorégulation des émotions, le contrôle des impulsions, le jugement et l'internalisation du langage (mentalisation). Par conséquent, on retrouve chez ces enfants une augmentation des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Ces symptômes ne sont pas situationnels ; ils perdurent à travers le temps et les contextes, mais peuvent varier en intensité. De plus, selon les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised* (SM-IV-R), ces symptômes ne doivent pas être explicables par d'autres psychopathologies. D'ailleurs, l'évaluation des diagnostics différentiels est très importante pour poser

le diagnostic du TDAH. En effet, l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité peuvent accompagner le tableau symptomatique de plusieurs pathologies infantiles (voir tableau 1).

Tableau 1 : Diagnostics différentiels et troubles en comorbidité avec le TDAH

Troubles développementaux	Troubles comportementaux ou affectifs
• Trouble de l'attachement	• Trouble oppositionnel-défiant
• Syndrome Gilles de la Tourette	• Trouble des conduites
• Troubles d'apprentissage	• Troubles de l'humeur
• Troubles cognitifs	• Troubles anxieux
• Trouble envahissant du développement (TED)	• Troubles psychotiques
	• État de stress post-traumatique
	• Autres troubles affectifs

Il ne s'agit donc pas simplement d'évaluer la présence des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité pour poser le diagnostic du TDAH. Il faut également évaluer ce qui explique la présence de tels symptômes, afin de vérifier si un autre trouble ne pourrait pas mieux expliquer les difficultés de l'enfant. Dans la clientèle des centres jeunesse, le trouble réactionnel de l'attachement contribue souvent à expliquer qu'un enfant puisse être inattentif, hyperactif ou impulsif.

DÉFINITION DU TRA

L'attachement d'un enfant envers ses parents se situe sur un mode sécurisant ou insécurisant. L'attachement insécurisant peut être du type évitant, ambivalent-résistant ou désorganisé-désorienté. Cette classification, tout en étant très utile, ne permet pas de déterminer si l'enfant souffre d'un trouble réactionnel de l'attachement. Le TRA est, selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade de développement. Ce trouble résulte d'une carence de soin vécue durant la petite enfance, soit par la négligence des besoins physiques et émotionnels élémentaires, soit par l'incapacité de l'enfant à établir un lien d'attachement suite à des changements répétés des personnes qui en prennent soin. Le DSM-IV dénote deux types de TRA, soit le type inhibé et le type désinhibé. Les symptômes peuvent différer selon le type de TRA et de l'enfant. Ce trouble se retrouve régulièrement en comorbidité avec d'autres troubles, dont le TDAH (voir tableau 2).

Les symptômes du TRA sont multiples et se retrouvent dans plusieurs sphères du développement de l'enfant. Sur le plan relationnel, l'enfant refuse de dépendre du

Tableau 2 : Diagnostics différentiels et troubles en comorbidité avec le TRA

Troubles développementaux	Troubles comportementaux ou affectifs
• Retard mental	• Trouble oppositionnel-défiant
• Retard de développement (sous-stimulation)	• Trouble du comportement
• TDAH	• État de stress post-traumatique
• Troubles d'apprentissage	• Autres troubles affectifs
• Trouble envahissant du développement (TED)	

monde adulte. Il peut être autosuffisant ou envahissant. L'attachement peut être non sélectif, superficiel ou ambivalent. L'enfant a un besoin de contrôle, ce qui s'exprime souvent par des comportements antisociaux et de l'opposition. Il peut être charmant et extraverti ou renfermé et introverti. Sur le plan de la personnalité, son identité est diffuse et non construite. Il a peu de frontières internes et a souvent besoin de l'adulte pour le contenir. Le plan émotionnel est également affecté par une difficulté à réguler les émotions, de l'impulsivité, de l'irritabilité, des crises et des désorganisations, de la rage diffuse, de l'intolérance, des angoisses, de la destruction d'objet et de l'automutilation. On retrouve également des retards de développement, des difficultés d'attention et d'apprentissage.

Plusieurs études tentent d'associer l'attachement et le développement du système nerveux central. Il en ressort que le développement neurologique dans certaines parties du cerveau (système limbique, lobe frontal) d'un enfant serait en partie déterminé par la qualité des interactions avec la personne qui en prend soin et cela, durant les premières années de vie. Ceci risque donc d'affecter certaines

fonctions exécutives telles que l'auto-contrôle, l'attention-concentration et certaines habiletés socioaffectives.

LIEN ENTRE TDAH ET TRA

Dans la littérature scientifique, la tendance a été, jusqu'à maintenant, surtout d'étudier le TDAH selon un modèle neurobiologique, alors que le TRA a davantage été étudié selon un modèle développemental. Or, ces dernières années, des chercheurs ont commencé à s'intéresser à l'aspect développemental du TDAH et à l'aspect neurobiologique du TRA. Ainsi, des liens intéressants sont constatés entre ces deux troubles. À titre d'exemple, plusieurs observations cliniques et certaines recherches empiriques suggèrent que le TDAH, particulièrement lorsqu'il est accompagné de trouble oppositionnel/défiant ou des conduites, serait associé à un attachement de type insécure. Bien que ces hypothèses demandent à être davantage validées sur le plan empirique, il demeure qu'aux yeux des cliniciens, le TDAH et le TRA présentent bel et bien des similitudes dont il est fondamental de tenir compte dans la prise en charge des enfants.

SIMILITUDES ENTRE TDAH ET TRA

Il s'avère que le TDAH et le TRA ont un impact sur le développement de certaines fonctions cérébrales. On observe des déficits spécifiques au niveau du lobe frontal et du système limbique. Ainsi, les fonctions exécutives (lobe frontal), l'expression et la régulation des émotions (système limbique) de même que les habiletés socioaffectives (lobe frontal et système limbique) risquent d'être dysfonctionnelles à différents niveaux. Le tableau symptomatique risque donc d'être semblable pour les enfants présentant un TDAH ou un TRA au plan des difficultés d'attention, de concentration, d'impulsivité et d'hyperactivité (aussi appelé agitation psychomotrice).

Ces enfants sont également susceptibles de présenter des problèmes associés communs. Pour n'en nommer que quelques-uns, les difficultés relationnelles, les problèmes d'apprentissage, les problèmes de comportement, l'anxiété et les difficultés d'autorégulation des émotions sont fréquemment rencontrés chez des enfants ayant le TDAH ou le TRA.

Par ailleurs, l'environnement de l'enfant joue évidemment un rôle capital dans le développement des fonctions neurologiques et des habiletés socioaffectives influencées par le TDAH ou le TRA. Des éléments de l'histoire développementale peuvent d'ailleurs être retrouvés tant chez les enfants ayant un TDAH que ceux ayant un TRA : des traumatismes ou de l'instabilité dans la première année de vie, des difficultés familiales, des échecs scolaires...

Rappelons que le TDAH et le TRA sont des troubles qui apparaissent tôt dans la vie de l'enfant et ils sont souvent accompagnés de différents troubles

concomitants et d'une diversité des problématiques associés. Faute d'un dépistage et d'un traitement adéquat, ces troubles risquent d'hypothéquer le développement des enfants qui en souffrent. En effet, les symptômes perdurent généralement jusqu'à l'âge adulte et entraînent une multitude de difficultés relationnelles, personnelles, professionnelles, financières...

DIFFÉRENCES ENTRE TDAH ET TRA

Même s'il y a certaines similitudes, le TDAH reste un trouble dont les origines sont principalement d'ordre neurologique. Les symptômes s'expliquent par une inefficacité des structures cérébrales à traiter et gérer l'information adéquatement. Ainsi, l'enfant risque d'être inattentif puisqu'il ne peut traiter, filtrer, voire prioriser les stimuli correctement.

Il réagira de façon impulsive, faute de pouvoir inhiber des réponses motrices/verbales spontanées et il aura tendance à manifester une hyperactivité afin de compenser pour une hypoactivité des fonctions régulatrices du lobe frontal. Il a l'impression que tout s'entremêle dans son cerveau et il a de la difficulté à organiser sa pensée et ses réactions comportementales.

Pour le TRA, il est question d'une perturbation de la relation sociale primaire qui provient d'un vécu de négligence ou d'une incapacité pour l'enfant à établir un lien d'attachement avec un adulte significatif. Ainsi, l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont des façons pour l'enfant de tenter de contenir son univers interne angoissant et désorganisé. Faute de pouvoir s'appuyer sur une relation sécuritaire avec l'adulte pour le contenir, l'enfant n'a pas intériorisé

Tableau 3 : Principales différences entre le TDAH et le TRA.

TDAH	TRA
• Cause — principalement neurologique • Hyperactivité/Impulsivité : tentative de pallier à une hypoactivité des fonctions régulatrices du lobe frontal, manque d'inhibition comportementale • Inattention : difficulté au niveau de l'attention soutenue/focalisée, problème de sélection des stimuli • Symptômes présents dans la plupart des milieux de vie de l'enfant, pas liés à un déclencheur • Il peut y avoir une souffrance affective, angoisse ou difficultés relationnelles, mais elles sont la conséquence des difficultés de l'enfant plutôt que la cause	• Cause — principalement relationnelle • Hyperactivité/Impulsivité : souvent les TRA de type désinhibé dû à l'angoisse, hypervigilance, quête d'attention, distance relationnelle inadéquate, s'étourdir pour ne pas penser, attaque du lien, intolérance à la frustration et au changement • Inattention : préoccupations affectives ou relationnelles, hypervigilance, incapacité à investir et vagabondage • Histoire de carences physiques et/ou affectives et/ou déplacements ; abus possible • Problèmes relationnels • Identité souvent diffuse • Destructivité • Angoisse, détresse, rage diffuse

de points de repère suffisamment stables et sécurisants pour asseoir les bases de son développement. Le tableau 3 illustre les principales différences entre les deux troubles.

Par conséquent, chacun de ces troubles comporte ses propres spécificités et ses propres défis, tant au niveau de la compréhension des symptômes de l'enfant qu'au niveau du traitement. Il est donc fondamental de faire une évaluation juste et complète, afin d'être en mesure d'élaborer des interventions correspondant aux besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille. L'évaluation doit comprendre une entrevue avec les parents pour connaître l'anamnèse de l'enfant, une évaluation du fonctionnement de l'enfant à la maison et à l'école (ou autres milieux de vie), une évaluation cognitive/neuropsychologique afin de qualifier les déficits, une évaluation affective et une évaluation de la relation parents-enfant. De cette façon, on recense les forces et les faiblesses de l'enfant et de sa famille afin de préciser des objectifs d'intervention réalistes et pertinents.

TRAITEMENT DU TDAH

Dans le traitement du TDAH l'approche multimodale est reconnue comme étant la plus efficace. Ainsi, une combinaison de pharmacologie et d'intervention cognitivo-comportementale est généralement recommandée par les cliniciens et appuyée par les recherches empiriques. En effet, alors que, dans la plupart des cas, la pharmacologie agit efficacement sur les symptômes de type neurologique (attention, hyperactivité, impulsivité), les interventions cognitivo-comportementales aident à traiter et prévenir le développement des problèmes associés, en plus de donner à l'enfant des moyens de mieux gérer les symptômes de type neurologique (voir tableau 4). Mentionnons qu'il est

également important que le traitement soit multidimensionnel et implique les sphères individuelle, familiale, sociale et scolaire de la vie de l'enfant.

TRAITEMENT DU TRA

Comme pour le TDAH, l'approche multimodale est reconnue comme

Tableau 4 : Bref résumé des principes de base des interventions cognitivo-comportementales pour le TDAH.

Interventions cognitivo-comportementales
1. Informer et éduquer sur le trouble (TDAH ou TRA) et les problèmes associés ;
2. Évaluer et traiter la comorbidité chez l'enfant et les parents ;
3. Évaluer et comprendre la dynamique familiale ;
4. Travailler sur la relation parent-enfant : • favoriser la relation d'attachement et traiter les enjeux qui font entrave à la relation positive entre parent et enfant ; • améliorer la communication avec l'enfant ; • développer des stratégies de résolution de problèmes ; • favoriser l'empathie et la sensibilité des parents : les aider à comprendre les réactions de l'enfant ; • travailler sur les attributions parentales : intentions prêtées à l'enfant.
5. Travailler les habiletés parentales : • intervenir de façon proactive, préventive et positive ; • établir et maintenir des règles claires, constantes et cohérentes ; • avoir des attentes réalistes.
6. Enseigner les principes de base de la modification des comportements : • renforcement ; • système de points ; • ignorance intentionnelle ; • retrait ; • punition.
7. Planification et organisation des milieux de vie : • structurer le temps et l'espace ; • planifier les transitions, les changements.
8. Améliorer les habiletés attentionnelles de l'enfant : • consignes simples, courtes et claires ; • décomposer une tâche complexe en plusieurs étapes ; • participation active ; • minimiser les distractions dans l'environnement ; • organiser le matériel de l'enfant ; • sollicitation sensorielle : intensifier le stimulus ; • proximité physique avec l'adulte.
9. Amélioration du sentiment de compétence des parents ;
10. Valorisation des forces et compétences de l'enfant.



étant la plus efficace pour le traitement du TRA. Il est recommandé de combiner une intervention auprès des parents, un travail sur la relation parents-enfant et un travail auprès de l'enfant. Un soutien pharmacologique peut être pertinent dans certains cas, mais n'a pas la même efficacité que dans le traitement du TDAH.

Lorsque nous intervenons auprès d'enfants ayant un trouble de l'attachement, il est important de tenir compte de certains principes de base (voir tableau 5). Ainsi, l'enfant a besoin d'un cadre contenant, mais non contrôlant. Il est important d'éviter d'alimenter les enjeux de contrôle auxquels ces enfants se raccrochent souvent, dans le but de ne pas se sentir impuissants et démunis face à l'environnement. La préparation aux changements d'environnement est nécessaire pour les sécuriser et leur permettre de se situer dans le temps et l'espace. Les interactions doivent être accompagnées d'une certaine distance relationnelle ainsi que d'un dosage du positif dans la relation.

Autrement, ces enfants risquent de se sentir envahis par une trop grande proximité affective, par trop de valorisation ou de succès... Ils risquent alors de tenter de se protéger à l'aide de comportements destructeurs, en se mettant en position d'échec, voire de rejet. L'intervenant doit donc s'adapter aux capacités affectives et cognitives de l'enfant, et il est primordial de suivre son rythme. Il est également important d'essayer de comprendre le sens des agirs de l'enfant et de l'aider à apprendre à identifier son état interne. Lorsque

propres émotions et réactions, de même que de différencier nos besoins de ceux de l'enfant. La patience, la persévérance et le soutien restent des atouts précieux pour l'intervenant qui prend soin d'un enfant souffrant d'un TRA.

TRAITEMENT TDAH ET TRA

Lorsque l'enfant présente un TRA avec TDAH, la majorité des interventions cognitivo-comportementales mises en place dans le traitement du TDAH

UN SOUTIEN PHARMACOLOGIQUE PEUT ÊTRE PERTINENT DANS CERTAINS CAS, MAIS N'A PAS LA MÊME EFFICACITÉ QUE DANS LE TRAITEMENT DU TDAH.

l'on intervient avec ces enfants, ils nous font prendre conscience de nos propres émotions puisque ces enfants nous percutent régulièrement sur le plan affectif. Des sentiments de colère, d'impuissance et de désespoir sont souvent ressentis par les soignants d'enfants en trouble de l'attachement. Il est important de bien réguler nos

peuvent être incluses dans la prise en charge. Par contre, une attention particulière doit être accordée aux dimensions relationnelle et affective des difficultés de l'enfant. Les interventions cognitivo-comportementales doivent toujours prendre en considération les principes de base de l'intervention avec un enfant en TRA,

Tableau 5 : Principes de base pour l'intervention auprès des enfants ayant un TRA

Principes de bases de l'intervention en TRA
• Établir un cadre contenant avec des limites claires et constantes ; • Maintenir une cohérence dans l'environnement et entre les adultes ; • Éviter les enjeux au niveau du contrôle ; • Maintenir une distance relationnelle appropriée ; • Être proactif plutôt que réactif ; • Servir de miroir à l'enfant (l'aider à apprendre à identifier son état interne) ; • Comprendre le sens des agirs de l'enfant ; • Adapter les responsabilités et les permissions aux capacités affectives et cognitives de l'enfant ; • Préparer les transitions, les changements dans l'environnement ; • Utiliser l'humour et éviter les sarcasmes, la peur.

présentée au paragraphe précédent. Certaines interventions peuvent même être contre-indiquées pour certains enfants, d'où l'importance d'une bonne évaluation de l'enfant et de sa situation. De plus, d'autres types de prises en charge thérapeutiques doivent être envisagés, afin de traiter spécifiquement les carences affectives et relationnelles majeures chez ces enfants (suivi éducatif,

LE TDAH EST UN DIAGNOSTIC ÉTABLI PAR ÉLIMINATION ; IL N'EST DONNÉ QUE LORSQUE AUCUN AUTRE DIAGNOSTIC NE PEUT EXPLIQUER LES SYMPTÔMES.

psychothérapie, thérapie par le jeu, le dessin...). Enfin, tant pour le TDAH, le TRA ou les deux en comorbidité, le travail avec les figures parentales est fondamental, tant au niveau de la relation parents-enfant, qu'au niveau des habiletés parentales.

En conclusion, le TDAH est un diagnostic établi par élimination ; il n'est donné que lorsque aucun autre diagnostic ne peut expliquer les symptômes. De plus, l'origine des symptômes est majoritairement neurologique. En contrepartie, le TRA implique une histoire de carences relationnelles précoces qui risquent d'hypothéquer les mêmes fonctions cérébrales que le TDAH, ce qui amène généralement un tableau symptomatique présentant certaines

LE TRA IMPLIQUE UNE HISTOIRE DE CARENCES RELATIONNELLES PRÉCOCES QUI RISQUENT D'HYPOTHÉQUER LES MÊMES FONCTIONS CÉRÉBRALES QUE LE TDAH

similitudes. Par conséquent, rappelons l'importance de l'évaluation afin de bien cerner les causes des symptômes, permettant de poser le diagnostic approprié.

Ces deux troubles persistent dans le temps et risquent de s'aggraver s'ils ne sont pas traités adéquatement. Il faut généralement prévoir des interventions à long terme qui tiennent compte du sens du symptôme. La comorbidité du TDAH avec le TRA amène une complexité dans l'évaluation et l'intervention qui nécessite que les adultes prenant en charge ces enfants se concertent et se soutiennent. <



Références bibliographiques

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.-Text Revision), Washington, Dc.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Washington, Dc.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd ed.), New York, Guilford Press.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnson, S. et I. Stiefel (2002). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 7, 179-198.
- Jeliu, G. et D. Cousineau (2003). « Le cerveau et l'amour maternel », *Prisme*, vol. 40, 118-125.
- Ladnier, R. D. et A. E. Massanari. *Attachment Interventions (Handbook) ; Treating ADHD as Attachment Deficit Hyperactivity Disorder*, Academic Press, 27-65.
- Lussier, F. et J. Flessas (2001). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*, Paris, Dunod, 447 p.
- Noël, L. (2003). *Je m'attache, nous nous attachons, le lien entre un enfant et ses parents*, Montréal, Sciences et Culture, 262 p.
- Rygaard, N. P. (2005). *L'enfant abandonné*, Bruxelles, De Boeck Université, 252 p.
- St-Antoine M. et al. (1999). *Favoriser la formation de liens d'attachement et prévenir l'abandon de fait. Point de repère pour l'intervention en petite enfance*, Forum sur l'abandon, A.C.J.Q., 27 p.
- St-Antoine M. et S. Rainville (2004). « Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic », *Prisme*, vol. 40, 230-246.

→ L'ACQUISITION D'HABILETÉS SOCIALES VISANT L'INTÉGRATION SOCIALE DE JEUNES DÉLINQUANTS

CET ARTICLE VISE À PARTAGER LES RETOMBÉES DE LA PARTICIPATION À UN PROGRAMME D'HABILETÉS SOCIALES, SUR UNE CLIENTÈLE AUX PRISES AVEC DES DIFFICULTÉS EN SANTÉ MENTALE AINSI QUE SUR LES AUTRES JEUNES AYANT PARTICIPÉ AU PROGRAMME.

Trina Phillips et Brigitte Picher, éducatrice, CJM-IU



Il s'agit donc d'un témoignage de l'expérience pratique proposée aux participants et des impacts perçus par les divers intervenants du milieu. Avant de débiter, il serait important de préciser le contexte dans lequel se sont déroulées les observations. L'intervention présentée a été réalisée à la Source qui est une unité de garde fermée à Cité-des-Prairies intervenant dans le cadre de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA). Cette ressource possède un mandat suprarégional impliquant un partenariat entre le Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire (CJM-IU) et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Elle dessert une clientèle masculine anglophone principalement âgée

PLUSIEURS DE CES JEUNES ONT PARTICIPÉ À DES INCIDENTS SÉRIEUX EN CONTEXTE DE GARDE DANS LES AUTRES CENTRES JEUNESSE À TRAVERS LA PROVINCE.

entre 15 et 20 ans dont les ordonnances sont supérieures à 6 mois de garde. De façon générale, les motifs initiaux de placement des clients de cette unité se démarquent en termes de gravité. De plus, plusieurs de ces jeunes ont participé à des incidents sérieux en contexte de garde dans les autres centres jeunesse à travers la province. Il est aussi important de souligner qu'une proportion importante de la clientèle actuelle présente des problématiques multiples allant de traits à troubles sévères en santé mentale nécessitant de plus en plus de traitements pharmacologiques ainsi que de suivis psychologiques et psychiatriques.

DESCRIPTION DU PROGRAMME D'HABILETÉS SOCIALES

Dans un premier temps, les objectifs visés par le programme d'habiletés sociales à La Source étaient d'améliorer les habiletés relationnelles et les processus cognitifs en déficit chez les jeunes en plus de d'augmenter leur capacité à gérer leurs émotions (DesLauriers et l'équipe de formation, 2006). En somme, ce projet s'insérait dans l'approche cognitive-comportementale privilégiée par la Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants (DSSSJC) du CJM-IU. L'activité clinique proposée aux jeunes de La Source s'est inspirée du programme de Goldstein, McGinnis, Sprafkin, Gershaw et Klein (1997) dont les quatre ingrédients actifs permettant l'apprentissage des habiletés sociales sont le modelage, les jeux de rôles, la rétroaction et la généralisation des acquis.

De plus, deux autres éléments ont été incorporés par les animateurs en tant que soutien à l'enseignement soit des activités brise-glace et une caméra numérique. L'addition d'activités brise-glace a permis de mieux introduire les habiletés enseignées en stimulant l'interaction entre les jeunes et les animateurs. L'utilisation d'une caméra lors des jeux de rôle donnait l'occasion aux acteurs de se voir avant de recevoir la critique des animateurs et des autres participants. Cette dernière s'est avérée un outil intéressant non seulement pour l'apprentissage des habiletés (verbale et non verbale) et l'ouverture à la rétroaction mais également pour renforcer la participation de certains.

Dans un deuxième temps, il faut préciser qu'au cours des deux dernières années, diverses formules quant à la structure de l'atelier d'habiletés sociales ont été employées. Le nombre de participants, la fréquence des rencontres et le nombre de coanimateurs sont des éléments qui ont varié. La formule idéale qui a été retenue jusqu'à présent est de six participants en raison de l'espace et du temps disponibles ainsi que pour favoriser un climat propice à l'apprentissage. Il a également été constaté que deux rencontres par semaine permettaient d'intensifier l'intervention tout en maintenant la motivation et la participation des jeunes jusqu'à la fin du programme. Enfin, il semble être préférable de toujours conserver le même coanimateur jusqu'à la fin du programme afin de cultiver une meilleure cohésion de groupe. Ceci semble également favoriser la continuité et l'homogénéité dans l'enseignement des habiletés.

SÉLECTION DES PARTICIPANTS ET DES HABILETÉS ENSEIGNÉES

Plusieurs critères sont pris en considération dans la sélection des participants tels que la dynamique anticipée du groupe, la consultation de l'ensemble de l'équipe, les besoins du jeune, l'évaluation différentielle, la durée du séjour ainsi que sa motivation et sa réceptivité face à l'intervention. Quant aux habiletés retenues pour le programme, certaines habiletés de base telles que écouter, commencer une conversation, se présenter, poser une question doivent être apprises avant de procéder à l'apprentissage d'habiletés plus complexes ne pouvant être négligées. D'autres éléments à considérer dans le choix des habiletés sont l'Inventaire des besoins (Goldstein *et al.*, 1997) ainsi que les expériences d'animation passées. Enfin, les

observations en ce qui a trait aux besoins du groupe et des jeunes qui le composent sont d'autres facteurs influençant la sélection des habiletés.

UTILISATION DU RENFORCEMENT POUR LA GÉNÉRALISATION ET LE MAINTIEN DES ACQUIS

Le premier défi du programme d'habiletés sociales visait à encourager l'utilisation des habiletés apprises par les jeunes dans diverses sphères de leur quotidien et de maintenir ces apprentissages dans le temps. Pour ce faire, de nombreuses stratégies ont été expérimentées au cours des deux dernières années. L'une d'entre elles était de récompenser les jeunes lorsqu'ils pratiquaient les habiletés apprises à la grandeur du centre. Ils pouvaient également élargir leur champ de pratique à diverses autres situations durant lesquelles les éducateurs n'étaient pas présents et ce, par l'entremise de devoirs qu'ils devaient remettre tout au long du programme.

Par ailleurs de nombreuses études concluent que l'on doit récompenser quatre fois plus que l'on punit afin de favoriser l'adoption de nouveaux comportements prosociaux (Gendreau et Andrews, 1996). Un système de renforcements a donc été mis en place pour encourager la généralisation et le maintien des acquis. Celui-ci consistait à instaurer des moyens pour favoriser l'utilisation des habiletés. Parmi ceux-ci, on retrouve la feuille-étampe qui permettait de récompenser la pratique des habiletés dans le centre et la feuille de rétroaction hebdomadaire qui évaluait la participation à l'atelier, la mise en application des habiletés par l'entremise des devoirs ainsi que la promotion du programme auprès des pairs. Les résultats obtenus par les participants leur permettaient de

se procurer de l'argent qu'il pouvait échanger contre des privilèges spéciaux dans l'unité ou des articles du magasin d'habiletés sociales (jeux, appareils électroniques, bonbons, articles d'hygiène...). Finalement, des repas et collations spéciales permettaient de favoriser l'attrait au programme et de marquer la fin de l'activité.

L'APPRENTISSAGE DES HABILETÉS SOCIALES ET LA SANTÉ MENTALE

Parmi les jeunes ayant suivi le programme, les problématiques de santé mentale suivantes ont été relevées : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, troubles de comportement, troubles anxieux, schizophrénie, troubles de l'humeur, traits de la personnalité antisociale et état-limite. Plusieurs impacts positifs ont été observés auprès de ces participants tels que la réduction de leur isolement social, la modification de leur perception de la réalité, l'amélioration de leur compréhension d'autrui ainsi que le développement d'un sentiment de compétence sociale.

RETOMBÉES OBSERVÉES DANS LE MILIEU

Enfin, de nombreux impacts ont été observés suite à la nouvelle formule du programme d'habiletés sociales dans l'unité :

- implication de toute l'équipe (modélage, motivation, renforcements) ;
- diminution de la méfiance des jeunes et augmentation de leur réceptivité face aux services offerts ;
- relations plus harmonieuses entre les jeunes du groupe ainsi qu'avec les adultes du milieu ;

PLUSIEURS PERSPECTIVES D'AVENIR ET PISTES DE RÉFLEXION PEUVENT ÊTRE SOULEVÉES SUITE À L'EXPÉRIENCE VÉCUE À LA SOURCE.

- augmentation de la fréquence et de la qualité des interactions avec les autres intervenants du milieu (enseignants, agents d'intervention, chef de service, permanence, personnel de cuisine ou d'entretien, A.A., Margelle, conseillère clinique, délégué jeunesse...);
- apprentissage par modelage pour les jeunes qui ne participent pas à l'activité;
- augmentation de la volonté à participer à tous les programmes cliniques due à la promotion faite par les jeunes et l'équipe du programme d'habiletés sociales;
- amélioration du climat de groupe (augmentation de la cohésion, diminution de la résistance);
- diminution observée des moyens antisociaux utilisés pour satisfaire leurs besoins (moins de gestes menaçants ou intimidants);
- baisse des incidents sérieux dans l'unité;
- baisse du recours aux mesures disciplinaires;
- utilisation moins fréquente de l'arrêt d'agir et une plus grande collaboration des jeunes lors des transferts (moins d'interventions physiques);
- intégration facilitée des jeunes au marché du travail;
- amélioration des relations entre les jeunes et leur famille ou amis.

PERSPECTIVES D'AVENIR ET PISTES DE RÉFLEXION

En conclusion, plusieurs perspectives d'avenir et pistes de réflexion peuvent être soulevées suite à l'expérience vécue à la Source. En effet, des efforts supplémentaires devront être déployés afin d'assurer le maintien et la généralisation des acquis après la fin du programme que ce soit à l'unité, au centre ou dans la communauté. Par ailleurs, un investissement additionnel serait souhaitable au plan de la recherche et du développement pour pallier aux insuffisances en ce qui a trait à l'évaluation de programme auprès des jeunes contrevenants en contexte de garde, tout comme l'évaluation de l'impact des interventions sur la récidive (court, moyen et long-terme). Enfin, un besoin grandissant se fait ressentir auprès des divers intervenants des CJM-IU, de parfaire le développement d'expertises en lien avec la diversification de la clientèle incluant les problématiques rencontrées en santé mentale et les stratégies d'intervention associées. <



Références bibliographiques

- DesLauriers et l'équipe de formation DSSSJC (2006). *L'approche cognitive comportementale*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Gendreau, P. et D.A. Andrews (1996). *Correctional Program Assessment Inventory*, 6th Ed., New Brunswick, University of New Brunswick Press.
- Goldstein, A. P., McGinnis, E., Sprafkin, R.P., Gershaw, N. J. et P. Klein (1997). *Skillstreaming the Adolescent : New Strategies for Teaching Prosocial Skills*, Illinois, Research Press.



DES SERVICES DISPONIBLES À LA CLIENTÈLE DU CJM-IU EN BESOIN DE SERVICES SPÉCIALISÉS

UN MODÈLE DE SERVICES QUI INTÈGRE LES EXPERTISES EN PÉDOPSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PAIRIES ET EN RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE DU CJM-IU.

Alain Boisvert, adjoint à la DSSSJC

avec la collaboration de :

Lyne Gingras, coordonnatrice d'activités, Direction des soins infirmiers, Hôpital Rivière-des-Prairies, (HRDP),

Marc Gommier, chef de service, DSSSJC, agent de liaison pour le service de l'Émergence,

Dr Philippe Lageix, psychiatre, HRDP,

Gilles Richelieu, Ph D., psychologue, Coordination du soutien clinique spécialisé



Les services spécialisés de la Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants (DSSSJC) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) sont constitués de sept ressources d'hébergement et d'une équipe multidisciplinaire : **Le Carrefour** offre des services des jeunes présentant des troubles mentaux. Les foyers de groupe **St-Vital** et **Chambord** accueillent prioritairement des jeunes ayant des limites cognitives importantes avec des troubles associés, respectivement des garçons et filles de 6 à 12 ans dans le premier cas, des garçons de 12 à 18 ans dans le second cas. La résidence **Paul-Pau**, une ressource conjointe de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) et du CJM-IU accueille des jeunes garçons et filles de 16 à 20 ans ayant des troubles de santé mentale et dont l'évaluation montre qu'ils auront besoin de services d'hébergement lorsqu'ils auront atteint 18 ans. Le service **L'Émergence** (antérieurement connu sous le vocable La Traversée), un partenariat entre HRDP et CJM-IU, regroupe trois foyers de groupe consacrés à une clientèle de 6 à 17 ans ayant des troubles de santé mentale.

Le présent article vise à vous présenter des extraits du modèle d'offre de services conjoints HRDP-CJM-IU, à

vous faire connaître sa clientèle, ses services ainsi que les processus d'accès.

HISTORIQUE

Dans le *Rapport du comité de réflexion HRDP/CJM-IU 2004*¹, un bref historique relève les principales étapes du développement des ressources en foyer de groupe de HRDP.

« À la fin des années '70, l'Hôpital Rivière-des-Prairies s'est doté d'un foyer de groupe de huit places nommé « Le Goéland ». À cette époque, l'hôpital utilisait cette ressource soit pour éviter une hospitalisation, soit pour servir de transition après une période plus ou moins longue d'hospitalisation.

En 1983, année de la création de la section de pédopsychiatrie à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, le manque de ressources alternatives fut rapidement mis en évidence. La création de nouvelles ressources devenait donc une priorité et les objectifs poursuivis étaient de trois ordres :



- permettre la désinstitutionalisation de la clientèle chronique ;
- assurer une transition après une hospitalisation en phase aiguë ;
- éviter l'hospitalisation de certains patients.

Au courant des années '80, cinq résidences furent créées permettant d'assurer un service tant aux jeunes enfants, aux préadolescents qu'aux adolescents présentant des pathologies psychiatriques variées. À cette époque, le plan de soins individualisé (PSI) était sous la responsabilité de l'hôpital en collaboration avec le CSSMM.

Au début des années '90, un changement administratif a été amorcé dans l'organisation des ressources résidentielles et une entente contractuelle entre l'Hôpital

Rivière-des-Prairies, le Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain et l'organisme sans but lucratif « Le Centre La Traversée » a été signée. La gestion des résidences a été confiée à la directrice générale et à l'adjointe clinique de l'O.S.B.L. Le Centre La Traversée.

En 1995, un vent de compression majeure a soufflé dans le réseau de la santé et des services sociaux. Après étude du taux d'occupation, une résidence fut fermée et la provenance des usagers devenait prioritairement mais non exclusivement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. » (Bouvier, 2004)

Suite à la création du Centre jeunesse de Montréal, un contrat de service fut signé, en 1996, entre le Centre jeunesse de Montréal, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le Centre La

Traversée, compte tenu des mandats spécifiques confiés par la loi (LSSSS) à chaque établissement et organisme, dont celui d'offrir des services de placements d'enfants.

« [...] Le contrat de services stipule que le personnel de l'hôpital œuvre dans les résidences de l'organisme et que l'organisme doit assurer la gestion de ce personnel.

Le Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire s'engage à verser un *per diem* [...]. L'organisme fournit des conditions de logement et d'hébergement qui correspondent aux critères du CJM-IU.

Actuellement, 31 places réparties entre quatre résidences sont disponibles pour les jeunes de la région montréalaise qui présentent un profil clinique répondant aux critères d'admission de ces résidences. Un relevé daté du 29 septembre 2003 nous indique que 15 jeunes sont suivis par l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 5 par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et 10, par un autre établissement de la région de Montréal-Centre. » (Bouvier 2004)

PROFIL DE LA CLIENTÈLE

Les résidences de L'Émergence hébergent une clientèle dont les caractéristiques cliniques sont multifactorielles. Les enfants qu'elles accueillent présentent plusieurs psychopathologies, souffrent de nombreuses compromissions et leur développement est disharmonique. Établir leur profil ne consiste donc pas à énumérer simplement les divers symptômes qu'ils affichent : il faut aussi prendre en compte la dynamique existante entre ces dits symptômes et les relier aux différents aspects biopsychosociaux qui caractérisent l'existence de tout être humain.

Trois groupes de caractéristiques seront pris en considération pour décrire cette clientèle² : les caractéristiques principales, soit une problématique en santé mentale, les motifs légaux de référence (la *Loi sur la protection de la jeunesse* principalement) et enfin les facteurs aggravant la situation, c'est-à-dire les facteurs qui restreignent ou handicapent l'émission de comportement adaptatif chez les jeunes, en considérant les sphères neurologique et physiologique, cognitive et scolaire, sexuelle et sociale.

Des problématiques sévères en santé mentale

Parmi les 27 jeunes hébergés dans les résidences de L'Émergence en date du 10-01-2005, 70 % ont plus d'un diagnostic. Les plus souvent reconnus sont, par regroupement³,

Il faut souligner qu'aucun de ces diagnostics ne justifie à lui seul l'hébergement d'un jeune à L'Émergence. Il est vrai toutefois, comme le souligne le *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* [en consultation en janvier 2005] du Ministère de la santé et des services sociaux, qu'il est difficile de poser un diagnostic chez les jeunes en développement. Ces différents diagnostics se juxtaposent à d'autres problèmes psychologiques et sociaux, tant par leur nombre, leur persistance que leur intensité. Ils constituent des forces restrictives au développement de l'autonomie de l'individu au même titre que les facteurs de comorbidité. Pensons simplement aux problèmes d'énurésie et d'encopésie, aux troubles d'anorexie et de boulimie, aux somatisations diverses, aux tendances suicidaires, à l'automutilation, aux troubles phobiques,

cause de négligence. D'ailleurs, des 29 jeunes hébergés, 30 % n'ont plus de contact avec leur famille. C'est dire à quel point le travail auprès des familles ne doit pas à son tour être « négligé ».

Données importantes encore : 12 jeunes sur 27 (44 %, en excluant le jeune placé selon l'article 79 de la LPJ pour observation de 30 jours), ont reçu une ordonnance jusqu'à majorité.

Dans la très grande majorité des cas (presque 100 %), à la situation de compromission constatée en vertu de la LPJ, s'ajoutent des éléments de carence affective ou de trouble de l'attachement qui induisent chez le jeune un mode d'interaction particulier à l'environnement (objets et personnes) qui se caractérise, entre autres, par de la provocation, de l'opposition, des attaques aux liens, des mécanismes de brisure... Les tentatives de soutien et d'encadrement sont perçues comme des attaques. Ces réactions sont parfois confondues avec ce que l'on pourrait appeler des troubles du comportement. Au-delà donc des problèmes de santé mentale, l'exclusion de la famille suite à un motif de compromission reconnu peut créer un sentiment de bien-être, tant chez le jeune que pour sa famille, retardant le moment de réinsertion dans le milieu familial.

LES ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES COMPLÈTENT LE TABLEAU CLINIQUE EN FAISANT RESSORTIR DES MÉCANISMES DE DÉFENSE ARCHAÏQUES, DES TRAITS DÉPRESSIFS, DE L'ANGOISSE, DES TENDANCES SUICIDAIRES ET DES IDÉES DÉLIRANTES.

les troubles de comportement (10), le déficit de l'attention avec hyperactivité (9), les retards mentaux (9), les troubles de l'attachement (6), les troubles obsessionnels-compulsifs (4), le syndrome Gilles de la Tourette (3), les prépsychoses (2), les troubles anxieux (1), affectifs (1), bipolaires (1) et schizo-affectifs (1), l'angoisse psychotique (1) et le trouble de personnalité limite (1). Trois jeunes présentent également une maladie physique : l'épilepsie, l'asthme ou l'encéphalopathie.

Les évaluations psychologiques complètent le tableau clinique en faisant ressortir des mécanismes de défense archaïques, des traits dépressifs, de l'angoisse, des tendances suicidaires et des idées délirantes.

au rejet affectif parental, à la négligence, à l'abandon... La clientèle de L'Émergence présente ainsi plus d'une problématique (comorbidité), dont les troubles en santé mentale qui la distinguent singulièrement des autres clientèles en centres jeunesse.

Les motifs légaux de référence

En date du 11 janvier 2005, 29 jeunes étaient hébergés au centre L'Émergence et 28 d'entre eux le furent en vertu d'un cadre légal bien défini. Ainsi, 8 jeunes (29 %) ont reçu des services en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, alors que les autres, soit la majorité (20 jeunes, 71 %), ont été placés en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), plus précisément, pour la plupart, selon l'article 38^e qui reconnaît l'existence de la compromission pour

Il n'est pas étonnant alors de constater que la durée de séjour des jeunes à L'Émergence s'avère présentement relativement longue : 814 jours en moyenne, soit 2 ans et 84 jours. En considérant les dates indiquées à la fin de leur ordonnance, le temps de séjour monte à 1462 jours, soit près de 4 ans.

Il est difficile de prévoir quelle sera la durée du séjour des jeunes qui sont actuellement hébergés à L'Émergence

mais si on compare leur situation à celle des jeunes qui y ont résidé dans le passé, le temps de séjour s'allonge manifestement. Ainsi, entre le 1^{er} novembre 2002 et le 1^{er} novembre 2004, 18 jeunes ont quitté les ressources, soit 12 garçons (66 %) et 6 filles (33 %). La durée du séjour moyen a été de 763 jours (2 ans et 33 jours). Le plus long a totalisé 2374 jours (6 ans et 184 jours) et le plus court, 86 jours. À l'exception de ces deux extrêmes, la durée de séjour ne diminue pas significativement : 704 jours en moyenne, une diminution de 59 jours. En séparant les adolescents (15) des enfants (3), la durée de séjour varie en fonction de l'âge : 728 jours pour les adolescents, 936 pour les enfants (6-11 ans), un écart de 208 jours, soit plus de 6 mois.

Autres faits significatifs : à leur départ, 7 jeunes (39 %) ont retrouvé leur milieu naturel, 4 (22 %) ont été orientés dans un centre de réadaptation, 4 (22 %) vers des ressources psychiatriques adultes et 3 (17 %) dans un centre de réadaptation pour déficience intellectuelle. De ce nombre, cinq enfants (28 %) ont

quitté à l'atteinte de leur majorité : 2 vers des ressources en déficience intellectuelle, 2 en milieu naturel et 1 dans une ressource psychiatrique adulte.

C'est dire à quel point le travail à entreprendre auprès de ces jeunes doit être soutenu, continu et intensif, tant auprès des jeunes que de leur famille. En fait, c'est à une véritable philosophie de réadaptation psychosociale en santé mentale que nous sommes conviés, réadaptation impliquant à la fois l'intégration des jeunes dans leur milieu familial, scolaire et communautaire, tout en ne ménageant pas

Pour les sphères neurologique, neurodéveloppementale et physiologique, nous retrouvons des jeunes qui présentent notamment des convulsions épileptiques, une certaine lenteur intellectuelle (sans qu'il soit question de déficience), une immaturité neurologique, un syndrome frontal, un syndrome alcoolo-fœtal, diverses atteintes spécifiques du fonctionnement intellectuel telles que des dyslexies, des dysphasies, des dyspraxies, des déficits de l'attention, des troubles envahissants du développement, des troubles de l'audition... Ces divers syndromes constituent des facteurs

LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE SONT OMNIPRÉSENTS ET IMPORTANTS, ASSOCIÉS À DES TROUBLES DU LANGAGE, EXPRESSIFS ET RÉCEPTIFS, UN VOCABULAIRE PAUVRE, DES DIFFICULTÉS À EXPRIMER LEURS PENSÉES ET DONC À COMMUNIQUER.

nos efforts pour établir les liens nécessaires auprès des autres institutions qui devront également offrir à ces jeunes les services dont ils ont besoin. Et cela est sans compter sur d'autres facteurs qui aggravent leur situation.

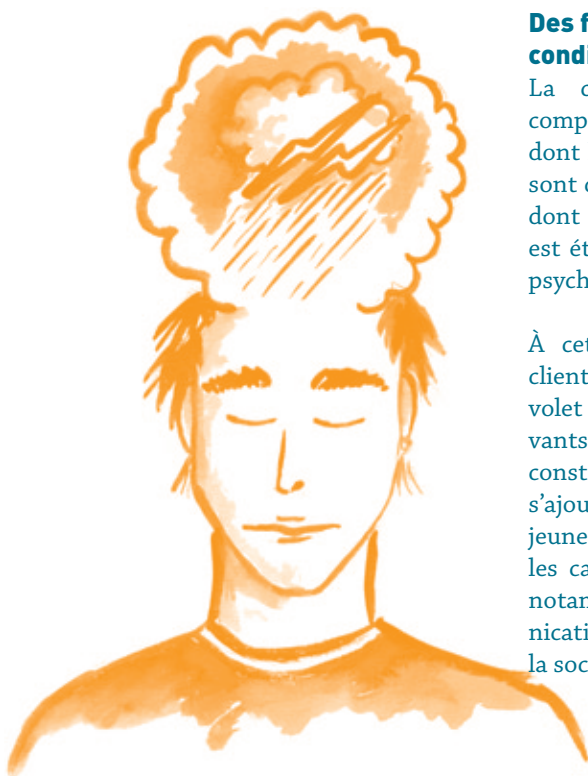
Des facteurs aggravant la condition des jeunes

La clientèle de L'Émergence se compose principalement de jeunes dont la sécurité et le développement sont compromis au sens de la LPJ, et dont l'état de santé mentale sévère est établi à la suite d'une évaluation psychiatrique.

À cette première définition de la clientèle, il faut ajouter un troisième volet constitué des facteurs aggravants. Les facteurs aggravants sont constitués de tous les éléments, s'ajoutant au profil dynamique du jeune, qui ont un impact direct sur les capacités d'adaptation du jeune, notamment au chapitre de la communication, des habiletés sociales et de la socialisation.

prédisposants qui affectent inévitablement les capacités adaptatives et cognitives des sujets.

De ce fait, les troubles d'apprentissage sont omniprésents et importants, associés à des troubles du langage, expressifs et réceptifs, un vocabulaire pauvre, des difficultés à exprimer leurs pensées et donc à communiquer. Ces difficultés rendent la socialisation et l'apprentissage scolaire difficiles et contribuent à leur exclusion. Elles causent aussi, chez un bon nombre d'enfants, une faiblesse du jugement et du raisonnement, ce qui ne contribue pas à soutenir le jeune dans ses tentatives d'intégration sociale puisque sa lecture des faits ne lui permet pas de saisir toute la finesse des enjeux relationnels. Ainsi, des comportements inappropriés, qui affectent la capacité à vivre en groupe, altèrent une compétence essentielle de l'apprentissage social. Ces jeunes peuvent à la fois être isolés et avoir de la difficulté à entrer en relation, même en petit groupe et n'avoir aucune pudeur,



transgressant fréquemment les frontières, provoquant agressivité et rejet, l'agir prédominant sur la mentalisation. Des comportements sexualisés sont souvent observés entre pairs. La pulsion sexuelle et agressive n'est souvent pas contenue mais agit directement dans l'environnement. C'est ainsi que le niveau d'encadrement statique doit parfois être renforcé.

Leur estime de soi est pauvre, pour ne pas dire extrêmement pauvre. Ils démontrent une grande vulnérabilité, alors il ne faut pas s'étonner qu'ils deviennent des proies faciles,

plus serré, assurant une plus grande protection tant pour eux-mêmes que pour les autres.

Le défi à relever est important : créer un milieu qui, par ses caractéristiques, tant de l'évaluation de la clientèle que de l'intensité de l'intervention, soutient l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des jeunes, ces mêmes jeunes qui sont trop souvent marginalisés et stigmatisés dans les ressources régulières du CJM-IU.

Nous sommes en présence d'une équipe d'intervenants spécialisés, qui maintient ses connaissances et ses

un manque de contrôle pulsionnel et des frontières interpersonnelles mal définies.

La population actuelle de filles dans les services de L'Émergence est insuffisante pour occuper les neuf places que comporte un foyer. Transitoirement, un foyer conservera sa vocation de mixité. L'organisation physique de certaines installations permettrait de réserver à l'étage six chambres à coucher pour les filles et au rez-de-chaussée, trois chambres pour les garçons. Six places seraient ainsi réservées exclusivement aux filles entre 12 et 17 ans.

LE DÉFI À RELEVER EST IMPORTANT : CRÉER UN MILIEU QUI, PAR SES CARACTÉRISTIQUES, TANT DE L'ÉVALUATION DE LA CLIENTÈLE QUE DE L'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION, SOUTIENT L'INTÉGRATION SOCIALE, SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE DES JEUNES.

quand cela n'est pas déjà fait. Trop souvent victimes d'abus de toutes sortes, ils ont grand-peine à s'adapter à la société. Dans les milieux d'hébergement réguliers (foyers de groupe, unités d'hébergement en internat), ils deviennent facilement des boucs émissaires, essuyant moqueries et injures, ce qui augmente encore, de ce fait, leur faible estime de soi. S'ils ne sont pas des têtes de turc, les autres jeunes les montrent du doigt tant leurs « bizarreries » leur apparaissent près de l'image qu'ils se font des extra-terrestres. Il ne faut pas alors s'étonner d'observer une augmentation des comportements offensifs (excès de colère/impulsivité) tant les conditions de l'environnement exacerbent le niveau d'anxiété au lieu de jouer son rôle de contenant sécurisant. En général, ces jeunes se retrouvent dans les unités dites d'encadrement intensif. Offrant un encadrement dynamique plus soutenu, un ratio éducateurs/jeunes plus élevé que dans les unités régulières, et un encadrement statique

habiletés, soutenue par une équipe multidisciplinaire qui s'adresse aux différents aspects biopsychosociaux; ceci ne peut que favoriser le développement d'une expertise clinique qui se traduira inévitablement par une intervention efficace et efficiente. Dans un tel contexte d'intensité d'intervention visant l'intégration sociale, scolaire et professionnelle, il est raisonnable de croire que la durée de séjour des jeunes confiés à L'Émergence va significativement diminuer et que l'orientation au départ de L'Émergence se fera davantage au profit du milieu naturel et de ressource de type familial.

Les groupes d'âges visés

Ces foyers de groupe offrent des services à une clientèle de 6 à 17 ans. Ils sont regroupés de la façon suivante : un foyer de groupe de six places pour les garçons et filles âgés de 6 à 11 ans, et deux foyers non mixtes de huit et neuf places pour les adolescents de 12 à 17 ans. À l'adolescence, cette clientèle démontre

L'autonomie fonctionnelle requise

Le développement de l'autonomie fonctionnelle se trouve souvent altéré chez les jeunes ayant des troubles d'ordre psychiatrique et des troubles cognitifs. Le cadre d'intervention en milieu ouvert, centré sur l'intégration sociale, scolaire et professionnelle, exige que la clientèle soit suffisamment orientée dans le temps et l'espace pour pouvoir utiliser les transports, selon le groupe d'âge.



Dans le réseau scolaire, une gamme de services réguliers et spécialisés sont disponibles pour la clientèle. Les jeunes orientés vers cette ressource doivent être en mesure d'être scolarisés dans ce réseau scolaire.

Le caractère ouvert et communautaire de cette ressource spécialisée impose

vendredi soir, un seul éducateur est en présence, une certaine proportion de la clientèle étant en intégration. Pour les journées de congé scolaire, la présence de jour est doublée pour assurer les besoins de la programmation. De plus, chaque éducateur à temps complet dispose de l'équivalent d'une journée par semaine

le recours à des services de niveau d'encadrement plus important. L'arrêt d'agir et l'hospitalisation sont accessibles à la clientèle de L'Émergence.

Le jeune pour qui la démarche de réadaptation est momentanément compromise par des comportements problématiques ou un état de désorganisation plus généralisé peut être temporairement hébergé dans un milieu plus encadrant. L'hébergement temporaire dans une unité d'arrêt d'agir des CJM-IU est alors considéré, il s'agit d'un processus bref de retrait de 3 heures ou une période d'arrêt d'agir de 0 à 5 jours. Le retrait comme l'arrêt d'agir visent à permettre au jeune de mettre fin à ses comportements destructeurs ou dangereux pour lui ou pour son entourage et de se réengager dans la démarche de réadaptation. Les services Le Diapason pour les enfants de 6 à 11 ans, le Goéland pour les adolescents et le Boréal pour les adolescentes sont utilisés à ces fins.

CHAQUE ÉDUCATEUR À TEMPS COMPLET DISPOSE DE L'ÉQUIVALENT D'UNE JOURNÉE PAR SEMAINE POUR ASSUMER LES RESPONSABILITÉS D'ÉQUIPES QUI LUI SONT CONFIÉES SANS AVOIR LA RESPONSABILITÉ DU GROUPE.

certaines limites à l'intervention et à sa capacité d'accueillir des jeunes, dont ceux pour qui leur problématique les amènent à se mettre en danger ou à mettre leur entourage en danger.

Il est donc important de préciser certains critères d'exclusion, dont la déficience intellectuelle avec troubles d'adaptation, les manifestations d'agressivité physique et verbale sévère, ou d'importants manques de contrôle pulsionnel; la tendance à fuguer ou à se mettre en danger, ou la tendance à mettre les autres en danger; la consommation abusive de drogues ou d'alcool accompagnée d'un refus de traitement, les délits au sens de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA).

pour assumer les responsabilités d'équipes qui lui sont confiées sans avoir la responsabilité du groupe. Du nombre de ces responsabilités nous retrouvons la responsabilité clinique, la programmation, l'alimentation...

RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Caractéristiques et localisation

Le cadre physique de l'unité est un facteur déterminant du type de prise en charge de la clientèle et réfère directement à la programmation qui encadre l'intervention. Ce sont des ressources de type foyer de groupe qui répondent le mieux aux objectifs d'intégration scolaire, professionnelle et sociale de la clientèle.

Le jeune dont la santé mentale se détériore et dont le contact avec la réalité devient précaire, entraînant ainsi un danger pour lui ou pour son entourage peut être hospitalisé temporairement et préférablement à HRDP. La décision est prise par le pédopsychiatre de l'équipe multidisciplinaire ou, à défaut, par le

Niveau d'encadrement de la clientèle

Afin de répondre aux besoins d'encadrement et de suivi de la clientèle et de soutenir la programmation, un éducateur est en présence les jours de semaine, assurant les suivis avec les milieux scolaires et assumant les responsabilités cliniques qui lui sont confiées. Pour assurer l'encadrement et soutenir la programmation de soirée, axée sur la communauté, deux éducateurs sont en présence des jeunes du lundi au jeudi. À compter du

LE PERSONNEL ÉDUCATEUR DOIT AVOIR DÉVELOPPÉ UNE EXPERTISE EN SANTÉ MENTALE. IL EST DÉDIÉ ET A FAIT LE CHOIX DE CETTE CLIENTÈLE.

Les ressources sont actuellement bien intégrées dans les quartiers du Nord-est de la ville, et sont situés à proximité de l'HRDP.

Services complémentaires d'appoint

Cette clientèle multiproblématique requiert de façon exceptionnelle

psychiatre traitant. Le soir et les fins de semaine, le jeune est conduit à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui, en association avec HRDP, offre des services d'urgence et d'observation.

Les chefs de service ou les chefs de la Permanence du CJM-IU évaluent avec

les éducateurs en place les besoins immédiats du jeune et décident de l'orientation à prendre.

Des protocoles d'arrêt d'agir et d'hospitalisation, pour chacun des jeunes selon les comportements manifestés, sont élaborés par l'équipe multidisciplinaire pour soutenir la prise de décision.

D'autres services complémentaires d'appoint sont aussi disponibles ; nous pouvons notamment identifier le service de réadaptation par le travail du CJM-IU et l'hôpital de jour de l'HRDP.

accompagnement individualisé du jeune et de ses parents et agit comme agent de liaison auprès des partenaires scolaires et des organismes communautaires. Par l'observation et la consignation des indices comportementaux de la clientèle, il contribue à l'élaboration et à la réalisation du plan de services individualisé (PSI) avec l'équipe multidisciplinaire. Il participe avec la personne autorisée, les parents et le jeune à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention intégré (PII) et de ses révisions. Les éducateurs participent aux activités de formation, aux comités d'équipe et aux différents comités cliniques.

évaluations de chacun sont mises à contribution pour une compréhension globale du jeune et l'élaboration d'un plan de services intégrés en collaboration avec l'équipe éducative.

Pédopsychiatre

Il réalise les évaluations psychiatriques et assure le suivi de la pharmacothérapie de la clientèle. Il participe avec l'équipe multidisciplinaire et l'équipe éducative à l'élaboration du PSI. Il soutient les intervenants dans leurs actions auprès de la clientèle. Il supervise la liaison avec les autres ressources en santé mentale.

Psychologue

Il réalise les évaluations psychologiques et assure le suivi de la clientèle dans son champ d'expertise. Il participe à l'équipe multidisciplinaire lors

de l'élaboration du PSI. Il évalue et assure le suivi thérapeutique de la clientèle à travers des activités individuelles et de groupe. Il assure un suivi des données clientèle.

Consultant clinique

Il soutient auprès des équipes le processus clinique et l'élaboration des plans d'intervention, il contribue au développement du travail d'équipe. Il conseille les chefs de service sur les aspects dynamiques et cliniques en lien avec les jeunes et les équipes d'intervenants.

Spécialiste en activités psychosociales

Il contribue à l'évaluation préalable à l'admission des jeunes et il soutient les équipes dans l'élaboration de la stratégie d'intervention. Il assure la liaison entre les équipes éducatives et l'équipe multidisciplinaire.

Agent de relations humaines

En tant que personne autorisée par

L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE EST COMPOSÉE DE PROFESSIONNELS DES DEUX ORGANISATIONS. CES PRINCIPAUX RÔLES SONT : L'ÉVALUATION DE CHACUN DES CLIENTS, L'IDENTIFICATION DE LEURS BESOINS ET LE SUIVI PAR LA MISE EN PLACE DES MOYENS ET TRAITEMENTS DANS UN ÉVENTAIL DE CHAMPS D'EXPERTISES.

RESSOURCES HUMAINES

L'équipe éducative

Compte tenu des besoins particuliers de la clientèle, le personnel éducateur doit avoir développé une expertise en santé mentale. Il est dédié et a fait le choix de cette clientèle. Il a et continue de développer son expertise en réadaptation et en pédopsychiatrie ainsi que les attitudes éducatives les plus porteuses. Les capacités d'observation, d'évaluation et de communication sont les pierres angulaires d'un travail avec une équipe multidisciplinaire. Le personnel actuel de HRDP travaillant en pédopsychiatrie a développé cette expertise. Il sera particulièrement interpellé dans l'intégration des processus cliniques intégrés liés à la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

L'éducateur planifie, organise, anime et utilise les différents moments de vie, les activités psychoéducatives et les activités d'intégration auprès de la clientèle. Il assure un

Les préposés aux bénéficiaires font partie de l'équipe éducative. Ils assurent une présence durant la nuit. Ils voient à la sécurité des jeunes et répondent à leurs besoins de base

Une équipe multidisciplinaire

Cette clientèle multiproblématique propose des défis particuliers aux deux organisations. La mise en place d'une équipe multidisciplinaire répond à un certain nombre de ces défis. Cette équipe multidisciplinaire soutenue par une approche multimodale, génère un partage d'expertise et une optimisation des services de réadaptation et des soins pédopsychiatriques.

L'équipe multidisciplinaire est composée de professionnels des deux organisations. Ces principaux rôles sont : l'évaluation de chacun des clients, l'identification de leurs besoins et le suivi par la mise en place des moyens et traitements dans un éventail de champs d'expertises. Les

le directeur de la protection de la jeunesse, il est responsable de l'élaboration du PSI en collaboration avec l'éducateur de réinsertion sociale et l'éducateur accompagnateur, le jeune et ses parents. Il réalise les évaluations psychosociales des jeunes et de leur famille et en assure le suivi, il soutient le développement des capacités parentales. Il est responsable de l'élaboration du PSI en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. En collaboration avec l'éducateur de réinsertion sociale, il soutient la réinsertion du jeune dans sa famille ou dans tout autre milieu de vie approprié.

Éducateur en réinsertion sociale

Il contribue à l'intégration scolaire, sociale et professionnelle de la clientèle en collaboration avec les éducateurs et l'agent de relations humaines. Il soutient la famille dans la prise en charge de leur jeune et contribue au développement des habiletés parentales. Il élabore et actualise avec le jeune et les personnes concernées, un projet de réinsertion réaliste et en lien avec son projet de vie. Il soutient le jeune et sa famille ou tout autre milieu de

plinaire. Elle agit également comme agent de liaison avec les services de santé de 1^{ère} et 2^{ème} lignes.

Chefs de service

Ils assurent dans un esprit de cogestion, présence, soutien clinique et supervision du personnel dans la réalisation de leurs responsabilités. Ils contribuent à l'évaluation préalable à l'admission et assurent la qualité des services. Ils coordonnent l'équipe multidisciplinaire et participent à l'élaboration des PSI et s'assurent de la rigueur des processus dont, entre autres, du processus clinique ainsi que de l'élaboration et du suivi de la programmation. Ils soutiennent le développement des compétences et de l'expertise. Le chef de service de l'HRDP s'assure de la gestion quotidienne des foyers.

L'équipe multidisciplinaire soutient l'équipe éducative dans ses interventions et assure une formation continue du personnel. Elle contribue au développement de l'approche, de l'instrumentation et des outils d'évaluation. L'équipe multidisciplinaire se réunit une demi-journée par semaine. Trois des membres de

champ de pratique, sur les leviers de changement les plus porteurs pour les jeunes et leurs parents. Cette cohérence de l'intervention augmente notre impact sur l'état de santé du jeune, sur ses capacités d'adaptation et sur son niveau d'intégration sociale, scolaire et professionnelle.

En soutien à l'équipe éducative et à l'équipe multidisciplinaire, d'autres services sont disponibles dans les deux organisations et méritent une attention particulière. Nous parlons ici des services d'aide aux employés disponibles dans les deux organisations et qui offrent des services à leur personnel. Les services d'intervention post-traumatique et de post-intervention du CJM-IU sont disponibles pour l'ensemble du personnel de La Traversée et sont offerts selon les mêmes modalités pour le personnel HRDP et CJM-IU.

L'ENCADREMENT

Pour assurer que l'intégration des services, des processus cliniques et de la programmation des deux organisations se réalise et se maintienne avec cohérence et efficience, la gestion clinico-administrative des équipes éducatives et la coordination de l'équipe multidisciplinaire se font en cogestion par un cadre intermédiaire de chaque organisation. La gestion des ressources humaines se fait par le gestionnaire qui relève de la même organisation que celle de l'employé.

LE PROCESSUS CLINIQUE

L'accès aux services

Les services de L'Émergence sont disponibles à l'ensemble de la clientèle du CJM-IU. La clientèle orientée vers les services de L'Émergence doit être ciblée avec acuité. Identifier avant

EN SOUTIEN À L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE ET À L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE, D'AUTRES SERVICES SONT DISPONIBLES DANS LES DEUX ORGANISATIONS ET MÉRITENT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE.

vie approprié par l'intensité de son intervention et contribue à diminuer la durée de séjour et à éviter les retours dans la ressource spécialisée. Pour l'équipe multidisciplinaire, il agit comme agent de liaison auprès d'une équipe éducative.

Infirmière

Elle évalue la condition physique et mentale et assure le suivi de la pharmacothérapie de la clientèle. Elle assure le lien avec le pédopsychiatre. Elle travaille en étroite collaboration avec l'équipe éducative et multidiscipli-

l'équipe multidisciplinaire agissent comme agents de liaison auprès des équipes éducatives.

La mise en commun des compétences et des expertises de tous les professionnels permet une meilleure compréhension de la situation du jeune, permet aussi de valider les jugements professionnels et de décider des moyens les plus porteurs et appropriés pour le jeune et sa famille. Cette mise en commun amène les professionnels à centrer leurs interventions, selon leur

l'admission les clients qui répondront le mieux à ce programme de réadaptation pour une clientèle avec des troubles de santé mentale, axé sur l'intégration sociale, scolaire et professionnelle, demeure un exercice de taille et un enjeu important dans l'atteinte des objectifs visés.

Ce sont les services d'accès du CJM-IU qui assument ce mandat; un responsable de l'accès est dédié particulièrement à la clientèle des services spécialisés. Le responsable de l'accès fait une première évaluation des dossiers qui lui sont soumis et transmet le tout aux chefs (de l'équipe multidisciplinaire de la DSSSJC) [...] qui voient à compléter l'évaluation. Les membres de l'équipe multidiscipli-

- l'accueil ;
- la démarche d'évaluation ;
- la démarche d'intervention ;
- la fin de l'intervention et référence, s'il y a lieu ;
- les prises de décision ;
- les modalités de concertation.

Les axes de prise de décision et de concertation se présenteront tout au long du processus et commandent la participation de plusieurs acteurs.

Les outils d'évaluations

Une évaluation utilisant divers instruments de mesure permettant d'assurer la qualité de l'évaluation biopsychosociale et de réadaptation

multidisciplinaire et éducative aient une vision commune de l'accueil, de l'évaluation spécifique et continue et de l'intervention. La formation de mise à niveau comme la formation continue contribuent de façon importante à créer la synergie nécessaire à une intervention cohérente et efficiente. Les formations sont dispensées par les deux organisations en fonction de leurs expertises spécifiques.

Le développement par ces équipes d'une expertise basée sur des données probantes et forgée auprès d'une clientèle qui cumule des risques que l'on reconnaît à des degrés divers chez de nombreux jeunes du CJM-IU, fournit des opportunités de formation et de supervision autant à l'intérieur des organisations (CJM-IU et pédopsychiatrie) que dans le continuum de services en santé mentale (CSSS).

La capacité d'intégrer une réadaptation psychosociale en santé mentale dans une perspective scientifique permet de développer un mandat spécifique de production de nouveau savoir à partir de l'élaboration de projets de recherche en partenariat avec des équipes intéressées à cette problématique.

Une triple mission de services, d'enseignement et de recherche est

LE PROCESSUS CLINIQUE QUI SOUTIENT L'INTERVENTION EST UNE INTÉGRATION DU PROCESSUS CLINIQUE INTÉGRÉ VOLET LPJ DU CJM-IU ET DU PROCESSUS CLINIQUE DE L'HRDP.

naire sont interpellés au besoin pour participer à cette évaluation préalable à l'admission. Un chef de service ou un membre désigné de l'équipe multidisciplinaire participe aux tables d'orientation.

Le processus clinique

Le processus clinique qui soutient l'intervention est une intégration du processus clinique intégré volet LPJ du CJM-IU et du processus clinique de l'HRDP. Ce processus clinique soutient l'action mais demeure « avant tout la traduction opérationnelle de valeurs et d'engagements des services » orientées vers la dispensation de services de qualité axés sur la cohérence et la continuité pour le jeune et ses parents.

Le processus clinique touche principalement six grands axes soutenus par une série d'opérations. Ces six axes sont :

constitue la pierre angulaire d'un ciblage adéquat de la clientèle, de la justesse de l'intervention et de l'évaluation des résultats de l'intervention. Plusieurs outils d'évaluation validés scientifiquement sont présentement disponibles. Une identification et utilisation systématiques dans chacun des dossiers et leur

PLUSIEURS OUTILS D'ÉVALUATION VALIDÉS SCIENTIFIQUEMENT SONT PRÉSENTEMENT DISPONIBLES.

consignation, sont essentielles pour permettre l'évaluation et le développement de la qualité de l'intervention. L'équipe multidisciplinaire se donne une rigueur suffisante pour créer cette valeur de recherche de l'excellence.

Les besoins de formation

Dans une telle entreprise, il demeure essentiel que les membres des équipes

ainsi rencontrée. Cette clientèle présentant des problématiques de santé mentale est admise au CJM-IU et reçoit des services d'hébergement à l'intérieur de ressources institutionnelles de foyers de groupe de l'Hôpital Rivière-des-Prairies dédiées à cette clientèle. Cet hébergement se fait à l'intérieur d'un mandat élargi régional dans un esprit de partage de ressources et d'expertises afin de

répondre aux besoins diversifiés de la clientèle visant comme finalité l'intégration sociale de cette clientèle. Les ressources sont financées par l'HRDP soutenues par une contribution du CJM-IU.

Tout ce qui a été avancé dans ce rapport vise à créer autour de ces jeunes particulièrement fragiles et leurs parents des conditions de réadaptation CJM-IU et des

conditions de soins psychiatriques HRDP dans un milieu, qui par ses caractéristiques d'évaluation de la clientèle et d'intensité de l'intervention, répondra à la complexité de leur problématique et permettra l'apprentissage des habiletés nécessaires visant l'intégration sociale, scolaire et professionnelle.

Les auteurs ont l'intime conviction que le rapprochement entre ces deux disciplines offrira les conditions nécessaires afin d'arriver, autant que faire se peut, à ce que ces jeunes aient une place dans notre société. <



Notes bibliographiques

- 1 Le Rapport du comité de réflexion HRDP/CJM-IU, Bouvier et al., 2004.
- 2 Extrait de Boisvert (2005)
- 3 Pour faciliter la compréhension et ne pas alourdir le texte inutilement, nous avons regroupé les troubles oppositionnels avec provocation, les troubles de comportement perturbateur, le trouble de conduite et le trouble explosif intermittent sous la seule catégorie de troubles de comportement. Il en est de même pour les retards mentaux et les troubles du langage.
- 4 Notre ajout
- 5 L'équipe multidisciplinaire est présentement en développement, ainsi les rôles de chaque participant sont en évolution et ce n'est qu'à titre indicatif que nous vous les présentons ici.
- 6 Notre ajout

COURRIER DU LECTEUR

Bonjour Jean-Luc,



En tant que collègue, je tiens à te dire bravo! pour ton article dans la revue Défi Jeunesse. Tu mets des mots sur notre vécu d'intervenant et sur les transformations tant sociétales qu'au niveau de notre profession.

Cela fait du bien!

Nathalie Gauthier <
Bureau St-Denis

Les articles suscitent chez vous des réactions, des commentaires, des réflexions. Le comité de la revue Défi jeunesse aimerait vous lire. N'hésitez pas à les lui faire parvenir par courrier ou courriel aux adresses indiquées sur la page du sommaire.



*« Grâce aux intervenants qui seront en mesure
de leur apprendre à connaître une vie différente
d'un passé difficile aux plans psychologique,
familial et social. »*



Conseil multidisciplinaire
du Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire