

***ÉVALUATION DES PROCESSUS ET DES EFFETS DU PROGRAMME  
IRI-ACCUEIL DU CJM-IU***

***Rapport final d'évaluation***

Par :

Christian Dagenais, CLIPP et U de M

Didier Dupont, UQAM

Geneviève Gratton, UQAM

**Projet financé conjointement par (1) le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, (2) la Fondation du Centre jeunesse de Montréal et (3) le ministère de la Santé et des Services sociaux**

Novembre 2004

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Le Centre jeunesse de Montréal (CJM-IU)

L'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS)

## *Préambule*

Cette évaluation découle de l'initiative d'un groupe d'intervenants-es et de gestionnaires du Centre jeunesse de Montréal qui voulaient évaluer l'efficacité des interventions de l'équipe IRI-Accueil. Au moment de formuler le projet d'évaluation, plusieurs personnes (voir liste des personnes au Tableau 1) se sont jointes à eux afin de former un comité de suivi chargé de : 1) formuler les questions de recherche, 2) définir les cibles du protocole d'évaluation, 3) procéder au choix et à la construction des instruments nécessaires, 4) participer à l'interprétation des résultats au fur et à mesure où ils devenaient disponibles et 5) élaborer une stratégie de diffusion de ces résultats.

Afin de demeurer fidèles à cet esprit d'évaluation participative, le rapport est rédigé de façon à faciliter aux personnes les plus directement touchées par l'étude, soit les intervenants-es et gestionnaires du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, l'appropriation des résultats les plus utiles pour elles. Pour ce faire, nous ne présentons dans ce rapport que les résultats les plus marquants tirés de nos analyses. Des résultats plus détaillés sont présentés dans les appendices regroupées dans un second tome, ainsi que toutes les informations traditionnellement exigées des publications scientifiques (méthodologies, références, questionnaires, stratégies statistiques, etc.). Elles sont donc accessibles pour celles et ceux intéressés à connaître ces informations complémentaires.

Le lecteur ou la lectrice notera que les extraits d'entrevue présentés dans ce rapport ne sont pas exhaustifs mais bien indicatifs. Nos analyses reposent sur l'ensemble du matériel qui constitue un corpus considérable de plusieurs centaines de pages. Les extraits insérés en bas de pages servent donc à illustrer notre propos. Ajoutons que ces extraits ont été « anonymisés », c'est dire que nous avons délibérément brouillé les indicateurs de sexe et les mots ou phrases pouvant conduire à l'identification des personnes. Ajoutons enfin que tous les noms ou prénoms qui figurent dans les extraits d'entrevue sont fictifs.

# Résumé de l'évaluation des processus et des effets du programme IRI-Accueil du CJM-IU

## Le contexte

Cette évaluation découle de l'initiative d'un groupe d'intervenants et de gestionnaires du Centre jeunesse de Montréal qui souhaitait évaluer l'efficacité des interventions de l'équipe IRI-Accueil. Ce volet du programme IRI s'adresse principalement à la clientèle âgée entre 6 et 17 ans signalée pour troubles de comportement. L'intervention à évaluer est mise en oeuvre lorsqu'une situation de crise familiale signalée au DPJ pourrait nécessiter un placement en urgence. Un-e intervenant-e de l'équipe IRI-Accueil est alors immédiatement dépêché-e sur les lieux afin de tenter de résorber la crise, d'obtenir un complément d'informations sur la situation du jeune et de sa famille et consolider le processus de référence vers les ressources de la communauté afin d'éviter de retenir inutilement le signalement. L'intervention de l'équipe IRI-Accueil s'apparente au modèle américain « *Homebuilders* » et en respecte les principes. Six intervenants et intervenantes forment l'équipe.

Les chercheurs se sont joints à des membres du personnel du CJM-IU et du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants pour former **un comité de suivi** chargé de formuler les questions de recherche, de définir les cibles d'évaluation, de procéder au choix et à l'élaboration des outils de collecte des données, de participer à l'interprétation des résultats et d'élaborer une stratégie de diffusion des connaissances découlant de cette évaluation.

Nous avons fait le choix d'une **méthodologie qualitative** pour mener l'examen des *processus de référence* à IRI-Accueil. Des intervenants des services *RTS* et *US* ont été rencontrés afin qu'ils exposent les critères qu'ils utilisent pour référer ou pas une famille au programme IRI-Accueil. De même, pour mener l'analyse des *processus d'intervention*, les intervenants-es IRI-Accueil ont été rencontrés à deux reprises et ont eu à décrire les modalités et la nature de leurs interventions auprès de familles référées par l'accueil DPJ.

Pour 1) décrire le degré d'implantation des huit principes directeurs et les caractéristiques des enfants et des familles; 2) mesurer l'effet du programme sur les placements et les signalements; 3) tracer le profil des familles des interventions dont les caractéristiques mènent à une intervention terminale, une **méthodologie quantitative** s'est avérée plus appropriée. Les données nécessaires à ces analyses proviennent des systèmes d'information du CJM-IU et de la DPJ.

## Les résultats

### ***Caractéristiques des interventions IRI-Accueil.***

À la lumière de nos analyses, nous pouvons dire que globalement, l'intervention IRI-Accueil respecte six des huit principes directeurs du modèle auquel elle réfère. Par contre, deux caractéristiques du modèle s'écartent de ces principes directeurs, soit : 1) pour l'ensemble de nos données, il n'est pratiquement pas fait mention d'activités de soutien concret auprès des jeunes ou des familles et 2) plus des deux tiers des interventions se prolongent au-delà de la durée prévue.

### ***Modèles implicites de l'intervention des intervenants-es du programme IRI-Accueil.***

Concernant les durées moyennes d'intervention très souvent supérieures à ce qu'elles devraient être, il ressort de nos analyses que ce phénomène était intimement relié à la question du transfert des dossiers aux partenaires; certains-es intervenants-es semblent utiliser ces ressources plus

rapidement ou plus fréquemment que d'autres. Par ailleurs, il ne semble pas aisé pour les intervenants-es de rompre le lien avec les familles et aussi envisager l'aide à apporter aux familles sur la base d'un très court terme.

### ***Évaluation des processus de référence : l'intervention des équipes RTS et US.***

Les situations référées au programme IRI-Accueil qui nous ont été décrites nous apparaissent très généralement pertinentes. Compte tenu de la complexité des situations traitées, il ne fut pas aisé de dégager des critères qui pourraient déterminer à coup sûr la décision de référer ou pas un cas à IRI-Accueil. En ce qui concerne le *critère de crise*, pour central qu'il soit, celui-ci ne nous apparaît pas réellement opérationnel pour aider à la prise de décision, car il s'agit d'un concept fortement sujet à interprétation. Nous constatons également que de parler de *troubles de comportement*, sans en spécifier la nature, n'est pas suffisant pour évaluer une situation ou prendre une décision; il semble particulièrement difficile d'estimer le seuil de gravité des comportements pour lesquels IRI-Accueil peut être ou non efficace.

Cela dit, les membres des équipes RTS et US, du point de vue de leur grande expérience dans l'évaluation de situations, sont en mesure de mettre en avant toute une série de critères qui vont les aider considérablement à faire le choix de référer ou pas à IRI-Accueil. Il semble que IRI-Accueil ne soit pas mobilisé quand les troubles de comportement du jeune sont graves ou sérieux, quand le jeune est déjà suivi par un autre partenaire ou quand il est connu des services de la DPJ. En revanche, le recours au programme IRI-Accueil est généralement envisagé pour éviter le placement ou la rétention de signalements, quand il est nécessaire d'intervenir vite dans le système parce que les membres de la famille sont à bout, n'en peuvent plus, pour éviter que la situation ne se détériore, quand la famille n'a pas la capacité ou la volonté d'aller chercher de l'aide, ou encore parce qu'une intervention au cœur de la « crise » augmente les chances d'aider réellement la famille. Tous les intervenants-es de l'accueil DPJ n'ont pas la même perception de l'efficacité des CLSC et ne réfèrent donc pas à cette ressource externe dans les mêmes conditions. Pour des situations similaires, certains-es préféreront mobiliser l'équipe IRI-Accueil que d'orienter les familles vers les CLSC, d'autres non. Certains-es semblent référer au programme IRI-Accueil des cas « coriaces », d'autres des cas plus « légers ». La collaboration des familles est aussi un critère très souvent mis en avant pour motiver et justifier le recours au programme IRI-Accueil.

### ***Évaluation des effets sur le placement et les signalements***

Nous constatons qu'au cours des six mois suivant la fin de l'intervention IRI-Accueil, 42,5 % des cas sont terminaux. Nos analyses statistiques montrent un lien significatif entre le nombre de placements avant l'intervention IRI-Accueil et ceux vécus après l'intervention. En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre le nombre de signalements et de services reçus avant l'intervention IRI-Accueil et le nombre reçus après l'intervention. Enfin, la durée de l'intervention, qu'elle se situe ou non dans les cadres prescrits, n'est pas statistiquement liée à une issue terminale ou non terminale. Ainsi, nos analyses montrent qu'une intervention supérieure à 14 jours ne conduit pas davantage à des situations terminales.

## **Les principales recommandations**

### ***Pour l'accueil DPJ***

Nous suggérons que les responsables s'assurent que tous les critères identifiés dans ce rapport d'évaluation se retrouvent dans le protocole de référence à IRI-Accueil. Le cas échéant, la mise à jour du protocole de référence devrait inclure l'opérationnalisation des concepts de « trouble de comportement » et de « crise ». Ceci permettra d'identifier les indices de trouble de comportement et de gravité des situations qui devraient mener à une référence au programme IRI-Accueil. Il faudrait s'assurer de l'adhésion des intervenants-es des services RTS et US aux mécanismes qu'il définit. Des activités devraient être mises en place afin d'optimiser l'implantation du protocole de référence au programme IRI-Accueil. Ces activités devraient selon nous être multipliées et confiées en partie à la conseillère clinique du service RTS et au coordonnateur du service des Urgences sociales.

Nous suggérons qu'un examen attentif de l'application des mécanismes de collaboration soit mené afin de s'assurer que les situations qui pourraient, ou devraient, être orientées vers des services offerts par d'autres partenaires le soient. Cet examen devrait porter notamment sur la perception des différents intervenants-es du CJM-IU et de la DPJ à l'égard des services offerts par leurs collègues de d'autres établissements incluant les organismes communautaires.

### **Pour IRI-Accueil**

En conformité avec ce qui a d'ores et déjà été initié par la direction, il nous semble que des discussions devraient être menées au sein de l'équipe et avec les responsables afin de faire consensus sur les critères de réussite du programme pour aider les éducatrices et éducateurs à valoriser la portée de leurs interventions et mieux saisir les effets escomptés du programme.

Nous suggérons de poursuivre le monitoring et l'analyse périodique des durées d'intervention.

Des discussions devraient être menées au sein de l'équipe et avec les responsables afin de clarifier ce qui est entendu et attendu par soutien concret aux familles.

Enfin, le soutien offert aux intervenants et intervenantes IRI-Accueil par le biais des rencontres de soutien clinique nous apparaît d'une extrême importance.

## ***Remerciements***

Nous tenons à adresser toute notre reconnaissance aux personnes qui nous ont soutenus, nous ont accordé leur confiance et nous ont permis de mener à bien cette évaluation.

### **Tableau 1 : Membres du comité de suivi**

- Michel Carignan, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Mario Cyr, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Christian Dagenais, CLIPP et Université de Montréal
- Serge Descôteaux, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Didier Dupont, UQAM
- Geneviève Gratton, UQAM
- Josette Laframboise, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Stephan Larouche, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Sophie Léveillé, Centre d'excellence pour le bien-être et la protection des enfants
- Gaëtan Paquette, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Jean-François Renaud, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Catherine Roy, Centre d'excellence pour le bien-être et la protection des enfants

Les personnes qui ont collaboré aux cueillettes de données quantitatives:

- Nathalie Dubois, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Raymond Labelle, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Manon Roland, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Evelyne Ginestar, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Jean-Guy Lafleur, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Caroline Richard, secrétaire et réceptionniste au CLIPP

Et bien sûr, même si nous ne pouvons les nommer explicitement afin de respecter nos engagements de confidentialité, nous tenons à remercier tout le personnel des équipes : IRI-Accueil, Réception et traitement des signalements et Urgences sociales qui ont accepté de participer à l'évaluation du programme IRI-Accueil.

## ***Table des matières***

Préambule.....	ii
Résumé de l'évaluation des processus et des effets du programme IRI-Accueil du CJM-IU .....	iii
Le contexte .....	iii
Les résultats.....	iii
Les principales recommandations .....	v
Remerciements .....	vi
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux .....	ix
Introduction .....	1
Bref rappel des caractéristiques du programme évalué.....	2
Objectifs de l'évaluation .....	4
Volet 1 : Évaluation de l'implantation .....	6
a. Caractéristiques des familles et des enfants .....	7
b. Caractéristiques des interventions.....	7
La rapidité .....	8
L'intensité .....	9
La souplesse horaire.....	9
Dans l'environnement familial.....	9
La durée d'intervention .....	10
L'implication des membres de la famille.....	10
La concertation.....	11
Le soutien concret .....	11
Volet 2 : Évaluation des processus.....	12
Processus de référence au programme IRI-Accueil : le rôle des services Réception et traitement des signalements (RTS) et Urgences sociales (US) .....	12
Le contexte de travail des services RTS et US.....	12
Le processus de prise de décision qui conduit à une référence IRI-Accueil.....	13
Les critères « forts » et consensuels qui mènent à la référence IRI-Accueil .....	15
La perception des concepts de crise et de troubles de comportement par les intervenants-es RTS et US.....	19
La référence à IRI-Accueil et le contexte institutionnel... ..	22

Modèles implicites des intervenants-es du programme IRI-Accueil .....	26
Le principe de la brièveté est intégré par l'ensemble des membres de l'équipe, mais... ..	27
Transfert des cas vers les partenaires du réseau... ..	29
Volet 3. Évaluation des effets sur le placement et les signalements .....	33
Discussion des résultats et suggestions de pistes pour l'action.....	36
Limites de la recherche : .....	36
Le processus de référence à IRI-Accueil (ou les pratiques des services RTS et US). .....	37
L'adhésion au programme IRI-Accueil.....	42
La référence IRI-Accueil et le contexte institutionnel... ..	43
Le soutien clinique dans les services RTS et Urgences sociales.....	44
Le programme IRI-Accueil et l'application des principes directeurs .....	45
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	54



## *Liste des tableaux*

Tableau 1 : Membres du comité de suivi	iii
Tableau 2 : Synthèse des activités d'évaluation	11
Tableau 3 : Résultats concernant l'implantation des principes directeurs	14

## Introduction

Au mois d'avril 2002, le Centre jeunesse de Montréal déposait au Centre d'excellence sur la protection et le bien-être des enfants une demande de financement pour l'évaluation du volet IRI-Accueil DPJ du programme d'Intervention Rapide et Intensive (IRI) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Ce projet visait à mesurer les effets du programme en comparant les familles qui reçoivent les services du programme IRI avec des familles aux prises avec le même genre de problèmes, mais qui reçoivent les services courants du CJM-IU. Dès le début du recrutement des familles en octobre 2002, nous avons constaté qu'il serait impossible de former le groupe de comparaison planifié. Ceci s'explique par le fait qu'entre le moment où nous avons soumis la proposition pour le financement et le début de la recherche, le nombre d'intervenants-es dans l'équipe est passé de quatre à six. Comme le groupe de comparaison devait être composé de familles admissibles au programme mais non desservies faute de place, l'augmentation du nombre d'intervenants-es a pratiquement éliminé la possibilité de former ce groupe. Après réflexions et discussions, il fut proposé de constituer deux groupes à partir des usagers ayant reçu les services du programme IRI-Accueil. Les groupes ainsi constitués sont formés 1) des usagers pour qui l'intervention s'est avérée terminale et 2) de ceux pour qui elle a donné lieu à d'autres types de services du CJM-IU ou à un signalement. Cependant, le type de devis nécessaire pour procéder à une évaluation basée sur une comparaison entre deux groupes qui reçoivent les mêmes services nécessite la mise en place d'une méthodologie plus complexe et plus coûteuse. Compte tenu de l'intérêt du milieu face à cette évaluation, la Direction générale du CJM-IU s'est engagée à faire les démarches nécessaires afin de couvrir ces coûts supplémentaires, démarches ayant abouti à une subvention conjointe de la Fondation du CJM-IU et du MSSS.

Cette reformulation du devis présente des avantages, mais aussi certains inconvénients. Comme nous le verrons, le nouveau devis comporte un examen attentif des pratiques des intervenant-es du programme, ce qui permet de mieux expliquer et de comprendre comment l'application du modèle sous-jacent proposé mène ou non aux résultats escomptés. Il prévoit aussi porter un regard sur les critères utilisés par les intervenant-es de l'accueil du DPJ pour référer au programme. Globalement, il permet de mieux cerner les clientèles pour qui le programme mène à une intervention terminale et les caractéristiques des interventions en lien avec la fermeture du dossier. En contrepartie, parce qu'il ne comporte pas de groupe de comparaison, ce nouveau

devis ne permet pas de déterminer dans quelle mesure le programme permet d'éviter les placements en urgence et de retenir les signalements. Ainsi, nous sommes en mesure de décrire assez précisément ce qu'il est advenu des familles au cours des six mois suivant la fin de l'intervention IRI-Accueil, mais il nous est impossible de déterminer ce qui serait arrivé à ces mêmes familles si elles n'avaient pas reçu les services. Seul un groupe de comparaison formé de familles aux prises avec le même type de problème, mais qui auraient reçu les services réguliers, aurait permis de faire lien entre l'intervention IRI-Accueil et l'évitement de placements et de signalements.

### **Bref rappel des caractéristiques du programme évalué**

Le volet « Accueil du DPJ » du programme IRI du Centre jeunesse de Montréal s'adresse principalement à la clientèle âgée entre six et 17 ans signalée pour troubles de comportement et dont la famille est dans une situation d'urgence et de crise. Ce programme poursuit essentiellement trois objectifs : 1) résorber la crise, 2) éviter de procéder à un placement en urgence et 3) consolider le processus de référence vers les ressources de la communauté afin d'éviter de retenir un signalement.

L'intervention à évaluer est mise en oeuvre lorsqu'une situation de crise familiale pouvant nécessiter un placement en urgence est signalée au DPJ. Un-e intervenant-e de l'équipe IRI rattaché à l'Accueil du DPJ (désormais équipe IRI-Accueil) est alors immédiatement dépêché-e sur les lieux afin de tenter de résorber la crise et d'obtenir un complément d'information sur la situation du jeune et de sa famille. C'est précisément l'intervention de cette équipe qui fait l'objet de la présente évaluation.

L'intervention de l'équipe IRI-Accueil s'apparente au modèle américain « *Homebuilders* » et en respecte les principes directeurs : (a) rapidité, (b) intensité, (c) souplesse, (d) déroulement des activités dans l'environnement familial, (e) durée limitée à huit jours, (f) implication de tous les membres de la famille, (g) concertation avec les partenaires et (h) offre de soutien concret (Nelson, Landsman & Deutelbaum, 1990; Dagenais & Bouchard, 1996).

Comme la plupart des programmes qui visent à maintenir les enfants et adolescents dans leur famille, les intervenants-es IRI-Accueil adaptent leurs interventions à la situation particulière à laquelle ils doivent faire face. Ils utilisent de ce fait un large éventail de stratégies provenant de

plusieurs disciplines: reformulation, écoute active, restructuration cognitive, recadrage, paradoxe, techniques de résolution de conflit et de conciliation, etc. (Dagenais et al. 2003).

Notre examen de la littérature met en évidence le fait que les programmes d'intervention en situation de crise familiale dont on dispose actuellement s'inspirent, pour la plupart, de la théorie de la crise élaborée par Caplan (1964) et Erikson (1959) autour de l'individu en crise. Ces interventions peuvent viser une vaste gamme d'objectifs et prendre plusieurs formes (Auerbach & Stolberg, 1986 ; Sugarman & Masheter, 1985 ; Umana, Gross & McConville, 1980). Elles s'adressent à des familles dont la crise se définit essentiellement par l'imminence d'un placement que l'intervention vise précisément à écarter (Dagenais & Bouchard, 1993, 1996 ; Dagenais, Bégin & Fortin, 1999 ; Dagenais, Bégin, Bouchard & Fortin, 2004; Nelson, Landsman & Deutelbaum, 1990 ; Kinney, Haapala & Booth, 1991).

Lors d'une période de crise, la famille serait plus encline à accepter une aide extérieure, car elle aurait épuisé ses ressources pour faire face à la situation ; elle se retrouve dans un état d'inconfort et de souffrance qui la rendrait plus susceptible d'accepter une aide extérieure (Golan, 1978 ; Roberts, 1990, 1991 ; Manning Kendrick, 1991 ; Aguilera, 1990 ; Du Ranquet, 1991). Selon cette conception, de laquelle découle, rappelons-le, la majorité des programmes d'intervention, la crise constituerait un moment privilégié que certains considèrent indispensable au changement (Pittman, 1987 ; Slive & McConkey-Radetzki, 1989). Ceci justifie une intervention rapide et intensive afin de profiter de l'opportunité de changement qu'offre cette courte période (Gutstein, 1987; Gutstein & al., 1988; David, 1987; Auerbach & Stolberg, 1986; Steele & Raider, 1991).

Le développement de programmes spécifiquement destinés à maintenir l'enfant dans un milieu familial plus sécuritaire suscite un attrait évident. De tels programmes ont été développés et largement disséminés depuis le milieu des années '70 (Kinney, Dittmar & Firth, 1990; Kinney Haapala & Booth, 1991; Garant, 1992). Au Centre jeunesse de Montréal, plusieurs alternatives ont été mises en œuvre afin d'éviter le recours au placement, lorsqu'il n'est pas indispensable et commandé par le bien-être de l'enfant (Gouvernement du Québec, 1991; Garant, 1992). Ainsi, les projets Ado-RTS-Urgences sociales ; Crise apprivoisée ; PRIME ; Jessie ; Négligence 0-5 ans ; Urgence ouest/enfance ; Intervention psychosociale intensive (Archambault & Des Groseillers, 1997), ont tour à tour permis de tirer des leçons aujourd'hui mises à profit dans l'intervention de l'équipe IRI-Accueil. L'hypothèse à la base du Volet IRI-Accueil découle de ces expériences et

se formule comme suit : On peut éviter le placement en urgence ou la rétention inutile d'un signalement en offrant sur le champ, à domicile, un soutien intensif à la famille de façon à faire face à la situation de crise et ainsi écarter les risques de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant. Selon les concepteurs de l'intervention IRI-Accueil, le fait d'offrir une intervention appropriée à la famille permettrait également, le cas échéant, de prévenir un placement à plus long terme ou des mesures plus lourdes de suivi.

Six intervenants-es forment l'équipe IRI-Accueil. Il importe de rappeler ici qu'au moment de la cueillette de données auprès des intervenants-es du programme, qui s'est terminée il y a déjà près d'une année, quatre de ces intervenants-es venaient de se joindre à l'équipe IRI-Accueil. Aucune de ces personnes n'avait d'expérience préalable en matière d'intervention rapide et intensive. Elles étaient donc en plein processus d'adaptation à un nouveau mode de pratique. Nous insisterons fréquemment sur ce point : l'interprétation de nos résultats doit tenir compte de ce facteur et du fait que la situation a certainement évolué au cours de la dernière année.

## **Objectifs de l'évaluation**

L'évaluation proposée se présente en quatre volets et poursuit huit objectifs. Le Tableau 2 présente une synthèse du plan d'évaluation.

Objectifs :

1. Décrire le degré d'implantation des huit principes directeurs et les caractéristiques des enfants et des familles (Volet 1, implantation)
2. Décrire le profil des familles desservies (Volet 1, implantation)
3. Identifier les principaux éléments de la situation signalée qui mènent à la référence au programme (Volet 2, processus)
4. Mettre au jour les modèles implicites auxquels réfèrent les intervenants-es dans leur pratique (Volet 2, processus)
5. Mesurer l'effet du programme sur les placements, les services et les signalements (Volet 3, effets)
6. Tracer le profil des familles avec qui l'intervention est terminale (Volet 3, effets)
7. Identifier les caractéristiques des interventions qui mènent à une intervention terminale (Volet 3, effets)
8. Adopter une approche de mise à profit des résultats produits dans le cadre de cette recherche (Volet 4, mise à profit)

**Tableau 2 : Synthèse des activités d'évaluation**

VOLETS	Objectifs	Données recueillies	Liste des variables	Source des données	Participants
I Évaluation de l'implantation	1. Décrire le degré d'implantation des principes directeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques des interventions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidité / Intensité / Souplesse horaire / Lieu où se déroule l'intervention / Concertation / Durée de l'intervention / Implication de tous les membres / Soutien concret</li> <li>• Signalements, services, placements 6 mois AVANT le signalement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaires maison remplis par les intervenantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les familles inscrites à IRI-Accueil entre le 29 novembre 2002 et le 13 juillet 2003 (n = 160)</li> </ul>
	2. Décrire le profil des familles desservies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caractéristiques des enfants et des familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants (âge, nombre d'enfants dans la famille, etc.)</li> <li>• Parents (âge, structure familiale, etc.)</li> <li>• Services reçus dans les six mois précédant le signalement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banques de données de la DPJ et du CJM-IU</li> </ul>	
II Évaluation des processus	3. Identifier les caractéristiques de la situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éléments de la situation menant à la référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens individuels semi-structurés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenants-es RTS et Urgences sociales (n = 15)</li> <li>• Intervenants-es IRI-Accueil (n = 6 x 2 rencontres)</li> </ul>
	4. Mettre à jour les modèles implicites auxquels réfèrent les intervenants-es	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la problématique</li> <li>• Activités mises en place</li> <li>• Objectifs poursuivis</li> <li>• Facilitants et obstacles</li> <li>• Éléments de satisfaction ou d'insatisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens individuels semi-structurés</li> </ul>	
III Évaluation des effets sur le placement et les signalements	5. Mesurer les effets sur les placements, les signalements et les services offerts post-intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données concernant les services pré et post-intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalements, services, placements 6 mois APRÈS la demande.</li> <li>• Caractéristiques des jeunes et des familles en lien avec les services post-intervention</li> <li>• Délai entre la demande de service et le premier placement.</li> <li>• Types de placement, de services, de signalements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banque de données de la DPJ et du CJM-IU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les familles inscrites à IRI-Accueil entre le 29 novembre 2002 et le 13 juillet 2003 (n = 160)</li> </ul>
	6. Tracer un profil des familles avec qui l'intervention est terminale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données d'implantation (Volet I)</li> </ul>			
	7. Identifier les caractéristiques des interventions qui mènent à une intervention terminale				
IV Mise à profit des résultats	8. Adopter une approche de mise à profit des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats produits dans les Volets I, II et III</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un comité de suivi</li> <li>• Présentations et implication du comité de suivi tout au long de la démarche</li> <li>• Présentation au comité de direction et au groupe de développement clinique du programme IRI-Accueil et au comité de direction</li> <li>• Préparation du rapport dans un format approprié s'adressant aux intervenants-es et aux gestionnaires du CJM-IU</li> <li>• Préparation d'un article dans une revue s'adressant aux intervenants-es</li> <li>• Préparation d'un article scientifique</li> </ul>		

L'ensemble des informations ayant servi aux analyses porte sur les familles desservies entre le 29 novembre 2002 et le 13 juillet 2003. Les sections qui suivent présentent les résultats obtenus pour chacun des volets de l'évaluation. Des informations plus détaillées concernant la méthodologie et les résultats sont présentées aux appendices 1 et 2. Il importe cependant de préciser que nos choix méthodologiques comportent deux types de méthodes.

Deux motifs sous-tendent le choix d'une méthode mixte alliant l'analyse de données quantitatives et qualitatives. Premièrement, la mise en commun des différentes perspectives, obtenues par la triangulation de différentes méthodes, permet d'identifier les convergences entre les résultats. Cette stratégie fait en sorte que les biais inhérents à une méthode spécifique peuvent être compensés par la mise à contribution d'une méthode différente (Campbell & Fiske, 1959; Cook, 1985). Malgré les incohérences qui peuvent apparaître, les résultats convergents seront plus crédibles que tout résultat obtenu à l'aide d'une seule méthode (Cook & Campbell, 1979; Trochim, 1985; Wiener, Wiley, Huelsman & Hilgemann, 1994).

Par ailleurs, mettre à contribution des méthodes différentes favorise l'émergence de données qui reflètent des perspectives complémentaires et permet une compréhension plus fine du problème à l'étude (Chenitz & Swanson, 1986; Glaser, 1978; Posavac & Carey, 1992; Wilson & Hutchison, 1991; Strauss, 1987). De fait, certaines questions d'évaluation ne peuvent trouver de réponse à l'aide du quantitatif, par exemple lorsqu'on cherche à comprendre les modèles implicites auxquels réfèrent des intervenants-es dans leur pratique, alors que pour d'autres c'est le contraire. En d'autres mots, la meilleure méthode est celle qui répond à la question de recherche (Bitoni, 1993).

## **Volet 1 : Évaluation de l'implantation**

Ce premier volet de l'évaluation vise deux objectifs : 1) décrire les caractéristiques des familles et des enfants desservis par le programme IRI-Accueil et 2) décrire les caractéristiques des services offerts. Ce deuxième objectif sert à mesurer le degré d'application des principes directeurs qui spécifient le cadre d'intervention du programme IRI-Accueil.

Les données concernant les 160 familles de notre échantillon proviennent des banques de données de la DPJ et du CJM-IU. Il convient ici de signaler que le taux de données manquantes

est parfois très élevé. Par exemple, il atteint **55 %** pour les informations concernant la composition familiale. Les données concernant les principes directeurs proviennent quant à elles de formulaires maison remplis par les intervenants-es du programme.

### ***a. Caractéristiques des familles et des enfants***

L'âge moyen des enfants desservis pendant la période de l'évaluation est **14,7 ans**. Les pères ont en moyenne **45,4 ans**, et les mères **41,5 ans**. Dans **69,4 %** des familles, les enfants sont placés sous la garde de la mère et **12,5 %** avec le père. Ajoutons que dans **18,1 %** des cas, les parents vivent ensemble.

En ce qui concerne les placements, signalements et autres services reçus au cours des six mois avant la référence au programme IRI-Accueil, les données montrent que **14,4 %** des jeunes de notre échantillon ont été signalés (dont **12,4 %** n'ont pas été retenus), **4,4 %** des jeunes ont été placés en famille d'accueil dans les six mois précédant l'intervention IRI-Accueil, **0,6 %** en foyer de groupe, **0,6 %** en foyer globalisant. Enfin, au cours de cette période, **5 %** des enfants ont reçu des services externes, **3,1 %** ont été suivis par IRI-Territoire, **8,8 %** par IRI-Accueil et **3,8 %** ont passé un séjour en unité d'arrêt d'agir.

***En bref**, dans les 6 mois précédant la référence à IRI-Accueil, **16,8%** des cas ont reçu au moins un service du Centre jeunesse, **4,4 %** ont été placés, **14,4 %** ont été signalés et **71,7 %** des cas n'ont reçu aucun service et n'ont pas été signalés.*

### ***b. Caractéristiques des interventions***

Rappelons les principes qui président à l'intervention IRI-Accueil : (a) rapidité, (b) intensité, (c) souplesse, (d) déroulement des activités dans l'environnement familial, (e) durée limitée à huit jours, (f) implication de tous les membres de la famille, (g) concertation avec les partenaires et (h) offre de soutien concret. Le Tableau 3 présente les résultats obtenus concernant chacun de ces principes.



**TABLEAU 3 : RÉSULTATS CONCERNANT L'IMPLANTATION DES PRINCIPES DIRECTEURS**

<i>CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS</i>	<i>Novembre 2002 / juillet 2003</i>
<b>RAPIDITÉ</b>	Première intervention en moyenne 3,9 heures après la référence au service La médiane se situe à 45 minutes et le mode à 30 minutes
<b>INTENSITÉ</b>	En moyenne, 4,7 interventions par tranche de 7 jours, ou 4,5 heures par tranche de 7 jours
<b>SOUPLESSE</b> <i>Services 24/7</i>	67,4 % de l'ensemble des activités a lieu durant la journée 89,9 % dans les jours réguliers de la semaine 55,9% des activités en face-à-face avec la famille ont lieu en soirée
<b>DANS L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL</b> <i>Domicile, voisinage...</i>	45,4 % des interventions sont faites au téléphone, 40,5 % au domicile, 9,2 % dans le milieu de vie de la famille et 1,6 % des interventions sont réalisées au bureau Si l'on ne considère que les activités en face-à-face, 74,5% des activités ont lieu au domicile, 16,9% dans le milieu de vie de la famille et 2,9% au bureau
<b>DURÉE LIMITÉE</b> <i>8 jours</i>	La durée moyenne de l'intervention est 31 jours (médiane = 18 jours) 32 % des prises en charge durent 8 jours et moins 43 % durent 14 jours et moins 31 % durent plus de 30 jours
<b>CENTRÉE SUR LA FAMILLE</b> <i>Implication de tous les membres de la famille</i>	Le jeune est l'interlocuteur dans 14,6 % des interventions téléphoniques et est présent dans 25 % des interventions au bureau, 72,3 % des interventions au domicile, 68,8 % des interventions dans le milieu de vie de la famille et 59,9 % des interventions ailleurs (centre d'accueil, etc.).  Au moins un membre de la famille nucléaire est l'interlocuteur dans 56,4 % des interventions téléphoniques et est présent dans 28,8 % des interventions au bureau dans 75 % dans le milieu de vie de la famille et dans 69 % des interventions qui se déroulent ailleurs.  Lors des contacts avec la famille, pour l'ensemble des interventions le jeune est présent dans 38 % des cas, la mère dans 47,5 % des cas, le père dans 12,4 % des cas, mais ce taux monte à 31,2 % s'il vit avec la famille. Lorsque la mère a la garde, le père est présent dans 4,5 % des cas.
<b>CONCERTÉE</b> <i>Concertation avec d'autres acteurs</i>	Dans 37 % des interventions, au moins un professionnel est présent (T.S, policier, éducateur, professeur, etc.) 62,4% de ces interventions ont lieu au téléphone
<b>"CONCRÈTE"</b> <i>Offre de transport, travaux ménagers...</i>	Seulement 1% des activités comportent du soutien concret

**La rapidité**

Le délai entre la référence et la première intervention est en moyenne de **3,9 heures**, soit 237 minutes. Quelques rares interventions ont été menées plusieurs jours après la référence et cela a eu pour effet d'augmenter considérablement la moyenne. Il peut être pertinent de se référer

davantage à la médiane (valeur centrale) qui est de 45 minutes, ou au mode (la valeur la plus fréquente) qui est de 30 minutes. Plus de **92 %** des premières interventions surviennent en moins de 4 heures.

### **L'intensité**

En moyenne, **4,7** interventions sont menées par tranche de 7 jours mais ici on relève une variation importante entre les intervenants-es : 3,6 à 6,5 interventions. En termes d'heures d'intervention, cela représente **4,5 heures** d'intervention pour la même période. D'un-e intervenant-e à l'autre ce taux varie de 3,6 à 7,1 heures par tranche de sept jours, soit un rapport de deux pour un. Bien que des tests statistiques aient été réalisés et qu'ils n'atteignent pas le seuil de signification statistique, ceci met en évidence des différences importantes entre les intervenants-es. Nous y reviendrons en discussion

### **La souplesse horaire**

Plus du deux tiers des interventions (**67,4 %**) ont lieu entre 8 h et 17 h et 89,9 % pendant les jours réguliers de la semaine.

Notons que lorsque les activités ont lieu pendant la journée, 56,3% se font par téléphone ou au bureau (lorsqu'il s'agit de rencontrer des intervenants-es de l'accueil DPJ par exemple), alors que 43,7% des interventions se déroulent dans l'environnement de la famille. En comparaison, lorsque l'intervention a lieu durant la soirée, 67,5% a lieu dans l'environnement de la famille. Cette différence s'explique sans doute par le fait que d'autres intervenants-es sont rejoints dans une large proportion par des activités au téléphone (43,3%) et que ceci arrive plus souvent pendant la journée et augmente la proportion d'activités au téléphone.

Notons que lorsque l'on ne considère que les activités en face à face, 55,9 % ont lieu en soirée.

### **Dans l'environnement familial**

Si l'on considère globalement les 1400 activités documentées par les intervenants-es (et non le nombre de minutes), on constate que près de la moitié (**45,4 %**) sont réalisées par téléphone. Les **54,4%** d'intervention restant sont réalisées en face-à-face, dont **40,5 %** au domicile et **9,2 %** dans le milieu de vie de la famille. Seulement **1,6 %** des interventions ont lieu au bureau. Si l'on ne considère que les activités en face-à-face, **74,5%** ont lieu au domicile, **16,9%** dans d'autres milieux de vie de la famille et **2,9%** au bureau.

## **La durée d'intervention**

La totalité de l'intervention IRI-Accueil dure en moyenne **31** jours. Mais comme quelques prises en charge sont particulièrement longues (jusqu'à 257 jours), ceci augmente la moyenne et ne rend pas bien compte de la durée réelle. Il est donc plus intéressant de considérer la médiane qui est **18** jours. Disons encore que **32 %** des prises en charge durent huit jours et moins, **43 %** durent 14 jours et moins et **31 %** durent plus de 30 jours. Donc, environ le tiers des interventions se déroulent dans le cadre prévu du programme, environ un tiers dure entre huit et 30 jours et un dernier tiers, plus de 30 jours.

Ici, il convient de tenir compte du fait que la cueillette de données s'est déroulée pendant 40 semaines incluant la période des fêtes et une partie de l'été 2003. Nous savons que certains dossiers ont été délibérément laissés ouverts pendant la période de congé des intervenants-es qui voulaient s'assurer à leur retour que la situation de la famille ne s'était pas détériorée pendant cette période. Bien que nous ne soyons pas en mesure de chiffrer précisément l'effet de ces cas particuliers sur la durée moyenne de l'intervention, il est raisonnable de penser que cette durée est sans doute un peu plus courte que ce que les statistiques montrent.

## **L'implication des membres de la famille**

Le jeune est l'interlocuteur dans **14,6 %** des interventions téléphoniques. Il est présent dans **25 %** des interventions au bureau, **72,3 %** des interventions au domicile, **68,8 %** des interventions dans le milieu de vie de la famille et **59,9 %** des interventions réalisées dans un autre lieu (centre d'accueil, poste de police, etc.).

En ce qui concerne la présence des membres de la famille nucléaire lors de l'intervention, les données montrent qu'un membre de la famille est l'interlocuteur dans **56,4 %** des interventions téléphoniques et qu'il est présent dans **28,8 %** des interventions au bureau, dans **98,4 %** des interventions au domicile de la famille, dans **75 %** dans le milieu de vie de la famille et dans **69%** des interventions qui se tiennent ailleurs.

Lors des contacts avec la famille et pour l'ensemble des interventions, le jeune est présent dans **38 %** des cas, la mère dans **47,5 %** des cas, le père dans **12,4 %** des cas, mais ce taux monte à **31,2 %** lorsque ce dernier vit avec la famille. Lorsque c'est la mère qui a la garde de l'enfant les pères sont présents dans **4,5 %** des interventions.

## **La concertation**

Au moins un professionnel (travailleur social policier, éducateur, professeur, etc.) est l'interlocuteur de **43,3%** des interventions téléphoniques. Il est présent dans **78,8 %** des interventions au bureau, dans **15,8 %** des interventions au domicile, dans **47,5 %** des interventions dans le milieu de vie de la famille et dans **58 %** des autres lieux d'intervention. Globalement, on observe qu'un professionnel est présent dans **37 %** des interventions documentées.

## **Le soutien concret**

Nos données indiquent qu'une ou des actions de soutien concret sont offertes (interventions extra-cliniques) aux familles suivies dans **0,7 %** des cas. Face à ce très faible résultat, nous avons tout d'abord supposé que cette question particulière avait pu être source de confusion pour certains-es, et que donc elle n'avait pas été notée en conformité avec les actions posées dans la pratique. Cela dit, lorsque nous avons consulté l'ensemble des entrevues des intervenants-es IRI-Accueil pour vérification, nous n'avons trouvé que très peu d'allusions à de telles actions et ce, dans un matériel qui compte plusieurs centaines de pages de discours. Nous présenterons en discussions les hypothèses explicatives émises par les intervenants-es et les membres du comité de suivi lors des vagues successives de présentations des résultats.



## **En bref...**

*À la lumière de ces résultats, nous pouvons dire que globalement, conformément au modèle de référence, l'intervention IRI-Accueil respecte les principes directeurs suivants: 1) la première intervention survient très rapidement, dans 92% des cas en moins de quatre heures; 2) bien qu'on observe une grande variation d'un intervenant-e à l'autre (de 3,6 à 6,5) l'intervention est intensive, soit 4,5 heures d'intervention par tranche de 7 jours; 3) elle est souple, car près du tiers des interventions ont lieu en soirée; 4) les interventions impliquant les membres de la famille se déroulent généralement dans leur environnement; 5) elle implique plusieurs membres de la famille puisqu'ils sont présents dans nombre d'activités et 6) elle fait appel à la concertation des partenaires impliqués auprès de la famille. Par contre, deux caractéristiques du modèle s'écartent des principes directeurs, soit : 1) la présence d'activités offrant du soutien concret est presque nulle et 2) plus des deux tiers des interventions se prolongent au-delà de la durée prévue.*

## **Volet 2 : Évaluation des processus**

Ce deuxième volet de l'évaluation vise deux objectifs : 1) identifier les caractéristiques de la situation qui mènent à une référence au programme IRI-Accueil et 2) mettre au jour les modèles implicites auxquels réfèrent les intervenants-es du programme. Les données nécessaires à l'analyse pour chacun de ces deux objectifs proviennent d'entretiens individuels réalisés respectivement auprès des intervenants-es 1) des services RTS-US (n = 15) et 2) du programme IRI-Accueil (n = 11).

### ***Processus de référence au programme IRI-Accueil : le rôle des services Réception et traitement des signalements (RTS) et Urgences sociales (US)***

#### **Le contexte de travail des services RTS et US**

Avant d'aborder la question des critères de référence au programme IRI-Accueil par les intervenants-es RTS et US, il nous apparaît important de décrire brièvement le contexte dans lequel ces personnes travaillent. Lorsqu'un appel téléphonique est placé à l'accueil DPJ, en un temps très bref, les intervenantes et intervenants doivent évaluer et comprendre une situation familiale, apaiser et rassurer des personnes, les diriger ailleurs, ou faire le choix de mobiliser ou non des équipes d'intervention (personnel DPJ ou du service IRI-Accueil par exemple).

Ces agents de « première ligne » assument la tâche difficile de protéger les jeunes signalés et de juger de la pertinence de retenir ces signalements. C'est dire qu'il leur faut parfois se confronter aux instances et aux individus qui envisagent la DPJ comme un pourvoyeur de services, se confronter à la pression des policiers qui ne discernent pas toujours les situations de protection des autres situations, se confronter à l'insistance de partenaires qui ne comprennent pas toujours le fait que des situations ne soient pas retenues et se confronter encore à la pression de parents qui exigent un placement immédiat du ou de la jeune. Ces tensions génèrent leur lot de manifestations d'amertume, d'agacement et de frustration. Il nous a été relaté qu'environ la moitié des quelques 200 appels reçus chaque jour pouvaient être considérés comme irritants, délicats, difficiles à gérer par les intervenants-es RTS et US. Ajoutons que malgré l'engorgement du système, la DPJ retient environ la moitié des signalements qui lui sont adressés.

L'ancienneté moyenne des intervenants-es est de 10 ans pour les US, 15 pour le service RTS.

## **Le processus de prise de décision qui conduit à une référence IRI-Accueil**

Précisons tout d'abord que cette section du rapport vise à présenter les résultats tels qu'ils sont apparus au fil de nos analyses. Dans la discussion qui suit la présentation de l'ensemble des résultats, nous reviendrons sur les faits saillants présentés ici et nous formulerons des hypothèses explicatives et des recommandations.

Au moment de l'analyse des entrevues, nous nous sommes employés à faire la description des discours recueillis, lesquels sont à envisager comme des représentations, des conceptions, des interprétations qui sont suffisamment partagées pour que nous jugions nécessaire de les présenter. À chaque fois que cela nous paraissait possible, nous avons tenté d'arrimer ces discours avec nos données quantitatives afin d'évaluer le degré de congruence entre ces perceptions et les faits. Si donc nous ne disposions pas du matériel nécessaire pour confirmer ou infirmer tel ou tel constat, nous avons néanmoins fait le choix d'en faire mention. Cette orientation de travail permet d'enrichir la compréhension des processus en jeu dans la référence au programme.

Nous n'apprenons rien à personne en disant que les processus qui conduisent à une prise de décision sont généralement très complexes. Sur la base de leurs expériences personnelles et professionnelles, de leurs croyances, de leurs connaissances, sur la base des injonctions ou consignes qui leur sont transmises par l'institution, sur la base de la Loi sur la protection de la jeunesse, les intervenants-es de l'accueil DPJ évaluent une situation dans un temps très bref et sont amenés à décider de l'issue d'un signalement. De ce point de vue, il serait illusoire d'espérer identifier des variables tirées du profil des familles qui pourraient à elles seules déterminer l'orientation d'une famille vers le programme IRI-Accueil plutôt que la rétention du signalement par exemple. De telles variables « prédictives » ou déterminantes (telles que : abus sexuels, violence chronique, danger patent pour un des membres de la famille, etc.) il y en a peu et, la plupart du temps, la situation décrite au téléphone par les partenaires et par les familles est évaluée en tenant compte de plusieurs informations qui vont être considérées dans leur ensemble et certaines d'entre elles feront pencher la balance au moment de la prise de décision<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *On avait envoyé une éducatrice mais elle (la jeune) avait beaucoup de troubles de comportement. Nous étions à la limite de retenir un signalement sauf que les gens étaient collaborateurs : # 11 RTS (9)*

Par exemple : *le jeune a frappé sa mère MAIS c'est la première fois ET la famille et le jeune font preuve de collaboration ET il faut intervenir rapidement dans ce milieu, etc.*

Plusieurs répondants reconnaissent que le processus d'évaluation des situations s'accomplit par automatisme, au point qu'il leur semble difficile d'identifier et de nommer l'ensemble des facteurs ou critères qui alimentent leur pensée, leur jugement et qui vont les conduire à prendre des décisions. À certains égards, leur savoir, leurs connaissances sont implicites, tacites. Ceci peut s'expliquer par le fait que plus nos connaissances augmentent dans un domaine, moins l'on est conscient des détails qui composent ce champ d'expertise, car beaucoup des gestes que l'on pose deviennent des automatismes (Fisher, 1990). Même si l'on semble percevoir les relations, il est rare que l'on nomme ou définisse ces liens à moins qu'une tâche demande de s'y attarder (Baars, 1988). Ainsi, certains-es intervenants-es n'ont évoqué qu'un ou deux critères pour justifier la référence à IRI-Accueil et ont éprouvé des difficultés à expliciter le processus qui les ont conduits à prendre des décisions<sup>2</sup>.

D'ailleurs, certains-es affirment ouvertement que le processus décisionnel qui mène à une référence IRI-Accueil n'est pas simple. Pour ceux-là, les critères demeurent obscurs, imprécis. Et effectivement, certains extraits nous indiquent que les conditions de référence à IRI-Accueil ne sont pas nécessairement connues ou maîtrisées par tous<sup>3</sup>.

Bref, les intervenants-es n'envisagent pas tous la référence à IRI-Accueil de la même manière, ils ne privilégient pas tous les mêmes critères. Disons pour l'instant que cette variation dans les interprétations ou perceptions est clairement identifiée par certains-es des répondants-es. Nous y reviendrons.

---

<sup>2</sup> *Je dirais que la violence c'est un critère et ça peut être la violence du parent aussi, il y a des parents qui se battent là avec leurs enfants, Mais je te dirais que ça me vient pas spontanément de dire c'est quoi... On dirait que c'est quand tu le fais dans la pratique que tu te dis « ah oui, ce pourrait être IRI ». Puis on n'est pas des chercheurs, on est des cliniciens, et quand j'essaie de définir c'est quoi nos critères, ça ne me vient pas spontanément. # 15 RTS (89)*

<sup>3</sup> *C'est déjà arrivé qu'on ait envoyé l'IRI... Mais peut-être qu'on a moins de dossiers comme ça ou dans la pratique c'est pas une habitude qu'on a pris... Peut-être que si on se rencontrait et si on en parlait en groupe... peut-être que ce serait à développer. Mais là, il y a eu toutes sortes de greffes à notre service, on a greffé IRI, vérification complémentaire, urgence sociale, intervention terrain, alors je serais bien en peine de te dire c'est quoi les... Ben, pour moi IRI c'était ados, tu comprends? # 15 RTS (45)*

## Les critères « forts » et consensuels qui mènent à la référence IRI-Accueil

Disons d'abord que globalement, nous n'avons pas relevé de situations référées au programme IRI-Accueil pour lesquelles la référence nous semblait incompréhensible ou aberrante. Du point de vue des grandes lignes du mandat IRI-Accueil, la grande majorité des cas décrits par les répondants (mais aussi par les éducateurs et éducatrices du programme) nous sont apparus opportuns. Si quelques cas nous semblaient être un peu « limites » à cause de la lourdeur de la situation, il était clair que IRI-Accueil était dans ce cas envoyé sur place pour aller recueillir davantage d'informations, pour « *prendre le pouls* ». Nos données montrent que ceci s'est produit dans huit des 160 situations référées. Dans six de ces huit situations l'intervention a duré moins de 5 jours.

Dès les premières étapes de la recherche, nous nous sommes employés à faire le relevé des principaux thèmes ou concepts à partir desquels les intervenants-es justifiaient la pertinence d'une référence IRI-Accueil. Les critères qui suivent ne sont pas nécessairement partagés par tous les répondants-es, mais sont ceux que l'on retrouve le plus souvent dans les entrevues.

- ***IRI-Accueil n'est pas indiqué pour les troubles de comportement sérieux ou graves***<sup>4</sup>. Nous verrons plus tard que ce critère est fortement sujet à interprétation.
- ***La crise dans la famille***. Probablement le critère le plus invoqué pour justifier la mobilisation de l'équipe IRI-Accueil dans les familles. Nous reviendrons ultérieurement et plus précisément sur les modalités d'utilisation de ce concept.
- ***Menace de placement***. Lorsque l'un des parents refuse de reprendre son enfant, ou que le ou la jeune refuse de rentrer chez lui, les intervenants-es de l'accueil DPJ auront tendance à considérer davantage la référence à IRI-Accueil (plutôt que d'orienter la famille vers un CLSC par exemple). Il s'agit ici d'un critère très largement évoqué par les services RTS et US.
- ***L'urgence dans la crise...*** La nécessité d'une intervention rapide dans le milieu peut être clairement invoquée, mais la plupart du temps, les intervenants-es de l'accueil DPJ vont

---

<sup>4</sup> *Alors pour IRI je vais aller chercher souvent du 14 ans et plus, du trouble de comportement, mais pas les troubles de comportement sérieux, ancrés et pour lesquels le parent n'a plus aucun contrôle, que le jeune décroche, rentre tard, fait de la prostitution, prend de la dope, ne va pas à l'école... Ça, je vais le garder PJ # 12 RTS (13)*



parler de signes, d'indicateurs qui vont leur signifier l'urgence. Ceci est exprimé de façon implicite de plusieurs manières<sup>5</sup>. Les trois critères qui suivent sont des indicateurs de ce type.

- **Menace de violence**<sup>6</sup>. Aussitôt qu'un risque de violence est identifié, qu'un parent ou un(e) jeune menace d'en venir aux gestes, la situation est considérée suffisamment à risque pour qu'un éducateur, une éducatrice IRI-Accueil soit envoyé sur place.
- **Atteinte d'une limite : les parents sont à bout, ou exaspérés**. Il est ici question d'une limite au-delà de laquelle on tombe dans l'inconnu et donc dans le risque. Au-delà de cette limite, la probabilité est grande que les situations se dégradent.
- **Risque de détérioration de la situation familiale**<sup>7</sup>. Si rien n'est fait pour cette famille, pour ce jeune, la situation va se détériorer au point où il faudra signaler, placer, ou envoyer un(e) intervenant-e DPJ. Mais ici, il nous paraît très important de mentionner que si certains-es intervenants-es de l'accueil DPJ évaluent que la situation en question peut se détériorer dans les heures qui suivent, d'autres vont parler d'un risque de détérioration à plus long terme, c'est-à-dire dans les semaines ou les mois qui vont suivre. Cette crainte est souvent invoquée donc, mais elle ne fait pas toujours référence au même niveau d'urgence. La référence IRI-Accueil peut ainsi être motivée par le fait que « si on ne fait rien tout de suite, dans deux semaines le cas nous revient » et nous ne sommes donc plus dans une situation d'urgence à proprement parler.

---

<sup>5</sup> « mère rendue à bout » (# 16); « Je sens les gens en situation de crise alarmante! » (# 09); « c'est sur le bord d'exploser! » (# 12); « le parent est dépassé! » (# 23); « besoin d'intervention, même si le jeune n'est pas en danger! » (# 23); « ils ne sont plus capables de s'endurer l'un, l'autre » (# 24); « ils n'en peuvent plus! » (# 25); « la tension est tellement grande, que si on n'envoie pas quelqu'un...! » (# 25); « ça sautait! » (# 25).

<sup>6</sup> Mais quand je vois vraiment que quasiment le parent veut le mettre à la porte, puis qu'il n'en peut plus, puis qu'il y a eu un facteur précipitant, qu'il soit grave ou pas, mais que là dans le fond c'est vraiment « venez le chercher, j'en peux plus ou je vais faire du Paris-pâté avec ! » (...) je suis comme devant le fait accompli ou je sens que la tension est trop grande, il faut envoyer quelqu'un. # 25 Urg Soc (5)

<sup>7</sup> (...) il y a souvent des petits qui ont 9 ans et qui sont à batterie! Ils sont toujours surchargés puis souvent sont avec une mère seule. Elle n'arrive pas à contrôler, les enfants sont agressifs, puis le parent a besoin d'être aidé comme parent pour établir son autorité, sinon je veux dire si le parent arrive pas à le faire ça veut dire que dans peu de temps cet enfant-là il va être pris en charge par la DPJ (# 22 p 17)

D'autres critères de référence à IRI-Accueil sont invoqués – et parfois traités au titre de priorité – mais n'impliquent pas nécessairement la nécessité d'une intervention immédiate :

- ***La crise, une famille en souffrance, en colère, dépassée, c'est une fenêtre privilégiée pour l'intervention IRI-Accueil***<sup>8</sup>. Ce critère qui revient souvent dans le matériel ne nous apparaît pas comme étant déterminant, mais par contre il peut faire infléchir une décision : intervenir au cœur de la crise pour augmenter les chances d'introduire du changement au sein du système familial. Il est important de « battre le fer pendant qu'il est chaud » (# 24).
- ***Les limites du CLSC***. Lorsqu'ils sont confrontés à une situation, les intervenants-es de l'accueil DPJ, et surtout du service RTS, en viennent très souvent à se demander si la situation peut être réglée sans l'intervention de la DPJ ou du Centre jeunesse et donc par les partenaires externes. Mais au titre des partenaires externes, c'est presque toujours le CLSC qui est envisagé comme mesure alternative au signalement retenu ou au placement en urgence. Cela dit, on observe dans les discours recueillis que tous n'ont pas la même perception des CLSC. On peut supposer que tous n'utilisent pas ce moyen de la même façon et à la même fréquence. Nous y reviendrons.

Il est souvent demandé aux intervenants-es pourquoi référer à IRI-Accueil plutôt qu'à un autre programme ou service. En guise de réponse beaucoup vont émettre des réserves quant à la célérité ou l'efficacité des CLSC : les CLSC n'ont pas d'éducateurs ou d'éducatrices à disposition et ne peuvent donc mettre en place un suivi rapidement; les CLSC ne se déplacent pas dans les familles, les CLSC ne font rien si le jeune n'est pas volontaire, si le jeune a plus que 14 ans, ou encore les CLSC ont des listes d'attente à n'en plus finir.

Si l'on veut intervenir au cœur de la crise, si l'on veut que la situation ne se détériore pas davantage, si l'on veut avoir le sentiment d'aider les familles, certains vont donc

---

<sup>8</sup> (...) parce que malheureusement avec d'autres services, et là je parle notamment des CLSC, le temps de faire une requête, le temps que les gens reçoivent de l'aide, ça ne répond plus objectivement aux besoins. Plus du tout. (...) Tout le monde sait d'ores et déjà qu'une crise c'est toujours une période d'ouverture où il y a des choses qui peuvent être travaillées. Quand il y a une référence qui est faite à un autre service et qu'un délai se rajoute, soit les gens se ferment ou sont moins réceptifs à travailler des choses, soit la crise se détériore encore plus." # 21 (141)

privilégier les services d'une éducatrice ou un éducateur IRI-Accueil car il est entendu que de cette façon-là un premier soutien sera apporté aux familles, les listes d'attente des CLSC pourront être « contournées » et les familles seront accompagnées de façon efficace vers les CLSC. Cet argument est récurrent dans notre matériel d'analyse.

D'autres ne remettront pas en question la compétence et les capacités des CLSC et vont donc diriger des familles vers ce type de services.

Plusieurs ont néanmoins conscience ou connaissance que le programme IRI-Accueil ne saurait être une référence palliative pour combler les manques du système. Nous reviendrons sur ce thème dans la discussion.

- ***Incapacité ou refus de la famille, du jeune, à consulter ailleurs***<sup>9</sup>. Certains-es intervenants-es de l'accueil DPJ interrogent les habiletés de certains parents qui sont démunis face aux procédures de demande d'aide, parents qui ne savent pas présenter une demande, qui ne savent pas se faire entendre et qui donc ont besoin de se faire accompagner. Ils envisagent alors une référence à IRI-Accueil.
- ***Aller prendre le pouls d'une situation***. Autre exemple d'une intervention IRI pas nécessairement motivée par l'urgence, le souci de recueillir des informations complémentaires pour mieux évaluer la situation et être plus à même de prendre des décisions.

Pour évaluer la situation et prendre une décision, les intervenants-es de l'accueil DPJ se réfèrent aussi fréquemment aux critères suivants :

- ***La famille ou le jeune sont-ils suivis par d'autres intervenants-es?*** Si tel est le cas, la plupart des répondants-es affirment écarter la possibilité d'une référence à IRI-Accueil. Ils préféreraient renvoyer les familles vers les ressources existantes (CLSC, IRI-Territoire, Hôpital, etc.).

---

<sup>9</sup> (La référence à IRI-Accueil) dans un premier temps, je pense que c'est plus quand il y a vraiment une crise, que tu sais que si tu les réfères au CLSC le jeune ou le parent ne feront pas la démarche. En fait, tu te dis que dans le fond, pour qu'ils aient le service et que la situation ne rebondisse pas en urgence, en code 1, on demande l'éducateur (IRI)". #11RTS (5)

- **Jeune connu ou pas des services.** La plupart des répondants-es manifestent une certaine réticence à mobiliser les équipes IRI-Accueil si le jeune est connu des services DPJ.
- **Collaboration du jeune et des parents.** Si les intervenants-es de l'accueil DPJ perçoivent un manque de volonté des parents, ou un refus de collaborer, très peu vont être enclins à envoyer un membre de l'équipe IRI-Accueil sur place. Si au contraire les familles sont perçues comme étant enclines à collaborer, à recevoir de l'aide, alors cette dimension va être considérée comme étant très favorable et même susceptible de « compenser » certains aspects plus négatifs ou difficiles (troubles de comportement sérieux). Ce critère semble avoir un fort ascendant sur les prises de décision. Pour la grande majorité des intervenants-es le service IRI-Accueil s'adresse d'abord à des jeunes qui sont volontaires. Cela dit, la grosse majorité des répondants reconnaissent au besoin « forcer » un peu le volontariat<sup>10</sup> du jeune et faire ainsi confiance à l'intervenant-e IRI-Accueil qui saura mobiliser le ou la jeune.
- **Âge.** La plupart des répondants-es savent que le programme IRI-Accueil est destiné principalement à des enfants de 6 à 17 ans mais ils réfèrent plus volontiers à IRI-Accueil des jeunes de 12 à 16 ans. Plusieurs reconnaissent qu'ils vont davantage orienter les familles vers les CLSC si le jeune a moins de 14 ans. Rappelons ici que l'âge moyen des cas référés à IRI-Accueil dans notre échantillon est de 14,7 ans (82,5% des jeunes ont entre 12 et 16 ans).

### **La perception des concepts de crise et de troubles de comportement par les intervenants-es RTS et US.**

Au terme du premier survol des transcriptions d'entretiens, il nous est apparu difficile de dégager une définition uniforme des termes « crise » et « troubles de comportement ». Ainsi, il est devenu

---

<sup>10</sup> (...) mais habituellement ça prend une crise puis dans le cas des adolescents c'est sûr qu'on essaie d'avoir leur volontariat, mais moi je n'attendrais pas de l'avoir à 100% pis je ne l'attendrais même pas de l'avoir à 75% ... Si j'ai un minimum ou si j'ai un parent qui me dit « il va être présent, puis fiez-vous sur moi madame il va être présent puis il va être là! », moi je transmets la demande. Parce que je connais nos éducateurs puis je sais que nos éducateurs, certains de nos éducateurs sont capable dans le fond de faire ce que nous on appelle en anglais du reaching out, d'aller rechercher le jeune, d'aller retrouver dans le fond chez le jeune ce qui peut le motiver à embarquer dans un dans un projet comme ça, puis à s'asseoir avec un éducateur. # 09 RTS (5)

important de mieux comprendre comment étaient utilisés les quelques concepts qui nous semblaient être au cœur de l'intervention IRI-Accueil.

### **Sur la crise...**

Sans doute le plus utilisé pour justifier une référence à IRI-Accueil, le critère « crise » constitue le critère par excellence pour orienter une famille vers ce programme. La presque totalité des répondants-es l'invoquent plus que tout autre. Souvent, cette évocation se fait sous le mode de l'injonction, c'est-à-dire que pour envisager une référence IRI-Accueil, « *ça prend une crise* », « *il faut qu'il y ait une crise* ». La fréquence d'utilisation de cette formulation nous apparaît être la trace d'une consigne institutionnelle généralement admise, intériorisée. Spécifions encore que le concept de crise est souvent évoqué comme s'il allait de soi, comme s'il suffisait en soi pour décrire une situation, pour « justifier » une référence à IRI-Accueil. Rappelons à toutes fins utiles que dans le programme initial, la crise était décrite comme suit :

*« situation où sont mises à l'épreuve les capacités d'adaptation de la famille face à une situation immédiatement nouvelle pour elle, nécessitant à la fois la mise en place de réponses appropriées et le changement des modes habituels d'interaction. D'autre part, elle diffère d'une situation d'urgence, laquelle a un caractère ne pouvant être différé, d'où la nécessité d'agir vite. L'urgence est reliée à une notion de danger et implique une réponse sans délai ».*  
Laframboise, 2003.

Or, dans le matériel recueilli, il nous est apparu que très peu de répondants-es envisageaient la crise du point de vue de cette définition particulière et qu'en fait, plusieurs sens étaient donnés au concept de crise. Certains vont ainsi invoquer le phénomène sous l'angle de la crise d'adolescence, d'autres vont l'envisager comme une manifestation de colère (piquer une crise), un bon nombre l'envisageront du point de vue d'un seul individu (il est en crise, la mère était en crise). Mais la plupart vont parler de la crise comme d'un momentum, une période très localisée dans le temps (quelques heures) pendant laquelle un système familial se désorganise (ça pète, ça explose) : c'est pendant ce laps de temps assez bref que des gestes déterminants peuvent être posés, gestes qui vont impliquer par exemple de la violence (verbale ou physique) ou encore la menace d'expulsion du domicile, menace de fugue, etc.

Pour spécifier ou délimiter le cadre de la référence à IRI-Accueil, certains-es nous parleront de grande crise, ou de petite crise, mais si une petite crise réfère parfois à une situation familiale susceptible de conduire à une référence en CLSC, à d'autres moments, la petite crise c'est ce qui

conduit à la référence à IRI-Accueil - par opposition à une grande crise qui conduirait à un signalement retenu. Plusieurs « soupèsent » la gravité de la crise : est-elle grave, anodine, à répétition, chronique?

Ce critère est donc fortement sujet à interprétation et ne nous apparaît pas suffisamment précis ou partagé pour pouvoir délimiter à lui seul le cadre de l'intervention du service IRI-Accueil. Des extraits mettent en évidence clairement cette multiplicité des interprétations<sup>11</sup>.

### **Sur les troubles de comportement...**

Un peu comme dans le cas de la crise, le critère « troubles de comportement » est parfois invoqué sans toutefois référer à des comportements clairement définis. Quand la nature des comportements est précisée, c'est souvent en terme de léger, lourd, grave, sérieux. En fait, il ne semble pas facile pour tous de définir ce qu'est un comportement grave et sérieux et certains feront allusion à cette difficulté.

Il apparaît néanmoins qu'il existe un certain consensus en matière de comportements tels que la prostitution, l'usage des drogues dures, la fréquentation de gangs de rue, la violence physique, les comportements impliquant des délits ou encore qui durent depuis longtemps, lesquels comportements « lourds », « graves », « sérieux » dissuadent les intervenants-RTS et US de faire appel au service IRI Accueil. Mais là encore, souvent, cette perception des comportements qui éventuellement vont disqualifier la possibilité d'une référence à IRI-Accueil demeure intuitive et semble élaborée sur la base d'un savoir tacite : on n'envisage pas le recours au service IRI-Accueil quand, « *il y a quelque chose de trop!* », pour « *des comportements éloquentes par eux-mêmes* ».

Puisque la situation est évaluée sur la base de plusieurs critères, il apparaît dans notre matériel qu'un jeune qui répond à sa mère (exaspérée, à bout, qui menace de le frapper, de le placer), tout comme un jeune qui commence à consommer de la cocaïne peut justifier l'intervention de IRI-

---

<sup>11</sup> *Ce n'est pas une situation de crise ponctuelle qui peut être dénouée et orientée en CLSC. Si c'est ça je ne fais pas intervenir IRI, c'est du temps perdu* # 13 RTS (5)

*Au niveau des cas IRI, ce qui me permet de discerner que je vais faire une demande pour un intervenant, un éducateur IRI, ça va être quand il s'agit dans une famille... d'une crise ponctuelle et/ou d'une crise que je pourrais qualifier de normale dans le développement d'un enfant ou d'un adolescent.* # 21 Urg Soc (5)

Accueil. Pour différents qu'ils soient, ces deux comportements sont envisagés, évalués sur la base d'un ensemble de facteurs ou de contextes qui vont justifier et enrichir la décision des intervenants-es de l'accueil DPJ. Ces deux comportements sont pourtant bien différents, simplement ils cohabitent avec des facteurs qui vont enrichir et justifier cette décision.

Il est parfois mentionné que IRI-Accueil concerne les « *problèmes de comportement d'adolescent normal en situation de crise avec parent dépassé dans son rôle d'autorité* ». Cela dit, le spectre des conduites des adolescents « normaux » est tout de même assez large et il s'agit encore là d'une question de perceptions, laquelle implique une variation dans les attitudes et choix des intervenants-es.

Un tel critère ne peut circonscrire avec précision le cadre d'intervention IRI-Accueil. Et tout comme le facteur « crise », le critère « troubles de comportement » peut difficilement être envisagé seul, il est à évaluer dans un contexte global, il est à confronter à d'autres critères.

Ajoutons enfin que certains-es intervenants-es affirment que le service IRI-Accueil s'adresse aux personnes qui présentent des troubles de comportement légers, alors que d'autres disent qu'ils réfèrent parfois des cas « assez coriaces »<sup>12</sup>. Nous reviendrons dans la discussion sur les conséquences de ce flou.

### **La référence à IRI-Accueil et le contexte institutionnel...**

En parcourant les entrevues et au fil de nos analyses, il nous est apparu que l'existence de tensions interpersonnelles pouvaient constituer l'un des facteurs qui influencent les conditions et – peut-être la fréquence – des références au programme IRI-Accueil. Ces tensions se manifestent surtout entre les membres des équipes des services IRI-Accueil et US. Il importe de rappeler ici que les données ont un an et qu'au moment de les collecter, quatre intervenants-es venaient à peine d'arriver dans le programme. Nous présentons ici ce qui est ressorti de façon marquée dans le discours des répondants.

---

<sup>12</sup> *Mais c'est sûr que quand il y a des gros, gros, gros troubles de comportement, puis que tu sais que dans le fond ça ne règlera pas la situation qu'il y ait quatre, cinq entrevues, quatre, cinq rencontres avec des plans, à ce moment-là on va prendre le signalement, en tout cas moi, par rapport à ça, je vais retenir le signalement quand je sais qu'il y a trop de troubles de comportement, malgré qu'on en réfère qui sont quand même assez coriaces. # 11 RTS (45)*

### **Du côté des entrevues RTS...**

On note plusieurs marques de reconnaissance et de prévenance à l'endroit des membres de l'équipe IRI-Accueil ; plusieurs affirment avoir le souci de bien utiliser les éducateurs et éducatrices IRI-Accueil. La proximité physique des services est généralement appréciée : elle permet d'objectiver, d'échanger sur les cas et sur la pertinence de les envoyer sur le terrain, etc.

Il est brièvement fait mention de tensions importantes entre les services RTS et IRI-Accueil apparues dans le passé, mais il est dit aussi que désormais « tout serait rentré dans l'ordre ». On relève quelques allusions au fait qu'il peut être difficile de rejoindre des éducatrices, des éducateurs ou au fait qu'ils ou elles ne sont pas toujours disponibles au moment de l'appel.

### **Du côté des urgences sociales...**

Des intervenants-es déplorent d'avoir à réexpliquer les procédures, d'avoir à affronter les mêmes « guéguerres » et de travailler avec des éducatrices ou éducateurs qui ne sont pas familiers avec l'intervention DPJ et L4S.

Aussi, plusieurs répondants-es expriment des marques d'irritation face aux éducatrices et éducateurs qui posent des questions, mettent en doute la pertinence d'une référence ou la nécessité d'une visite dans le milieu. En fait, des intervenants-es des urgences sociales semblent agacés que des éducateurs et éducatrices IRI-Accueil remettent en cause leur jugement ou la décision qu'ils prennent de les envoyer sur place. Et effectivement, « il y en a qui sortent sans poser de questions, et d'autres qui questionnent beaucoup », qui s'assurent que... « est-ce vraiment volontaire? », « t'es sûr de ci, t'es sûr de ça? » et d'autres encore qui « remettent en question le type de famille, le type de situation » à référer<sup>13</sup>.

Au fond, dans tous les cas, c'est assez peu la compétence professionnelle qui est mise en cause – c'est-à-dire la capacité de gérer les crises, d'éviter le placement, ou la capacité d'intervenir avec les familles. Les critiques ou récriminations ou doutes qui sont formulés concernent davantage la

---

<sup>13</sup> *Ils (les intervenants-es IRI-Accueil) remettent en question notre position, pas notre position mais la décision de référer à un IRI ou ils remettent en question le fait qu'ils doivent y aller ou ils remettent en question le type de clientèle, le type de situation. Puis je disais qu'il y en a moitié, mais c'est pas vrai, il y a un tiers qui fonctionne bien actuellement. Ça fait que pour faire des références... Hier j'en ai fait une, ça me tentait pas du tout de la faire. Je l'ai fait, je me suis dit « je vais voir! », ça faisait un petit bout de temps que je ne m'étais pas faite revirer, j'ai dit « je vais l'essayer! ». Ça a bien été. Mais je la fais de reculons, tu comprends. Je la fais puis là je dis au monde de mon équipe « ah non! C'est telle personne ce soir... », on se le dit entre nous autres, on le sait!. # 23 (70-73)*



motivation des intervenants-es de IRI-Accueil à se rendre disponibles sur le champ et à faire preuve de confiance et de souplesse envers les demandes des intervenants-es de l'accueil DPJ. Ce type d'irritant apparaît donc au moment de l'interaction entre les deux services, au moment où la demande de service IRI-Accueil est transmise à l'éducateur, à l'éducatrice.

Au moment de la réalisation des entrevues, le lien de confiance entre ces deux équipes particulières semblait donc fragile. Dans un tel contexte, certaines personnes de l'accueil DPJ vont reconnaître adapter leurs demandes, les présenter de manière à ne pas se heurter aux réticences des éducatrices ou éducateurs à se déplacer. D'autres affirment qu'ils en sont venus à même vérifier quel-le intervenant-e était sur le plancher avant de référer un cas à IRI-Accueil<sup>14</sup>. Enfin, tout comme dans les entrevues des intervenants-es RTS, certains-es répondants-es vont manifester des marques d'égards, ou exprimer des éloges à l'endroit des éducatrices et éducateurs IRI-Accueil.

En dépit de ces observations, il est important de souligner que dans notre échantillonnage quantitatif on ne relève pas d'écart significatif entre les services RTS et Urgences sociales en matière du nombre de références à IRI-Accueil. Aussi, bien que ces situations soient bien réelles, nous ne pouvons détecter statistiquement de marque de « discrimination » (ou de boycott) d'éducateurs ou éducatrices par des intervenants-es RTS ou Urgences sociales. Enfin, les personnes qui expriment le plus de critiques envers certains membres de l'équipe IRI-Accueil ne réfèrent pas moins que leurs collègues. Les irritants et tensions décrits plus haut pourraient bien ne pas influencer de façon substantielle la décision de référer ou non au programme. Cependant, l'examen du taux de références au programme IRI-Accueil par intervenant-e montre des différences marquées qui feront l'objet d'une section de la discussion.

En fait, il convient ici de rappeler que le matériel qui a été soumis à l'analyse a été recueilli voilà presque un an. Or, dans le cadre de consultations complémentaires, il nous a été affirmé que depuis cette période des actions avaient été menées pour apaiser ces tensions, pour corriger des

---

<sup>14</sup> *Je me demandais dans un premier temps quels critères tu utilises toi quand tu reçois un appel d'une famille pour dire, ça, ce serait un bon cas, une bonne famille pour les intervenants d'IRI-accueil?*  
# 23 Urg Soc : *La situation de crise dans un premier temps. C'est une situation de crise où le parent souvent va demander le placement. Alors c'est pour éviter un placement, souvent dans des cas de crise, pour un conflit parents-ado. Mais je vais être honnête avec toi, mon premier critère ce n'est même pas ça, c'est qui travaille. (...) Parce que sinon je vais ou retenir un signalement ou référer en terrain ou essayer de négocier moi-même ou encore référer au CLSC. Mais dépendamment des intervenants qui sont en disponibilité je vais référer ou pas.* # 23 (3-17)

attitudes. Aujourd'hui, les informations que nous avons obtenues d'informateurs clé montrent que les relations entre les équipes sont considérées comme tout à fait satisfaisantes.

### ***En bref...***

*Les cas référés au programme IRI-Accueil qui nous ont été décrits nous apparaissent très généralement pertinents. Compte tenu de la complexité des situations, nous avons vu qu'il n'était pas aisé de dégager des critères qui pourraient déterminer à coup sûr la décision de référer ou pas un cas à IRI-Accueil. Nous avons vu aussi que le critère de crise, pour central qu'il soit, ne nous apparaît pas comme réellement opérationnel s'il s'agit d'aider les intervenants-es de l'accueil DPJ à prendre une décision (concept fortement sujet à interprétation et pas toujours circonscrit dans les discours). Nous avons vu aussi que parler de troubles de comportement, sans en spécifier la nature, n'est pas davantage suffisant pour évaluer une situation ou prendre une décision; d'ailleurs il semble particulièrement difficile d'estimer le seuil de gravité des comportements pour lesquels IRI-Accueil peut être efficace ou inefficace.*

*Cela dit, les membres des équipes RTS et US, du point de vue de leur grande expérience dans l'évaluation de situations, sont en mesure de mettre en avant toute une série de critères qui vont les aider considérablement à faire le choix de référer ou pas à IRI-Accueil. Ainsi, nous avons vu que IRI-Accueil n'était à priori pas mobilisé quand les troubles de comportement du jeune étaient graves ou sérieux, quand le jeune était déjà suivi par un autre partenaire, quand il était connu des services DPJ. Par contre, le recours au programme IRI-Accueil est généralement envisagé pour éviter le placement ou la rétention de signalements, quand il est nécessaire d'intervenir vite dans le système parce que les membres de la famille sont à bout, n'en peuvent plus, pour éviter que la situation ne se détériore, quand la famille n'a pas la capacité ou la volonté d'aller chercher de l'aide, ou encore parce qu'une intervention au cœur de la « crise » augmente les chances d'aider réellement la famille. Tous les intervenants-es de l'accueil DPJ n'ont pas la même perception de l'efficacité des CLSC et ne réfèrent donc pas à cette ressource externe dans les mêmes conditions. Pour des situations similaires, certains-es préféreront mobiliser l'équipe IRI-Accueil que d'orienter les familles vers les CLSC, d'autres non. Certains-es semblent référer au programme IRI-Accueil des cas « coriaces », d'autres des cas plus « légers ». La collaboration des familles est aussi un critère très souvent mis en avant pour motiver et justifier le recours au programme IRI-Accueil.*

*Enfin, au moment de la réalisation des entrevues, il nous est apparu que les urgences sociales, surtout, exprimaient certains griefs à l'endroit de quelques membres de l'équipe IRI-Accueil en ce qui concerne leur disponibilité, en ce qui concerne la motivation et leur compréhension des enjeux du mandat de protection, et à l'endroit des doutes ou résistances que certains ou certaines d'entre eux pouvaient manifester face à la pertinence d'une référence. Bien que cela n'ait pu être confirmé par nos données statistiques, certains-es intervenants-es des urgences sociales reconnaissaient parfois ne pas référer de cas à telle ou telle personne de l'équipe IRI-Accueil. Cela dit, on peut comprendre ces tensions par le fait que les équipes ne se connaissaient pas encore très bien à l'époque (les deux tiers des membres de l'équipe IRI-Accueil venait d'arriver*

*dans le programme) et devaient apprendre à travailler ensemble. Depuis, il nous a été confirmé qu'un travail avait été fait pour éliminer ces tensions, et désormais, les rapports entre les équipes se seraient considérablement assainis.*

### ***Modèles implicites des intervenants-es du programme IRI-Accueil***

Le travail de l'éducatrice ou de l'éducateur IRI-Accueil nous est apparu très exigeant, difficile parfois. Avec en main quelques informations fragmentaires – l'essentiel – les intervenants-es vont devoir immédiatement prendre contact avec la famille, se rendre au poste de police pour chercher un jeune, ou se rendre au domicile, faire tout cela très rapidement et dans tous les cas se confronter à l'inconnu. Les familles qu'ils vont rencontrer sont aux prises avec de puissantes charges de colère, de souffrance, ou de désespoir. Elles sont avides de recevoir de l'aide, du support, n'en peuvent plus, ne savent plus que faire ou alors font preuve de méfiance, demeurent souvent rétives face à l'étranger-ère qui se présente à eux : celles-là dispenseront de l'information avec parcimonie. Dans tous les cas, il leur faut donc rapidement mettre en place ce lien de confiance, parce que c'est bien celui-ci qui va permettre aux intervenants-es de recueillir des informations et initier des changements dans le système en crise. Il leur revient donc d'apaiser ces familles, de les inviter à partager leur histoire et à exposer leur situation. Il leur revient peut-être d'inviter les personnes à reconsidérer leur situation et la voir sous un autre angle. Ils s'efforcent de rappeler aux membres de la famille les bons côtés de tous et chacun, de mettre en évidence leurs forces et les sentiments qui les unissent : tout cela dans un climat somme toute assez peu clément. Aussi, il leur revient déjà de susciter la confiance que ce jeune, que cette famille devra peut-être accorder aux partenaires, les prochains-es intervenants-es qui le cas échéant leur apporteront un soutien plus durable. Disons enfin que quand ils sont sur le terrain, les éducatrices et éducateurs IRI-Accueil travaillent seuls.

Depuis sa mise en oeuvre, le mandat de l'éducatrice, de l'éducateur du programme IRI-Accueil a beaucoup évolué. Aussi, au moment où ont été réalisées les entrevues, la constitution de l'équipe venait d'être presque complètement réaménagée. Qu'ils soient anciens ou nouveaux dans le programme, tous ont eu plus ou moins à apprivoiser ces nouvelles possibilités et contraintes du mandat IRI-Accueil. Reste bien sûr, et nous l'avons déjà mentionné, que certaines personnes n'avaient pas d'expérience relative à ce type particulier d'intervention.

Rappelons que le programme IRI-Accueil poursuit essentiellement trois objectifs : 1) résorber la crise, 2) éviter un placement en urgence et 3) consolider le processus de référence vers les ressources de la communauté afin d'éviter de retenir inutilement un signalement. L'intervention prévoit l'application de huit principes directeurs : (a) *rapidité*, (b) *intensité*, (c) *souplesse horaire*, (d) déroulement des activités dans *l'environnement familial*, (e) *durée limitée à 8 jours*, (f) *implication* de tous les membres de la famille, (g) offre de *soutien concret* et (h) *concertation* avec les partenaires.

En fait, en dehors des critères attachés au soutien concret aux familles et à la durée des interventions, il nous est apparu que l'ensemble des principes directeurs était connu de tous, intégré par chacun. En parcourant le contenu des entrevues, nous avons pu vérifier et confirmer ce que par ailleurs nous avons appris des données quantitatives : les intervenants-es ont le souci d'être rapides, tentent d'impliquer tous les membres de la famille, font preuve de souplesse horaire et, quoique l'on observe des variations entre les intervenants-es, privilégient assez généralement l'intensité.

Puisque nous disposions d'un matériel de qualité en terme de discours recueilli, nous avons entrepris de mieux comprendre en quoi et comment la durée des interventions pouvait être parfois étirée au point de dépasser, dans plus de 30 % des cas, le cap des 30 jours. C'est ce que nous présentons dans les pages qui suivent.

### **Le principe de la brièveté est intégré par l'ensemble des membres de l'équipe, mais...**

En réalité, l'idée de limite, de brièveté dans l'intervention IRI-Accueil ne disparaît presque jamais des discours recueillis: la grande majorité des intervenants-es mentionnent clairement qu'ils ont le mandat d'une intervention brève ou, le cas échéant, expriment la conscience d'avoir dépassé une limite, d'être restés trop longtemps impliqués dans un dossier. Autrement dit, le principe de la brièveté dans l'intervention semble donc être tout à fait intégré par la plupart d'entre eux; cette injonction institutionnelle est intériorisée<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> (...) *mais c'est plutôt rare parce que tu as de la misère à parler avec l'intervenant du CLSC, ça prend 2 jours de plus, ou toi tu tombes en congé, t'es débordé-e-, t'as pas eu le temps pendant 2 jours, ce qui fait que 8 jours calendrier c'est une exception quand tu arrives à ça. Mais l'idée de base, de faire ça très rapidement va demeurer, c'est sûr et certain. Puis ça, on le comprend puis on y adhère. # 01a (105)*

Ce que l'on remarque en revanche, c'est qu'au fil des interventions ce souci premier de brièveté en matière de suivi des familles se trouve être parfois enseveli, détourné par quelques autres priorités ou facteurs qui vont émaner soit des intervenantes ou intervenants eux-mêmes, soit de contraintes rencontrées sur le terrain.

Au moment de la cueillette de notre matériel d'analyse, la durée maximale d'une intervention IRI-Accueil était fixée à 8 jours calendrier. Or, comme nous l'avons vu, nos données quantitatives nous indiquent que seulement **32 %** des interventions durent 8 jours et moins et que **31 %** des interventions durent plus d'un mois. Dans les entrevues, ce « dépassement » de la durée officielle des interventions nous était déjà apparu assez clairement.

En fait, il n'est pas malaisé de comprendre que les éducatrices et éducateurs de IRI-Accueil sont en quelque sorte soumis aux contingences, aux limites, à la disponibilité des familles ou des partenaires<sup>16</sup>. Mais si l'on interroge notre matériel à ce sujet, on constate que, s'il est parfois fait mention de difficultés attachées à la disponibilité de la famille ou des jeunes, ou attachées à la prise de contact ou à la mobilisation des partenaires, ces évocations ou allusions demeurent très marginales.

De même, certains des propos recueillis ont porté à notre attention des enjeux liés aux conditions de l'intervention elle-même, lesquels concernent la nécessité pour les intervenants-es de créer un lien avec la famille ou avec le ou la jeune, de comprendre les règles, les besoins et le fonctionnement du système familial, d'investir des pistes d'actions et de susciter des changements, etc. Pour arriver à leurs fins, ils ou elles utilisent donc toute une panoplie de stratégies, déploient les moyens nécessaires pour établir un lien positif avec les personnes et induire des changements dans le système, s'assurent que des changements s'opèrent, etc. C'est ainsi que certains-es répondants-es vont justifier la durée plus longue d'une prise en charge en évoquant tout ce qu'il aura fallu mettre en œuvre pour optimiser l'intervention auprès de telle ou telle famille.

Nous ne pouvons néanmoins perdre de vue que l'ensemble des membres de l'équipe IRI-Accueil intervient dans un contexte de travail similaire; ils devraient donc rencontrer des contraintes

---

<sup>16</sup> (...) ce qui est un peu frustrant dans l'intervention c'est qu'il y a quand même des longueurs le temps de rejoindre les partenaires. Même moi je ne suis pas tout le temps rejoignable. J'ai ma boîte vocale, le temps que je retourne l'appel ça c'est tout le temps des irritants. On a des pagettes, on a des cellulaires, mais je pense qu'on n'a jamais autant couru après le monde. #05a (153)

similaires. Or, des intervenants-es amorcent un travail de collaboration avec les partenaires, notamment au CLSC, dès les premiers moments de l'intervention. Et dans ces faits relatés au cours des entretiens que nous avons menés, nous avons pu vérifier que ce travail de collaboration aboutissait la plupart du temps à une intervention terminale. Nous ne pourrions ainsi inférer que ce sont les contraintes du terrain ou les contraintes liées aux conditions de l'intervention qui à elles seules justifient les variations dans la durée des prises en charge.

En fait, d'autres éléments tirés des discours recueillis nous ont amenés à réaliser qu'il était un facteur tout à fait déterminant pour expliquer – et surtout comprendre – le dépassement des délais de l'intervention auprès des familles, lequel concerne plus particulièrement l'étape du transfert des cas aux partenaires.

### **Transfert des cas vers les partenaires du réseau...**

Dans les entrevues nous constatons que pour certaines situations des intervenants-es vont tarder à contacter, ou n'envisageront tout simplement pas de contacter des partenaires tels que les CLSC, les intervenants-es des écoles, etc., en vue de transférer des cas pour un suivi à plus long terme. On observe cela pour certaines situations donc, mais aussi convient-il de préciser que ce type de fonctionnement semble se retrouver davantage chez certains-es. Nous avons identifié trois explications possibles à ce phénomène : 1) la mise en doute de la compétence des autres; 2) la difficulté de « casser le fil » avec les familles et 3) le désir d'aider les familles de façon durable.

### **La compétence des « autres »**

Il nous a semblé fortement significatif qu'une personne de l'équipe IRI-Accueil n'évoque jamais le vocable « CLSC » ou « IRI-Territoire » dans le cours des deux entrevues auxquelles elle a participé : aucun des quatre cas qu'elle décrit n'est orienté vers un autre service, en dépit de suivis qui dureront 13, 43, 59, 101 jours (# 04). D'autres nous en parlent tout au long de l'entretien.

De fait, dans l'ensemble du matériel nous trouvons de nombreuses allusions aux manques ou défauts, ou limites des CLSC (surtout) et cela se vérifie dans des proportions variables dans toutes les entrevues<sup>17</sup> : les CLSC ont des listes d'attente, il faut un délai pour les mobiliser, ils ne travaillent pas avec la même intensité que IRI-Accueil, ils ne se déplacent pas et ne font rien si les jeunes ne sont pas volontaires, ferment le dossier quand la situation est considérée comme complexe ou « lourde » et la compétence même des intervenants-es extérieurs-es peut être mise en doute<sup>18</sup>. Les CLSC c'est « mieux que rien » mais de sérieux doutes sont émis quant à leur efficacité. Disons encore qu'une personne de l'équipe IRI-Accueil reconnaît prendre en charge elle-même, et tout à fait, le suivi d'une famille si elle ne trouve pas de ressources externes adéquates, renonçant du même coup à prendre en considération la contrainte de brièveté inhérente au mandat IRI-Accueil.

Les intervenants-es IRI-Accueil sont dotés d'outils d'intervention efficaces, ils possèdent une longue expérience, interviennent dans le système de manière intensive et rapide et semblent penser qu'ils sont en mesure d'offrir une intervention plus efficace que le CLSC. Que le travail des intervenants-es de CLSC soit sujet à caution ou non, nous n'avons pas le matériel pour confirmer ou infirmer cette impression portée par certains discours. Mais émettons l'hypothèse que cette « croyance » ou perception pourrait conduire à allonger, parfois considérablement, le temps de prise en charge des situations. Pour légitime que soit cet engagement prolongé auprès des familles, il demeure qu'en ce cas, c'est bien le mandat initial des intervenants-es de IRI-Accueil qui se trouve remis en question.

---

<sup>17</sup> *L'autre irritant qui peut ne pas nécessairement nuire à mon intervention, mais qui peut peut-être me faire résister à choisir un autre intervenant, c'est qu'on aime bien contrôler la situation, et quand on remet le dossier dans les mains de quelqu'un d'autre, on ne sait pas comment ça va marcher. On ne sait pas comment c'est... Parce que des fois, on deale bien avec une situation, mais des fois on deale moins bien, fait que c'est ça... comment lui va venir coller à la situation, est-ce qu'il va voir la même chose que nous... ce qui fait que ça nous inquiète toujours un petit peu, à savoir quand moi je dis qu'on prend ce fil-là, si aussitôt que je suis sorti-e le fil casse tu dis «ah merde!» parce que tu le sais qu'il en a besoin puis le fil casse, et là ça va rebondir d'une façon ou d'une autre, pis là t'aime moins ça. Ce qui fait que c'est beaucoup plus simple quand l'intervention est finale... # 01a (93)*

<sup>18</sup> *Une TS du CLSC, ou ben à l'école, elle ne va pas de l'autre bord de son bureau, elle ne l'a pas vu ça: ça se passe à la maison (que la fille) se pogne avec le père puis que c'est l'enfer. # 03a (125)*

## **Dur de casser le fil ? Le lien relationnel entre la famille et l'intervenant-e**

Il convient sans doute de commencer ici par faire mention de cette démarche initiée par la plupart des intervenants-es au moment de la rencontre avec la famille ou du jeune et qui consiste à créer un lien, établir les conditions d'une confiance partagée. Chacun va y aller de sa stratégie pour favoriser cette prise de contact et pour entretenir la qualité de cette relation dans les jours ou semaines à venir<sup>19</sup>. Il s'agit de comprendre la situation, d'apporter de l'aide.

Il semble essentiel aux intervenants-es de créer et développer un lien donc, au point que certains vont accorder une grande importance au fait de bien spécifier aux familles que leur intervention sera peut-être intense, mais brève. Cependant, plusieurs indicateurs ont attiré notre attention sur les difficultés rencontrées parfois par certains-es plus que par d'autres, au moment de se séparer de la famille. Il n'est pas rare en effet que des intervenants-es, au terme du suivi, laissent leurs coordonnées à la famille, les invitant à les contacter, même en dehors d'un mandat officiel. Ou encore, au moment de se retirer du dossier, il faudrait « idéalement » être là, accompagner encore la famille, l'accompagner jusqu'au bout. Autant d'éléments donc, qui mettent en évidence cette tension, cette difficulté issue de la pratique des intervenants-es IRI-Accueil et qui concerne la question de l'attachement aux familles, aux jeunes, même dans un contexte d'intervention qui ne devrait durer que huit jours.

### **Avoir le sentiment d'aider les familles**

Mais peut-être surtout, compte tenu de la fréquence des évocations, dès lors que nous nous sommes efforcés de comprendre le mandat IRI-Accueil du point de vue de l'expérience des éducatrices et éducateurs de IRI-Accueil, nous avons tôt fait d'identifier dans le discours des intervenants-es IRI-Accueil une tendance marquée, laquelle concerne cette volonté, ce souci

---

<sup>19</sup> (...) (On nous) dit même que des fois on dépasse un peu trop souvent, mais nous il faut que se soit rapide et c'est ça, court dans les délais pour continuer de recevoir les appels d'urgence, sinon on les prend en charge: ce n'est pas ça qu'il faut. Nous, on est là pour intervenir dans une situation de crise, désamorcer, apaiser, mais s'ils ont besoin d'un service supplémentaire, on contacte le service supplémentaire mais nous on se retire. Puis moi, du point de vue de mon expérience, c'est sûr que j'ai tendance à vouloir... je pars avec eux autres! Ce n'est pas ça qu'il faut faire. Puis il ne faut pas non plus les embarquer trop dans la relation parce que tu sais qu'ils vont avoir à recommencer après. Mais c'est difficile de ne pas embarquer dans la relation si tu veux les aider un petit peu au début, puis il faut qu'ils te fassent confiance. Ce qui fait que c'est un petit peu ça: tu te dis toujours «je vais l'endurer deux, trois semaines de plus pis je pense qu'après ça, ça va être complètement réglé. (et) Encore deux semaines!...», puis des fois, ça traîne deux mois, deux mois et demie. #01a (101)



prégnant d'apporter un soutien concret, tangible, voire définitif aux familles suivies. Une grande part de la satisfaction des intervenants-es semble venir du sentiment d'avoir aidé les jeunes, les familles<sup>20</sup>.- mais apaiser ou résorber une crise ponctuelle et rendre le système fonctionnel, autonome n'exigent pas le même nombre de jours d'intervention, la même implication, les mêmes moyens.

Les éducatrices et éducateurs du service IRI-Accueil possèdent l'expérience nécessaire pour comprendre les situations, pour suivre les familles et initier des changements. La « tentation » doit donc être grande de mettre en œuvre ces connaissances et de déployer toutes ces techniques qu'ils ont développées et appliquées pendant des années.

En fait, il semble très important pour des intervenants-es de sentir qu'ils apportent un soutien au système, un soutien ponctuel au moment d'une crise, au moment d'une désorganisation, mais plus encore, qu'ils apportent un soutien durable, personnalisé, qui se passe du recours à des ressources qu'ils jugent parfois – nous l'avons vu – incertaines, faillibles, ou inefficaces.

### ***En bref...***

*Bien que le principe de la durée brève soit intégré par tous, nous avons constaté que les durées moyennes étaient très souvent supérieures à ce qu'elles devraient être. Il n'est pas suffisant de dire que l'intervention s'allonge parce que les partenaires ou les familles ne sont pas toujours disponibles, ou parce que mettre en place des mécanismes de soutien clinique peut s'avérer parfois fastidieux et long. En fait, nous avons tenté de comprendre mieux l'étirement des durées de prise en charge et il en est ressorti que ce phénomène était intimement relié à la question du transfert des dossiers aux partenaires. Tous les éducatrices ou éducateurs partagent des perceptions communes à l'égard de l'efficacité des partenaires (des CLSC surtout) mais certains-es semblent utiliser ces ressources plus rapidement, ou plus fréquemment. Par ailleurs, il ne semble pas aisé pour les intervenants-es de rompre le lien avec les familles, et aussi, d'envisager l'aide apportée aux familles sur une base de très court terme.*

---

<sup>20</sup> *Des fois ça peut dégénérer, mais ça, pour moi c'est très satisfaisant. Quand j'arrive dans une grosse situation de crise, ça s'engueule et là après ça, c'est comme s'ils disaient «Ok on va regarder ça autrement». Là, on prend des ententes, on rassure tout le monde puis là, quand je quitte puis le jeune a le sourire, la mère ou la grand-mère aussi... dans ce cas-là, le jeune est rassuré, la grand-mère est rassurée, pour moi ça c'est bien satisfaisant. # 01a 145*

### **Volet 3. Évaluation des effets sur le placement et les signalements**

Un des principaux objectifs de cette évaluation consistait notamment à mesurer les effets d'une prise en charge IRI-Accueil sur les services du Centre jeunesse de Montréal et sur les signalements post-intervention. Il s'agissait d'une part d'esquisser un profil des familles pour qui l'intervention était terminale, mais aussi d'identifier les caractéristiques des interventions qui menait à une intervention terminale.

Rappelons que cette analyse a été menée à partir des données recueillies dans les banques de données du CJM-IU (services) et de la DPJ (signalements). Les variables concernent le taux de services six mois après la demande, le type de services reçus, le taux de signalement six mois après la demande et le type de signalement.

#### ***Au cours des six mois suivant la fin de l'intervention...***

- 47,2 % des cas ont reçu des services du CJM-IU
  - 35,2 % ont été placés (12,5 % en foyer de groupe ou contractuel, 4,9 % en famille d'accueil, 24,5% en centre globalisant ou intensif)
  - 43,4 % ont reçu des services du Centre jeunesse (15,8 % en arrêt d'agir, 17,6 % IRI-Territoire, 8,2 % IRI-Accueil, service externe)
- 39,7 % des cas ont été signalés (10,3 % en code un, 2,7 % en code deux, 13 % en code 3, 17,9 % non retenus)
- Au total, 57,9 % des cas ont reçu au moins un service ou ont été signalés, 42,1 % des cas sont donc terminaux.
  
- Il faut cependant rappeler ici que huit signalements ont été retenus au moment même où l'intervenant-e IRI-Accueil a été assigné à la famille dans le but de faciliter le transfert vers un autre service, ce qui s'est réalisé très rapidement dans six de ces huit cas. Dans trois autres situations, des services étaient déjà offerts aux familles au début de l'intervention IRI-Accueil.

Nous avons vu plus tôt que dans les six mois précédant l'intervention IRI-Accueil 8,8 % (n = 14) des cas avaient déjà reçu les services de IRI-Accueil et 3,1 % (n = 5) de IRI-Territoire. Pour ces cas particuliers<sup>21</sup>, nos données indiquent que 100 % des cas qui avaient reçu les services du programme IRI-Territoire et qui ont ensuite été pris en charge par IRI-Accueil ne sont pas

---

<sup>21</sup> Et il convient ici de considérer la petite taille de l'échantillon.

terminaux. En revanche, seulement 38,5 % des cas qui ont été suivis une deuxième fois par IRI-Accueil sont non-terminaux (28,5 % ont été placés, 21,4 % ont reçu d'autres types de services, 30,8 % ont été signalés au moins une fois).

### ***Caractéristiques des jeunes et des familles en lien avec les services post-intervention***

L'âge moyen des jeunes est de 15,3 ans pour les cas terminaux et 14,3 ans pour les cas non-terminaux. Cette différence est statistiquement significative ( $p = .01$ )<sup>22</sup>. En d'autres mots, l'intervention est plus souvent terminale avec les familles où l'enfant est plus vieux.

Par ailleurs, on constate qu'il existe un lien significatif ( $p = .01$ ) entre le nombre de placements avant l'intervention et après l'intervention. Autrement dit, les jeunes qui auront été placés dans les six mois précédant l'intervention IRI-Accueil présentent une probabilité plus grande d'être placés après l'intervention IRI-Accueil que ceux qui n'ont pas été placés pendant cette période.

Dans le même ordre d'idée, il apparaît que les cas terminaux ont reçu en moyenne moins de services pré-intervention que les autres : il s'agit ici d'une tendance marquée mais non significative? ( $p = .1$ )

Ajoutons que pour l'ensemble des cas on constate qu'il y a significativement plus de services et de signalements après l'intervention qu'avant ( $p = .001$ ).

En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (terminaux, non-terminaux) en ce qui concerne le nombre de services ou de signalements reçus dans les six mois avant et après l'intervention IRI-Accueil. Autrement dit, les cas qui ont été signalés avant l'intervention ne le sont pas moins ou plus après l'intervention IRI-Accueil.

### ***Caractéristiques des interventions en lien avec les services post-intervention***

Nous faisons ici le relevé des différences entre les cas terminaux et non-terminaux.

- En matière de rapidité d'intervention : il n'y a pas de différence significative.
- En ce qui concerne l'intensité, on constate qu'il y a plus (+) d'interventions par tranche de 7 jours pour les cas non-terminaux (**5,8 vs 3,2 :  $p = .01$** ) que pour les cas terminaux. De même, il y a en moyenne plus de minutes d'intervention par jour pour les cas non-terminaux (**48 vs 28 :  $p = .05$** ).

---

<sup>22</sup> Une probabilité égale ou inférieure à .05 indique une différence significative entre les groupes comparés.

- En ce qui a trait à la souplesse horaire, on observe que davantage d'interventions (**90,3 %**) ont lieu pendant la journée pour les cas non-terminaux ( $p = .000$ ). En revanche, il n'y a pas de résultat significatif en ce qui concerne la période de la semaine où l'intervention a lieu.
- Le critère « lieu de l'intervention » n'implique pas d'écart significatif entre les deux groupes.
- Pour la concertation, nous notons la présence plus grande d'au moins un professionnel dans les cas non-terminaux : **41 % vs 27 %** ( $p = .000$ ).
- Il n'y a pas d'écart significatif en matière de durée de l'intervention. Autrement dit, **une intervention supérieure à 14 jours ne conduit pas davantage à des situations terminales**.
- En ce qui a trait au critère « implication de tous les membres de la famille », on constate que les membres de la famille sont davantage présents pour les interventions terminales (**77 % vs 66 %** :  $p = .000$ )
- La présence de soutien concret auprès des familles n'implique pas d'écart significatif entre les deux groupes.
- Enfin, on ne relève aucune différence statistiquement significative entre les intervenants-es concernant le nombre d'interventions terminales, même si les écarts sont très grands.

### ***En bref...***

*Nous constatons donc que, au cours des six mois suivant la fin de l'intervention IRI-Accueil, 42,5 % des cas sont terminaux. Dans l'éventualité d'un second suivi par le programme IRI-Accueil, seulement 38,5 % des cas sont non terminaux. Nous relevons un lien significatif entre le nombre de placements avant l'intervention IRI-Accueil et ceux vécus après l'intervention. En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre le nombre de signalements et de services reçus avant l'intervention IRI-Accueil et le nombre de ceux reçus après l'intervention. Enfin, au titre de l'issue terminale ou non terminale des suivis, la durée de l'intervention n'est pas significative.*

## **Discussion des résultats et suggestions de pistes pour l'action**

### **Limites de la recherche :**

Il convient de mentionner que le nombre élevé de données manquantes concernant certaines variables a certainement limité la portée et l'interprétation des résultats de cette évaluation.

Ainsi, dans les bases de données de la DPJ et du CJ, il ne nous a pas toujours été donné de trouver l'information nécessaire à propos de variables telles que la structure familiale, l'âge des parents, l'origine ethnique de la famille et le nombre de personnes vivant au domicile familial.

Aussi, de minces écarts ont parfois été observés pour des données communes mais traitées par différents services (ex : l'heure de la référence d'un cas par l'accueil DPJ qui figure à la fois dans les rapports chronos et dans les bases de données de la DPJ). De plus, des données n'ont pas toujours été répertoriées dans les questionnaires remplis par les intervenants-es IRI-Accueil et des indices nous portent à croire que certaines l'ont été de façon erronée. À titre d'exemple, nous avons repéré trois formulaires de chronologie des interventions ayant été remplis deux fois pour une même famille, mais avec des entrées différentes. Aussi, les formulaires de chronologies des activités nous parvenaient souvent plusieurs semaines après la fin des interventions. Pour être fidèles, les données collectées par les intervenants-es doivent être collectées de façon systématique. Nous croyons qu'un suivi hebdomadaire devrait être effectué lors de telles collectes de données afin d'éviter que certains éléments échappent à la mémoire.

Il faut mentionner le fait qu'on n'a pas pu documenter les interventions offertes par d'autres organismes ou établissements que le CJM-IU pendant et à la suite de l'intervention de IRI-Accueil. Ceci aurait permis d'aller beaucoup plus loin dans l'analyse de l'efficacité de ce programme, notamment en ce qui concerne l'état de la collaboration et la complémentarité des interventions menées par chacun des partenaires.

Enfin, il faut insister encore une fois sur le fait que les données datent d'une année et nous savons que depuis, plusieurs choses ont changé. Par exemple, il semble que les tensions institutionnelles se soient résorbées, que le concept de crise ait été explicité auprès des services RTS, etc. Nous reviendrons sur ces changements tout au long de la discussion.

## *Le processus de référence à IRI-Accueil (ou les pratiques des services RTS et US).*

La grande majorité des intervenants-es RTS et US bénéficient d'une solide expérience face à la clientèle et face aux situations qu'ils côtoient quotidiennement et cela apparaît assez clairement dans l'ensemble de notre matériel. Au fil des années, ils ont eu à apprivoiser et s'adapter aux nombreux programmes qui ont finalement donné naissance à IRI-Accueil : Ado-RTS-Urgences sociales, Crise apprivoisée, PRIME, Jessie, Négligence 0-5 ans, Urgence ouest/enfance, Intervention psychosociale intensive, etc. (Archambault & Des Groseillers, 1997).

Comme nous le mentionnions plus tôt, nous n'avons pas identifié dans l'ensemble de notre corpus de cas aberrants qui auraient été référés à IRI-Accueil. Cette solide expérience des intervenants-es de l'accueil DPJ fait donc en sorte qu'ils connaissent et manient avec assurance et aisance un certain nombre de critères. La plupart sont au fait des enjeux qui sous-tendent les conditions de la référence à IRI-Accueil. Cependant, nous avons réalisé dans les entrevues que cette expérience acquise au fil des années pouvait aussi avoir des effets qu'il nous a semblé utile et pertinent d'interroger ici. Nous avons constaté par exemple que la perception et l'application de certains critères particuliers pouvaient être sujettes à variation d'un-e intervenant-e à l'autre. Aussi, en dehors du « gros bon sens », en dehors de l'habitude, de l'automatisme, de l'intuition, certains semblaient éprouver de la difficulté à nommer certains des critères qui les conduisent à référer ou non des cas au programme IRI-Accueil. Les intervenants-es eux-mêmes font mention de ces difficultés et reconnaissent que ce n'est pas tout le monde qui privilégie les mêmes critères.

Au moment de collecter nos données, il existait peu d'écrits concernant les modalités et le processus de la référence de cas à IRI-Accueil. Cela nous portait alors à nous interroger sur l'efficacité des procédures actuelles de transfert des connaissances. Or, à la suite de la présentation des résultats préliminaires issus de nos analyses, un « **protocole d'intervention au programme I.R.I** » a été rédigé par messieurs Mario Cyr et André Sauvé chefs de service, et Jean-François Renaud, coordonnateur professionnel au programme IRI. Ce protocole est diffusé depuis mars 2004. Dans la mesure où cette référence semble être à l'usage du service IRI lui-même, sans doute est-il en mesure d'éclairer le mandat IRI-Accueil aux yeux des intervenants-es RTS et Urgences sociales.

## **1. Piste pour l'action**

*S'assurer de la compréhension du protocole et l'adhésion des intervenants-es des services RTS et US aux mécanismes qu'il définit*

### **a) Sur les critères consensuels...**

Toute une série de critères sont avancés pour justifier la référence de cas au programme IRI-Accueil. Pour la grande majorité des intervenants-es RTS et US, IRI-Accueil est un programme destiné à **éviter le placement et/ou éviter de retenir un signalement**, et c'est bien en vertu de cela qu'autant d'efforts vont être déployés pour trouver des solutions alternatives pour soutenir les jeunes et les familles. La référence à IRI-Accueil est envisagée quand **il faut intervenir vite**, quand **les parents sont à bout**, ou **dépassés**, quand il y a **menace de violence** ou quand la famille **est incapable d'aller chercher de l'aide par elle-même**. À l'occasion, IRI-Accueil peut être envoyé sur le terrain pour **prendre le pouls** d'une situation, évaluer le degré de danger ou la pertinence de son intervention.

La plupart des intervenants-es de l'accueil DPJ sont aussi réticents à mobiliser IRI-Accueil lorsque le **jeune est connu des services**, ou qu'il **est déjà suivi par d'autres partenaires** (IRI-Territoire, CLSC, hôpitaux, etc.). Et ici, il convient de souligner que cette réserve est plusieurs fois confirmée par notre matériel quantitatif. En effet, nous l'avons vu, s'il y a eu placement(s) du jeune avant l'intervention IRI-Accueil, la probabilité est grande qu'il y en ait au moins un dans les six mois qui suivront cette prise en charge. Dans le même ordre d'idée, on a constaté aussi que le nombre de services reçus avant l'intervention IRI-Accueil conduisaient de façon marquée (bien que non statistiquement significative) à des cas non-terminaux. Aussi, les analyses montrent que, pour les cas non-terminaux, plus (+) de professionnels sont consultés, qu'il y a un plus grand nombre<sup>23</sup> d'interventions le jour (ce qui tend à nous faire penser que le cas en question nécessitait beaucoup de démarches auprès des partenaires) et qu'enfin la durée des prises en charge est alors largement étirée, sans que toutefois cela ne produise des résultats probants.

---

<sup>23</sup> Et l'on parle bien de nombre non de volume.

En d'autres mots, quand il y a des placements ou un grand nombre de services reçus avant l'intervention IRI-Accueil, cela laisse plutôt présager des interventions laborieuses qui, au bout du compte, auront peu de chances de se conclure par des fermetures de dossiers. Il y a lieu de se questionner sur la pertinence de référer ces situations à l'équipe IRI-Accueil. Cependant, il s'agit là d'une question à laquelle nous ne sommes absolument pas en mesure de répondre sans un examen approfondi des avantages qu'une telle intervention pourrait avoir sur les familles ou sur les organisations DPJ et CJM-IU.

Mais à ce chapitre une nuance s'impose néanmoins. Toujours en ce qui a trait aux précédents en matière de suivi du jeune avant IRI-Accueil, il convient de rappeler que les cas qui sont référés pour une seconde fois, sont des cas terminaux dans 61.5 % des cas. Ce taux supérieur à celui de l'ensemble de l'échantillon nous invite à ne pas écarter radicalement une seconde référence à IRI-Accueil qui pourrait, selon les intervenants-es, introduire des changements plus durables. En revanche, on constate que si les jeunes ont été suivis par IRI-Territoire dans les six mois précédant la prise en charge IRI-Accueil, il est probable que dans les six mois qui suivront ils seront placés ou signalés de nouveau ou recevront d'autres services du Centre jeunesse. Mais dans ces deux exemples (IRI-Accueil et IRI-Territoire six mois avant l'intervention cible), il convient d'appréhender ces constats avec la plus grande prudence, car ces conclusions sont établies sur la base d'un échantillonnage très restreint.

## **2. Piste pour l'action**

*Éventuellement, se pourvoir des outils nécessaires pour évaluer les effets et la pertinence d'une seconde intervention IRI-Accueil auprès d'une même famille.*

De manière générale, **lorsque les troubles de comportement manifestés par le jeune sont répétitifs, lourds, ou multiples**, la plupart des intervenants-es vont éviter la référence IRI-Accueil. Ils vont l'éviter, mais nous ne pourrions assurer que ce sont tous les intervenants-es, dans tous les cas, qui vont faire le choix d'une autre orientation. En effet, à la suite des consultations complémentaires, nous en sommes venus à nous demander si parfois des intervenants-es de l'accueil DPJ ne décidaient pas sciemment d'orienter des cas plus sérieux vers IRI-Accueil plutôt que vers IRI-Territoire (là où il pourrait être plus pertinent de les orienter). Il est effectivement plus simple et plus rapide de mobiliser un éducateur ou une éducatrice IRI-



Accueil que de passer par le filtre du service de l'accès CJM, lequel vérifiera un certain nombre de données, ce qui impliquera davantage de démarches, etc. Il s'agirait en ce cas de mobiliser une ressource IRI-Accueil sachant que celle-ci en viendra tôt ou tard à diriger la famille concernée vers IRI-Territoire.

### **3. Piste pour l'action**

*Se doter d'outils pour étudier cette hypothèse qui, si elle s'avérait, pourrait être préjudiciable autant pour la cohérence des interventions que pour ces familles qui ne recevraient pas immédiatement un service approprié.*

*Le cas échéant, rendre plus accessibles les procédures de référence à IRI-Territoire.*

Ajoutons enfin que lorsque les intervenants-es de l'accueil DPJ jugent la **collaboration des parents ou du jeune comme étant positive**, ils sont nettement plus portés à référer le cas à IRI-Accueil. Ce critère particulier peut, dans certains cas, contrebalancer une perception plutôt négative d'une situation (un cas avec des troubles de comportement lourds par exemple...).

Ces critères, partagés et efficaces, ont le mérite de décrire clairement des situations et constituent par le fait même de bons repères pour la référence au programme IRI-Accueil.

### **4. Piste pour l'action :**

*Il faudrait s'assurer que tous les critères mentionnés dans le cadre de ce rapport d'évaluation se retrouvent dans le protocole de référence à IRI-Accueil. Ce sont ces critères qui sont au cœur de l'intervention rapide et intensive et les intervenants-es s'y réfèrent abondamment dans leur pratique.*

#### **b) Les critères sujets à confusion et non consensuels**

Il s'agit ici de critères qui sont manipulés avec davantage d'imprécision, d'incertitude et qui ne sont pas appliqués par tous suivant les mêmes modalités ou à la même fréquence.

Nous parlions plus haut du **critère trouble de comportement** et nous avons vu que très généralement, si les comportements du jeune étaient considérés comme « trop lourds », la référence à IRI-Accueil était plutôt évitée : la lourdeur des situations faisait souvent référence à des comportements tels que la prostitution, la fréquentation de gang de rue, les manifestations de violence physique et l'abus sexuel. Cela dit, en deçà de ces comportements extrêmes, il apparaît qu'un trouble de comportement lourd ou un trouble de comportement d'adolescent « normal », ou un trouble de comportement léger ne fait pas référence aux mêmes phénomènes pour chacun

des intervenants-es. Plusieurs reconnaissent d'ailleurs explicitement que des intervenants-es réfèrent des cas légers, d'autres des cas plutôt coriaces à IRI-Accueil. Autrement dit, plusieurs intervenants-es parviennent difficilement à décrire le seuil de « gravité » en deçà duquel l'intervention IRI-Accueil leur apparaît encore pertinente.

Un autre concept qui suscite de la confusion chez les référents est celui **de crise**, lequel est sans conteste le critère le plus évoqué pour justifier une intervention IRI-Accueil. Nous l'avons vu, ce concept fait référence à des contenus fort différents d'un intervenant-e à l'autre et, au moment des entrevues, le concept de crise ne pouvait véritablement guider la prise de décision. La crise réfère à tout et donc, ne dit pas grand-chose sur la complexité de la situation elle-même.

Lors de consultations complémentaires, il nous a été dit qu'un travail de sensibilisation avait été entrepris par les supérieurs hiérarchiques pour justement préciser davantage ce qui était entendu par « crise » et ce, plus particulièrement auprès du service RTS. Cependant, il nous semble prudent de s'assurer que le cadre d'utilisation du concept de crise et la focalisation sur le thème de la crise n'écartent pas la possibilité d'une réflexion plus précise et étayée au moment de référer des cas au programme IRI-Accueil.

#### **5. Piste pour l'action :**

*La mise à jour du protocole de référence devrait inclure l'opérationnalisation des concepts de « trouble de comportement » et de « crise ». Ceci permettra d'identifier les indices de trouble de comportement et de gravité des situations qui devraient mener à une référence au programme IRI-Accueil.*

Le programme IRI-Accueil s'adresse à des familles qui nécessitent une intervention immédiate, où il y a un risque de placement pour le jeune et pour laquelle on envisage de retenir le signalement. Or, si nous tenons compte de ce qui nous a été dit dans les entrevues, nous avons vu aussi qu'une situation pouvait ne pas appeler d'intervention immédiate mais : 1) **parce que les CLSC ont une liste d'attente**, 2) **parce que les partenaires sont moins équipés pour supporter des familles en crise**, 3) **parce que la situation pourrait dégénérer à plus ou moins court terme** et 4) **parce que les parents semblent vraiment dépassés**, ce cas pourrait tout de même être référé à IRI-Accueil. Il y a ici une zone un peu trouble qui concerne plus particulièrement les perceptions des intervenants-es à l'égard des services offerts par les CLSC et autres partenaires. Nous avons également vu dans la section des résultats que les intervenants-es

parlent très peu de la collaboration ou du transfert de leurs familles à d'autres prestataires de services. Cependant, la présentation de ces résultats au sein du comité de suivi du projet d'évaluation, puis à l'ensemble des intervenants-es des équipes ayant participé aux collectes de données, a suscité un certain scepticisme. Il s'avère donc difficile d'affirmer qu'il y a, de fait, un problème de confiance avec les partenaires des CLSC, mais nous croyons qu'il est impératif que la collaboration avec les partenaires du réseau fasse l'objet d'un examen attentif.

Qu'il y ait une variabilité dans l'acte d'interpréter une situation ou de prendre une décision n'est pas un problème en soi : c'est inévitable. Simplement il convient, nous semble-t-il, de se demander quelles peuvent être les conséquences d'un trop grand spectre d'interprétations sur la cohérence interne du service, sur l'efficacité d'utilisation du service IRI-Accueil, sur les relations et les échanges avec les autres services impliqués (IRI, CLSC, etc.) et sur les possibles malentendus ou conflits que cela peut engendrer au moment de transférer les cas aux intervenants-es du programme IRI-Accueil.

Si l'on ne relève pas de cas aberrants au niveau des références IRI-Accueil, on ne peut en revanche être sûr que tous les cas qui pourraient être dirigés vers ce programme le sont effectivement.

## **6. Pistes pour l'action**

*Nous suggérons qu'un examen attentif de l'application des mécanismes de collaboration soit mené afin de s'assurer que les situations qui pourraient, ou devraient, être orientées vers des services offerts par d'autres partenaires le soient.*

*Cet examen devrait porter notamment sur la perception des différents intervenants-es du CJM-IU et de la DPJ à l'égard des services offerts par leurs collègues de d'autres établissements incluant les organismes communautaires.*

*Envisager des rencontres plus fréquentes avec les CLSC pour développer une relation de confiance entre les partenaires.*

## **L'adhésion au programme IRI-Accueil.**

Au cours des huit mois qu'aura duré la cueillette des données quantitatives, les intervenants-es ont référé 15 cas au programme IRI-Accueil, d'autres aucun, ou un seul. Nous avons examiné les taux de références à IRI-Accueil (tenant compte du nombre d'heures de présence des intervenants-es et en excluant les heures de nuit) pour constater que certaines personnes qui étaient en poste seulement trois ou quatre heures par semaine, en moyenne, avaient référé

plusieurs situations alors que d'autres, en poste à mi-temps, n'en avaient référée aucune. Ce clivage est plus particulièrement marqué dans le service RTS. Il ne nous paraît pas facile de comprendre ce fait et nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses. Est-ce parce que le programme venait d'être redéfini et que certains-es ont eu plus de mal à s'y adapter ? Peut-on supposer que certains-es intervenants-es réfèrent davantage à IRI-Accueil parce qu'ils écartent plus volontiers la possibilité d'une référence au CLSC ? Peut-on supposer encore que des intervenants-es vont faire appel plus souvent au programme IRI-Accueil parce qu'ils ont un seuil de tolérance plus bas au risque de détérioration des situations, parce qu'ils sont plus empathiques à l'endroit de familles en souffrance ? Peut-on supposer enfin que, pour toutes sortes de raisons, des intervenants-es n'adhèrent pas à ce type de programme et refusent de l'utiliser ? Nous devons ici insister encore une fois sur le fait que, depuis le moment où nos données ont été collectées, des efforts ont été faits pour faire circuler davantage l'information, pour régler des conflits, pour faire connaître davantage le programme IRI-Accueil aux intervenants-es RTS et US. Cependant, aucune donnée ne nous permet d'affirmer que, devant une situation similaire, deux intervenants-es des services RTS-US prendraient la même décision.

#### **7. Piste pour l'action**

*Les données concernant la personne qui réfère au programme IRI-Accueil sont déjà consignées dans les ordinateurs du CJM-IU et de la DPJ. Un monitoring de ces données pourrait être mis en place avec un minimum de ressources afin de suivre l'évolution des taux de référence par intervenant-e.*

*Une analyse sommaire de ces données permettrait de s'assurer que le processus de référence est équitable et de cibler, le cas échéant, des personnes auprès de qui un travail de sensibilisation devrait être effectué.*

#### **La référence IRI-Accueil et le contexte institutionnel...**

Quoique les questions destinées aux intervenants-es n'étaient pas orientées en ce sens, plusieurs d'entre eux et d'entre elles (le personnel des urgences sociales surtout) ont jugé utile de nous faire part de certaines de leurs frustrations face aux attitudes de quelques-uns des membres de l'équipe IRI-Accueil. Il nous a semblé important de faire mention de ces tensions dans la mesure où celles-ci pouvaient avoir des conséquences sur les modalités et la fréquence des références à IRI-Accueil, mais aussi parce qu'en quelque sorte, ces tensions mettaient en évidence l'importance de bien délimiter le cadre d'utilisation du mandat IRI-Accueil, de bien définir les

concepts utilisés, de favoriser la communication, et d'établir des rapports de confiance entre les individus.

Il est difficile d'évaluer les effets que ces tensions ont pu avoir sur la fréquence des références à IRI-Accueil, mais nous avons constaté que du côté des urgences sociales, la fréquence des références à IRI-Accueil était à peu près homogène. Nous aurions pu en douter puisque certains-es intervenants-es reconnaissaient parfois choisir de ne pas référer des cas à tel ou telle intervenant-e IRI-Accueil.

Nous ne sommes pas sans savoir que cette cueillette de données faisait suite à un ré-aménagement des équipes IRI-Accueil, des intervenants-es IRI-Accueil ont quitté, d'autres sont arrivés et il ne semble pas que ces changements aient été accueillis par tous avec confort et facilité. Un an s'est écoulé depuis et, bien sûr, tous ont appris à se connaître. Nous savons, depuis la présentation de nos résultats préliminaires, lesquelles mettaient ces tensions au jour, qu'un gros travail a été initié pour y pallier (c.f. rencontres ponctuelles entre le chef de service IRI-Accueil et celui de l'Accueil DPJ, ils participent tous deux au « Groupe de développement clinique IRI », des rencontres avec les intervenants-es Accueil-DPJ ont eu lieu, etc.). Tout nous porte à croire que désormais la plupart de ces tensions ont disparu.

### **Le soutien clinique dans les services RTS et Urgences sociales**

Le processus qui conduit les intervenants-es à prendre une décision est éminemment complexe, nous l'avons vu : les critères employés ne sont pas toujours facile à utiliser, les contours ne sont pas toujours bien délimités (et « délimitables ») et chacun peut les comprendre et les appliquer selon sa propre vision. En cela, le soutien clinique aux intervenants-es nous apparaît être tout à fait essentiel. C'est par le soutien clinique que peuvent être explicitées des définitions, que peuvent être désamorçés des préjugés, que peuvent être harmonisées des pratiques. Clairement, et compte tenu des contextes différents de travail, les services RTS et urgences sociales ne partagent pas la même réalité en terme de soutien clinique.

Il faut reconnaître déjà qu'une conseillère clinique au sein de l'équipe RTS est déjà dédiée à cette tâche. C'est elle qui reçoit ses collègues, propose ses commentaires ainsi que des pistes de réflexion en matière d'évaluation de cas et propose à l'occasion ses perceptions face à d'éventuelles références au programme IRI-Accueil. Nous avons entendu dans les entrevues

plusieurs intervenants-es exprimer leur satisfaction à l'égard de ce soutien. Non seulement cette personne joue-t-elle un rôle prépondérant dans son propre service, mais elle se pose aussi un peu comme une courroie de transmission dans le processus des communications avec les membres de l'équipe IRI-Accueil elle-même. C'est par elle que transitent les informations, les mises au point qui vont préciser la nature du mandat IRI-Accueil. Et il faut rappeler ici que les services de l'accueil DPJ et IRI-Accueil cohabitent dans les mêmes locaux : cela ne peut qu'avantager de telles procédures.

Les urgences sociales ne disposent pas d'un tel mécanisme de suivi et de soutien clinique. L'échange d'informations se fait essentiellement par le moyen d'échanges individuels occasionnels avec le coordonnateur du service. Compte tenu des contingences de chacun (beaucoup d'entre eux travaillent à temps partiel, sont aux études, etc.) et de leur horaire de travail, il est extrêmement difficile de réunir l'ensemble de l'équipe. Dans de telles conditions, sans doute l'information met-elle un peu plus de temps à circuler entre les intervenants-es.

Nous savons que beaucoup d'efforts ont été faits pour corriger des procédures et alimenter les réflexions. Quelques questions demeurent cependant. Notamment, nous parvenons difficilement à comprendre et à expliquer, en dépit de la présence et du travail de la conseillère clinique, le fait que c'est bien dans le service RTS que nous observons la plus grande variabilité des références IRI-Accueil en fonction des intervenants-es.

#### **8. Piste pour l'action**

*Des activités devraient être mises en place afin d'optimiser l'implantation du protocole de référence au programme IRI-Accueil. Ces activités devraient selon nous être multipliées et confiées en partie à la conseillère clinique du service RTS et au coordonnateur du service des Urgences sociales.*

#### ***Le programme IRI-Accueil et l'application des principes directeurs***

Comme nous l'avons vu dans la section des résultats, la plupart des principes directeurs qui président à l'exercice du mandat IRI-Accueil sont appliqués par l'ensemble des intervenants-es. Ceux-ci font généralement preuve de **souplesse horaire**, ils se **déplacent dans l'environnement fréquenté par les familles** et s'efforcent **d'en impliquer les membres** dans les étapes du processus clinique.

Aussi, l'intervention est généralement **intense**. Mais au chapitre de l'intensité, nous avons vu qu'il y avait de grandes variations entre les intervenants-es; certains-es interviennent presque deux fois plus que d'autres (en nombre et en volume).

En ce qui concerne le **soutien concret**, nous avons vu, autant dans le contenu des entrevues que dans les statistiques, qu'il y avait manifestement très peu d'activités de ce type offertes aux familles. Nous devons ici prendre en considération le fait qu'il n'est certainement pas aisé d'apporter du soutien concret dans un contexte d'intervention aussi bref. Aussi, convient-il de préciser que nous n'avons pas explicitement posé de question sur ce sujet lors des entretiens. Cela dit, nous demandions pourtant aux intervenants-es de nous décrire en détail toutes les interventions qu'ils avaient faites auprès des familles. Dans ces conditions, comment comprendre qu'aucune activité comportant du soutien concret n'ait été relatée lors des entrevues? Par ailleurs, comme ce silence à propos des formes de soutien concret est confirmé par les données quantitatives, nous sommes portés à nous interroger sur le degré d'adhésion des intervenants-es à ce principe directeur.

### **9. Piste pour l'action**

*Des discussions devraient être menées au sein de l'équipe et avec les responsables afin de clarifier ce qui est entendu et attendu par soutien concret aux familles, afin d'évaluer la pertinence de maintenir ce principe directeur dans un programme d'une durée de 14 jours, ou encore s'entendre sur les situations dans lesquelles on devrait en offrir aux familles et dans quelles conditions.*

Ensuite, même si l'on tient compte du fait que certaines interventions aient chevauché la période des fêtes de Noël ou encore une partie des congés de l'été 2003, nous avons constaté que la **durée de prise en charge** était en moyenne beaucoup plus longue que celle initialement convenue dans les principes du programme. Dans l'analyse des discours présentée dans la section résultats, nous avons présenté quelques éléments liés au fait que des éducatrices ou éducateurs semblaient encore fortement attachés à leur rôle d'agent de changement, ou encore, attachés à ce sentiment subjectif d'avoir aidé les familles. Il n'est pas malaisé de comprendre cet état de fait si l'on considère l'histoire professionnelle de la plupart de ces intervenants-es, habitués qu'ils étaient à mener des interventions jusqu'à leur terme. Il y a aussi la croyance qui semble partagée par plusieurs et qui prête à l'intervention longue des vertus qu'elle ne semble pas avoir. Nous avons vu en effet qu'une plus longue durée du suivi n'empêche pas significativement les jeunes d'être

de nouveau signalés, de recevoir d'autres services du Centre jeunesse ou d'être placés à la suite de l'intervention. Ceci pourrait très bien s'expliquer par la lourdeur des cas, laquelle justifierait une intervention tout aussi intensive, mais beaucoup plus longue.

#### **10. Pistes pour l'action**

*En conformité avec ce qui a d'ores et déjà été initié par la direction, des discussions devraient être menées au sein de l'équipe et avec les responsables afin de faire consensus sur les critères de réussite du programme pour aider les éducatrices et éducateurs à valoriser la portée de leurs interventions et mieux saisir les effets escomptés du programme.*

*Il convient de poursuivre le monitoring et l'analyse périodique des durées d'intervention en précisant la date à partir de laquelle l'intervention est terminée, et ce, même si le dossier reste ouvert pendant les vacances ou les temps d'absence des intervenants-es.*

En fait, il y a aussi un facteur tout à fait déterminant qui permet de mieux comprendre les conditions d'une possible extension des durées de prise en charge, c'est le fait de remettre à plus tard ou de renoncer aux **transferts des cas aux partenaires**. Chez la plupart des répondants, on trouve la trace de doutes à l'endroit de l'efficacité des partenaires, plus particulièrement à celle des CLSC. En fait, à part IRI-Territoire et l'hôpital (une fois), aucun autre service externe n'est évoqué dans les entrevues. On décèle la marque de ces résistances chez la plupart des éducatrices et éducateurs mais ce ne sont pas tous qui semblent remettre en question dans la pratique les transferts au CLSC. Certains-es semblent même très à l'aise avec l'application de ce principe directeur.

Notons ici que les données quantitatives concernant les activités réalisées indiquent qu'une bonne proportion d'entre elles se déroulent en présence d'un autre intervenant-e. Malheureusement, nos données ne nous permettent pas de différencier l'appartenance de ces intervenants-es à un établissement donné.

Il peut être éclairant de se rappeler que dans la littérature, on fait le constat que la collaboration entre les partenaires se construit à force d'échanges répétés. Or, les intervenants-es du programme IRI-Accueil couvrent l'ensemble des territoires (à Montréal il y a 27 territoires de CLSC et près d'une centaine d'organismes communautaires jeunesse) : dans ces conditions, il s'avère évidemment difficile d'entretenir des contacts répétés.

La question qui se pose alors concerne la meilleure façon de mettre en commun les expertises des différents partenaires au profit des familles: à l'intérieur même des équipes, entre les équipes et



avec les autres établissements de services. Il y a nettement là matière à innovation nécessaire au bien-être des intervenants-es et à celui des familles et des enfants (Gouvernement du Québec, 1998; Schorr & Schorr, 1988).

## **11. Piste pour l'action**

*Voir la piste d'action 6. p. 42*

*Nous suggérons que les évaluations qui pourraient être menées à l'avenir concernant des programmes tels que IRI-Accueil et autres types d'intervention devraient documenter les interventions menées par les partenaires auprès des mêmes familles, examiner les mécanismes de collaboration et, le cas échéant, proposer des avenues pour solutionner les problèmes identifiés.*

Face à ces différents constats, il nous a semblé important d'aller de l'avant dans notre réflexion et de nous efforcer de mieux comprendre le mandat des éducateurs du point de vue de leurs perceptions, de leurs tâches, du point de vue des tensions auxquelles ils semblent parfois être soumis.

### **Au sujet de la loyauté**

S'il est une croyance, avérée ou non, que les ressources extérieures ne font pas montre d'efficacité, de rapidité ou de compétence, on peut comprendre que des intervenants-es, de peur de voir leurs efforts réduits à néant, puissent en venir à hésiter face à cet objectif qui consiste à référer les familles, les jeunes, vers d'autres intervenants-es. Nous comprenons cette situation un peu à la manière d'un possible conflit de loyauté: loyauté envers les familles, envers les jeunes auxquels on s'est attachés, que l'on veut aider, laquelle se heurte parfois à cette autre marque de loyauté qu'il convient de manifester à l'institution, au mandat IRI-Accueil.

### **Question de satisfaction?**

*« On va parler de Bruno Leroux (nom fictif) qui a été un cas un peu plus facile. # 02a 89 (Bruno Leroux, 40 jours de suivi et qui s'achève par une fermeture... et le cas qui a été décrit précédemment et qui sert la comparaison, c'est Paul Lesage (nom fictif), une soirée d'intervention, qui finit en LPJ, code 1, et placement à long terme). »*

C'est bien ce type d'opération de pensée qui nous a conduit à nous demander comment les répondantes et répondants envisageaient une intervention IRI-Accueil réussie ou satisfaisante. En fait, nous avons noté que parfois, des intervenants-es semblaient déçus de l'issue du suivi et en venaient même parfois à déprécier leur intervention si le suivi se concluait par un signalement ou

un placement du ou de la jeune. Ce cas n'est pas une réussite dans le sens où l'intervenant-e ne peut dire « j'ai évité quelque chose... » puisque le jeune a été placé. Un suivi qui n'est pas terminal est un suivi parfois perçu comme plus difficile, voire décevant.

Des intervenants-es se réjouissent face aux « beaux cas » (fermeture de dossier) et déploient des stratégies mentales pour rendre positive des situations dont l'issue n'est pas si « heureuse »: au moins ils ont fait un bon rapport, au moins c'était la meilleure chose qui pouvait arriver pour le jeune ou il y a tout de même des beaux cas qui finissent par un placement. Chez d'autres, nous ne trouvons pas la trace de cette déception, de cette amertume : des interventions qui se terminent par un placement ou un signalement retenu semblent être tout à fait acceptées, assumées, parce que cela semblait la meilleure chose à faire dans cette situation.

Il nous paraît important de faire mention de cette légère confusion ou trouble quant à la spécification du lieu de la satisfaction dans l'exercice du mandat IRI-Accueil... et donc du lieu duquel on peut tirer la gratification ou la valorisation à tirer du travail bien fait.

Évidemment, que des intervenants-es soient déçus de l'issue d'un suivi peut nous apparaître tout à fait légitime et compréhensible. Toutefois, puisque nous avons été amenés à nous interroger sur les facteurs qui peuvent conduire au prolongement des suivis, nous sommes portés à nous demander, une fois encore, si les buts visés par le mandat IRI-Accueil sont endossés par l'ensemble des intervenants-es. Nous pouvons nous demander aussi si l'ensemble des intervenants-es sont (ou étaient au moment de collecter nos données) confortables avec les paramètres du mandat IRI-Accueil, notamment en ce qui concerne la durée de l'intervention.

## **12. Piste pour l'action**

*Voir « Piste pour l'action 10 ». p 47*

Dans l'année qui vient de s'écouler, des changements sont intervenus. Des consignes ont été transmises aux intervenants-es en vue de les sensibiliser à la nécessité de contacter les partenaires beaucoup plus tôt dans l'intervention, c'est-à-dire au cours des deux ou trois premières rencontres. En outre, il a été précisé que le mandat des éducatrices et éducateurs IRI-Accueil consistait aussi à donner aux familles les connaissances et les moyens d'aller chercher de l'aide par elles-mêmes (cf « Le protocole d'intervention du programme IRI »).

## ***Le soutien clinique aux intervenants-es IRI-Accueil***

Dans les entrevues, plusieurs éducatrices ou éducateurs vont mettre de l'avant tous les avantages qu'ils ont trouvés à aller « objectiver » des cas auprès de leur conseiller clinique. C'est pour eux un moment de partage pendant lequel ils peuvent remettre en question leur pratique, de même qu'affiner et affirmer des prises de décision. Face aux familles, ils sont généralement très seuls et ce moment de confrontation des expériences est généralement très apprécié.

Contrairement aux services de l'accueil DPJ, il est donné aux membres de l'équipe IRI-Accueil de se réunir une heure toutes les semaines, et cette réunion est désormais obligatoire. De plus, chacun-e peut rencontrer le coordonnateur une heure par semaine sur une base individuelle.

La mise en place de cette procédure de suivi clinique témoigne donc du souci constant des responsables face au partage des connaissances et face à l'optimisation des pratiques, afin que soient partagées les expériences, actualisées les connaissances et intégrés les grands axes du mandat IRI-Accueil.

### **13. Piste pour l'action**

*Le caractère indispensable du soutien clinique dispensées aux intervenants et intervenantes IRI-Accueil nous apparaît évident. Il est donc impératif de ne pas sacrifier, ou de limiter, le temps que les coordonnateur et chefs de service y consacrent.*

## Conclusion

Le personnel des équipes RTS et Urgences sociales jouit d'une expérience solide. Il est remarquable de constater que l'ensemble des cas qui nous ont été présentés ou qui ont été livrés à l'analyse ne nous laissent pas entrevoir de difficultés ou d'incongruités majeures au niveau de la référence au programme IRI-Accueil. Au fond, ce qui reste difficile à « mesurer » c'est bien ces cas qui pourraient être référés à IRI-Accueil mais ne le sont pas.

Il peut bien sûr s'avérer utile d'aviver un peu cette expérience, notamment en rendant disponible et « visible » un savoir trop souvent tacite, le mettre sur papier, le préciser davantage, chercher à mieux le comprendre et faire cela ne serait-ce qu'au titre du transfert des connaissances.

Comme nous avons relevé quelques légers écueils au niveau de l'harmonisation des références par l'ensemble des membres des équipes RTS et Urgences Sociales, il ne sera pas superflu de s'assurer encore de la bonne compréhension du protocole de référence IRI-Accueil, lequel protocole pourrait être enrichi des connaissances acquises dans le cadre de la présente évaluation. Les critères qui augurent un suivi IRI-Accueil « réussi », et ceux qui sont plutôt « repoussoirs », sont déjà connus de la plupart des intervenants-es mais pas toujours partagés, structurés, priorisés comme ils le devraient.

Aussi, nous n'avons eu de cesse de le constater, la complexité des situations familiales appelle la nécessité d'une opérationnalisation solide et efficace des concepts forts, ceux auxquels on se réfère le plus, ceux qui sont au cœur du mandat IRI-Accueil (« trouble de comportement », « crise »). Ce sont des concepts larges, complexes, qui ne se laissent pas facilement saisir. Il convient d'aller à leur rencontre pour toujours tenter de mieux les circonscrire, mieux les maîtriser. Il s'agit bien pour l'accueil DPJ de cibler de façon toujours plus précise les situations à référer au programme IRI-Accueil. Bien sûr, cet objectif n'échappe à personne.

Enfin, même si dans le cours de la dernière année ce thème a occupé et mobilisé sérieusement les équipes de direction, il resterait sans doute à continuer d'interroger et se donner les moyens de vérifier l'adhésion de tous et toutes (RTS et Urgences sociales) face à l'utilisation du programme IRI-Accueil.

En ce qui concerne l'évaluation de l'équipe IRI-Accueil, nous avons été les témoins enthousiastes et attentifs de beaucoup de modifications, d'évolutions au sein même de ce service, évolution découlant en grande partie des constats tirés de nos analyses au fur et à mesure où ils apparaissaient et étaient transmis au comité de suivi. Une grande partie de l'équipe était jeune et au fil des mois elle s'est affirmée considérablement. Désormais, la pratique des intervenants-es IRI-Accueil est plus assurée et le cadre des interventions est mieux compris, mieux intégré. Leur tâche est difficile pourtant, ils sont seuls, confrontés à des situations délicates, « explosives », mais font néanmoins preuve d'un grand professionnalisme. Ces intervenants-es sont profondément animés-es par la volonté d'apprendre, de faire mieux, et par le désir de soutenir, d'aider ces personnes en détresse qui vivent des situations pénibles et douloureuses. D'ailleurs, nous avons vu – presque paradoxalement – que c'est bien ce désir d'aider, ce souci d'introduire des changements au cœur de familles en souffrance, qu'il convient parfois d'interroger, de recadrer, puisque ce désir d'aider doit demeurer congruent avec les grands principes de l'intervention rapide intensive et de très courte durée.

Pour ces deux services, autant pour les équipes RTS et urgences sociales que pour l'équipe IRI-Accueil nous avons vu combien il était important et nécessaire de favoriser et privilégier les rencontres de soutien clinique. Pour ce type de programme, particulièrement, cette période de remise en question, de partage, de transmission des savoirs nous apparaît être tout à fait essentielle et garante du bon fonctionnement des services. Encore une fois, cette procédure ne saurait être escamotée ou sacrifiée.

Toujours pour l'ensemble de ces équipes, nous avons vu aussi combien il était nécessaire de ne pas perdre le contact et la compréhension, voire la confiance, avec les partenaires (qu'il s'agisse des CLSC ou d'autres organismes), d'autant que ceux-ci ont à intervenir dans des contextes fluctuants et dans des conditions difficiles. Sans doute convient-il alors de se donner les moyens de mieux comprendre, d'entretenir et de préserver cette indispensable relation « aux autres ».

Le programme IRI-Accueil est opérant et définitivement utile à l'intervention de première ligne. Les personnes qui ont conçu ce programme, qui le coordonnent, qui en assurent le suivi font preuve de dynamisme, d'ouverture et interrogent sans cesse les pratiques et les principes même de cet outil.

Pour les mois à venir, il nous semblerait appréciable et souhaitable que les membres du comité de suivi se réunissent encore et se donnent les moyens de mettre en pratique et d'assurer le suivi des différentes « pistes pour l'action » que nous avons formulé dans ce travail. Au fond, pour la plupart, ces recommandations sont fidèles à des principes et des actions qui sont déjà en circulation dans les services du centre jeunesse IU.

#### **14. Piste pour l'action**

*Afin de donner suite aux conclusions de cette évaluation, nous suggérons que le comité de suivi qui a assuré l'adéquation entre les modalités d'évaluation et les besoins du CJM-IU en matière d'information sur le programme soit officiellement mandaté pour mettre en place des mesures et assurer le suivi des pistes pour l'action formulées dans ce rapport.*

## Bibliographie

- Aguilera, D. C. (1990). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. St-Louis, MO: C. V. Mosby.
- Archambault, J. & Des Groseillers, C. (1997). *Intervention rapide et intensive en amont en situation d'urgence et de crise*. Les Centres jeunesse de Montréal. Direction des services territoriaux. Montréal.
- Auerbach, S. M. & Stolberg, A. L. (1986). *Crisis intervention with children and families*. Washington, DC: Hemisphere.
- Bitoni, C. (1993). Cognitive mapping: A qualitative research method for social work. *Social Work Research & Abstracts*, 29 (1), 9-16.
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New-York: Basic Books.
- Chenitz, W. & Swanson, J. (1986). *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Cook, T. D. (1985). Post-positivist critical multiplism. In L. Shotland & M. Mark (eds.) , *Social science and social policy*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation*. Chicago: Rand McNally.
- Dagenais, C., Bastien, M.-F., Bégin, J., Tourigny, M., Bouchard, C. & Fortin, D. (2003). Évaluation de l'implantation et des effets d'un programme de soutien intensif offert à des familles afin d'éviter un placement en milieu substitut. Revue canadienne d'évaluation de programme, vol. 18, 2, 47-69.
- Dagenais, C., Bégin, J. Bouchard, C. & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. Children and Youth Services Review, 26, 249-263.
- Dagenais, C., Bégin, J. & Fortin, D. (1999). *L'évaluation des services intensifs offerts à des familles en crise et l'amélioration du fonctionnement familial. Une méta-analyse*. Les cahiers d'analyse du GRAVE, Vol 6, no 1. Montréal, QC: Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale.
- Dagenais, C. & Bouchard, C. (1993). Les programmes de soutien intensif aux familles. Intervention massive ou intervention magique ? *P.R.I.S.M.E.*, 3, 503-515.
- Dagenais, C., & Bouchard, C. (1996). L'impact des programmes de soutien intensif visant à maintenir les enfants et adolescents dans leur famille. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15 (1), 63-82.
- David, G. (1987). Nécessité et efficacité d'une approche intégrée dans le traitement de l'inceste. *Service Social*, 36, 350-368.
- Du Ranquet, M. (1991). *Les approches en service social*. Québec: Edisem.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 1-171.

- Garant, L. (1992). *Les programmes de soutien familial. Une alternative au placement des jeunes ?* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. New York: Free Press.
- Gouvernement du Québec (1991). *La Protection sur Mesure: Un Projet Collectif. Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec. 256pp.
- Gouvernement du Québec (1998). *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes: Agissons en complices*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gutstein, S. E. (1987). Family reconciliation as a response to adolescence crisis. *Family Process*, 26, 475-491.
- Gutstein, S. E., Rudd, F. M., Graham, C. J. & Rayha, L. L. (1988). Systemic crisis intervention as a response to adolescent crisis: An outcome study. *Family Process*, 27, 201-211.
- Kinney, J., Dittmar, K. & Firth, W. (1990). Keeping Families Together: The Homebuilders Model. *Children Today*, 19, 14-19.
- Kinney, J., Haapala, D. & Booth, C. (1991). *Keeping families together: The Homebuilders Model*. New York: Aldine de Gruyter.
- Nelson, K. E., Landsman, M. J. & Deutelbaum, W. (1990). Three models of family-centered placement prevention services. *Child Welfare*, 114, 1-21.
- Manning-Kendrick, J. (1991). Crisis intervention in child abuse: A family treatment approach. In A. R. Roberts (Ed.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Pittman, F. S. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New-York: W.W. Norton & Company.
- Posavac, E. J. & Carey, R. G. (1992). *Program evaluation: Methods and case studies* (2e ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roberts, A. R. (1990). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed) , *Crisis Intervention handbook. Assessment, treatment and research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. In A. R. Roberts (Ed.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Schorr, L. B. & Schorr, D. (1988). *Within our Reach: Breaking the cycle of Disadvantage*. New-York. Anchor Books.
- Slive, A. B. & McConkey-Radetzki, N. (1989). The utilisation of residential treatment as family crisis intervention. *Journal of Child Care*, 3, 59-68.
- Steele, W. & Raider, M. (1991). *Working with families in crisis: School-based intervention*. New-York: Guilford.



- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.
- Sugarman, S. & Mashester, C. (1985). The family crisis intervention literature: What is meant by "family"? *Journal of Marital and Family Therapy*, 2, 167-177.
- Trochim, W.M.K. (1985). Pattern Matching, validity, and conceptualization in program evaluation. *Evaluation Review*, 9, 575-604.
- Umana, R., Gross, S. J. & McConville, (1980). *Crisis in the Family: Three Approaches*. New-York: Gardner Press.
- Wiener, R. L., Wiley, D., Huelsman, T. & Hilgemann, A. (1994). Needs assessment. Combining qualitative interviews and concept mapping methodology. *Evaluation Review*, 18, 227-240.
- Wilson, H. S. & Hutchison, S.A. (1991). Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 1, 263-276.