

# **LES PRATIQUES D'INTERVENTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OEUVRANT AUPRÈS DES PERSONNES CONTREVENANTES**

## **ENJEUX ET PERSPECTIVES**

**Document préparé à partir du rapport du comité de travail sur les pratiques d'intervention en milieu  
communautaire**

**ASRSQ**

**Rapport du Comité de travail sur les pratiques d'intervention en milieu communautaire adopté par  
le Conseil d'administration de l'ASRSQ le 7 mai 2012**

## **Comité de travail**

Patrick Altimas	ASRSQ	Montréal
Mélanie Guyon	Femmes	3-AQuébec
Sylvie Lagacé	CRC Arc-en-soi	Rivière-du-Loup
Guy Lamontagne	Carpe Diem	Laval
Geneviève Latreille	Le Joins-toi	Granby
Josée Meilleur	Maison St-Laurent	Montréal
Nicole Mercier	Le Joins-toi	Longueuil
Martine René	La Jonction	Québec
Karine Roby	Agence St-Laurent	Montréal
Anne Simard	CRC Le Pavillon	Québec

## **Coordination et rédaction**

Jean-Pierre Piché	ASRSQ et CRC Le Pavillon	Québec
-------------------	--------------------------	--------

Vous pouvez obtenir copie de ce document sans frais à l'adresse internet suivante : [www.asrsq.ca](http://www.asrsq.ca)

## Introduction

L'ASRSQ existe depuis près de cinquante ans maintenant, poursuivant sa mission à travers les multiples changements législatifs, politiques et sociaux. Au cœur de cette mission, la réhabilitation des personnes contrevenantes et leur réinsertion au sein de la communauté. Quel défi ! Et qui ne va pas sans ses risques et exigences, pour reprendre les termes du colloque du trentième anniversaire. Pourtant, c'est à chaque jour que les membres de l'ASRSQ relèvent ce défi avec engagement et compétence, animés d'une conviction inébranlable de l'utilité et de la nécessité de leur travail.

Lors du trentième anniversaire, il était apparu essentiel d'effectuer un retour sur l'historique, la mission, les valeurs de l'ASRSQ. Ce rappel devait constituer un ensemble de « points de repère sur le développement et l'origine de l'association » et faire en sorte de « resituer le déroulement de cette pièce [...l'évolution de l'ASRSQ...] dans la réalité concrète des problèmes de délinquance et de ceux de la réinsertion sociale des prisonniers.<sup>1</sup> »

Vingt années plus tard, il nous apparaît tout aussi essentiel de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir à nouveau sur la mission et les valeurs de l'ASRSQ cette fois à travers les pratiques d'intervention : quelles sont ces pratiques en 2011 ? S'inscrivent-elles toujours dans la voie tracée voilà 50 ans par l'ASRSQ ? Et vers quoi tendent-elles ?

Le présent document se veut le fruit d'un premier déblayage sur ces questions. D'abord réalisé par un groupe formé de différents représentants d'organismes membres de l'ASRSQ puis retravaillé par les membres du c.a., il propose une réflexion d'ensemble sur les pratiques d'intervention de même que certaines pistes pour poursuivre le travail entrepris.

Le lecteur y trouvera une mise en contexte générale des travaux de même que le résultat des échanges tenus sur la question des pratiques d'intervention et enfin des recommandations propres à répondre aux principaux enjeux qui se sont dégagés.

Bonne lecture et bonne réflexion.

---

1 ASRSQ Le risque du communautaire : Éléments d'histoire de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec, 1992

# Table de matières

## Introduction

### Chapitre I : La mise en contexte et les constats

- 1.1. Le mandat
- 1.2. La mise en place et la composition du comité
- 1.3. Le déroulement des travaux
- 1.4. Le choix des thèmes
  - 1.4.1. Le spécifique de l'intervention en milieu communautaire
  - 1.4.2. La responsabilité clinique de l'intervention
  - 1.4.3. Les modèles d'intervention et les outils cliniques
  - 1.4.4. La qualité
- 1.5. Le questionnaire sur les pratiques d'intervention

### Chapitre II : Les thèmes en détail

- 2.1. Le spécifique de l'intervention en milieu communautaire
- 2.2. La responsabilité clinique de l'intervention
- 2.3. Les modèles d'intervention et les outils cliniques
- 2.4. La qualité

### Chapitre III : Les recommandations et les modalités de mise en œuvre

## Conclusion

**Annexe I :** Questionnaire sur les pratiques d'intervention

**Annexe II :** Synthèse des réponses obtenues au questionnaire sur les pratiques d'intervention

**Annexe III :** Clarification de certains concepts

**Annexe IV :** Rappel de la mission et des principes de l'ASRSQ

# Chapitre I

## La mise en contexte et les constats de départ

C'est lors d'une session de travail des membres du conseil d'administration de l'ASRSQ tenue à l'automne 2010, qu'il fut convenu que le thème des pratiques d'intervention en milieu communautaire devait faire l'objet d'une réflexion particulière. En effet, le caractère spécifique de chacun des organismes eu égard entre autres à la nature du travail effectué auprès de la clientèle ainsi qu'aux modalités prévues pour assurer la qualité des interventions nous enjoignaient à poser un regard sur cette réalité et sur les principaux enjeux qui s'en dégageaient.

Les rencontres tenues en 2009, 2010 et 2011 avec les membres offrant des services d'hébergement et de suivi dans la communauté sur la question des contrats avec le Ministère de la Sécurité Publique du Québec (MSP) avaient d'ailleurs laissé entrevoir une préoccupation importante en ce sens de la part des membres. Le moment était donc propice pour jeter un regard sur la question des pratiques d'intervention au sein de l'ASRSQ, sur notre propre positionnement en cette matière et, le cas échéant, de dégager des avenues pouvant contribuer à l'amélioration des services rendus.

### 1.1. Le mandat

Un mandat fut donc préparé et entériné par le conseil d'administration de l'association dans les semaines qui suivirent. Celui-ci se présentait comme suit :

*Effectuer une réflexion sur les pratiques d'intervention en milieu communautaire autour des enjeux suivants :*

- *le caractère spécifique de l'intervention communautaire*
- *le partage des responsabilités et les mécanismes de collaboration avec les réseaux institutionnels*
- *la responsabilité clinique de l'intervention*
- *les modèles d'intervention et les outils cliniques*
- *la qualité de l'intervention*

*Une telle réflexion pourrait permettre de dégager des lignes directrices propres à inspirer et supporter les membres dans l'amélioration des services qu'ils offrent à la clientèle contrevenante.*

### 1.2. La mise en place et la composition du comité

La réalisation du mandat a mis à contribution un groupe de travail piloté par un membre du c.a. de l'ASRSQ et composé d'une dizaine de personnes, responsables cliniques ou de

l'encadrement du personnel des différentes corporations<sup>2</sup> avec une représentation des régions ainsi que des centres, desservant des clientèles soit provinciales soit fédérales ou les deux, autant en hébergement, suivi communautaire ou services aux personnes contrevenantes ou à leurs proches.

En effet, dès le départ il est apparu que la quasi-totalité des enjeux à considérer dans la réalisation du mandat était commune à l'ensemble des organismes. Il fallait donc faire en sorte que les travaux reflètent la réalité de l'ensemble des membres de l'ASRSQ.

C'est pour répondre à cette exigence, qu'il fut convenu d'assurer la représentation la plus large possible au sein du comité.

### **1.3. Le déroulement des travaux**

Le calendrier de travail de départ prévoyait la réalisation des travaux sur une période de dix mois au terme de laquelle un rapport devait être remis au c.a. de l'ASRSQ. En fait le comité de travail s'est réuni à six reprises entre février et septembre 2011 et le rapport fut remis tel que prévu pour adoption. Il a été reçu par le c.a. en décembre 2011 puis retravaillé lors de deux séances spéciales du c.a. les 11 janvier et 15 février 2012.

### **1.4. Le choix des thèmes**

Quatre thèmes en lien avec les pratiques d'intervention ont été choisis comme trame de fond des échanges :

1.4.1. Le spécifique de l'intervention en milieu communautaire : qu'est-ce qui distingue l'intervention communautaire de celle offerte par les réseaux ? Quelle est sa marque de commerce ?

1.4.2. La responsabilité clinique de l'intervention : notamment l'imputabilité clinique par rapport à la responsabilité légale. Comment s'effectue le partage des responsabilités entre le communautaire et les réseaux institutionnels eu égard à l'intervention ? Quels sont les mécanismes de collaboration entre chacun ?

1.4.3. Les modèles d'intervention et les outils cliniques : les intervenants communautaires appuient-ils leurs interventions sur des modèles théoriques ? Quels sont-ils ? Quel est l'apport des différents outils et approches mis à contribution ?

1.4.4. La qualité : La qualité de l'intervention communautaire : quels sont les mécanismes dont disposent les organismes pour assurer la qualité ? Existe-t-il des standards minimaux en matière de qualité ? Comment évalue-t-on la qualité ? Que faire pour favoriser l'amélioration continue de la qualité ?

---

2 Voir l'annexe III pour connaître la composition exacte du comité.

### **1.5. Le questionnaire sur les pratiques d'intervention**

Afin de mieux connaître la nature des pratiques d'intervention des organismes membres de l'ASRSQ, un questionnaire a été élaboré et envoyé par courriel à chaque organisme membre de l'ASRSQ. Cette démarche devait permettre de disposer de données à jour sur les différents aspects des pratiques d'intervention et contribuer à faciliter le travail du comité en appuyant la réflexion. Au total, trente-sept organismes ont répondu et retourné le questionnaire, tel que demandé. La synthèse des données recueillies se trouve à l'annexe II du présent document.

## Chapitre II

### Les thèmes en détail

#### 2.1. Le spécifique de l'intervention en milieu communautaire

Pour bien caractériser l'intervention communautaire, tel que pratiquée par les membres de l'ASRSQ, il importe de dégager ses bases fondamentales soit : l'enracinement dans la communauté, l'autonomie des organismes, la réhabilitation, la réinsertion des personnes contrevenantes et la prévention.

**2.1.1. L'enracinement dans la communauté** évoque les différents partenariats, la reconnaissance et l'acceptation par le voisinage de la mission et des activités des organismes. Il constitue une condition essentielle à la réhabilitation et à la réinsertion des personnes contrevenantes tel que développées et appliquées par les membres de l'ASRSQ. En effet, réinsertion et réhabilitation impliquent une action mutuelle entre l'individu et la communauté, réalisée au sein même de la collectivité et avec le soutien de celle-ci. L'intervention communautaire ne se limite surtout pas à un accompagnement du client dans la communauté. Elle doit pouvoir s'actualiser à-travers des liens communautaires et dans un esprit où la personne contrevenante fait partie intégrante de la communauté.

Bien que reconnue comme une valeur fondamentale chez les membres de l'ASRSQ, l'enracinement dans la communauté apparaît, dans les faits, variable d'un organisme à un autre et d'une période à l'autre. En effet, tisser, maintenir et développer des liens entre une corporation qui accueille des individus ayant commis des délits et des représentants de la communauté n'est pas chose simple. Les préjugés sont souvent bien ancrés, les résistances parfois fortes et l'énergie requise importante. Il n'est donc pas surprenant de constater que par moments, l'intégration à la vie communautaire puisse battre de l'aile. Rien n'est jamais acquis en cette matière.

Toutefois, un enracinement plus solide dans la communauté ne peut survenir qu'au prix d'une intensification et d'une diversification d'actions cohérentes de la part de chaque organisme en tenant compte des spécificités de son milieu. Bien que les directions générales et les conseils d'administration aient un rôle important à jouer en ce sens, le personnel n'y est pas étranger non plus. Le problème est que celui-ci est déjà débordé par le travail à effectuer auprès de la clientèle. Il reste donc peu d'énergie à consacrer à la visibilité de l'organisme et à une réelle intégration dans la communauté. La question est donc de déterminer comment concrétiser cet enracinement dans un contexte de « production » et de « normalisation » tel qu'il se vit actuellement dans nombre d'organismes.

La solidarité entre les membres de l'ASRSQ peut constituer un levier important dans le sens d'un meilleur enracinement dans la communauté, notamment par l'échange et le partage d'expériences.



**2.1.2. L'autonomie des organismes eu égard à l'intervention** s'avère une autre composante essentielle du caractère spécifique de l'intervention communautaire. Force est de constater cependant que présentement, les normes et procédures imposées par les différents services correctionnels ou par certains services gouvernementaux dans le cadre des ententes avec les organismes, réduisent quelque peu cette autonomie. Qu'il s'agisse de plans d'intervention préparés sans consulter les intervenants qui auront à les appliquer ou encore de programmes standardisés dont l'application est rendue obligatoire, c'est l'autonomie professionnelle du réseau communautaire qui est touchée et sa marge de manœuvre réduite. Sans compter que souvent la réponse aux besoins de la clientèle en souffre. Enfin, ces exigences, normes et façons de faire font en sorte que les intervenants doivent souvent consacrer beaucoup de temps à des tâches cléricales qui empiètent sur le temps consacré à la personne contrevenante.

À ce chapitre il semble d'ailleurs que, d'un organisme à un autre, la réponse aux exigences des organismes gouvernementaux varie considérablement. Chez certains, ces exigences sont acceptées dans leur entièreté ou presque alors qu'ailleurs elles sont négociées avec comme résultat, entre autres, une plus grande autonomie.

Malgré ces obligations, les organismes conservent leur manière très personnelle de considérer le client et de réaliser les interventions : prendre le temps, s'occuper de la personne, tenter d'offrir une intervention adaptée à ses besoins, s'intéresser à ce qu'elles vivent, aller dans leur milieu, etc.

La couleur spécifique du communautaire s'affirme donc de multiples façons. Mentionnons à titre d'exemple le suivi dans la communauté qui se distingue clairement de celle des intervenants des différents réseaux, étatiques beaucoup plus orientés sur le seul contrôle des conditions légales et des standards institutionnels.

On peut enfin souligner que les milieux d'hébergement du réseau communautaire, tout en étant des milieux d'intervention, sont aussi des milieux de vie bien différents des milieux institutionnels.

**2.1.3. La réhabilitation et la réinsertion** sont, quant à elle, la raison d'être des organismes membres de l'ASRSQ pour lesquelles ils ont d'ailleurs développé une véritable expertise reconnue à de multiples niveaux. Dans l'esprit de l'ASRSQ, réhabiliter exige un projet pour chaque personne contrevenante. Pour ce, il faut connaître la personne et sa situation de manière à pouvoir la mobiliser ainsi que la communauté autour de ce projet. Le « faire avec » représente alors une condition essentielle de réussite et implique la multiplicité des interventions et la mise à contribution de différents acteurs au sein de la communauté. La réhabilitation et la réinsertion exigent également, tel que mentionné précédemment, toute la latitude nécessaire pour répondre le mieux possible aux besoins des personnes et, par conséquent, contribuer à une meilleure sécurité du public. D'ailleurs, à l'opposé des propos alarmistes de certains pouvoirs publics, les membres de l'ASRSQ considèrent que la réhabilitation constitue le moyen le plus efficace de participer à la sécurité des communautés.

**2.1.4. L'aspect préventif** de l'intervention communautaire représente une autre particularité du réseau représenté par l'ASRSQ. Il implique de voir l'intervention au-delà de la mesure correctionnelle et nécessite une proximité avec la personne contrevenante. On parle ici de prévention tertiaire, celle qui s'adresse d'abord au client. Par ailleurs il est également important que les membres fassent connaître leur vision préventive de la criminalité à leur communauté en initiant ou en participant à des actions directes en ce sens (prévention primaire et secondaire).

### **Synthèse**

Enracinement dans la communauté, autonomie dans l'action, réhabilitation et prévention constituent donc la pierre d'assise du réseau des organismes membres de l'ASRSQ. Est-il possible cependant que cette base se soit quelque peu érodée au fil du temps ?

La solidarité entre les membres représente certainement un levier essentiel pour assurer non seulement la survie du spécifique communautaire, mais également son développement. À ce chapitre, les prises de position solidaires vécues récemment entre les organismes offrant des suivis dans la communauté sur la question de la charge de travail, constituent un exemple des plus probants. Il reste cependant que le maintien et le renforcement de cette solidarité ne sont jamais acquis et en ce sens, l'ASRSQ a un rôle majeur notamment en favorisant les occasions de rencontres et de partage entre les membres.

## **2.2. La responsabilité clinique de l'intervention**

La première question qui se pose en ce qui a trait à la responsabilité clinique de l'intervention est celle de savoir à qui l'intervention doit répondre ? À ce sujet, la réponse du communautaire est univoque : au client et à ses besoins. Les exigences des différents partenaires gouvernementaux à l'endroit des intervenants communautaires devraient être assujetties aux besoins du client en lien avec sa réhabilitation, sa réinsertion tout en contribuant à la sécurité du public.

De manière plus spécifique, la responsabilité clinique comporte plusieurs aspects et renvoie à différents contextes. Trois aspects principaux ont été retenus pour fin de réflexion.

### **2.2.1. L'évaluation de la situation et des besoins de la personne contrevenante, l'élaboration, la réalisation et à la révision de son plan d'intervention.**

Si l'on se situe dans le contexte des suivis communautaires, la réalité est que les plans d'intervention sont élaborés par des instances extérieures et appliqués par les intervenants communautaires. Dès les premiers contacts cependant, l'intervenant communautaire effectue sa propre évaluation des besoins de la personne contrevenante. La plupart du temps les conclusions de cette évaluation rejoignent les objectifs du plan d'intervention établi de l'extérieur mais parfois tel n'est pas le cas. Dans ces situations et selon le responsable avec qui l'intervenant communautaire aura à transiger, certains ajustements seront possibles faisant en sorte de reconnaître de part et d'autre les compétences de chacun et d'établir un équilibre dans le partage de la responsabilité clinique. Dans le cas contraire, l'intervenant

communautaire sera contraint d'assumer un rôle d'exécutant beaucoup moins stimulant d'un point de vue professionnel et certainement moins bénéfique pour le client lui-même. En effet, la responsabilité clinique exige une latitude suffisante dans la réalisation des interventions et ce, à partir du cheminement de la personne et de la réponse à ses besoins.

Dans des contextes autres que celui des suivis en communauté, il arrive également que l'expertise des intervenants communautaires ne soit pas toujours respectée et que certains partenaires gouvernementaux se permettent des ingérences et exercent même des pressions dans les orientations à prendre avec la clientèle. Ce type de situation est tout aussi inacceptable.

Puisque l'intervenant communautaire est imputable des gestes qu'il pose au plan professionnel, il doit avoir son mot à dire autant dans le plan qu'il applique que dans sa révision. Il doit aussi pouvoir compter sur le respect de son expertise et de son champ d'intervention par les différents partenaires.

Les partenaires ne sont pas non plus les superviseurs cliniques des intervenants communautaires. Ils doivent évidemment s'assurer que les plans d'intervention soient respectés et ils doivent les réviser avec les intervenants communautaires, en tenant compte du point de vue professionnel de l'intervenant qui assure le suivi. Tel n'est cependant pas toujours le cas.

De manière générale, il semble que, dans les organismes communautaires, la responsabilité clinique et l'autonomie professionnelle qui s'y rattache se situent principalement dans le choix des moyens à utiliser avec la personne contrevenante. À ce chapitre, les partenaires institutionnels n'interfèrent que rarement et laissent aux organismes la latitude requise.

Il appert cependant à ce sujet qu'il existe parfois des différences importantes d'un organisme à un autre, certains réussissant davantage que leurs homologues à faire reconnaître leur autonomie professionnelle.

Dans les cas d'hébergement la situation apparaît quelque peu différente. En effet, même s'ils n'ont toujours pas la responsabilité de l'évaluation, ce sont toutefois les intervenants communautaires qui établissent un plan de séjour avec la personne contrevenante. De plus, ils sont davantage présents aux différentes audiences du tribunal ou de la commission des libérations conditionnelles. Ici, il appert que la marge de manœuvre soit plus importante.

Ajoutons enfin qu'il existe une zone grise entre la responsabilité légale et la responsabilité clinique laquelle doit absolument être éclaircie. Peut-être que les ententes avec certains partenaires devraient être réexaminées à partir des clarifications qui seront éventuellement apportées. De plus, il apparaît essentiel de développer des lignes directrices claires et uniformes pour l'ensemble des membres de l'ASRSQ. Encore une fois, les disparités sont beaucoup trop grandes d'un organisme à un autre.

### **2.2.2. La confidentialité et l'accès à l'information.**

Afin d'assumer pleinement leurs responsabilités en matière d'intervention, les intervenants doivent pouvoir disposer de toute l'information pertinente sur la situation de chaque client. Malheureusement, il arrive parfois que tel ne soit pas le cas, qu'il s'agisse de suivi dans la communauté ou d'hébergement. Ainsi, l'accès aux coordonnées des victimes ou encore à certaines évaluations se trouve souvent refusé alors qu'elles sont essentielles au travail communautaire notamment pour éviter que des situations dramatiques ne surviennent précisément en raison d'un partage insuffisant d'information..

Peut-être y aurait-il lieu de documenter les refus de certains services publics en matière d'accès à l'information, notamment certains cas litigieux impliquant le Ministère de la Sécurité publique du Québec. L'ASRSQ pourrait par la suite jouer un rôle de représentation auprès des instances concernées afin de remédier à la situation.

### **2.2.3. La responsabilité face aux personnes contrevenantes elles-mêmes ainsi qu'aux communautés.**

Cette responsabilité concerne au premier chef les programmes dispensés par les organismes aux personnes contrevenantes de même que l'ensemble des interventions effectuées dans le cadre de la mission de l'organisme. À ce chapitre, nombreux sont les mécanismes internes de chaque organisme permettant de s'assurer de l'exercice adéquat de cette responsabilité : supervision professionnelle, études de cas, formation, évaluation annuelle, etc.

Cette responsabilité touche également les références à d'autres organismes œuvrant au sein de la communauté. Référer suppose un transfert d'informations sur la personne mais cela suppose également de bien connaître d'abord le réseau des organismes communautaires de sa propre communauté et ensuite l'organisme d'accueil apte à fournir le service requis pour la personne. Il appert que parfois, tel ne soit pas le cas, avec les risques que cela peut comporter.

## **2.3. Les modèles d'intervention et les outils cliniques**

L'utilisation des modèles d'intervention, approches, techniques et outils cliniques fait partie intégrante des services offerts par les organismes communautaires et comporte bon nombre d'avantages. Dans le cadre de la réflexion sur les pratiques d'intervention en milieu communautaire, nous avons opté pour les considérer dans la perspective de leurs multiples contributions au caractère spécifique de l'intervention communautaire, à l'efficacité de l'intervention, à la qualité des services, à la stimulation professionnelle des intervenants ainsi qu'à de l'évaluation des résultats. Voyons un peu de quoi il retourne pour chacun de ces thèmes.

### **2.3.1. La contribution des modèles, approches techniques et outils cliniques au caractère spécifique de l'intervention communautaire.**

Le premier apport des modèles, approches, techniques et outils cliniques est de mieux adapter l'intervention aux besoins de la clientèle. En effet, en milieu communautaire, l'intervention

n'est pas uniformisée, les besoins de la clientèle sont multiples et les réponses à apporter doivent pouvoir varier. Le communautaire se distingue donc par la pluralité des modèles employés.

Il se distingue également par une grande liberté de choix en matière de modèles, d'approches, de techniques et outils cliniques et ce, même au-delà des exigences des partenaires de certains services gouvernementaux. En effet, malgré la standardisation des plans d'intervention et les évaluations effectuées par des instances extérieures qui « imposent » par le fait même une certaine lecture de la réalité des personnes à desservir, les intervenants conservent une latitude en matière de choix des moyens .

En fait, les modèles, approches, techniques et outils cliniques viennent véritablement supporter l'un des éléments parmi les plus caractéristiques de l'intervention communautaire à savoir le développement d'un lien significatif avec la personne contrevenante sur la base de son appartenance à la communauté. Ce lien est tellement important qu'il se maintient souvent au-delà du mandat (nous sommes bien loin de la seule gestion du risque). C'est également à ce moment que les modèles approches, techniques et outils cliniques viennent encadrer, baliser et justifier l'intervention faisant en sorte d'éviter les dérapages.

Dans le contexte de l'intervention communautaire, les modèles approches, techniques et outils cliniques représentent donc le libre choix des organismes en ce qui a trait à la manière de répondre aux besoins de la personne avec, en arrière-plan, l'objectif d'établir un lien significatif entre la personne et les intervenants. C'est ce lien, entre autres, qui pourra devenir un ingrédient actif dans le processus de réhabilitation de la personne contrevenante. Les modèles approches, techniques et outils cliniques constituent également un filet de sécurité notamment dans les zones grises de l'intervention. Ils sont essentiels.

### **2.3.2. Une réponse plus efficace aux besoins de la clientèle.**

En intervention, l'une des finalités très importante est d'obtenir un résultat avec la personne contrevenante et le temps est souvent compté pour y arriver. Intervenir à l'aveuglette fait perdre de ce temps précieux. Les modèles approches, techniques et outils cliniques aident à saisir plus vite et mieux la situation du client, ses forces et ses fragilités et à enclencher plus rapidement des actions susceptibles de produire des résultats. Même si leur utilisation requière du temps, le bénéfice vaut largement l'effort supplémentaire consenti. De plus les modèles approches, techniques et outils cliniques aident à préciser ou revoir, le cas échéant, les évaluations fournies par les services gouvernementaux.

Les besoins des personnes référées sont nombreux et appellent l'utilisation d'approches et de techniques diverses. Une réponse appropriée, supportée cliniquement, tend également à rassurer le client et fait en sorte qu'il accordera davantage de crédit à l'intervenant, ce qui contribue souvent à l'atteinte de meilleurs résultats.

L'utilisation des modèles approches, techniques et outils cliniques permet donc de mieux comprendre la réalité des personnes, de maximiser le temps d'intervention disponible, de réévaluer les besoins plus efficacement et d'offrir une meilleure combinaison des services internes ou externes.

### **2.3.3. L'amélioration de la qualité des services.**

L'utilisation des modèles approches, techniques et outils cliniques facilite l'orientation à prendre dans tel ou tel cas en libellant des critères d'évaluation et donne un sens aux différentes actions. De plus l'usage d'un langage commun entre les intervenants facilite les collaborations multidisciplinaires. En un mot, leur utilisation contribue à donner une plus grande cohérence aux interventions dispensées par différents intervenants et en ce sens elle contribue à l'amélioration de la qualité des services.

Dans un autre registre, les modèles approches, techniques et outils cliniques sont très utiles pour l'intégration et la formation du nouveau personnel (surtout avec le roulement important dans les organismes communautaires) et ajoutent à la crédibilité des intervenants déjà en place face aux partenaires (notamment dans les rapports cliniques).

Ils imposent une rigueur méthodologique plus grande et permettent de mieux ajuster l'intervention aux capacités du client tout en tenant compte de l'intervenant et de l'environnement. L'intervention se trouve alors appuyée sur des constats cliniques, ce qui contribue à augmenter le pouvoir d'influence des intervenants vis à vis les partenaires.

Évidemment la supervision s'avère ici essentielle de même qu'une approche de formation continue, ce qui n'est pas toujours aisé à réaliser.

### **2.3.4. Le soutien au travail des intervenants.**

Il est nécessaire de mettre du temps pour arriver à maîtriser un modèle, une approche ou une technique ou un outil, mais il s'agit là d'un incontournable. Lorsque bien maîtrisés, il en résulte un sentiment de compétence et une sécurité accrues chez les intervenants. Cette plus grande assurance professionnelle favorise à son tour une plus grande autonomie professionnelle qui fait en sorte que les intervenants ressentent moins le besoin d'un support au quotidien. L'utilisation adéquate des modèles approches, techniques et outils cliniques contribue aussi à maintenir une distance clinique avec les cas les plus lourds et s'avère un antidote efficace à l'épuisement professionnel (en corrélation avec le support de l'équipe). Elle ajoute enfin à la crédibilité et au pouvoir d'influence des intervenants (tel que déjà mentionné).

En un mot, le recours aux modèles, approches techniques et outils cliniques contribue à faciliter le travail sur le terrain mais comporte aussi des exigences auxquelles il est nécessaire de s'astreindre.

### **2.3.5. La stimulation professionnelle des intervenants.**

Lorsqu'un organisme communautaire adhère à un modèle d'intervention ou adopte une approche particulière, il se doit de bien le présenter au personnel et de susciter son adhésion. Les intervenants doivent se sentir des acteurs dans ce processus. Le rôle de l'équipe en tant que soutien devient dès lors particulièrement important. Il faut entre autres, éviter les dogmes, les chapelles, les applications pures et dures. En offrant au personnel la possibilité d'utiliser des approches dont ils sont partie prenante, on fournit une stimulation professionnelle intéressante.

Le recours aux modèles, approches, techniques et outils cliniques se doit également d'être stimulant intellectuellement et même au-delà des résultats obtenus avec la clientèle. Ils ne sont en effet pas des panacées et, bien qu'ils contribuent à l'amélioration des résultats de l'intervention, ils ne peuvent apporter des réponses parfaites ou complètes à l'ensemble des difficultés vécues par une personne.

Une autre condition essentielle pour que les modèles, approches, techniques et outils fournissent une stimulation aux intervenants est la formation. Formation continue de préférence, formation par des pairs plus expérimentés, supervision, études de cas, etc.

### **2.3.6. L'évaluation des résultats des interventions.**

Le recours à un modèle, approches, techniques et outils cliniques permet que les attentes deviennent plus claires avec le client en fonction de sa situation réelle et ce, en fournissant des critères de base pour évaluer. Ce sont ces critères qui vont favoriser une évaluation plus rigoureuse des résultats obtenus. L'opération n'est cependant pas simple, même en ayant recours à un bagage sophistiqué. Nous sommes en effet dans le domaine de la volatilité avec des plans d'intervention et des objectifs dont l'atteinte s'avère souvent très difficile à mesurer. Nous n'avons pourtant pas le choix : les progrès des clients doivent pouvoir être évalués. D'ailleurs le recours même aux modèles, approches, techniques et outils cliniques doit contribuer à produire des résultats significatifs avec la clientèle, sans quoi ils sont vite abandonnés.

### **2.3.7. Modèles, approches techniques et outils en relation avec une conception spécifique du phénomène de la délinquance et de son « traitement ».**

C'est là même que réside le spécifique de l'intervention communautaire, c'est-à-dire dans une conception de la délinquance comme phénomène « appartenant » à une communauté et dont les « interventions » auront d'autant plus de chances de porter fruit qu'ils se réaliseront au sein même de la communauté. Le choix des modèles, approches, techniques et outils cliniques est tributaire de cette conception spécifique et de la reconnaissance de la complexité de la problématique de la délinquance et des problématiques associées. Il doit donc être cohérent avec cette base, ce qui n'empêche pas qu'une pluralité de modèles et d'approches soient mises à contribution par les membres de l'ASRSQ.

En conclusion les modèles, approches, techniques et outils cliniques :

- représentent le libre choix des organismes en ce qui a trait à la manière de répondre aux besoins de la personne avec en arrière-plan l'objectif d'établir un lien significatif entre la personne et les intervenants ;
- constituent un filet de sécurité notamment dans les zones grises de l'intervention ;
- permettent de mieux comprendre la réalité des personnes, de maximiser le temps d'intervention disponible, de réévaluer les besoins plus efficacement et d'offrir une meilleure combinaison de services ;
- contribuent à l'amélioration de la qualité en facilitant les choix d'orientation, les

- échanges entre intervenants, l'intégration du nouveau personnel et la rigueur ;
- permettent que les attentes deviennent plus claires avec le client en fonction de sa situation réelle et fournissent des critères de base pour évaluer ;
- concourent à faciliter le travail sur le terrain mais comportent aussi des exigences auxquelles il est nécessaire de s'astreindre.

## **2.4. La qualité**

### **2.4.1. Les multiples facettes du concept de qualité.**

La notion de qualité se rattache d'abord aux services offerts par chacun des organismes et aux résultats attendus avec la clientèle. Parfois on peut observer certains résultats (par exemple, l'atteinte des objectifs poursuivis avec le client, notamment que celui-ci réalise avec succès sa sentence) alors que dans d'autres situations, l'opération s'avère plus difficile. Dans une perspective différente, on peut parler de la qualité en fonction de la cohérence des interventions en relation avec l'approche ou le modèle choisi par tel ou tel organisme. La qualité peut aussi être considérée en lien avec la mission et les valeurs de chacun. Elle renvoie à la pertinence des moyens mis à contribution pour que le client réponde à ses objectifs et que l'organisme respecte sa mission et ses ententes contractuelles avec différents partenaires. La notion de qualité peut également être reliée à la satisfaction de la clientèle ou à celle de l'organisme référent.

La mesure de la qualité à partir de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle constitue une préoccupation importante pour les organismes communautaires mais elle s'avère délicate et toute relative. En effet, dans certaines situations l'intervention ne plaira pas du tout au client, même si elle est réalisée dans son intérêt. Sur le coup la personne pourrait considérer l'intervention comme inadéquate et le travail réalisé, de mauvaise qualité. Bien que de telles situations puissent s'avérer frustrantes pour les intervenants, il importe de demeurer ouverts et attentifs aux impressions et au feed-back des clients dans l'appréciation de la qualité.

La qualité impose aussi de dépasser les attentes de certains partenaires souvent axées sur le strict contrôle des personnes et sur l'absence de récidive. En effet, dans un processus de réhabilitation les rechutes sont très souvent présentes et ne peuvent être considérées comme un échec complet de tout ce qui a été réalisé ou encore comme synonyme de piètre qualité des interventions. Les progrès enregistrés par les clients demandent temps et efforts.

De plus, si l'un des éléments importants de l'intervention communautaire est l'établissement d'un lien significatif avec le client, est-il possible de mesurer ce lien et de le rattacher à la notion de qualité ? Comment aussi vérifier à long terme les impacts des interventions réalisées lorsque le client a terminé sa sentence ? Plusieurs aspects peuvent être considérés pour mesurer la qualité des interventions, notamment : la réponse aux besoins de la personne, le respect de la personne et de ses droits, la disponibilité des intervenants, le souci des intervenants d'amener le client à apprendre, l'entraide entre les intervenants, la cohérence entre les membres de l'équipe.



En ce sens, une intervention avec une intention clinique claire, basée sur une évaluation professionnelle de la situation et supportée par un modèle reconnu constitue certainement une condition de base dans la recherche de la qualité. Elle contribue également à en faciliter l'évaluation.

#### **2.4.2. Les mécanismes propres à assurer et évaluer la qualité des interventions.**

Au fil des ans, les organismes communautaires se sont dotés de plusieurs mécanismes et outils pour assurer et évaluer la qualité des interventions : formulaires d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, questionnaires post suivis individuels, grilles diverses, rencontres d'équipe, supervision clinique formelle et informelle, lecture de dossiers, études de cas, formation du personnel en cours d'emploi, boîte à suggestions, programme d'appréciation de la contribution du personnel, évaluation annuelle du personnel, démarche de certification, planification stratégique, etc.

Pour plusieurs, la supervision au quotidien constitue un mécanisme central dans la recherche de qualité. Elle permet d'apprécier le travail des intervenants et de vérifier la cohérence des interventions en lien avec les objectifs fixés avec la personne contrevenante tout en s'assurant d'une intégration, par le personnel, des valeurs de l'organisme. Elle s'inscrit également dans un objectif d'autonomie des intervenants eu égard à la maîtrise des modèles conceptuels, approches et outils cliniques.

L'application des mécanismes propres à assurer et évaluer la qualité des interventions relève parfois de la direction des organismes et parfois des responsables cliniques. En général, le volet intervention relève des responsables cliniques alors que les volets administratifs et ressources humaines sont davantage assumés par les directions générales. L'une des difficultés souvent rencontrées est qu'en période de surcharge, les mécanismes formels se trouvent parfois mis de côté.

#### **2.4.3. Des standards minimaux**

L'amélioration et l'évaluation de la qualité seront d'autant plus réalisables si elles peuvent s'appuyer sur des standards reconnus. Ces standards peuvent différer d'un organisme à un autre, mais déjà certaines lignes directrices semblent de plus en plus faire consensus. Ce sont :

1. une supervision clinique obligatoire, dispensée par un personnel compétent à l'interne des organismes ;
2. des formations pertinentes à l'utilisation d'approches reconnues ;
3. une tenue de dossiers méticuleuse ;
4. la planification et la réalisation des interventions sur la base d'une évaluation rigoureuse ;
5. la réalisation d'un bilan d'intervention (rapport de fermeture, rapport synthèse, etc.) ;
6. la disponibilité d'un code d'éthique propre à chaque organisme ;
7. la disponibilité d'un mécanisme interne d'évaluation de la qualité.

Dans le contexte actuel, ces lignes directrices pourraient constituer une base intéressante à proposer à l'ensemble des membres de l'ASRSQ dans la perspective d'une amélioration de la qualité. Elles pourraient prendre la forme d'un guide à mettre à la disposition des membres. La formule forum ou comité de travail pourrait également représenter une avenue intéressante pour partager des points de vue sur le sujet.

## Chapitre III

### Les recommandations et les modalités de mise en œuvre

#### Recommandation I

Que l'ASRSQ intègre dans sa planification annuelle des actions concrètes visant le développement de la vie associative dans la perspective de conserver et développer la spécificité du réseau qu'elle représente et de renforcer la collaboration et la solidarité entre ses membres.

Éléments de mise en œuvre :

1. identification et mise en place par l'ASRSQ des modalités concrètes pour débattre avec les membres sur des thèmes spécifiques à la vie associative ;

#### Recommandation II

Que l'ASRSQ fasse en sorte qu'à chaque assemblée générale annuelle, l'ordre du jour comporte un point sur la vie associative.

Éléments de mise en œuvre :

1. S'assurer que l'ordre du jour de l'assemblée générale 2012 comporte un point sur la vie associative.

#### Recommandation III

Que l'ASRSQ poursuive les travaux auprès des partenaires gouvernementaux dans la perspective de réduire les disparités parfois importantes entre ses membres notamment eu égard à l'autonomie professionnelle.

Éléments de mise en œuvre :

1. s'assurer que soient connus les résultats des travaux du comité provincial et des sous-comités mis en place, notamment ceux du « comité opérationnel sur les pratiques », du « comité sur la clarification des rôles », du « comité sur la charge de travail » ainsi que les conclusions des travaux confiés à M. Guy Lemire par l'ASRSQ sur les modèles d'intervention ;

2. donner suite aux conclusions des travaux de ces comités, notamment auprès des partenaires concernés ;
3. documenter les disparités dans l'ensemble des secteurs.

#### **Recommandation IV**

Que l'ASRSQ poursuive les travaux visant à ce que soient clarifiés différents aspects de la responsabilité des intervenants : clinique, légale, face au « client », face à la communauté, etc.

Éléments de mise en œuvre :

1. s'arrimer avec les différents comités déjà en place sur la question de la responsabilité ;
2. rendre disponibles d'ici un an des paramètres généraux sur les principaux aspects de la responsabilité des intervenants ;
3. mettre en place un forum ou toute autre modalité permettant l'échange entre les intervenants sur la question de la responsabilité.

#### **Recommandation V**

Que l'ASRSQ coordonne, en collaboration avec ses membres la mise en place d'une table permanente sur les pratiques d'intervention laquelle regrouperait plus particulièrement des responsables cliniques des organismes membres.

Éléments de mise en œuvre :

1. mettre en place d'ici un an 3 sous-tables régionales afin de faciliter la participation à d'éventuelles rencontres sur les pratiques d'intervention ;
2. s'assurer de la tenue d'un forum annuel sur la question des pratiques d'intervention.

#### **Recommandation VI**

Que l'ASRSQ utilise tous les moyens disponibles pour faire davantage la promotion dans les communautés de la nécessité et de l'intérêt pour la population à ce que s'intensifie la réhabilitation des personnes contrevenantes dans une perspective de réconciliation avec la communauté.

Éléments de mise en œuvre :

1. identifier et mettre en branle avec les membres les moyens disponibles et ce, tant au plan national que local ;
2. s'assurer de pouvoir progressivement évaluer les résultats de ces actions ;
3. poursuivre et intensifier les initiatives telles les assemblées de cuisine et les forums communautaires ;
4. créer une journée spécifique de la réhabilitation.

#### **Recommandation VII**

Que l'ASRSQ prépare et propose à ses membres un guide en matière de qualité. Ce guide comporterait au moins les lignes directrices suivantes :

1. supervision clinique obligatoire, dispensée par un personnel compétent à l'interne des organismes ;
2. formations pertinentes à l'utilisation d'approches reconnues ;
3. tenue de dossiers méticuleuse;
4. planification et réalisation des interventions sur la base d'une évaluation rigoureuse ;
5. réalisation d'un bilan d'intervention (rapport de fermeture, rapport synthèse, etc.) ;
6. disponibilité d'un code d'éthique propre à chaque organisme ;
7. disponibilité d'un mécanisme interne d'évaluation de la qualité.

Éléments de mise en œuvre :

1. mettre sur pied au cours de 2012 un groupe de travail sous la responsabilité d'un membre du c.a. de l'ASRSQ et dont le mandat sera de rédiger un guide en matière de qualité ;
2. proposer ce guide aux membres et supporter sa mise en œuvre.

# Annexe I

## Questionnaire sur les pratiques

1. Nom de l'organisme

2. Adresse postale

3. Champ d'action de l'organisme

- hébergement
- suivi communautaire
- services aux personnes contrevenantes ou ex-contrevenantes
- services aux proches
- autre, préciser  \_\_\_\_\_

4. Domaine d'intervention des services

- réinsertion
- éducation
- emploi
- soutien à la personne

5. Principaux partenaires

- ministère ou organismes gouvernementaux
- organismes communautaires
- autres, préciser  \_\_\_\_\_

6. Mécanismes de liaison

- mécanismes formels
- mécanismes informels
- aucun mécanisme

7. Clientèle desservie

- sexe
  - masculin
  - féminin
- nombre de personnes desservies par année (approximation) \_\_\_\_\_
- sentences
  - provinciales
  - fédérales
  - provinciales et fédérales
  - aucune
- problématiques particulières
  - santé mentale
  - délinquance sexuelle
  - dépendances

- violence
- clientèle ethnique
- clientèle autochtone

8. Provenance des références

- tribunal
- services correctionnels
- autres

1. Préciser les programmes spécifiques offerts à la clientèle : très brève description

2. Utilisez-vous un ou des modèles théoriques d'intervention<sup>3</sup> ? Si oui, lesquels ?

3. Quels sont les approches auxquelles vous vous référez ? (Approche motivationnelle, Réalité thérapie, Approches cognitivo-comportementales, etc.)

4. Quels sont les outils cliniques dont vous vous servez ? (Inventaires de personnalité, outils actuariels, grilles diverses)

5. Quel est le nombre de personnes chez vous qui interviennent auprès de la clientèle ?

---

<sup>3</sup> Un modèle théorique d'intervention comporte d'abord une conceptualisation de la problématique. Le modèle théorique donne un sens et une cohérence à l'intervention. C'est à partir du modèle théorique que vont pouvoir être mises à contribution différentes approches puis des techniques diverses.

- professionnels \_\_\_\_\_
  - non professionnels \_\_\_\_\_
6. Quelle est la formation de votre personnel ?
- universitaire
    - 3. criminologie
    - 4. travail social
    - 5. psychologie
    - 6. psycho éducation
    - 7. autre
  - collégiale :
    - 8. technique de travail social
    - 9. éducation spécialisée
    - 10. technique correctionnelle
    - 11. autre
  - autre formation
7. Ce personnel fait-il l'objet de manière régulière d'une supervision professionnelle ?
- oui
  - non
8. Ce personnel a-t-il accès à de la formation à l'extérieur de l'organisme ?
- oui
  - non
9. Avez-vous déjà évalué les impacts des services rendus à la clientèle ?  
Si oui, quelle est la nature de cette (ou ces) évaluation ?
- recherche évaluative
  - évaluation d'impacts avec indicateurs
  - évaluation de la satisfaction de la clientèle
  - autre

### Consigne

Sauf dans le cas des choix de réponses oui ou non, le répondant peut sélectionner plusieurs des choix offerts.

Février 2011



Annexe II

**Compilation des résultats du questionnaire N 37**

<b>Champ d'action</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hébergement	21	56,00%
Suivi communautaire	25	67,00%
Services aux personnes	19	51,00%
Services aux proches	7	18,00%
Autre	14	37,00%

  

<b>Domaine d'intervention</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Réinsertion	32	86,00%
Éducation	10	27,00%
Emploi	8	21,00%
Soutien à la personne	23	62,00%

  

<b>Partenaires</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ministère ou organismes gouvernementaux	32	86,00%
Organismes communautaires	28	75,00%
Autres		

  

<b>Mécanismes de liaison</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Formels	33	89,00%
Informels	21	56,00%
Aucun		

  

<b>Clientèle</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculin	33	89,00%
Féminin	20	54,00%
Les 2	18	48,00%
Sentence Provinciales	12	32,00%
Sentences Fédérales	7	18,00%
Les 2	19	51,00%
Aucune sentence	4	

  

<b>Problématiques particulières</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Santé mentale	27	72,00%
Délinquance sexuelle	28	75,00%
Dépendances	32	86,00%
Violence	29	78,00%
Client ethnique	14	37,00%
Client autochtone	15	40,00%

<b>Provenance des références</b>		
Tribunal	17	45,00%
Services correctionnels	33	89,00%
Autres	19	51,00%

<b>Formation</b>		
<b>Universitaire</b>		
Criminologie	23	62,00%
Travail social	28	75,00%
Psychologie	23	62,00%
Psycho éducation	16	43,00%
Autre	17	45,00%

<b>Collégiale</b>		
Technique de travail social	13	35,00%
Éducation spécialisée	17	45,00%
Technique correctionnelle	10	27,00%
Autre	13	35,00%

<b>Supervision</b>		
Oui	33	89,00%

<b>Accès à de la formation</b>		
Oui	35	94,00%

<b>Évaluation des impacts</b>		
Oui	27	72,00%
Recherche évaluative	7	18,00%
Évaluation avec indicateurs	5	13,00%
Évaluation de la satisfaction de la clientèle	20	54,00%
Autre	7	18,00%

Note : mises à part les réponses oui ou non, les répondants pouvaient cocher plusieurs choix. Par exemple, dans le cas des champs d'action, un même organisme peut offrir hébergement, suivi dans la communauté et même d'autres services.

## Annexe III

### Clarification de certains concepts

Les clarifications qui suivent contiennent des paramètres généraux relatifs à chacun des concepts présentés. Elles sont, soit tirées telles quelles de documents déjà produits par l'ASRSQ, de dictionnaires ou d'autres documents, soit formulées à partir du contenu du rapport du comité de travail sur les pratiques d'intervention de l'ASRSQ. En aucun cas il ne s'agit d'un **un exercice exhaustif**.

#### 1. Vie associative

##### *Vie associative pour les membres*

- partenariats et collaborations dans leur communauté propre avec les organismes ou personnes œuvrant dans le même secteur ou dans un secteur connexe. Activités de promotion et/ou sensibilisation auprès du public ;
- partenariats et collaborations à l'intérieur ou à l'extérieur de leur communauté notamment avec les membres de leur association. Partage d'expertise, de ressources, échanges sur des problématiques communes, prises de position communes, etc.

##### *Vie associative pour l'ASRSQ*

- En tant qu'organisme communautaire :  
Partenariats et collaborations avec les organismes ou personnes œuvrant dans le même secteur ou dans un secteur connexe. Activités de promotion et/ou sensibilisation auprès du grand public ;
- En tant que regroupement d'organismes :
  - échanges avec les membres sur les enjeux et difficultés auxquelles ils sont confrontés notamment en ce qui a trait à la réalisation de leur mission et à leur intégration dans la communauté ;
  - soutien et participation avec les membres à la recherche de solutions particulièrement lorsqu'il s'agit de problématiques touchant plusieurs organismes ;
  - mise en commun avec les membres des différentes expériences notamment en matière d'intervention et d'intégration dans la communauté ;
  - mise en place et animation de lieux d'échanges entre les membres sur des problématiques touchant plusieurs organismes.
  -

#### 2. Réhabilitation

La réhabilitation représente le processus grâce auquel la réinsertion de la personne contrevenante devient possible. Elle met à contribution plusieurs acteurs ainsi qu'un ensemble de moyens orientés vers la réintégration de la personne au sein de la communauté, vers une participation sociale pleine et entière. Elle se réalise à travers un projet spécifique à chaque personne en fonction de sa situation et

de ses besoins. Elle contribue à assurer la sécurité du public.

De plus, la communauté doit être un acteur dans le processus de réhabilitation et dans la réinsertion de la personne contrevenante. En effet, tel que clairement mentionné dans sa mission et ses objectifs, « l'ASRSQ privilégie l'implication et la participation de la communauté face au problème individuel et collectif de la délinquance, dans le but d'amener le délinquant et la communauté à prendre leurs responsabilités face au problème de la délinquance. Concrètement, elle supporte et encourage la participation des citoyens dans la prise en charge des problèmes reliés à la justice. »

Enfin, « l'Association croit que la participation active de la communauté dans la résolution des problèmes liés à la délinquance, contribue au développement social et conséquemment, au mieux-être de notre collectivité. »

### **3. Réinsertion**

La réinsertion apparaît comme l'objectif ultime de l'intervention « réhabilitative » et ce n'est qu'au sein même de la communauté qu'elle peut se réaliser. Elle implique la meilleure réintégration possible de la personne comme membre à part entière de la communauté et éventuellement comme un actif au sein du groupe social. Elle se traduit notamment par le développement ou la reprise, chez la personne contrevenante, de ses rôles sociaux.

« La réinsertion sociale s'avère une action bilatérale et mutuelle entre un individu et sa communauté d'appartenance. Elle nécessite donc la capacité et la volonté de l'un comme de l'autre, d'une part pour la personne contrevenante de s'intégrer à sa communauté et d'autre part pour sa communauté de l'accueillir. La réinsertion sociale s'actualise donc essentiellement en milieu ouvert, au cœur même de la communauté d'appartenance des personnes. »<sup>4</sup>

### **4. Modèle d'intervention**

Un modèle d'intervention :

- fournit une théorie explicative du phénomène sous étude
- s'accompagne généralement d'une procédure d'évaluation et/ou d'un système de classement des cas
- propose des paramètres propres à guider l'intervention en fonction de l'évaluation et du classement effectués
- comporte des étapes ou séquences spécifiques de durée variable en fonction de l'évolution de la situation
- met généralement à contribution plusieurs acteurs, différentes approches, techniques et outils.

Exemple : le modèle intégré d'intervention différentiel<sup>5</sup>, le développement de la maturité interpersonnelle.<sup>6</sup>

---

4 ASRSQ « Plan d'action gouvernemental en matière de réinsertion sociale des personnes contrevenantes : position de l'ASRSQ » page 1

5 LeBlanc et Fréchette

6 Sullivan, Grant et Grant.

## **5. Approche**

Manière de traiter un problème donné.

Une approche :

- fournit une théorie explicative du phénomène sous étude
- propose une orientation générale ainsi que des paramètres propres à guider l'intervention

Exemple: L'approche cognitive didactique, l'approche motivationnelle, l'actualisation des forces du moi, l'approche systémique, la thérapie de la réalité, etc.

## **6. Outils/techniques**

Technique renvoie à une manière de procéder, une façon de faire, une habileté particulière. On parlera d'un savoir-faire particulier. Par exemple différentes techniques d'entrevue, l'écoute active, le reflet, etc.

Outil fait davantage référence à un instrument. Par exemple un protocole d'entrevue, un inventaire de personnalité, un formulaire d'évaluation, etc.

## Annexe IV

### La mission et les principes de l'ASRSQ<sup>7</sup>

#### **Mission**

L'Association des services de réhabilitation sociale du Québec voit à la promotion de l'action communautaire en justice pénale. Concrètement, elle supporte et encourage la participation des citoyens dans la prise en charge des problèmes reliés à la justice.

Elle regroupe des organismes communautaires à but non lucratif œuvrant auprès des personnes ayant des démêlés avec la justice et qui travaillent à la promotion de la prévention du crime par le développement social (ex. : maisons de transition, travaux compensatoires).

L'Association croit que la participation active de la communauté dans la résolution des problèmes liés à la délinquance, contribue au développement social et conséquemment, au mieux-être de notre collectivité.

De manière plus précise, l'ASRSQ a pour mission « de soutenir collectivement les membres et les bénévoles de son réseau et de faire la promotion de la participation des citoyens et des organismes communautaires dans les domaines de la prévention de la criminalité, de la réinsertion sociale des personnes délinquantes adultes, tout en contribuant à l'amélioration de la justice traitant de la délinquance ».

#### *Les principes de base*

- a) L'ASRSQ privilégie l'implication et la participation de la communauté face au problème individuel et collectif de la délinquance, dans le but d'amener le délinquant et la communauté à prendre leurs responsabilités face au problème de la délinquance.
- b) Les besoins identifiés chez l'individu et dans son milieu doivent orienter l'action des organismes non gouvernementaux.
- c) La flexibilité et l'adaptation notées chez ces organismes doivent être maintenues et encouragées et le secteur non gouvernemental doit chercher à accroître son autonomie, en recherchant une délimitation plus précise de son rôle face au secteur gouvernemental.

---

<sup>7</sup> Tiré du site internet de l'ASRSQ