

## Table des matières

<b>Introduction</b>	1
<b>Chapitre 1</b>	
<b>La problématique de l'étude</b>	6
Les troubles mentaux chez les jeunes	7
1.1 Éléments de définition et ampleur du problème	8
1.2 État de la situation en centre jeunesse	14
1.3 Contexte politique : Plan d'action en santé mentale 2005-2010	16
<b>Chapitre 2</b>	
<b>Recension des écrits</b>	20
2.1 La complexité du diagnostic	21
2.2 Les troubles concomitants	23
2.3 Conséquences du trouble mental	24
2.4 Les approches et les modalités d'intervention à privilégier	26
2.5 Programmes d'hébergement en santé mentale	30
2.6 Les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention	32
2.6.1 Caractéristiques du jeune	33
2.6.2 Caractéristiques de la famille	36
2.6.3 Caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services	38
2.6.4 Caractéristiques de l'intervenant	41
2.7 Limites méthodologiques des études	44
2.8 Pertinence de la recherche	44
<b>Chapitre 3</b>	
<b>Cadre conceptuel</b>	51
3. Le processus de production du handicap	52
<b>Chapitre 4</b>	
<b>Méthodologie de la recherche</b>	56
4.1 Objectifs et questions de la recherche	57
4.2 Type d'étude	58
4.3 Population à l'étude	60
4.4 Échantillon et méthode d'échantillonnage	61
4.5 Outils de collecte de données	63
4.6 Analyse des données	68
4.7 Considérations éthiques	71

<b>Chapitre 5</b>		
<b>Résultats</b>		73
5.1	Le profil des répondants	74
5.2	Les caractéristiques des situations critiques retenues	78
5.2.1	Les éléments liés au suivi en centre jeunesse	78
5.2.2	Les caractéristiques des jeunes	79
5.2.3	Les caractéristiques cliniques des jeunes	79
5.3	Identification des caractéristiques influençant l'intervention	84
5.3.1	Caractéristiques du jeune	85
5.3.2	Caractéristiques de la famille du jeune	91
5.3.3	Caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services	98
5.3.4	Caractéristiques de l'intervenant	113
<b>Chapitre 6</b>		
<b>Discussion</b>		122
6.1	Les facteurs qui influencent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux au Centre jeunesse Lac-Saint-Jean	123
6.1.1	Les caractéristiques du jeune	125
6.1.2	Les caractéristiques de la famille	130
6.1.3	Les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services	132
6.1.4	Les caractéristiques de l'intervenant	146
6.2	Forces et limites de la recherche	152
6.3	Recommandations	158
6.3.1	Recommandations liées aux particularités du jeune	158
6.3.2	Recommandations liées aux particularités de la famille	159
6.3.3	Recommandations liées aux particularités de l'organisation et du réseau de services	160
6.3.4	Recommandations liées aux particularités de l'intervenant	160
6.4	Perspectives d'avenir	161
<b>Conclusion</b>		164
<b>Bibliographie</b>		168
<b>Appendice A:</b>	Échelle du niveau de participation sociale	177
<b>Appendice B:</b>	Lettre de présentation du projet aux participants	179
<b>Appendice C:</b>	Fiche signalétique	182
<b>Appendice D:</b>	Guide d'entrevue semi-dirigée destiné aux intervenants	184
<b>Appendice E:</b>	Certificats éthiques	195
<b>Appendice F:</b>	Formulaire de consentement du participant	200

### Liste des figures et tableaux

<b>Figure 1 :</b>	Modèle de processus de production du handicap	53
<b>Tableau 1 :</b>	Répartition de certains diagnostics dans la population jeunesse au Québec	13
<b>Tableau 2 :</b>	Les principales problématiques de santé mentale rencontrées au Centre jeunesse Saguenay–Lac-Saint-Jean	15
<b>Tableau 3 :</b>	Thèmes et sous-thèmes du guide d’entrevue semi-dirigée	66
<b>Tableau 4 :</b>	Arbre de codification selon les informations obtenues lors des entrevues en profondeur	70
<b>Tableau 5 :</b>	Données sociodémographiques des répondants (n = 6)	77
<b>Tableau 6 :</b>	Profil des situations cliniques rapportées	82
<b>Tableau 7 :</b>	Diagnostics les plus souvent rencontrés pour les troubles en concomitance	84
<b>Tableau 8 :</b>	Synthèse des facteurs facilitant et faisant obstacle à l’intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux	120

*« Qu'est-ce qu'on sent, maman, quand on ne se sent pas bien? »*

(Paroles d'enfant)

## *INTRODUCTION*

Il n'est pas toujours simple pour un enfant de mettre des mots sur ses maux. Les enfants expriment à leur façon leur douleur morale ou psychologique, à travers leur corps et leurs comportements (Dionne, Camiré, Moisan, Hénault, Girard et Rousseau, 2008). Au stade des opérations concrètes tel qu'élaboré par Piaget, les enfants d'âge scolaire sont en mesure de prendre en considération plusieurs idées à la fois et de reconnaître que les mots peuvent avoir plusieurs sens. Il faudra cependant attendre le stade des opérations formelles vers l'âge de 11 ou 12 ans pour que l'enfant soit en mesure de manipuler des concepts abstraits (Gormly et Brodzinsky, 1993) tels que celui de la maladie mentale. Alors, comment identifier un trouble mental chez les enfants si ceux-ci peuvent difficilement exprimer en mots ce qu'ils ressentent?

Puis qu'entend-on exactement par trouble mental? Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le trouble mental se caractérise par la présence d'affections cliniquement significatives qui se caractérisent par des changements sur le plan du mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associés à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales (OMS, 2001). En dépit de ces éléments communs, il subsiste une grande hétérogénéité en ce qui concerne l'apparition et l'évolution des troubles mentaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). À l'égard de la gravité de la maladie, il importe de souligner qu'elle ne s'évalue pas en fonction du diagnostic, mais plutôt des perturbations sur le plan du fonctionnement quotidien et social.

Si les troubles mentaux graves sont à la fois présents chez les adultes et les enfants, on remarque des proportions plus élevées chez ce deuxième groupe. En effet, certaines statistiques québécoises indiquent que les troubles mentaux graves sont deux fois plus présents chez les 0-17 ans (5 % à 7 %) que chez les personnes âgées de plus de 18 ans (2 % à 3 %) (MSSS, 2005). La pose d'un diagnostic chez les enfants et adolescents soulève cependant une polémique en raison de la stigmatisation qu'elle peut engendrer. On sait cependant que dans notre société, l'absence de diagnostic rend plus difficile l'accès aux services spécialisés. Enfin, pour qu'un diagnostic psychiatrique soit posé chez un jeune, celui-ci doit présenter une détresse significative ainsi qu'une altération de son fonctionnement dans diverses sphères de sa vie.

L'intervention auprès de jeunes présentant des troubles mentaux offre un défi de taille en raison des problèmes de fonctionnement associés. Cela est d'autant plus vrai que le système de services est fragmenté amenant ainsi un manque de concertation entre les intervenants oeuvrant dans ce secteur (Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (CCSS), 2004). Les données les plus récentes sur la question indiquent que 45 % des jeunes hébergés en centre jeunesse ont un diagnostic de trouble mental (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007). De ce pourcentage, 17,7 % des jeunes présentent un trouble grave ou des troubles concomitants (Riverin, 2007). De surcroît, une étude exploratoire réalisée au Centre jeunesse de Québec révèle que parmi les jeunes suivis dans leur famille ou en famille d'accueil, 29,1 % ont au moins un diagnostic de trouble mental inscrit à leur dossier (Nadeau et Patrie, 2008). Le désir d'entreprendre l'étude, dont les résultats

sont rapportés ici, découle du nouveau mandat transmis aux centres jeunesse à l'effet de confier clairement la réadaptation de ces jeunes à cet établissement (CCSS, 2004). Plus spécifiquement, ce mémoire a été entrepris dans le but de répondre à la question suivante :

- Quels sont les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux au Centre jeunesse Saguenay–Lac-Saint-Jean?

Les trois premiers chapitres du mémoire sont consacrés à un tour d'horizon de la littérature empirique et théorique pertinente à l'objet d'étude. Le chapitre 1 expose la problématique de l'étude. Un état de situation est décrit concernant les troubles mentaux chez les jeunes, notamment ceux fréquentant les centres jeunesse. Cette section se termine par la présentation d'éléments de pertinence scientifique et sociale liés à la présente étude. Le chapitre 2 est consacré à la recension des écrits. Dans un premier temps, une attention particulière est portée sur la complexité et l'importance du diagnostic. Les troubles concomitants et les conséquences du trouble mental sont également abordés. De plus, une partie est réservée aux interventions privilégiées avec ce type de clientèle. Enfin, une place prépondérante est accordée aux facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux. Plus précisément, l'accent est mis sur les caractéristiques du jeune et de sa famille, sur les caractéristiques de l'organisation des centres jeunesse et du réseau de services ainsi que sur les caractéristiques personnelles des intervenants travaillant auprès de cette clientèle. Pour terminer, les limites méthodologiques des études recensées sont exposées ainsi que la pertinence de la recherche. Le chapitre 3 présente le cadre conceptuel de l'étude en

l'occurrence le modèle de processus de production du handicap de Fougeyrollas (1995). Les principaux concepts liés à ce cadre conceptuel y sont définis en référence à l'objet d'étude.

Les trois derniers chapitres forment la partie empirique du mémoire. Le chapitre 4 décrit les aspects méthodologiques de la présente étude. On retrouve une description du type d'étude, de la population à l'étude, de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage, des méthodes de collecte et d'analyse de données et des considérations éthiques entourant la réalisation de ce projet. Le chapitre 5 décrit les principaux résultats obtenus dans l'étude. Plus spécifiquement, cette section dresse le profil des répondants, les caractéristiques des situations critiques retenues, les éléments liés au suivi en centre jeunesse, les caractéristiques générales des jeunes et, plus précisément, leurs caractéristiques cliniques. Une part importante de ce chapitre expose l'identification des facteurs facilitant ou faisant obstacle à l'intervention selon que ces facteurs réfèrent aux caractéristiques du jeune, de sa famille, aux caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services ou plutôt à l'intervenant qui travaille auprès de lui. Le chapitre 6 discute des résultats issus de cette étude. Il met en lumière les facteurs influençant l'intervention en lien avec les données qui ressortent de la littérature scientifique dans ce domaine.

*CHAPITRE I*

*LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE*

### **Les troubles mentaux chez les jeunes**

En raison de leur âge, les jeunes présentent une vulnérabilité qui les fragilise par rapport à leur environnement. Bien que la situation des jeunes en général inquiète, comme le démontre la progression marquée du taux de suicide chez les 15-19 ans (St-Laurent et Bouchard, 2004), la situation de ceux présentant un trouble mental est alarmante. On constate que le fait d'avoir un certain type de trouble mental constitue un facteur de risque pour un suicide complété. En effet, 28 % des victimes adolescentes ayant complété un suicide présentaient un trouble des conduites (Zoccolillo et Huard, 1999). Si l'on se rapporte plus précisément aux jeunes suivis en centre jeunesse, le risque de suicide est considéré comme étant cinq fois plus élevé chez ces jeunes en comparaison aux jeunes en général (Chagnon, 2000).

Encore trop souvent aujourd'hui, le trouble des conduites n'est pas considéré par bon nombre d'intervenants comme un problème de santé mentale. Pourtant, les professionnels des Centres jeunesse du Saguenay--Lac-Saint-Jean sont appelés à intervenir fréquemment auprès de jeunes qui présentent ce type de trouble. En effet, les troubles de comportement sont associés chez certains jeunes à un trouble des conduites. Ce motif d'intervention correspond à 30 % des situations requérant un besoin de protection au cours de l'année 2006-2007 au centre jeunesse. Il s'agit du deuxième motif d'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse après la négligence (Tremblay, 2007). Bien que ce nombre ait diminué pour l'année 2007-2008 ainsi que pour l'année 2008-2009, la présence de troubles de comportement sérieux chez les jeunes

demeure toujours le deuxième motif d'intervention au Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Tremblay, 2008; Tremblay, 2009).

Il est à noter que les troubles de comportement, communément appelés par les intervenants, peuvent, si l'on se réfère au DSM-IV-R, s'avérer être des troubles oppositionnels avec provocation, des troubles des conduites ou encore des comportements perturbateurs non spécifiés (Chouinard et Lavoie, 2009; Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007). Selon la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), les troubles sérieux de comportements se définissent comme suit :

« Lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose. » (Direction de la Protection de la Jeunesse, 2007, p.29)

Mais qu'est-ce qu'un trouble mental? Et qu'en est-il de sa répartition dans la population jeunesse? Cette section du projet tentera de répondre à ces questionnements. Tout d'abord, des éléments de définition et l'ampleur du problème seront exposés. Ensuite, l'état de la situation en centre jeunesse sera dressé. Enfin, le contexte politique en lien avec le Plan d'action en santé mentale complétera le portrait de la problématique.

### **1.1 Éléments de définition et ampleur du problème**

Les troubles mentaux touchent une proportion considérable de jeunes. En effet, les statistiques pour la population jeunesse indiquent que de 15 % à 20 % des jeunes âgés de moins de 17 ans présentent un trouble mental (Comité d'experts sur l'organisation des

soins en santé mentale, 2004). Parmi ces individus, le tiers connaîtra un trouble mental grave (Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 2004).

Les troubles mentaux se définissent comme une perturbation qui entraîne une souffrance significative et une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres sphères importantes (American Psychiatric Association (APA), 2003). L'OMS (2001) définit les troubles mentaux comme des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement de mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique ou une altération des fonctions mentales. L'établissement d'un diagnostic psychiatrique repose sur des facteurs tels que la persistance du trouble à travers le temps, sa généralisation à plusieurs contextes, l'intensité du niveau de détresse psychologique ainsi que l'altération du fonctionnement des composantes cognitives, affectives et relationnelles (Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Pour diagnostiquer un trouble mental, les professionnels utilisent des manuels reconnus internationalement. Au Québec, le guide de référence pour diagnostiquer un trouble mental est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-R) (APA, 2003). À titre nominatif, voici les troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence présents dans le DSM-IV-R (APA, 2003) :

- Retard mental;
- troubles des apprentissages (de la lecture, du calcul, de l'expression écrite, non spécifié);
- troubles des habiletés motrices (trouble de l'acquisition de la coordination);
- troubles de la communication (trouble du langage de type expressif, de type mixte réceptif-expressif, trouble phonologique, bégaiement, trouble de la communication non spécifié);

- troubles envahissants du développement (trouble autistique, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger, non spécifié);
- troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur (trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, et les non spécifiés);
- troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires de la première et de la deuxième enfance (Pica, mérycisme, trouble de l'alimentation de la première et de la deuxième enfance);
- troubles : Tics (Syndrome de Gilles de la Tourette, tic moteur ou vocal chronique, tic transitoire, non spécifié);
- trouble du contrôle sphinctérien (encoprésie; énurésie);
- autres troubles de la première ou de la deuxième enfance ou de l'adolescence tels que les troubles suivants : anxiété de séparation, mutisme sélectif, trouble réactionnel de l'attachement, mouvements stéréotypés, non spécifié.

Les troubles mentaux évoluent dans le temps, varient selon l'âge et peuvent s'exprimer différemment selon le genre. En effet, certains troubles évoluent dans le temps. À l'adolescence, par exemple, on observe une diminution des symptômes pour la majorité des jeunes présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) (Massé, 1999). Selon le DSM-IV (APA, 2003), 50 % des situations évoluent normalement à l'âge adulte. Quant à la dépression, ce trouble est deux fois plus fréquent chez les adolescents (4 % à 5 %) que chez les enfants (2 %) (Petot, 1999). En ce qui a trait à la schizophrénie, ce trouble est peu fréquent chez l'enfant et le jeune adolescent. Sa fréquence augmente cependant à l'adolescence pour culminer à la fin de cette période et chez le jeune adulte (Petot, 1999).

Si on ajoute au facteur âge celui du genre, on constate l'apparition de la schizophrénie généralement vers l'âge de 15 ans chez l'homme et de 25 ans chez la femme (Chabane, Vila et Mouren-Simeoni, 1999). Les études menées auprès d'enfants de moins de 12 ans révèlent que la proportion de ceux qui ont un trouble oppositionnel est

autour de 2 pour 1 en faveur des garçons (Valla et al. 1994). Il importe cependant de préciser que ce type de trouble s'exprimera différemment selon le genre. Dans leurs symptômes, les filles auront tendance à adopter des manifestations plus indirectes d'agressivité que les garçons. Les garçons démontreront davantage de comportements de violence physique en comparaison aux filles qui présenteront plus de comportements de violence psychologique tels que le mépris et le dénigrement envers autrui (Chouinard et Lavoie, 2009). Si on se réfère au trouble dépressif, un seul résultat revient de façon constante : les garçons dépressifs ne sont jamais plus nombreux que les filles (Petot, 1999). En ce qui concerne le TDA/H, ce type de trouble se manifeste plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. La répartition selon le sexe varie de quatre garçons pour une fille à neuf garçons pour une fille selon les études (Petot, 1999). Il semble donc exister une relation entre le genre et les manifestations des troubles mentaux.

Également, on observe qu'un trouble mental peut fluctuer dans le temps. Par exemple, un TDA/H dans l'enfance pourra se modifier à l'adolescence en un trouble oppositionnel avec provocation et prendre par la suite la forme d'un trouble des conduites pour se cristalliser à l'âge adulte en un trouble de personnalité antisociale, état limite ou encore en un trouble de l'humeur soit plus précisément un trouble affectif bipolaire (Gignac, 2009). En effet, certains auteurs considèrent le TDA/H, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites comme des manifestations différentes sur un même continuum (Dishion, French et Patterson, 1995; Loeber, Wung, Keenan, Giroux, Stouthamer-Loeber, Van Kammen et Maughan, 1993; Gignac, 2009) ou des manifestations qui appartiennent à un même syndrome clinique (Alary, Jutras, Gauthier

et Goudreau, 1999). Il importe cependant de noter que cette évolution n'est pas systématique et fait plutôt état d'un ensemble de possibilités de fluctuations liées au TDA/H. Ces allégations s'appuient sur la conception que le trouble oppositionnel avec provocation précède souvent le trouble des conduites. Chez le jeune dont le trouble des conduites débute au cours de l'enfance ou chez ceux qui présentent plusieurs symptômes ou des comportements extrêmes, il est supposé que les difficultés risquent de se maintenir et d'évoluer vers un trouble de personnalité antisociale. On parle alors de séquence développementale d'un trouble. À titre explicatif, la présence d'un TDA/H chez un jeune peut générer une faible estime de soi, ce qui facilitera l'émergence de comportements perturbateurs, de difficultés sur le plan des habiletés sociales ou des apprentissages. L'aggravation de ces difficultés exposera davantage le jeune à développer dans le temps un trouble oppositionnel avec provocation, de la dysthymie et des comportements difficiles en réaction aux difficultés rencontrées. Si la situation persiste, les risques d'exclusion scolaire augmentent ainsi que les risques de développer des comportements antisociaux, un trouble des conduites et de l'abus de substance (Gignac, 2009). Cependant, il est important de préciser qu'il ne s'agit pas d'un passage obligé (Dionne et al., 2008).

En ce qui concerne la sévérité des troubles, on observe que chez le tiers des jeunes qui présentent un trouble mental, celui-ci est qualifié de sévère (Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 2004). Le tableau 1 expose la répartition de certains diagnostics dans la population jeunesse québécoise (Breton, 1993).

**Tableau 1**  
Répartition de certains diagnostics dans la population jeunesse au Québec

<b>Diagnostic</b>	<b>Proportion (%)</b>	<b>Estimation du nombre de jeunes</b>
Troubles anxieux	6,5	92 000
Troubles des conduites	3,3	47 000
Troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité	3,3	47 000
Troubles dépressifs	2,1	30 000
Autres troubles	1 et moins	14 000
<b>TOTAL des troubles mentaux chez les 0- 17 ans.</b>	<b>15 à 20% de la population totale</b>	<b>230 000</b>

Ces statistiques diffèrent légèrement d'une étude à l'autre pour le Canada. Selon Eggerston (2005), les troubles mentaux se répartiraient ainsi :

- Troubles anxieux (6,4 %)
- Troubles des conduites (4,2 %)
- TDA/H (4,8 %)
- Troubles dépressifs (3,5 %)
- Troubles envahissants du développement et d'abus de substance (0,8 %)

Il n'est pas rare de rencontrer plus d'un trouble chez un même jeune. Malheureusement, les jeunes présentant plus d'un diagnostic ont davantage de difficultés dans leurs relations interpersonnelles et leur fonctionnement social en général. Comme nous le verrons plus loin, le pronostic s'avère plus sombre lorsque le jeune présente un trouble en concomitance, c'est-à-dire lorsqu'il y a présence d'un trouble mental en combinaison avec un ou plusieurs autres troubles mentaux.

## **1.2 État de la situation en centre jeunesse**

Parmi les jeunes souffrant de troubles mentaux, une certaine proportion nécessitera les services des centres jeunesse. Les travaux de Pauzé et al. (2004), effectués auprès de jeunes âgés de 0 à 17 ans, pris en charge par les centres jeunesse, indiquent que 31 % des enfants du groupe 0-5 ans sont considérés comme hyperactifs. De plus, de 40 % à 52 % des jeunes du groupe 6-11 ans présenteraient au moins un diagnostic de trouble mental, dont le trouble oppositionnel (36 %), le déficit d'attention et l'hyperactivité (30 %) et l'anxiété généralisée (30 %). Parmi les adolescents du groupe 12-18 ans, près de 40 % ont été diagnostiqués comme présentant, plus précisément, un trouble des conduites (28 % à 33 %), un trouble oppositionnel (25 %) ou un trouble d'anxiété généralisée (18 %).

À l'égard des jeunes hébergés en centre jeunesse et possédant un dossier en pédopsychiatrie, le portrait est similaire. En effet, selon des statistiques du Centre jeunesse de Québec (Dionne, 2005), les quatre diagnostics les plus fréquents parmi ces jeunes sont le TDA/H (73,2 %), le trouble oppositionnel (45,5 %), le trouble de la personnalité limite (11,4 %) et le trouble des conduites (8,9 %). Il importe également de souligner que 30 % des jeunes hébergés recevraient une médication psychotrope (Bouchard et Lafortune, 2003).

Plus près de nous, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les principales problématiques de santé mentale retrouvées dans les services du Centre jeunesse sont les suivantes :

**Tableau 2**  
Les principales problématiques de santé mentale rencontrées au Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean

Clientèle 0-12 ans	Clientèle masculine 12-18 ans	Clientèle féminine 12-18 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de l'attachement</li> <li>• Syndrome Gilles de la Tourette</li> <li>• Hyperactivité</li> <li>• Dépression</li> <li>• Troubles anxieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limite intellectuelle</li> <li>• Hyperactivité</li> <li>• Comportements violents</li> <li>• Traits de personnalité limite</li> <li>• Psychose et psychose toxique</li> <li>• Dépression</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Syndrome Gilles de la Tourette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de personnalité limite (narcissique, hystérique)</li> <li>• Dépression, troubles de l'humeur</li> </ul>

Source : Martel et Harton (2005), p. 11.

En raison de la clientèle importante présentant un ou des troubles mentaux en centre jeunesse, le comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004) recommande de confier clairement la réadaptation de ces jeunes à ces établissements. Selon les propos de Martel et Harton (2005), les interventions auprès des jeunes présentant des troubles mentaux dans les différents centres jeunesse seraient peu spécifiques c'est-à-dire peu adaptées aux problématiques rencontrées. Qui plus est, on constate que la collaboration intersectorielle est difficile (CCSS, 2004; MSSS, 2005). Ces constatations s'observent également à l'intérieur des centres de réadaptation. De plus, les intervenants oeuvrant en centre de réadaptation se retrouvent souvent démunis en raison de leur manque de formation face à l'intervention

auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Cette situation contraint les intervenants à consacrer la majeure partie de leur temps à éteindre des feux, à gérer des crises et à rétablir l'équilibre au sein des groupes lorsque le jeune est placé en centre de réadaptation (Dionne, 2005). Ainsi, il apparaît nécessaire de préciser les orientations gouvernementales afin de mieux soutenir la pratique des professionnels travaillant auprès de cette clientèle. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 contient des précisions sur les actions qui pourraient être posées pour faire face à cette problématique.

### **1.3 Contexte politique : Plan d'action en santé mentale 2005-2010**

Depuis quelques années, une prise de conscience de l'État se développe et entraîne un intérêt marqué pour les troubles mentaux chez les jeunes. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 constitue une preuve de l'engouement du gouvernement relativement à cette problématique (MSSS, 2005). Les principes directeurs de ce nouveau plan ministériel sont le pouvoir d'agir, le rétablissement, l'accessibilité, la continuité et le partenariat. La perspective de rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes à prendre en main leur vie et leur maladie plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie. En aidant les personnes atteintes d'un trouble mental à reprendre leur rôle en société, nous contribuons à leur rétablissement et c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent un certain pouvoir sur son environnement (MSSS, 2005). La participation sociale s'avère un élément-clé du rétablissement si on réfère au trouble mental comme générateur d'une altération du fonctionnement dans diverses sphères de la vie de l'individu. Par conséquent, un jeune présentant un trouble mental qui assume différents

rôles sociaux contribuera de façon active à son rétablissement par l'entremise de sa participation sociale. Il existe donc un lien entre le niveau de participation sociale et le rétablissement des jeunes ayant des troubles mentaux. Cette situation explique donc toute l'importance du niveau de participation sociale comme indicateur de rétablissement, base du choix de situations cliniques sélectionnés par les participants de l'étude.

Le but du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 est d'assurer, sur les plans local et régional, la mise en place d'un continuum efficace de services afin de répondre de façon rapide, complémentaire et adaptée à l'ensemble des besoins des jeunes de la région. Parmi la gamme de services à offrir aux enfants et aux jeunes présentant un trouble mental, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005) donnera priorité à l'évaluation et au traitement des troubles mentaux ainsi qu'aux services d'intégration sociale.

De façon concrète, le MSSS (2005) vise :

- La mise en place d'un guichet d'accès aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne dans tous les centres de santé et de services sociaux, où on procédera à l'évaluation, au triage, à l'orientation ou au traitement des enfants et des jeunes qui y sont dirigés.
- La mise en place d'une équipe de santé mentale de première ligne en CSSS pour les enfants et les jeunes afin d'appuyer les autres fournisseurs de services de première ligne qui travaillent auprès des enfants et des jeunes en leur offrant une expertise en santé mentale.

Les recommandations proposées par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

sont :

- Assurer des services de santé mentale de première ligne, un accès hiérarchisé à une expertise de deuxième ligne et l'hospitalisation pour troubles mentaux aux enfants/jeunes sur une base régionale.

- Assurer dans les centres jeunesse la réadaptation des jeunes présentant à la fois un problème de santé mentale et de comportement, avec le concours des services de première ligne et d'assurer un financement, une formation et une infrastructure adaptés (CCSS, 2004).

Cependant, bien qu'il soit possible de constater une augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents diagnostiqués au cours des dernières années, les services pour les jeunes présentant un trouble mental sont très peu développés dans la plupart des régions du Québec. En effet, les services offerts à cette clientèle demeurent inadéquats, insuffisants et difficiles d'accès (Dionne, 2005). Plusieurs experts affirment qu'ils sont souvent morcelés, peu intégrés et répartis très inégalement sur le territoire québécois entraînant des difficultés d'accès et de continuité (MSSS, 2005). Depuis l'adoption de la Politique de santé mentale, l'État manifeste un intérêt grandissant envers la santé mentale et les troubles mentaux. Il est donc possible de penser que depuis le dépôt du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005), la santé mentale est devenue un axe prioritaire d'intervention au Québec. Cependant, force est de constater, au fil des ans, que l'intérêt envers la santé mentale s'est davantage actualisé dans le développement de services destinés à une population adulte qu'à une population jeunesse. Ainsi, il apparaît nécessaire de se questionner sur l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux afin d'améliorer les retombées positives tant sur le jeune que sur sa famille, mais également sur les intervenants eux-mêmes. De plus, il importe de définir la nature des troubles mentaux chez les jeunes et d'exposer les actions entreprises jusqu'à ce jour afin d'améliorer leur vécu et d'en arriver à une meilleure compréhension de la situation. C'est dans ce contexte qu'a été entreprise la présente étude. L'objectif de la recherche est de précisément identifier les facteurs facilitant ou entravant l'intervention

auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux afin d'améliorer la pratique et les stratégies d'intervention. L'atteinte de cet objectif permettra sans doute de construire un système plus efficient dans l'intervention auprès de ces jeunes en adaptant les services à leurs besoins.

*CHAPITRE 2*  
*RECENSION DES ÉCRITS*

Cette section présentera un survol des écrits scientifiques relativement à l'objet de l'étude soit les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux. Afin de bien cerner cette réalité, il sera d'abord question de la complexité des troubles mentaux chez les jeunes, notamment des difficultés entourant l'établissement d'un diagnostic, surtout lorsqu'il y a présence de plus d'un diagnostic. Puis, les conséquences à long terme du trouble mental chez un jeune seront exposées. Quelques pistes d'intervention seront ensuite formulées et finalement, les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention seront énoncés. Il sera notamment question des caractéristiques du jeune, de sa famille, des établissements offrant des services et de l'intervenant travaillant auprès du jeune. En dernier lieu, quelques limites méthodologiques concernant les études consultées seront émises. Enfin, la pertinence de la recherche sera soulignée en guise de conclusion à ce chapitre.

## **2.1 La complexité du diagnostic**

Établir un diagnostic chez un enfant s'avère complexe en raison de l'évolution rapide d'un jeune en développement. Devant l'incertitude d'un diagnostic, on parle souvent de trouble mental en voie d'être diagnostiqué ou en structuration. En sachant l'effet stigmatisant qu'engendre généralement la pose d'un diagnostic chez l'individu, la prudence est de mise. Cependant, l'identification précoce d'une maladie mentale permet l'intervention rapide ce qui diminue les risques de détérioration quant à l'adaptation fonctionnelle de l'individu (Laporta, 2004). L'intervention précoce est donc des plus importantes dans ce contexte.

La complexité du diagnostic est d'abord liée à l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, moins il dispose de moyens pour exprimer sa détresse (Martel et Harton, 2005). Par ailleurs, certains traits, qui à d'autres stades pourraient paraître anormaux, peuvent s'avérer tout à fait normaux en fonction du stade développemental. En effet, certains comportements, présents à un moment donné, s'estomperont une fois cette période passée. Pour ne donner que quelques exemples, il est normal pour un enfant de trois ou quatre ans d'être très actif et de manifester à l'occasion des problèmes d'attention. Cependant, pour la majorité d'entre eux, ces difficultés ne dureront pas plus de six mois. Ainsi, le diagnostic du TDA/H apparaît difficile à poser avant l'âge de cinq ans, le niveau élevé d'activité et d'inattention correspondant à des caractéristiques normales de l'enfant de cet âge (Massé, 1999). De plus, lorsque l'enfant exprime un monde imaginaire fertile et coloré, on ne dira pas que celui-ci présente un trouble psychotique. Au contraire, ces comportements permettront à l'enfant d'acquérir des apprentissages par le jeu symbolique. Selon la théorie élaborée par Piaget, les comportements qui caractériseront alors l'enfant s'inscriront dans un stade développemental préopératoire qui lui permettra de développer un système de représentations mentales (Gormly et Brodzinsky, 1993). Également, vers l'âge de deux ou trois ans, apprendre à résister et même à s'opposer aux demandes d'autrui fait partie des habiletés sociales à développer, particulièrement durant les périodes d'apprentissage de l'autonomie. Pendant ces phases, des comportements d'opposition sont davantage considérés comme des manifestations du besoin de se séparer des parents ou de se distinguer de ses pairs dans la recherche de sa propre identité. Encore ici, ces comportements s'inscrivent dans le répertoire normal de

développement des enfants et ne peuvent donc être catégorisés comme caractérisant un trouble oppositionnel avec provocation (Vitaro et Gagnon, 1999; Dionne et al., 2008).

En ce qui a trait aux diagnostics de trouble de personnalité, ceux-ci sont toujours source de controverse bien que plusieurs cliniciens estiment que les troubles de personnalité existent chez les enfants et les adolescents (Guilé, 1999). En raison de cet aspect équivoque, peu de jeunes sont diagnostiqués comme présentant un trouble de la personnalité puisque celle-ci est considérée, par la plupart des professionnels, en structuration jusqu'à l'âge adulte.

## **2.2 Les troubles concomitants**

Les recherches démontrent la présence de comorbidité chez une certaine proportion d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles mentaux. L'intervention auprès des jeunes qui présentent une combinaison de troubles mentaux s'avère un défi de taille. En effet, le concept de « comorbidité » renvoie au cumul de plus d'un diagnostic, ce qui augmente la complexité et la gravité de la situation (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007). L'interface des problèmes met souvent en péril la fidélité au traitement ainsi que les résultats visés. Également, les personnes présentant des troubles concomitants font face à un pronostic plus sombre quant à la réadaptation et au rétablissement (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007).

Il existe diverses combinaisons de troubles concomitants dont les principaux sont exposés ici. Tout d'abord, on constate qu'environ 2/3 des personnes présentant un trouble mental qualifié de grave présentent également un problème de toxicomanie (MSSS, 2005). Aussi, l'importance de la comorbidité entre le TDA/H mixte et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) a été démontrée dans une multitude d'études (Massé, 1999). À cet effet, Barkley (1990) rapporte que plus de 60 % des enfants présentant un TDA/H souffrent également d'un TOP. La comorbidité entre le trouble des conduites et le trouble oppositionnel s'avère également élevée (Vitaro et Gagnon, 1999). La littérature souligne que les troubles anxieux et dépressifs apparaissent plus fréquemment avec le trouble des conduites et ce, chez tous les groupes d'âge (Zoccolillo, 1992). Il n'est donc pas rare de rencontrer un enfant présentant un trouble des conduites avec un ou plusieurs troubles d'internalisation (dépression, anxiété, somatisation), un trouble de déficit de l'attention, des problèmes d'apprentissage et une histoire de violence physique et sexuelle (Zoccolillo et Huard, 1999). Le trouble des conduites augmente aussi le risque de compléter un suicide chez les personnes atteintes. Une étude réalisée auprès de cette population a révélé que le risque de suicide est cinq fois plus élevé chez ces jeunes (Brent et al., 1993).

### **2.3 Conséquences du trouble mental**

Les conséquences d'un trouble mental s'observent principalement chez le jeune qui en souffre, mais également chez sa famille ainsi que chez les intervenants mandatés pour lui offrir des services. Contrairement à un deuil ou à une situation difficile, les conséquences d'un trouble mental s'opèrent à plusieurs niveaux et sont relativement

stables dans le temps. De plus, le trouble affecte les différentes sphères de la vie du jeune, par exemple le milieu familial, scolaire, relationnel et affectif. Dans cette perspective, les conséquences du trouble ne se limitent plus à la personne elle-même, mais aussi à l'environnement dans lequel l'individu évolue. Cette section s'attardera aux conséquences à long terme du trouble mental chez la personne, chez sa famille, mais également chez les intervenants qui oeuvrent auprès de cette clientèle.

Tout d'abord, pour l'enfant ou l'adolescent, souffrir d'un trouble mental implique vivre une souffrance significative, une altération du fonctionnement, une capacité d'adaptation déficitaire, un manque d'indépendance, une faible estime de soi et de confiance en soi, le rejet par les pairs et un sentiment d'isolement (Martel et Harton, 2005). Ces jeunes sont susceptibles d'être stigmatisés en raison notamment de l'étiquette accolée au diagnostic, ce qui risque d'avoir un impact sur leur degré de participation et d'inclusion sociale. Leurs attitudes différentes en feront des jeunes marginalisés et leurs difficultés sur le plan des habiletés sociales rendront leurs relations avec les pairs difficiles (Martel et Harton, 2005). Ils seront plus à risque de suicide, d'homicide, d'abus de substance, d'abandon scolaire, de criminalité, d'institutionnalisation, de vivre une grossesse à l'adolescence et d'être victime d'abus (Pumariega, Winters et Huffine, 2003; Gignac, 2009). Ils verront quelquefois leur famille éclatée, leur vie scolaire bouleversée, leurs relations sociales dégradées, leur identité et leur personnalité désorganisées ainsi que leur sécurité entravée (Martel et Harton, 2005). Pour certains, ces différentes conséquences entraîneront des placements, fragilisant ainsi leur lien d'attachement envers leurs figures significatives. Les conséquences s'observeront également auprès des

familles confrontées aux comportements du jeune : celles-ci étant plus à risque de s'épuiser. Aux ruptures relationnelles vécues s'ajoutera un sentiment d'isolement de la part des membres de la famille (Martel et Harton, 2005).

Bergeron et Lanteigne (2002) observent, du côté des intervenants, plusieurs conséquences également:

- La mobilisation du temps, de l'énergie et de la présence des professionnels qui travaillent auprès de ces jeunes;
- la désorganisation dans les activités de groupe si le jeune est placé dans un centre de réadaptation;
- la réduction de la possibilité d'intervention de groupe;
- le manque d'efficacité dans les interventions traditionnelles;
- la nécessité d'une présence soutenue de la part des professionnels;
- l'épuisement des ressources et notamment celles de type familial et intermédiaire;
- un sentiment d'incompétence et de manque de connaissance chez les intervenants en raison du manque d'efficacité dans les interventions;
- un sentiment d'isolement et d'impuissance.

Le manque de traitements efficaces pour certains diagnostics, comme les troubles des conduites, demeure également frustrant pour l'intervenant (Zoccolillo et Huard, 1999). Pour les psychiatres, la peur d'être submergés par une multitude de demandes, en raison des besoins élevés de la clientèle et des intervenants, est bien réelle (Bergeron et Lanteigne, 2002).

#### **2.4 Les approches et les modalités d'intervention à privilégier**

Les interventions privilégiées dans la littérature prônent des approches individualisées centrées sur les besoins spécifiques de chaque jeune ainsi qu'une

approche écosystémique incluant les divers contextes de vie du jeune. Selon le point de vue concevant la pathologie comme un processus dynamique de systèmes, il existerait des transactions multiples entre les forces de l'environnement, les caractéristiques de la famille et les caractéristiques de l'enfant. Ces systèmes s'influenceraient de manière dynamique et réciproque. L'approche écosystémique tient compte également des transactions entre les systèmes et de leurs influences mutuelles (Dionne, 2005). Certains auteurs soulignent aussi l'importance de la relation privilégiée avec l'adulte. Une des façons de personnaliser l'intervention consiste à regrouper ces jeunes en petit groupe dans une ressource spécialisée en santé mentale en maintenant le même nombre d'éducateurs qu'en unité régulière (Asselin et al., 2003).

Cependant, l'utilisation restrictive d'une seule approche d'intervention auprès d'un jeune présentant un ou des troubles mentaux est peu garante de succès. Il semble que la combinaison de différentes approches soit associée à des résultats plus prometteurs. Ainsi, à l'approche écosystémique et à l'approche individualisée centrée sur les besoins spécifiques du jeune, on pourra joindre l'approche pharmacologique, l'approche psychoéducative, l'approche cognitivo-comportementale et l'approche familiale (Martel et Harton, 2005).

De plus, on tend à favoriser des interventions en santé mentale qui renforcent les facteurs de protection de l'enfant et de sa famille tout en cherchant à diminuer les facteurs de risque (Dionne, 2005). L'intervention précoce fait également état d'un consensus dans le champ de la santé mentale. En effet, l'intervention précoce contribue à

prévenir l'aggravation ou la détérioration des situations cliniques impliquant un jeune présentant un trouble mental. Ce type de pratique vise à prévenir, à gérer et à traiter les symptômes et les invalidités dus à la maladie en cherchant à rétablir, à réadapter et à traiter (Laporta, 2004). Par exemple, l'intervention précoce dans le cas du premier épisode de psychose pourrait prévenir l'aggravation de différents problèmes de la productivité, de la détérioration du réseau social, de la fréquence des épisodes aigus et des hospitalisations, de même que l'itinérance et les incarcérations (Leclerc et Bouchard, 2002).

Ces approches et interventions offertes dans un cadre de vie sécuritaire, stable et peu agressant concourent à une meilleure réadaptation et améliorent les perspectives de rétablissement chez le jeune. Cependant, force est d'admettre que peu d'interventions spécifiques ont été élaborées dans les centres jeunesse de la province concernant la problématique de santé mentale chez les 0-18 ans. Le Centre jeunesse du Saguenay--Lac-Saint-Jean ne semble pas y faire exception puisque les approches en santé mentale jeunesse ne sont pas spécifiques des différentes problématiques vécues (Martel et Harton, 2005). Cependant, on constate dans la littérature que certaines interventions seront privilégiées selon le type de trouble mental. En effet, pour les dépressions, diverses méthodes de psychothérapie, notamment psychodynamiques, comportementales et cognitives paraissent donner des résultats satisfaisants (Petot, 1999). Pour le TDA/H, un consensus se dégage concernant la nécessité d'utiliser des traitements combinés et adaptés selon l'âge des enfants (médication, thérapies comportementales, thérapies comportementales-cognitives, formation des parents, encadrement scolaire) (Massé, 1999). On

observe davantage de difficultés en ce qui concerne l'intervention auprès de jeunes présentant un trouble des conduites. Tout d'abord, aucun traitement n'a pu significativement modifier l'évolution des comportements à long terme d'enfants dont le trouble des conduites était bien établi. Cependant, à court terme, deux types de thérapie se sont révélées susceptibles de diminuer les comportements antisociaux, c'est-à-dire la thérapie centrée sur la gestion du comportement des parents et la thérapie à l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes (Zoccolillo et Huard, 1999). Pour les troubles de personnalité, le traitement comprend une intervention auprès des parents et le traitement de l'enfant consiste en une approche multimodale de groupe associant la psychothérapie psychodynamique, l'approche comportementale et cognitive et l'entraînement aux habiletés sociales (Guilé, 1999).

Une précision en ce qui concerne la psychothérapie mérite d'être soulignée. Il est important de déterminer des objectifs réalistes dans l'élaboration du plan d'intervention face à ces jeunes. Avec l'intention bienveillante d'aider les enfants, certains intervenants entretiennent quelquefois des attentes peu réalistes quant à la psychothérapie. En effet, selon Steinhauer (1993), beaucoup de tentatives de psychothérapie échouent plutôt qu'elles ne réussissent. L'explication qui sous-tend cette constatation réside dans la préférence d'offrir un suivi à long terme chez des jeunes en centre jeunesse ayant vécu, par le passé, des ruptures relationnelles ou des bris du lien d'attachement en raison des placements. Ainsi, lorsque l'enfant ou le jeune s'engage dans une affiliation thérapeutique, il est souvent temps de mettre fin à la psychothérapie puisque peu d'institutions sont préparées à poursuivre un traitement au-delà de deux ans. Il en résulte

que l'enfant se voit à nouveau retirer la sécurité et le sentiment de continuité qu'il avait commencé à construire (Steinhauer, 1993). En effet, de façon générale, il est constaté que le séjour en unité de traitement individualisé (UTI) est plus long qu'un séjour en unité de comparaison (Gaumont, Charbonneau et Daigle, 2007). Les UTI sont des unités à l'intérieur d'un centre de réadaptation réservées spécifiquement pour une clientèle de jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux. Puisque les centres jeunesse ont, depuis 2004, le mandat clair de réadaptation de ces jeunes, il s'avère primordial que ces institutions développent une expertise auprès de cette clientèle (Dionne et al., 2008). Pour ces motifs, certains programmes de santé mentale seront subséquemment présentés.

## **2.5 Programmes d'hébergement en santé mentale**

Certains modèles spécifiques et programmes d'hébergement en santé mentale ont émergé au cours des dernières années. Malheureusement, la majorité de ces modèles n'ont fait l'objet que d'évaluations sommaires et s'inscrivent à l'intérieur de projets pilotes non standardisés. Sans aller dans la description détaillée de chacun de ces programmes, il sera ici question des similitudes et des différences entre les programmes suivants :

- Centre jeunesse de Lanaudière – Campus des Quatre-Vents;
- Centre jeunesse de la Montérégie – Programme d'intervention en santé mentale et trouble des conduites;
- Centre jeunesse des Laurentides – Unités de vie pour des jeunes présentant une double problématique de santé mentale et de trouble grave du comportement;
- Centre jeunesse de l'Estrie – Le modèle de Val-du-Lac;
- Centre hospitalier de Granby.

On constate des points convergents entre le Centre jeunesse de Lanaudière et celui du Centre jeunesse des Laurentides. Ces deux Centres jeunesse partagent les mêmes

fondements dans leurs programmes. Ils accordent une importance à l'individualisation, à la « dépathologisation », à la resocialisation et à la collaboration. De plus, ces deux programmes s'appuient sur le modèle écosystémique ou sur la théorie des systèmes (Dionne, 2005). De façon générale, il est indiqué de favoriser la création d'unités comptant un nombre limité de jeunes. En effet, une unité en réadaptation ne devrait pas compter plus de 12 jeunes. On tend à réduire de moitié le nombre de jeunes admis dans les unités spécialisées en santé mentale. Le programme d'intervention en santé mentale et trouble des conduites du Centre jeunesse de la Montérégie utilise également un traitement individualisé auprès des jeunes.

Contrairement aux programmes mentionnés plus haut, le Centre jeunesse de l'Estrie et le Centre hospitalier de Granby optent davantage pour un modèle fondé sur la concertation. Il s'agit d'un modèle de responsabilités partagées où chaque niveau d'intervention contribue à une partie de la solution plutôt que de renforcer une attitude d'évitement où chacun passe le cas « psychiatrique » à un échelon plus spécialisé. Ces modèles mettent donc l'accent sur la collaboration entre les services et les établissements. Ainsi, des éducateurs, infirmières, psychologues et omnipraticiens travaillent ensemble afin d'offrir des services aux adolescents à l'intérieur du centre de réadaptation du Centre jeunesse de l'Estrie. Pour le Centre hospitalier de Granby, des agents de liaison assurent le transfert d'informations entre l'hôpital et les CLSC favorisant la collaboration entre les établissements (Bourget, 2002; Dionne, 2005).

Malheureusement, en raison du manque de recherches évaluatives réalisées, nous en savons très peu sur les effets spécifiques de ces programmes. Cependant, la mise en place et l'utilisation de services prouvent que les besoins ressentis rendent nécessaire l'instauration de tels services pour venir en aide à cette clientèle. Ainsi, on observe généralement à l'intérieur des programmes l'importance attribuée au traitement personnalisé, à la réintégration sociale et à la collaboration intersectorielle tandis qu'en contrepartie, moins d'importance est accordée au diagnostic.

## **2.6 Les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention**

Dans l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux, certains facteurs contribuent à faciliter l'intervention tandis que leur absence ou encore la présence d'autres facteurs constituent plutôt des obstacles au processus thérapeutique.

Dans le cadre de cette étude, trois catégories de facteurs seront mis en perspective :

- Les caractéristiques du jeune et de sa famille;
- les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services;
- les caractéristiques de l'intervenant travaillant auprès de cette clientèle.

Les variables présentées plus bas seront proposées en lien avec leurs conséquences sur l'intervention en santé mentale. Cependant, il est à noter que ces mêmes caractéristiques pourront, dans certains cas, s'appliquer également aux interventions en général. Par conséquent, il est à supposer que certaines caractéristiques exerceront une influence sur l'intervention auprès du jeune, que celui-ci présente ou non un trouble mental.

### 2.6.1 Caractéristiques du jeune

Les caractéristiques se rapportant au jeune et à sa famille tendent à exercer un impact sur l'intervention. Il est primordial de s'attarder sur ces caractéristiques puisqu'on considère que de nombreux facteurs de risque pour la santé mentale des enfants proviennent de leurs environnements familial et social (Rutter, Tizard et Whitmore, 1970; Werner et Smith, 1982). Certaines particularités du jeune et de sa famille engendreront des conséquences sur l'intervention. De ces particularités, on retrouve notamment :

- L'intervention précoce;
- le type de trouble mental et la présence d'un trouble en concomitance;
- le niveau d'autocritique par rapport à la maladie;
- le degré de soutien perçu;
- la création d'une alliance thérapeutique chez le jeune.

Tel que mentionné précédemment, les troubles varient selon l'âge et apparaissent parfois à des périodes différentes du développement. Il est donc important de miser sur l'intervention précoce en santé mentale : celle-ci étant susceptible d'être plus efficace (Martel et Harton, 2005; Dionne et al., 2008). L'évolution récente des connaissances issues d'études longitudinales démontre l'importance d'intervenir tôt et intensivement auprès des enfants et des jeunes présentant un trouble mental compte tenu des liens qui existent entre ce type de trouble et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte (MSSS, 2005). Le dépistage et l'intervention précoce permettent de réagir rapidement, de préciser la problématique, d'orienter le traitement et d'améliorer le devenir du jeune (Chouinard et Lavoie, 2009). Une étude réalisée auprès d'une population adulte a démontré que 50% à 60% des ces personnes avaient reçu un diagnostic avant l'âge de 15 ans alors que 75% l'avaient reçu avant l'âge de 18 ans (Kim-Cohen et al., 2003). Les principaux diagnostics qui contribuent à la présence de plusieurs

troubles à l'âge adulte ou qui se perpétuent sont : les troubles des conduites, les troubles oppositionnels avec provocation, les troubles dépressifs, ainsi que les troubles anxieux (Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, 2004).

Puisque les troubles mentaux varient au niveau de la sévérité et de la durée, certains diagnostics pourront s'avérer plus contraignants que d'autres. En effet, les conséquences du trouble dans la vie du jeune pourront varier en gravité selon le type de trouble diagnostiqué. Bien que le terme « trouble persistant » ne soit actuellement plus en vigueur afin de caractériser un trouble mental, certains troubles perdureront plus que d'autres dans le temps, raison justifiant l'utilisation du terme gravité pour définir un trouble mental. À l'inverse, certaines maladies mentales s'atténueront avec le temps comme le TDA/H. Ainsi, les conséquences du trouble dans la vie du jeune varieront selon sa durée et sa gravité. De cette façon, l'intervention s'en trouvera par conséquent influencée. Également, lorsqu'on constate la présence simultanée de plus d'un trouble, les interventions doivent être ajustées afin de tenir compte de la complexité de la situation. Ainsi, la décision quant au type de traitement aura une conséquence sur l'intervention. Les traitements concomitants alliant les traitements neuroleptiques aux traitements psychosociaux et psychoéducatifs parviennent, entre autres, pour la schizophrénie chez le jeune adulte, à limiter les situations de handicap affectant la qualité de vie de la personne et à favoriser son rétablissement (Laporta, 2004; Leclerc et Bouchard, 2002).

Quant au niveau d'autocritique par rapport à la maladie, il s'avère qu'un niveau élevé est associé à une meilleure gestion de la maladie, une meilleure adhérence à la médication et aux traitements psychosociaux ainsi qu'à un plus haut niveau de fonctionnement psychosocial. Il est donc possible de penser que la présence d'autocritique chez les personnes présentant un trouble mental soit considérée comme un facteur de protection qui facilite l'adhérence au traitement et augmente la participation dans l'intervention (Mullick, Miller et Jacobsen, 2001).

Certaines études rapportent que le fait d'être entouré socialement a un effet protecteur et que les aspects perceptifs du soutien social atténueraient l'impact nocif des stressors ambiants. Le soutien social perçu renforcerait le sentiment de contrôle personnel relativement à une situation aversive tout en diminuant le stress perçu (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le soutien social affecte la mise en place de certaines stratégies de « coping » favorisant davantage l'utilisation de stratégies actives. Chez les personnes malades, le soutien social facilite l'adhésion thérapeutique du patient (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Enfin, certaines études font valoir l'association entre la création d'une alliance thérapeutique et l'émergence de changements. En effet, un jeune créant un lien de confiance sera davantage susceptible d'être collaborateur et d'engendrer des changements réellement intériorisés qui persisteront dans le temps (Steinhauer, 1993).

### **2.6.2 Caractéristiques de la famille**

En considérant que la famille constitue le premier environnement où se développe l'enfant et que ce milieu exerce une influence considérable sur celui-ci, la famille consistera donc en un partenaire important au sein du processus d'intervention. L'implication de la famille apportera une contribution significative aux intervenants. En effet, la collaboration de la famille facilitera l'obtention de renseignements utiles concernant le jeune et l'apprentissage d'habiletés à travailler à la maison favorisera son cheminement. L'implication parentale se définit comme l'inclusion et la participation active du ou des parents dans les activités, tâches, services et prises de décision tout au long de l'intervention des services de protection de la jeunesse (Saint-Jacques, Lessard, Drapeau et Beaudoin, 1998-1999). L'implication parentale s'inscrit donc dans un processus d'intervention qui vise l'appropriation du pouvoir de la clientèle (Saint-Jacques et al., 1998-1999). Selon cette perspective, la famille pourra contribuer à la planification et à la mise en place du traitement et leur implication générera une diminution du stress sur le système familial (Center for School Mental Health Assistance, 2002). Cependant, en contexte de protection sociale, l'élaboration d'une réelle collaboration s'avère parfois une tâche laborieuse. En effet, plusieurs des familles suivies en protection de la jeunesse se voient imposer des services en raison d'une situation de négligence ou de maltraitance à l'égard de leur enfant. Ainsi, il n'est pas rare d'observer une réticence de la part du ou des parents à collaborer avec les services. Les caractéristiques personnelles des intervenants telles que l'empathie et la compréhension par rapport à la colère et à l'hostilité pourront contribuer à contrer les résistances des parents. Ainsi, une famille coopérative, collaboratrice et proactive dans le processus thérapeutique augmenterait ses

chances de succès quant à l'atteinte des objectifs fixés au plan d'intervention (Comstock, 2004).

Certaines caractéristiques se rapportant à la famille pourront cependant mener à des perturbations émotionnelles, physiologiques et comportementales affectant le développement de l'enfant. On identifie trois facteurs de l'environnement familial influençant la santé des enfants et des adolescents :

- Un climat conflictuel et hostile ou pire, violent et abusif;
- des relations parents-enfants manquant d'affection et ne procurant pas le soutien matériel et affectif indispensable;
- un style éducatif, soit autoritaire et dominateur, soit « laisser-faire » et incohérent, n'offrant ni règles, ni structure (Bruchon-Schweitzer, 2002).

La présence de ces caractéristiques dans un environnement familial peut constituer une source de stress très importante pour les enfants. Selon Bruchon-Schweitzer (2002), ces facteurs peuvent induire des états dépressifs, des stratégies d'ajustement dysfonctionnelles, des compétences sociales insuffisantes et menacent la santé et le bien-être (actuels et futurs) des enfants et des adolescents. Les relations familiales peuvent donc être extrêmement perturbatrices et être à l'origine de pathologies psychologiques (Bruchon, Schweitzer, 2002). Cet auteur indique qu'au sein des familles, c'est moins le nombre et la fréquence des contacts interpersonnels qui jouent un rôle bénéfique que la cohésion et le climat harmonieux. Par conséquent, ce qui protège les membres d'une famille, c'est le fait que celle-ci réponde à leurs besoins d'affiliation et d'affection, renforce leur sentiment d'appartenance et d'identité et leur estime de soi. Les familles qui n'assurent pas ce rôle peuvent subséquemment s'avérer destructrices pour les

enfants (Bruchon-Schweitzer, 2002). Par exemple, la violence intrafamiliale et la maltraitance sont associées à un risque accru de dépression et de suicide ultérieurs chez ses membres et notamment chez les enfants et adolescents (Malinovsky-Rummel et Hansen, 1993). De plus, des relations parents-enfants conflictuelles et hostiles, marquées par l'absence d'implication parentale et par un style éducatif autoritaire, correspondent à un risque accru de dépression et de suicide chez l'enfant et l'adolescent (Kaslow et Gladstone, 1994). Enfin, un environnement familial perturbé peut augmenter à la fois le risque de dépression chez l'enfant et le lien de cet état dépressif à des pathologies ultérieures (Kaslow et al., 1994).

Enfin, un parent non collaborateur ne sera pas enclin à travailler à l'amélioration de ces aspects, influençant par le fait même l'intervention et ses résultantes (Bruchon-Schweitzer, 2002).

### **2.6.3 Caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services**

En ce qui concerne les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services, plusieurs facteurs ont été identifiés comme influençant l'intervention. Premièrement, le soutien à l'équipe de travail, par l'entremise de la collaboration entre les différents établissements impliqués, mais également de la collaboration entre collègues de travail, influence l'intervention (Bourget, 2002; Dionne et al., 2008; Gaumont et al., 2007; MSSS, 2005; CCSS, 2004). Dans le but d'offrir des services de qualité en santé mentale, le soutien professionnel s'avère donc essentiel.

La collaboration intersectorielle appuie l'intervention en assumant la part de service qui revient à chacun. Grâce au protocole CJ/CLSC, ces deux partenaires coordonnent mieux leurs actions, en particulier grâce à des zones de collaboration obligatoires et à une meilleure détermination du leadership (CCSS, 2004). Par le fait même, ce type de partenariat s'inscrit dans un partage des connaissances entre les intervenants. La mise en place en nombre suffisant de services spécifiques comme des foyers de groupe, des unités spécialisées en santé mentale, des pédopsychiatres disponibles et des lits hospitaliers réservés pour les situations de crise agissent comme des agents facilitateurs. Enfin, la création de tels services nécessite l'accès à des ressources financières et humaines adéquates pour satisfaire les besoins existants. À titre d'exemple, Kirby souligne l'insuffisance de pédopsychiatres au Canada. Ce même auteur fait ressortir qu'en plus du manque de partenariat et de continuité dans les services, on remarque également l'insuffisance dans les services et les fonds publics investis auprès de cette clientèle (Eggerston, 2005).

De surcroît, Koppelman (2004) déplore le manque de professionnels qualifiés pour répondre et faire face aux troubles mentaux des enfants. Au Québec, cette rareté d'experts en santé mentale pouvant guider et soutenir les intervenants dans leur pratique se fait sentir à plusieurs niveaux : formation, supervision, suivi, etc. Par ailleurs, plusieurs éléments contribuent à diminuer l'efficacité des interventions auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Parmi ces éléments, on retrouve :

- La déficience dans les ententes de collaboration entre le centre jeunesse et les services de pédopsychiatrie;
- la rareté des ressources dans les services de pédopsychiatrie rendant l'accessibilité difficile;

- l'insuffisance de services en santé mentale;
- le manque de moyen et d'interventions efficaces;
- la lenteur à clarifier le projet de vie d'un enfant (Martel et Harton, 2005).

Dans le préambule du rapport du Comité sur le continuum des services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (CCSS), Lemay (2004), médecin oeuvrant auprès des enfants, déclare :

Qu'en dépit d'une bonne volonté à peu près générale, la plupart des interventions dans le domaine infantile sont ponctuelles, reposent sur des idéologies profondément différentes, sont rarement complémentaires. Elles entrent souvent en rivalité; elles donnent généralement peu de place à des actions de longue durée; elles tendent à découper l'enfant en secteurs éloignés; elles se préoccupent rarement de ce qui a été fait antérieurement pour aller si possible dans le même sens; elles débouchent sur des prises de positions contradictoires au niveau idéologique; elles ne s'appuient que fort rarement sur des vérifications scientifiques dans le domaine des résultats obtenus (p.5).

Cette déclaration renforce le but visé du CCSS (2004) qui est « d'assurer, sur le plan local et régional, la mise en place d'un continuum efficace des services afin de répondre de façon rapide, complémentaire et adaptée à l'ensemble des besoins des jeunes de la région » (p. 86).

En plus de ces entraves à l'intervention, les directions de la protection de la jeunesse (DPJ) ont à affronter certaines pressions et particularités propres à leur rôle. Les intervenants travaillant pour ces établissements se retrouvent parfois aux prises avec une gestion du risque et de l'urgence hautement médiatisée et doivent composer avec de fréquentes interventions de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, ce qui exerce une pression considérable sur eux et les organisations. Étant

donné les multiples obligations légales, la judiciarisation des dossiers accapare aussi un temps et une énergie notables au sein des DPJ (CCSS, 2004).

#### **2.6.4 Caractéristiques de l'intervenant**

Tout d'abord, on retrouve diverses caractéristiques chez l'intervenant contribuant à aider ou à diminuer les retombées positives d'une intervention. Parmi les facteurs facilitants, on retrouve la formation des intervenants qui permet une meilleure compréhension ainsi qu'une meilleure capacité d'action sur les situations. De plus, les compétences nécessaires pour travailler en santé mentale et celles susceptibles d'influencer l'intervention dans un contexte de protection de la jeunesse peuvent se séparer en deux grandes catégories : les connaissances et les habiletés (Shirley, 2004). Sur le plan des connaissances, le personnel doit maîtriser les procédures, les politiques et les lignes directrices de l'organisation pour laquelle il travaille. De plus, il doit connaître les méthodes de pratique centrées sur la famille, tout en sachant tenir compte des forces des familles, de leurs besoins, de leurs préférences, ainsi que de leurs origines ethniques et culturelles. En ce qui a trait aux ressources et aux services communautaires, le personnel doit posséder une bonne connaissance des moyens qui permettent d'y avoir accès ainsi que des techniques pour faciliter la communication et la coopération avec ces ressources. Sur le plan des habiletés personnelles essentielles, soulignons l'importance de :

- La présence d'empathie;
- une facilité à communiquer efficacement;
- une écoute active;
- un esprit créatif quant au développement et le recours aux ressources communautaires;

- une capacité à solliciter de l'assistance auprès des superviseurs ou d'une équipe multidisciplinaire, s'il y a lieu;
- une habileté à planifier ou à coordonner l'intervention;
- de même qu'une certaine flexibilité (Shirley, 2004).

Lorsque vient le temps de travailler avec ces familles, certaines aptitudes prévalent telles que l'esprit de collaboration, le soutien, la capacité à négocier, la connaissance de soi, la pratique réflexive, la prise en considération des points forts de la famille, la reconnaissance et le respect des buts de la famille ainsi que la formation générale (Santé mentale pour enfants Ontario, 2002). Bien que ces compétences et habiletés favorisent l'intervention auprès de jeunes présentant un trouble mental, il est possible de croire que ces caractéristiques sont également des facteurs de réussite quant aux interventions en général.

Enfin, l'intervenant travaillant à établir une réelle collaboration avec le jeune et sa famille facilitera son intervention. Certains moyens aideront à maintenir une relation positive avec les parents et le jeune et encourageront leur implication. Une vision commune des buts, un pouvoir partagé dans les prises de décision et un engagement à long terme susciteront la création d'une collaboration entre les parties (Center for School Mental Health Assistance, 2002).

Finalement, la pression considérable vécue par les intervenants des centres jeunesse, en raison de particularités propres au contexte d'intervention et à leur rôle telles que leurs obligations légales et la judiciarisation des dossiers, exerce une influence sur l'intervention en général (CCSS, 2004).

En résumé, plusieurs caractéristiques relatives au jeune pourront avoir un impact sur le processus thérapeutique. On y retrouve notamment l'intervention précoce, le type de trouble mental et la présence d'un trouble en concomitance, le niveau d'autocritique du jeune par rapport à la maladie, le degré de soutien perçu chez le jeune et la création d'une alliance thérapeutique.

En ce qui concerne les caractéristiques se rapportant à la famille ayant une influence sur l'intervention ainsi que sur la santé mentale du jeune, certaines ont été identifiées: l'implication et la collaboration des familles avec les services, le climat familial, le type de relation parents-enfants et le style éducatif parental.

Enfin, si l'on se réfère aux caractéristiques organisationnelles et du réseau de services susceptibles d'améliorer l'intervention, on en dénombre plusieurs. C'est le cas de la collaboration intersectorielle et le partenariat, le nombre suffisant de services spécifiques, les ressources financières adéquates ainsi que les interventions ponctuelles, complémentaires, continues, de longue durée et adaptées aux besoins du jeune.

Enfin, finalement, selon la littérature actuelle, il est possible de croire que le niveau de formation, de connaissances et d'habiletés des intervenants facilite l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux.

## **2.7 Limites méthodologiques des études**

Parmi les études consultées à travers cette recension des écrits, peu ont été réalisées au Québec. Si plusieurs initiatives d'intervention commencent à poindre au Québec, on constate cependant que celles-ci sont rarement évaluées, à l'exception du programme « Apprivoiser les différences » portant sur l'intervention en santé mentale et trouble des conduites du Centre jeunesse de la Montérégie. Lorsque des évaluations sont faites, celles-ci demeurent sommaires comme pour le programme du Campus des Quatre-Vents du Centre jeunesse de Lanaudière. De plus, pour les chercheurs désireux de travailler auprès de la clientèle des centres jeunesse, il existe une difficulté quant à l'obtention d'autorisation des usagers donnant accès à des dossiers confidentiels. On remarque aussi la quasi-inexistence d'études portant sur les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Si des écrits se centrant sur des facteurs généraux ont été recensés ici, il importe de s'intéresser aux facteurs qui influencent spécifiquement l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à ces jeunes, et plus particulièrement à ceux qui se retrouvent dans les services du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

## **2.8 Pertinence de la recherche**

Il y a de cela quelques années, peu d'intérêt était accordé à la situation des jeunes présentant des troubles mentaux. On constate désormais un engouement réel pour cette problématique qui suscite maintes préoccupations chez les chercheurs et cliniciens dans

le domaine des sciences sociales. Le financement accordé au programme en santé mentale témoigne de cet intérêt. En effet, pour l'année 2007-2008, un montant de 815 627 \$ était octroyé au programme de santé mentale au Centre jeunesse Saguenay–Lac-Saint-Jean. Pour l'année suivante, ce montant a triplé avec un investissement financier de 2 441 997 \$ (Riverin et Lemieux, 2009). Cet accroissement financier démontre de la préoccupation qu'occupe la santé mentale au sein de cet établissement.

Le sujet s'avère d'abord stimulant en raison du peu d'études traitant de cette problématique, mais également parce qu'il répond à un besoin tant chez la clientèle que chez les professionnels. En effet, tel qu'il est mentionné dans le CCSS (2004), l'une des difficultés du réseau touche particulièrement les centres jeunesse qui se retrouvent à assumer la réadaptation spécialisée de plusieurs centaines de jeunes éprouvant en plus de problèmes de comportement, de négligence ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale sans avoir accès aux ressources, aux programmes ou à l'encadrement appropriés. Ce même comité insiste donc pour que les centres jeunesse puissent disposer de l'expertise nécessaire en vue de former adéquatement les intervenants de leurs établissements.

La plupart des études se sont jusqu'à maintenant principalement limitées à dresser un portrait des jeunes souffrant de maladie mentale. Par conséquent, peu d'études se sont intéressées aux variables susceptibles d'influencer leur développement. L'identification de caractéristiques spécifiques tant au niveau du jeune lui-même, qu'aux niveaux familial, organisationnel et relationnel avec l'intervenant, capables d'exercer un impact

dans la vie de ces jeunes, constitue un apport important au champ des connaissances en raison des informations relativement nouvelles qui s'y ajoutent. En tenant compte de l'ensemble de ces caractéristiques, la recherche permet d'obtenir des données générales plus exhaustives de la situation réelle de ces jeunes générant par conséquent des analyses plus riches de leurs vécus et de leurs besoins. Les données recueillies pourront servir à améliorer l'intervention auprès de ces jeunes en favorisant la présence des caractéristiques pouvant l'influencer positivement tout en amenuisant les facteurs susceptibles de faire obstacle au niveau de participation sociale de ces jeunes.

Cette recherche s'accorde également avec la littérature en témoignant de l'importance de mettre en place des mécanismes permettant l'acquisition de compétences dans l'intervention auprès de ce type de jeunes. La recherche et la littérature démontrent que la formation, les discussions cliniques ainsi que le soutien professionnel sont tous des moyens à préconiser pour favoriser une meilleure intervention auprès de cette clientèle (Martel et Harton, 2005). Ces mécanismes sont à l'image des recommandations qui visent à répandre les meilleures pratiques (Koppelman, 2004). De surcroît, le MSSS (2005) favorise les recherches portant sur les pratiques les plus efficaces en santé mentale. L'étude actuelle répond également à la proposition du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007) qui invite les chercheurs à réaliser d'autres études afin d'obtenir un meilleur portrait des jeunes présentant des troubles mentaux ainsi que de leurs besoins.

Cette recherche s'inscrit également dans les orientations gouvernementales ainsi que dans le plan d'organisation des services du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean en misant sur l'importance d'instaurer des services et de mettre en place des ressources susceptibles de venir en aide à ces jeunes. En effet, le MSSS (2005), dans le cadre du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse, invite les régions à mettre sur pied des équipes de deuxième niveau et d'étendre le mandat de ces équipes à la santé mentale. Également, le MSSS (2005) prévoit intégrer un module de formation sur la santé mentale au Plan national de formation jeunesse (PNF) afin d'améliorer les habiletés des membres des équipes de deuxième niveau.

Au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, une équipe multidisciplinaire en santé mentale a été mise en place au cours de l'année 2007-2008 (Riverin et Lemieux, 2008), ce qui s'ajoute aux différents services offerts. Cependant, le recrutement de personnel compétent et disponible s'est avéré difficile (Girard, 2007). En ce qui concerne les services externes, un comité de consultation clinique est instauré afin de déterminer l'accès aux services de santé mentale pour les jeunes en centre jeunesse. Ce comité vise à statuer sur la pertinence d'une évaluation en santé mentale et de mieux orienter les demandes. De plus, ce comité permettra de donner accès aux intervenants du centre jeunesse à l'expertise de première ligne et de deuxième ligne en santé mentale ainsi que de leur procurer des outils d'intervention. Également, lorsque le comité statuera sur la nécessité d'une évaluation d'un jeune, le dossier pourra être soumis au guichet d'accès du Centre de santé et de services sociaux. Enfin, une fois l'évaluation complétée, l'enfant en

besoin de service sera inscrit sur une liste demandant parfois plusieurs mois d'attente avant qu'il puisse bénéficier d'un suivi en santé mentale (Charest, 2007).

Le plan d'organisation des centres jeunesse (2003) tend donc à rendre accessibles des services et des programmes pour la clientèle présentant des troubles mentaux. Leurs objectifs spécifiques consistent à :

- Identifier les besoins financiers et évolutifs de la clientèle rencontrant des problèmes multiples (santé mentale et besoin de protection ou problèmes de comportement) et développer des programmes intersectoriels adaptés aux besoins (programme d'hébergement, de réadaptation, de soutien familial pour jeunes de 0-6 ans, 6-12 ans, 12-18 ans);
- présenter auprès des partenaires concernés (réseaux locaux de services, organismes communautaires, justice, scolaire) les programmes et les ajuster pour assurer des services en continuité et en réseau intégré;
- réorganiser certains services et réaménager des locaux pour accueillir et répondre adéquatement aux besoins de cette clientèle;
- élaborer et implanter des procédures d'accès et d'ententes de services intersectorielles pour services scolaires, médicaux et spécialisés (pédopsychiatrie, déficience physique et intellectuelle, scolaire, réseaux locaux de services).

Enfin, le plan d'organisation (2003) vise à développer la continuité de l'intervention et la coopération interdisciplinaire. De cette façon, les intervenants seront les pivots de la mise en place de ces modifications ainsi que les initiateurs de changements quant à l'intervention en santé mentale auprès de ces jeunes. Par conséquent, il importe de les outiller afin qu'ils agissent au mieux de leurs connaissances et de leurs compétences auprès de cette clientèle et ainsi contribuer à l'actualisation des jeunes et à la valorisation des rôles des familles. Il est ainsi primordial de répondre aux besoins des intervenants dans les domaines du savoir, du savoir-faire et du savoir-être en considérant que cela influencera de façon constructive leurs interventions auprès des

jeunes présentant un trouble mental. Ceux-ci auront ainsi plus de chance de voir leurs besoins comblés et leur niveau de bien-être subjectif et de fonctionnement augmenté. La question que nous devons actuellement nous poser consiste à identifier les facteurs qui, dans l'intervention, sont responsables de contribuer positivement ou négativement au niveau de fonctionnement du jeune afin de mettre en place de meilleures pratiques et de parfaire l'intervention auprès de la clientèle qui présente un ou des troubles mentaux.

Il importe de s'interroger sur les besoins des intervenants qui oeuvrent auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux. En effet, ceux-ci contribueront à guider les professionnels dans la mise en place de mesures susceptibles de parfaire leurs compétences et d'améliorer l'intervention auprès de ces jeunes. Ainsi, en adaptant l'intervention des intervenants à leurs besoins, ainsi qu'à ceux des jeunes et de leur famille, cette approche contribuera certainement à augmenter la satisfaction des familles quant aux services reçus en plus d'augmenter le niveau de participation sociale, de bien-être et de fonctionnement des jeunes présentant un trouble mental. Il demeure impératif d'investir auprès de cette clientèle qui fera partie de la société de demain. Tout comme il s'avère essentiel d'améliorer la formation des personnes qui travaillent dans ce domaine et de répandre les meilleures pratiques. Finalement, il est primordial de mettre en place des services personnalisés adaptés à l'enfant et de renverser l'ordre des choses souvent instauré dans le cadre des pratiques administratives « en silo » en utilisant l'expérience des intervenants comme initiateurs de ces changements.

La présente étude a donc cherché à faire ressortir des éléments qui permettront d'alimenter les recherches, mais également d'approfondir les connaissances générales sur ce sujet encore peu exploré auprès de la clientèle jeunesse. De plus, en se basant sur le niveau de participation sociale du jeune comme indicateur de son fonctionnement, cette recherche permet d'identifier certaines caractéristiques susceptibles d'entraîner un impact sur l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse. Les informations obtenues dans le cadre de l'étude seront utiles tant aux intervenants du centre jeunesse que pour les professionnels d'autres établissements qui interviennent auprès de ces jeunes et de leur famille.

Ce projet vise, par l'effet de ces retombées, la bonification des interventions auprès de cette clientèle. Le niveau de participation sociale servira de cadre de référence quant à l'identification de facteurs ayant facilité ou entravé l'intervention. Ainsi, l'hypothèse soulevée indique que des facteurs facilitants s'exprimeront par un niveau élevé de participation sociale chez le jeune tandis qu'une situation d'exclusion sociale s'expliquera davantage par la présence de facteurs susceptibles d'avoir fait obstacle à l'intervention. Les prochains chapitres seront consacrés au cadre conceptuel, de même qu'aux aspects méthodologiques de la présente étude.

*CHAPITRE 3*  
*CADRE CONCEPTUEL*

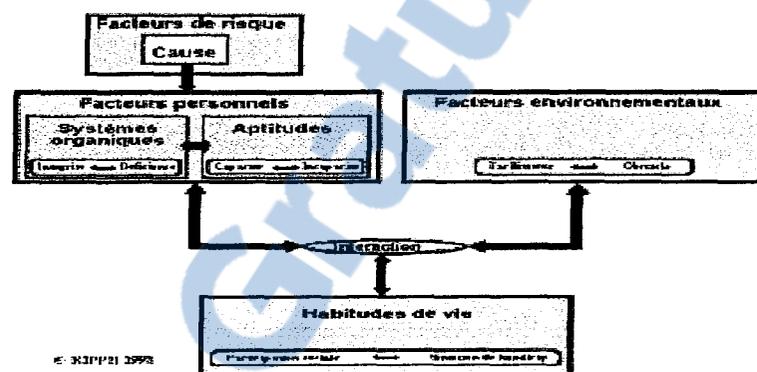
### **3. Le processus de production du handicap**

Le cadre de référence sélectionné pour cette étude est le modèle de processus de production du handicap (PPH) (Comité de révision de la proposition québécoise de classification, 1998). Ce modèle stipule que la participation sociale d'un individu ou son opposé, la situation de handicap social, résulte de l'interaction entre des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. Ce cadre conceptuel a été retenu en raison de sa pertinence pour le travail social, et s'avère plus particulièrement pertinent pour la présente étude qui cherche à mieux comprendre les facteurs d'influence dans l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Voici un aperçu des principaux concepts inclus dans ce modèle du développement humain. Il sera question des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. Sans ignorer l'importance des facteurs de risque dans la production ou non d'une situation de handicap, cet aspect ne sera pas pris en considération dans cette étude réalisée dans le domaine du travail social.

Le modèle PPH intègre plusieurs éléments afin d'expliquer comment est généré un handicap ou une situation d'exclusion sociale et, à l'inverse, une situation de participation sociale (voir la figure 1). Plus précisément, les facteurs de risque influencent les facteurs personnels qui interagiront ensuite avec les facteurs environnementaux afin de générer certaines habitudes de vie pouvant nuire ou non à la participation sociale du jeune. Ce modèle permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les variables personnelles et les variables environnementales déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie. Par conséquent, le

point de convergence central est symbolisé par le terme « interaction ». Ce qualificatif vise à nommer la mise en relation et l'influence continue de trois grandes catégories, c'est-à-dire les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Il s'agit donc d'un modèle systémique (Fougeyrollas, 1995).

**Figure 1**  
Modèle de processus de production du handicap



Source : Comité de révision de la proposition québécoise de classification (1998)

Dans le modèle PPH, les facteurs personnels réfèrent aux caractéristiques intrinsèques de l'individu, c'est-à-dire l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. Pour faire un parallèle avec le modèle écologique, ces facteurs réfèrent à ce qu'il convient de nommer l'ontosystème. Un système organique se définit comme un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Le système peut être intègre lorsque sa qualité est inaltérée ou peut-être altéré jusqu'à une déficience complète. La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (Boily, 2004).

Une aptitude est définie comme la possibilité pour une personne d'accomplir une activité. Elle se mesurera sur une échelle allant de la capacité optimale à l'incapacité complète.

Les facteurs environnementaux, quant à eux, font référence au contexte écologique (micro, méso, exo et macro système) et sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. La mesure de la qualité de l'environnement ne prend de sens que dans la dynamique interactive entre un résultat attendu, par exemple l'habitude de vie « aller à l'école » et la considération des variables personnelles (déficiences, capacités et incapacités, identité personnelle). Les facteurs environnementaux en interaction avec les facteurs individuels joueront un rôle déterminant dans le processus de production du handicap puisque ceux-ci peuvent faciliter ou au contraire faire obstacle à la pleine participation sociale des individus et engendrer une situation de handicap (Fougeyrollas, 1995).

Enfin, les habitudes de vie comprennent les activités courantes ou les rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La qualité de réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap total.

Dans le cadre de cette étude, le modèle PPH permettra d'identifier les facteurs qui facilitent ou font obstacle à l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux et recevant des services du centre jeunesse. Plus précisément, on tentera d'identifier les caractéristiques du jeune, de sa famille, de l'organisation du centre jeunesse ainsi que du réseau de services et de l'intervenant. Le trouble mental sera représenté comme une incapacité provisoire ou une déficience pouvant entraîner un handicap chez l'individu en raison de ses conséquences sur les habitudes de vie du jeune. Il sera présumé ici qu'une intervention impliquant des facteurs facilitants mènera à l'atteinte d'un bon niveau de participation sociale chez les jeunes tandis qu'une intervention parsemée d'obstacles conduira à une situation de handicap. La qualité de la réalisation de certaines habitudes de vie servira d'indicateur de niveau de participation sociale du jeune et se répartira sur un continuum allant de la pleine participation sociale à une situation de handicap correspondant ultimement à une situation d'exclusion sociale (voir l'appendice A - échelle de niveau de participation sociale).

*CHAPITRE 4*  
*MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE*

La science consiste à acquérir des connaissances en explorant, en décrivant et en expliquant la réalité. La recherche scientifique exige l'application d'une démarche structurée afin de rendre compte de cette réalité. Il sera maintenant question d'expliquer les choix méthodologiques privilégiés dans l'élaboration de cette recherche qui vise la compréhension et l'identification de facteurs facilitants ou contraignants qui ont un impact sur l'intervention fait auprès de jeunes présentant un ou des troubles mentaux en centre jeunesse dans la sous-région du Lac-Saint-Jean. Ce sujet de recherche est peu exploré et sera abordé selon la perspective des intervenants impliqués auprès de cette clientèle. On abordera dans un premier temps les objectifs fixés ainsi que les questions sous-jacentes à cette recherche. La stratégie de recherche adoptée sera ensuite précisée. Les outils et les procédures de collecte de données seront présentés. Le présent chapitre sera complété par la stratégie d'analyse des données pour enfin terminer avec les considérations éthiques.

#### **4.1 Objectifs et questions de la recherche**

L'objectif central de cette recherche est d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux. Plus spécifiquement, cette étude qualitative, menée auprès des intervenants du Centre jeunesse du Lac-Saint-Jean vise l'atteinte de trois objectifs spécifiques. Le premier objectif est de faire ressortir les caractéristiques du jeune, par exemple le type de trouble mental, le sentiment de confiance dans les services, la présence de troubles en concomitance, la prise de médication prescrite ainsi que la collaboration et l'implication du jeune et de sa famille qui influencent le processus d'intervention. Le second objectif consiste à

identifier certaines caractéristiques d'ordre organisationnel, par exemple l'accessibilité et la continuité des services, la collaboration intersectorielle et les délais d'intervention qui influencent positivement ou négativement le processus d'intervention. Enfin, le troisième objectif est de circonscrire les caractéristiques liées aux intervenants, comme la formation et l'expérience professionnelle ainsi que le sentiment de compétence et de pouvoir qui influencent le niveau de participation sociale des jeunes présentant un trouble mental. La recherche visera donc à identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en identifiant les caractéristiques influençant l'intervention. Plus spécifiquement, la recherche tentera donc de répondre aux trois questions suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques liées aux jeunes et à leur famille qui influencent positivement ou négativement l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux?
2. Quelles sont les caractéristiques du contexte organisationnel qui influencent positivement ou négativement l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux?
3. Quelles sont les caractéristiques liées aux intervenants qui influencent positivement ou négativement l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux?

## **4.2 Type d'étude**

La compréhension de la complexité du monde social est facilitée par l'utilisation de méthodes de recherche rigoureuses et validées. Dans la présente étude, le choix de la méthode qualitative a été préféré à celui de la méthode quantitative. Les stratégies possibles fondées sur les méthodes qualitatives sont multiples. En effet, alors que la forme expressive et critique se rapporte surtout à l'univers de l'action, la forme

exploratoire renvoie à l'univers de la connaissance (Poupart et al., 1998). Une recherche de forme exploratoire a donc pour but d'expliquer un phénomène nouveau qu'il serait impossible d'étudier avec des méthodes plus structurées puisqu'il est nécessaire d'effectuer un travail de déblayage en premier lieu (Lamoureux, 1995). Comme il est souhaitable de faire ressortir les facteurs d'une problématique inédite et que le sujet de recherche réfère à des préoccupations scientifiques relativement nouvelles, la recherche qualitative de type exploratoire a été choisie afin de permettre de répondre à ces conditions considérant qu'une méthode quantitative rendrait difficilement compte de ces aspects. Ce choix s'explique aussi par la possibilité que crée cette forme de recherche d'approfondir la complexité d'une situation ou de constater l'émergence d'une réalité. La subjectivité des sujets est également privilégiée, car la réalité sociale exprimée est rattachée à la perception que les intervenants ont eux-mêmes de cette réalité. Le témoignage des participants est donc étudié comme portant en lui-même la vérité de leurs propos. Le sens immédiat est par le fait même considéré comme un mode de connaissance possédant sa propre « validité » (Poupart et al., 1998).

Une étude exploratoire de type qualitatif a donc été privilégiée afin d'examiner en profondeur le vécu des intervenants par rapport à l'intervention auprès de jeunes présentant des troubles mentaux. Cette recherche vise ainsi à recueillir de l'information à partir de l'expérience des intervenants. Afin d'obtenir ces renseignements, des entrevues semi-dirigées sont effectuées auprès d'intervenants du Centre jeunesse Lac-Saint-Jean. L'utilisation de ce type d'entrevue s'explique par le principe que l'intervenant est la personne la plus apte à expliquer son vécu, ses pensées et sentiments (Mayer, Ouellet,

Saint-Jacques et Turcotte, 2000). Van Der Maren et Mainville (1993) estiment que, pour être utile à la formation des intervenants sociaux, la recherche qualitative doit les servir dans leur rôle de praticiens. Il importe donc que la recherche ne soit pas réalisée en fonction d'une théorie ou d'un questionnement extérieur à la pratique, mais qu'elle soit menée à partir des problèmes tels que les vivent les praticiens (Poupart et al., 1998).

Bien que le phénomène des troubles mentaux chez les jeunes soit de plus en plus documenté, la question des facteurs qui facilitent ou font obstacle à l'intervention représente un domaine très récent d'étude et peu d'informations scientifiques permettent d'approfondir les connaissances sur ce sujet.

### **4.3 Population à l'étude**

La population visée par cette recherche est constituée des intervenants du Centre jeunesse du Lac-Saint-Jean. Le nombre total d'employés de cet établissement travaillant dans le secteur « application des mesures » au printemps 2008 se situe à 17 personnes. Plus précisément, ces personnes sont réparties de la façon suivante à travers les différents points de service : bureau d'Alma (n=6), bureau de Roberval (n=5) et bureau de Dolbeau (n=6) (service administratif du CJLSJ : Lespérance, 2008). Puisque l'échantillon de l'étude est constitué de six répondants, l'échantillon représente donc un peu plus du tiers de la population à l'étude (service administratif du CJLSJ : Lespérance, 2008).

#### 4.4 Échantillon et méthode d'échantillonnage

Aux fins de cette étude, un échantillon de volontaires a été constitué. Il s'agit donc d'un échantillon non probabiliste. Ainsi, plutôt que de reposer sur le hasard, comme c'est le cas dans les méthodes probabilistes, cet échantillon a été sélectionné de façon à recruter des participants présentant des caractéristiques particulières.

L'échantillon est formé au total de six intervenants du Centre jeunesse du Lac-Saint-Jean dont deux intervenants travaillent respectivement au bureau d'Alma, au bureau de Dolbeau et au bureau de Roberval. Tous les intervenants recrutés pour faire partie de l'échantillon proviennent du secteur de l'« application des mesures ». Le choix s'est arrêté sur ce service, car les intervenants oeuvrant dans le secteur « application des mesures » interviennent généralement sur de plus longues périodes de temps auprès de ces jeunes. Puisque notre étude vise à approfondir les connaissances sur les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention, nous considérons qu'une longue période de suivi est nécessaire pour l'atteinte de notre objectif; c'est pourquoi l'« application des mesures » a été le secteur retenu.

Comme mentionné précédemment, l'étude visait le recrutement de participants possédant des caractéristiques variées. C'est ainsi que des critères de diversification ont été identifiés : le secteur géographique, la discipline d'origine de formation et le nombre d'années d'expérience professionnelle. Ces critères visaient donc à recruter un échantillon plus diversifié. Pour pouvoir être aussi retenus dans l'étude, les intervenants du secteur « application des mesures » du Lac-Saint-Jean devaient être intervenus durant

la dernière année pendant une période minimale de six mois auprès de jeunes présentant un ou des problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne la méthode d'échantillonnage, une première demande fut transmise au comité scientifique du Centre jeunesse Saguenay–Lac-Saint-Jean afin d'informer les responsables que l'étape du recrutement d'intervenants pour notre échantillonnage débutait. Le comité scientifique a, par la suite, informé les deux chefs de service au secteur « application des mesures » du Lac-Saint-Jean qu'un premier contact direct serait effectué auprès d'eux afin de leur exposer les objectifs et les buts de la recherche et de les aviser du besoin de recrutement. Après avoir convenu d'une date avec les deux chefs de service pour rencontrer les équipes de travail, une rencontre en personne dans les bureaux servit à présenter la recherche aux intervenants. Une lettre explicative leur a alors été transmise afin de leur expliquer brièvement les retombées du projet de recherche, le profil recherché des participants et la contribution attendue (voir l'appendice B – lettre de présentation du projet aux participants). C'est à la suite de ces rencontres que les intervenants intéressés par le projet se sont manifestés auprès de leurs chefs de service. Par la suite, un contact avec les chefs de service fut établi afin d'obtenir le nom des intervenants désireux de participer à la recherche. Enfin, une date d'entrevue fut convenue directement avec les participants de l'étude. Il est à noter qu'en raison de contraintes professionnelles, certains rendez-vous ont dû être reportés.

Il importe de souligner que les intervenants ont eu l'autorisation de participer aux entrevues de recherche sur leur temps de travail, cela a pu faciliter le recrutement dans le

contexte où ceux-ci ont un horaire chargé. À noter qu'en raison de la grande mobilité des intervenants qui travaillent régulièrement sous contrat au sein de l'établissement, le recrutement s'est avéré quelque peu difficile. Plusieurs personnes qui ne répondaient pas au critère de six mois d'expérience en continu auprès de la même clientèle ciblée par le projet n'ont pu être sélectionnées pour l'étude. Par ailleurs, malgré l'intérêt des intervenants et la présence de nombreux jeunes présentant des problématiques évidentes en santé mentale, certains de ces jeunes ne répondaient pas au critère de présence d'un diagnostic psychiatrique. En effet, bien que les intervenants constataient la présence d'un nombre important de symptômes, plusieurs jeunes n'avaient pas fait l'objet d'évaluation de leur santé mentale et par conséquent, n'avaient pas de diagnostic médical tel qu'exigé par les critères de sélection.

#### **4.5 Outils de collecte de données**

Deux stratégies de collecte de données ont été utilisées pour cette recherche. La première stratégie servait à recueillir des informations sociodémographiques et professionnelles sur l'intervenant. Une fiche signalétique regroupait donc des données telles que : le genre, le niveau de scolarité, la discipline de formation, le nombre d'années d'expérience professionnelle, le nombre d'années d'expérience en centre jeunesse et à l'« application des mesures » (voir l'appendice C- fiche signalétique). La fiche signalétique consiste en un bref questionnaire constitué de quelques questions fermées permettant de déterminer les profils scolaire et professionnel du participant. Le temps requis pour compléter la fiche était d'environ deux minutes.

La deuxième stratégie consistait en une entrevue semi-dirigée selon la technique de l'incident critique (voir l'appendice D – guide d'entrevue semi-dirigée) (Flanagan, 1954). L'entrevue semi-structurée comportait des questions ouvertes et quelques questions fermées. Ce type d'entrevue a été sélectionné, car il permet une compréhension plus approfondie et plus précise des propos de la personne interrogée que ne le ferait le questionnaire. Ce type d'outil rend, par exemple, possible l'introduction de modifications dans l'ordre des questions lors de l'entrevue. L'entrevue semi-dirigée suscite également un intérêt immédiat aux limites caractéristiques du questionnaire en fournissant une richesse dans les informations obtenues par son entremise (Lamoureux, 1995). Cette entrevue visait à explorer en profondeur deux situations critiques, l'une considérée comme positive et l'autre considérée comme négative en référence au niveau de participation sociale du jeune présentant un ou des troubles mentaux. Ici, le niveau de participation sociale a été défini en référence au modèle PPH dont il a été question au chapitre trois. Une grille d'aide à la décision qui constitue en fait une échelle de mesure du niveau de participation sociale du jeune a été élaborée et présentée aux participants afin de faire un choix éclairé à cet égard (voir l'appendice A – échelle du niveau de participation sociale). L'entrevue avait pour objectif principal d'identifier les facteurs qui influencent positivement ou négativement l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Ces entrevues ont été articulées autour de la sélection de deux situations critiques d'intervention, le critère de rétention étant ici lié au niveau de participation sociale des jeunes. Une première situation devait faire référence à un jeune ayant un ou des troubles mentaux présentant un faible niveau de participation sociale, tandis qu'une seconde situation devait décrire un jeune ayant un ou des troubles mentaux

présentant un haut niveau de participation sociale. Les situations critiques ont servi d'amorce aux discussions conduisant ultimement à l'identification des facteurs facilitant ou entravant l'intervention auprès de ces jeunes. Pendant la démarche, les noms des utilisateurs de services liés aux situations identifiées n'ont pas été dévoilés. Par conséquent, la démarche s'effectua de façon anonyme et des noms fictifs furent utilisés afin d'assurer la confidentialité des usagers.

Le tableau 3 décrit les thèmes et sous-thèmes à partir desquels a été construit le guide d'entrevue. Plus spécifiquement, on y retrouve les thèmes abordés qui concernent les caractéristiques des jeunes et de leurs familles, les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services ainsi que les caractéristiques personnelles des intervenants.

**Tableau 3**  
Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue semi-dirigée

Thèmes	Sous-thèmes
Caractéristiques familiales influençant l'intervention	Caractéristiques du jeune : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'âge du jeune;</li> <li>• le type de trouble mental;</li> <li>• la présence de troubles en concomitance;</li> <li>• la collaboration du jeune;</li> <li>• le sentiment de confiance et de collaboration du jeune avec les services;</li> <li>• présence ou non d'un conflit de loyauté chez le jeune entre son parent et la famille d'accueil;</li> <li>• prise de médication;</li> <li>• milieu de vie du jeune.</li> </ul> Caractéristiques de sa famille : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration des parents;</li> <li>• services reçus;</li> <li>• confiance et implication dans les services.</li> </ul>
Caractéristiques organisationnelles influençant l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services offerts;</li> <li>• l'accessibilité et la continuité des services;</li> <li>• la collaboration intersectorielle;</li> <li>• le soutien clinique offert;</li> <li>• les délais d'intervention des dispensateurs de services;</li> <li>• les formations offertes aux intervenants.</li> </ul>
Caractéristiques de l'intervenant influençant l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiments de compétence, de pouvoir et d'espoir sur la situation;</li> <li>• forces et habiletés personnelles;</li> <li>• Engagement à long terme;</li> <li>• qualité de la collaboration auprès des familles;</li> <li>• propension à solliciter les ressources de soutien.</li> </ul>

Il importe de noter qu'un prétest a été effectué afin de vérifier et d'ajuster les éléments abordés dans le guide d'entrevue. C'est ainsi qu'il a été convenu que l'entrevue durerait 2 h 30 plutôt que 1 h 30 tel qu'envisagé au départ. Afin d'alléger le contenu de l'entrevue semi-dirigée, l'ordre des sections a été inversé. L'entrevue prétest débutait avec la situation à haut niveau de participation sociale et se terminait par la situation à bas niveau de participation sociale. Cette structure rendait plus lourde la deuxième partie

d'entrevue. Cette inversion a permis d'ajouter une certaine légèreté à cette longue entrevue en terminant avec la situation à haut niveau de participation sociale puisque le contenu de la situation à bas niveau de participation sociale était jugé plus difficile en raison de la charge émotionnelle qui y était associée. Il a donc été pris en considération que la situation à haut niveau de participation sociale décrivait des revirements plus positifs de situations contrairement à la situation représentant un jeune avec un bas niveau de participation sociale, ce qui permettait de terminer l'entrevue sur une meilleure note.

À la suite de l'entrevue prétest, il a également été convenu de remettre aux participants, en début d'entrevue, une échelle de mesure de la participation sociale. Celle-ci leur a été remise afin de les aider à identifier les deux situations critiques, en référence à des indicateurs de niveau de participation sociale. Cette procédure permettait à l'intervenant de mieux articuler sa pensée et de cibler plus rapidement les périodes de changement du jeune, car l'intervenant avait ainsi à l'esprit les indicateurs de niveau de participation sociale (voir l'appendice A – échelle du niveau de participation sociale). Selon les commentaires recueillis, la suggestion d'effectuer un travail préparatoire avec le participant fut appliquée. Cette proposition avait comme but de permettre à l'intervenant de déterminer à l'avance les deux jeunes sélectionnés. Le travail préparatoire permettait aussi au participant de vérifier les diagnostics médicaux du jeune au dossier avant le début de l'entrevue.

#### 4.6 Analyse des données

Le travail de recherche ne se limite pas à recueillir de l'information et à rapporter les données obtenues. Le chercheur doit également donner un sens aux faits rapportés. Il doit isoler des éléments, les mettre en relation, suggérer des hypothèses et apporter des conclusions à son analyse à la suite des informations obtenues lors de la collecte de données. L'analyse consiste à décomposer un tout en ses éléments et déterminer les relations qui existent entre eux. Les interventions étudiées dans la présente étude ont donc été décortiquées afin d'identifier quatre grandes caractéristiques, c'est-à-dire celles se rapportant au jeune, à sa famille, à l'organisation du centre jeunesse et au réseau de services ainsi qu'à l'intervenant. Le processus logique d'induction a permis l'analyse des informations recueillies en identifiant des éléments de ces caractéristiques et en établissant des liens entre eux. Le raisonnement inductif a guidé l'élaboration de l'analyse puisqu'on passe du particulier au général.

Les entrevues semi-dirigées ont été enregistrées sur cassette audio et ensuite retranscrites de façon à permettre la lecture par l'entremise de comptes rendus exhaustifs. La codification a été effectuée à l'aide du logiciel N'Vivo (version 1.1). Le guide d'entrevue a servi de base à l'analyse thématique de contenu, permettant de dégager les thèmes et sous-thèmes pour la codification. Le guide d'entrevue s'est inspiré de ces thèmes et sous-thèmes pour son élaboration. À la suite de la collecte de données, les informations recueillies ont été regroupées dans un arbre de codification selon des thèmes et des sous-thèmes spécifiques (voir tableau 4). On y retrouve quatre principaux thèmes, c'est-à-dire les caractéristiques du jeune et de sa famille, les caractéristiques

organisationnelles ainsi que les caractéristiques personnelles des intervenants ayant facilité ou entravé l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux.

Les données ont été analysées selon la méthode de contenu et plus précisément grâce à l'analyse thématique. Pinto et Grawitz (1967) ont mentionné que l'analyse de contenu est une technique délicate qui demande beaucoup de temps. Selon eux, certaines qualités du chercheur faciliteront l'analyse de contenu. Des qualités d'intuition permettront de percevoir ce qui est qualitativement important. De plus, la patience, la discipline et la persévérance sont des qualités qui contribuent à la rigueur de la recherche (Pinto et Grawitz, 1967). L'analyse de contenu permet aussi d'identifier les éléments convergents et divergents d'une recherche. Ce type d'analyse permet donc de faire ressortir les éléments susceptibles d'influencer l'intervention selon qu'ils convergent vers les facteurs ayant facilité l'intervention ou, au contraire, ayant plutôt entravé l'intervention.

L'analyse de contenu des données recueillies comportait quatre étapes spécifiques. La première étape visait l'élaboration d'un arbre de codification dans lequel des données ont été regroupées en catégorie, en thèmes ainsi qu'en sous-thèmes (voir tableau 4). À la suite de lectures répétées des comptes rendus exhaustifs, les différents segments ont été codifiés à l'aide du logiciel NVIVO. Enfin, certaines catégories ont émergé et les segments codés antérieurement ont été associés à ces catégories. Finalement, la dernière étape consistait à interpréter les données recueillies.

**Tableau 4**  
**Arbre de codification selon les informations**  
**obtenues lors des entrevues en profondeur**

<b>Catégories</b>	<b>Thèmes</b>
<b>Niveau de participation sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bas ou haut niveau</li> </ul>
<b>Type de dossier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actif ou fermé</li> </ul>
<b>Niveau de participation sociale du jeune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation</li> <li>• Sommeil</li> <li>• Éducation</li> <li>• Activités</li> <li>• Hygiène</li> <li>• Communication</li> <li>• Responsabilités personnelles</li> <li>• Relations interpersonnelles</li> <li>• Description globale du niveau</li> </ul>
<b>Caractéristiques du jeune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs facilitants, entravants, neutres</li> <li>• Collaboration du jeune</li> <li>• Confiance du jeune dans les services</li> <li>• Implication du jeune</li> <li>• Profil du jeune (milieu de vie, description, diagnostic(s), problématiques, médication, troubles concomitants)</li> </ul>
<b>Caractéristiques de la famille</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs facilitants, entravants, neutres</li> <li>• Collaboration du parent</li> <li>• Confiance du parent dans les services</li> <li>• Caractéristiques de ou des familles d'accueil</li> <li>• Profil familial (problématiques, situation familiale, lien d'attachement, dynamique familiale, implication des parents)</li> </ul>
<b>Caractéristiques organisationnelles du Centre jeunesse et du réseau de services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs facilitants, entravants, neutres</li> <li>• Services dispensés</li> <li>• Services non dispensés</li> <li>• Formation</li> <li>• Accessibilité et continuité des services</li> <li>• Collaboration intersectorielle</li> <li>• Soutien offert</li> <li>• Délai d'intervention</li> <li>• Type et durée du suivi</li> </ul>
<b>Caractéristiques de l'intervenant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs facilitants, entravants, neutres</li> <li>• Durée du suivi</li> <li>• Sentiment de l'intervenant</li> <li>• Croyances et perceptions de l'intervenant</li> <li>• Forces et habiletés personnelles de l'intervenant</li> <li>• Contexte de prise en charge</li> <li>• Intensité du suivi</li> <li>• Interventions spécifiques</li> </ul>
<b>Plan d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs et moyens ciblés</li> </ul>
<b>Moment de changement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Événement (s) associé(s) au changement de niveau de participation sociale</li> </ul>

#### **4.7 Considérations éthiques**

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (N/ Dossier 602.174.010), du Comité scientifique du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Comité d'éthique du Centre jeunesse de Québec- institut universitaire (voir l'appendice E – certificats éthiques). Cette étude s'est déroulée selon les normes éthiques régissant la recherche sur les sujets humains. Tous les participants ont lu et signé un formulaire de consentement avant de participer aux entrevues (voir l'appendice F – formulaire de consentement). De plus, les objectifs de la recherche ont été expliqués clairement aux participants ainsi que les modalités d'entrevue telles que les outils de collecte de données, la durée de l'entrevue, la confidentialité des répondants ainsi que de leur clientèle, la possibilité de refuser de répondre à certaines questions sans pression de la part de l'intervieweur ainsi que la possibilité de se retirer à tout moment de la recherche sans encourir aucun préjudice. Les participants ont également été avisés qu'aucun nom ne se retrouverait sur le matériel utilisé pour la présente étude et que, lorsque requis, ce dernier serait remplacé par un code numérique ne permettant pas de les identifier. Il importe également de souligner que tout le matériel de la présente étude a été conservé sous clef au cours du processus.

Les centres jeunesse sont contraints de préserver les données de leurs dossiers confidentiels. Ainsi, des considérations éthiques ont été prises afin de veiller à conserver la confidentialité des données concernant les jeunes suivis en centre jeunesse. Aucune donnée permettant d'identifier un enfant ou sa famille n'a été recueillie. Avant chaque entrevue, une demande a été effectuée aux intervenants en ce sens, c'est-à-dire de

nommer les personnes impliquées au sein des situations critiques retenues selon un nom fictif. L'objectif n'était pas ici d'en apprendre davantage sur ces individus, mais bel et bien de s'inspirer de situations réelles pour amorcer une discussion sur les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention.

Rapport-Gratuit.com

*CHAPITRE 5*  
*RÉSULTATS*

Au cours de ce chapitre, il sera question des résultats issus des six entrevues semi-dirigées réalisées auprès des intervenants du Centre jeunesse Lac-Saint-Jean. Plus spécifiquement, les données ici présentées proviennent de 12 situations critiques ciblées par les intervenants (n=6) et réfèrent au parcours de jeunes présentant un ou des troubles mentaux et ayant reçu des services au Centre jeunesse Lac-Saint-Jean. Ce chapitre de résultats se divise en quatre sections. D'abord, un survol du profil des répondants puis des situations critiques sélectionnées par les participants sera effectué. Par la suite, des réponses aux questions de recherche définies précédemment seront proposées. Dans l'ordre seront également abordés les thèmes des caractéristiques individuelles du jeune, des caractéristiques familiales et des caractéristiques organisationnelles ayant eu un impact positif ou négatif dans le parcours d'intervention de ces jeunes suivis en centre jeunesse. Ce chapitre s'achèvera par la présentation des caractéristiques liées aux intervenants qui ont eu une influence dans l'intervention auprès de ces jeunes. Enfin, cette section sera complétée par la présentation des forces et des limites de la recherche.

## **5.1 Le profil des répondants**

L'échantillon de cette étude est constitué de six intervenants oeuvrant au sein du Centre jeunesse Lac-Saint-Jean. Afin de diversifier l'échantillon, ces participants ont été recrutés dans les trois bureaux du Centre jeunesse Lac-Saint-Jean, c'est-à-dire les bureaux d'Alma (n=2), de Dolbeau (n=2) et de Roberval (n=2). Cette répartition des intervenants dans différents bureaux visait à diversifier les données obtenues puisque certains secteurs géographiques n'offrent pas d'emblée les mêmes services. Par exemple, l'équipe d'intervention jeunesse n'est pas présent dans tous les secteurs. Les situations

critiques identifiées avaient comme objectif de différencier les facteurs propres à chaque situation soit une situation de haut niveau de participation sociale ainsi qu'une de bas niveau.

Avant de commencer les entrevues, une fiche signalétique fut remplie par chacun des répondants. Cette fiche a permis de dresser un profil des participants. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon, on y retrouve cinq femmes et un homme. Sur les six répondants de cette étude, quatre détiennent une formation universitaire (baccalauréat) en travail social (n=4). En ce qui concerne les deux autres répondants, l'un a complété un baccalauréat en criminologie tandis que l'autre détient un baccalauréat en psychologie. Il importe également de souligner que deux des répondants, en plus de leur formation initiale, possèdent un diplôme de deuxième cycle dans le champ de l'intervention. L'une de ces personnes a un diplôme d'études supérieures en psychologie, alors que l'autre a complété une maîtrise en travail social. Toujours en ce qui concerne les formations complémentaires, un des répondants est inscrit à un programme de certificat en santé mentale.

En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience en intervention, le tableau 5 démontre que les répondants se répartissent également selon les trois tranches suivantes : 0-5 ans d'expérience, 6-10 ans d'expérience et 16 ans et plus d'expérience. Ces résultats représentent une moyenne de 8,8 années d'expérience professionnelle cumulée par répondant. Si on s'attarde au nombre d'années d'expérience cumulé en centre jeunesse spécifiquement, on remarque que la moitié des répondants ont moins de 5 ans

d'expérience (n=3), une personne y travaille depuis 6-10 ans, une autre depuis 11-15 ans ainsi qu'une dernière depuis 16 ans ou plus. En moyenne, les participants ont accumulé un total de 7,4 ans d'expérience en intervention au centre jeunesse signifiant que les répondants ont passé la majorité de leur vie professionnelle dans cet établissement.

**Tableau 5**  
Données sociodémographiques des répondants (n = 6)

	<b>n = 6</b>	<b>%</b>
<b>Sexe</b>		
Masculin	1	16,6
Féminin	5	83,3
<b>Discipline de formation et niveau de scolarité</b>		
Baccalauréat en travail social	4	66,6
Baccalauréat en psychologie	1	16,6
Baccalauréat en criminologie	1	16,6
Maîtrise en travail social	1	16,6
Maîtrise en psychologie	1	16,6
Formation complémentaire : Certificat en santé mentale	1	16,6
<b>Nombre d'années d'expérience cumulé en intervention</b>		
0-5 ans	2	33,3
6-10 ans	2	33,3
11-15 ans	0	0
16 ans et plus	2	33,3
<b>Nombre d'années d'expérience en centre jeunesse</b>		
0-5 ans	3	50
6-10 ans	1	16,6
11-15 ans	1	16,6
16 ans et plus	1	16,6
<b>Nombre d'années d'expérience spécifique à l'application des mesures</b>		
0-2 ans	1	16,6
3-5 ans	2	33,3
6-10 ans	2	33,3
11 ans et plus	1	16,6
<b>Secteur géographique de travail</b>		
Alma	2	33,3
Dolbeau	2	33,3
Roberval	2	33,3

## **5.2 Les caractéristiques des situations critiques retenues**

Comme mentionné précédemment, les entrevues ont été réalisées autour de deux situations critiques ciblées par chaque intervenant. L'identification des situations critiques a servi de prétexte à une discussion plus générale sur les facteurs exerçant une influence dans le parcours de ces jeunes. Dans cette section, les données seront présentées de façon à mettre en nuance les distinctions entre les facteurs qui caractérisent les situations de bas et de haut niveaux de participation sociale ayant été retenues par les répondants.

### **5.2.1 Les éléments liés au suivi en centre jeunesse**

Sur un total de 12 situations cliniques sélectionnées, 83,3 % étaient des dossiers toujours actifs au moment de l'entrevue (n=10). En ce qui concerne les deux autres situations, les dossiers étaient fermés depuis un an. Dans un cas, la fermeture du dossier était liée au fait que le jeune avait atteint sa majorité, tandis que dans l'autre, elle s'expliquait par la fin de la situation de compromission pour laquelle des mesures avaient été mises en place.

Une des conditions nécessaires de rétention de situation était que l'intervenant devait être impliqué au suivi du dossier du jeune depuis un minimum de six mois. Une question de l'entrevue référait donc à la durée d'intervention depuis le début du suivi par l'intervenant répondant. La moitié des dossiers étaient actifs depuis une période allant d'un à deux ans (n=6). Deux jeunes étaient suivis depuis trois à cinq ans. Le quart des jeunes (n=3) avaient bénéficié d'un suivi plus long soit de cinq à huit ans par le même

intervenant. Enfin, un seul jeune avait reçu des interventions par le même intervenant sur une période allant au-delà de huit ans. Ces durées de suivi concernent uniquement la période de temps pendant laquelle les personnes ayant répondu à cette étude sont intervenues au dossier. Par conséquent, il se peut que la durée réelle du suivi en centre jeunesse soit supérieure à ce qui est indiqué ici. Également, il se peut, en raison de circonstances personnelles, par exemple un congé de maternité ou de maladie, que le suivi effectué par l'intervenant ait été interrompu pour reprendre un peu plus tard dans le temps.

### **5.2.2 Les caractéristiques des jeunes**

On retrouve dans les situations cliniques sélectionnées 12 jeunes se situant pour la plupart dans le groupe d'âge des 6-10 ans (n=4) et des 16-18 ans (n=5). Un jeune est âgé de 11 à 15 ans (n=1) tandis que deux jeunes se retrouvent dans la catégorie des 18 ans et plus (n=2). Il est fait mention par les intervenants que ces jeunes auront un parcours de vie ponctué d'importants changements quant à leur milieu de vie. En effet, certains d'entre eux auront été hébergés dans une, deux ou trois familles d'accueil en plus d'avoir passé une ou des périodes en ressources intermédiaires ou à l'intérieur d'un centre de réadaptation.

### **5.2.3 Les caractéristiques cliniques des jeunes**

Les dossiers auxquels se réfèrent les participants de l'étude ont été ciblés en fonction du niveau de participation sociale associé au jeune. Les intervenants utilisaient alors l'échelle de participation sociale (voir annexe E – échelle du niveau de participation

sociale) afin de mieux justifier leur choix de situations dont la première devait démontrer un bas niveau de participation sociale et la seconde, un haut niveau de participation sociale. Voici deux extraits témoignant de ces deux types de situation. Le premier extrait décrit une situation de bas niveau de participation sociale tandis que le second extrait réfère plutôt à une situation de haut niveau de participation sociale.

*« Une détérioration ... sur le plan du sommeil, sur le plan scolaire, il manquait beaucoup de cours, il a lâché l'école. Au niveau de l'oisiveté là, les activités, c'était très limité. Au départ, il avait beaucoup d'activités, il faisait du snow [planche à neige], il travaillait à temps partiel, il allait très très bien et un moment donné ça s'est détérioré.[...] ] Et là, on a dû le changer de milieu de vie, l'envoyer au centre de réadaptation parce que ça ne cadrerait plus en famille d'accueil du tout. » (31-1794)*

*« Très dysfonctionnelle. Du gueulage en pleine classe, des cris... interventions policières à l'école. Gros dossier. Opposition générale, veut pas s'habiller le matin pour aller à l'école, se tire à terre, crache sa nourriture, je veux dire... l'antéchrist là. [...] C'est pour ça que je te dis que tu pars de ça, tu passes de ce tableau-là, tu regardes son fonctionnement à l'heure actuelle là, c'est phénoménal, c'est vraiment phénoménal ! C'est une enfant qui avait des périodes régressives au sens là psychologique et psychiatrique là... c'est-à-dire que même à 10, 11, 12 ans, un moment donné refaisait du rocking, se ré-arrachait les cheveux, des choses de ce genre-là... incontinence, bon... dans des périodes de grande anxiété. Je t'ajoute à ça qu'elle a été... récemment elle a été impliquée dans des histoires d'abus sexuel, elle a été victime. C'est un très gros dossier. Mais malgré tout, c'est le fun là de voir l'évolution de cette enfant-là parce que ça va au-delà de... c'est ce qu'on souhaitait, mais je te dirais que réalistement ça dépasse nos espérances là par rapport à ce qu'on avait anticipé. Présentement elle fonctionne numéro un, elle crée des liens avec la famille d'accueil. Au niveau scolaire, elle fonctionne très bien avec un encadrement, il faut bien le dire par exemple, là top niveau là. Elle est au secondaire... bien pas régulier, classe spéciale, mais avec comme projet qu'elle intègre le régulier d'ici deux ans. » (22- 41)*

Ces jeunes ont été sélectionnés par les répondants en raison de la présence d'un ou de plusieurs diagnostics de trouble mental. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est le diagnostic ayant été le plus souvent rencontré au sein des situations

identifiées, touchant 10 jeunes. Le trouble réactionnel de l'attachement arrive deuxième, avec six jeunes ayant été diagnostiqués. Il importe également de souligner que le tiers des jeunes choisis aux fins de l'étude présentent également un trouble oppositionnel avec provocation (n=4). Enfin, deux jeunes de l'étude présentent un retard mental (n=2) et un nombre équivalent de jeunes présentent un trouble du sommeil. Parmi les autres diagnostics relevés chez les jeunes, nous pouvons noter :

- Le syndrome Gilles de la Tourette (trouble : tics) (n=1);
- le syndrome d'Asperger (trouble envahissant du développement) (n=1);
- le syndrome d'alcoolisation fœtal (n=1);
- l'énurésie (n=1);
- le trouble psychotique induit par une substance (n=1);
- le trouble des apprentissages (n=1).

**Tableau 6**  
Profil des situations cliniques rapportées

	n	%
<b>Âge</b>	<b>n = 12</b>	
0-5 ans	0	0
6-10 ans	4	33,3
11-15 ans	1	8,3
16 ans à 18 ans	5	41,6
18 ans et plus	2	16,6
<b>Nombre de trouble mental présent</b>	<b>n=12</b>	<b>%</b>
Présence d'un seul trouble mental	5	41,6
Présence de plus d'un trouble mental en concomitance	7	58,3
<b>Type de trouble mental</b>	<b>n=30*</b>	
Trouble déficitaire d'attention/hyperactivité	10	83,3
Trouble réactionnel de l'attachement	6	50
Trouble oppositionnel avec provocation	4	33,3
Trouble du sommeil	2	16,6
Retard mental	2	16,6
Trouble :tics	1	8,3
Syndrome Gilles de la Tourette		
Trouble envahissant du développement	1	8,3
Syndrome d'Asperger		
Énurésie	1	8,3
Syndrome d'alcoolisation fœtale	1	8,3
Trouble psychotique induit par une substance	1	8,3
Trouble des apprentissages	1	8,3

Note : \* Le «n» correspond ici au nombre de diagnostics relevés. À noter qu'un jeune peut présenter plus d'un diagnostic, expliquant le «n» supérieur à 12. Bien que le syndrome d'alcoolisation fœtale ne soit pas inclus dans le DSM-IV comme trouble mental, nous l'avons identifié dans ce tableau.

Si cinq des jeunes n'ont qu'un seul diagnostic, on note la présence de plus d'un diagnostic pour sept autres jeunes. En ce qui a trait aux jeunes n'ayant reçu qu'un seul diagnostic, quatre jeunes présentent un TDA/H et un jeune souffre d'un syndrome d'Asperger. Il importe de souligner que le nombre moyen de diagnostics, pour les personnes en présentant plus d'un, se situe à 3,6 diagnostics. La question de la

comorbidité est donc importante pour cette population, c'est pourquoi des informations à cet égard seront mises en relief (voir tableau 7). Il importe d'abord de souligner que le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité est souvent associé au trouble de l'attachement (n=5) ou encore au trouble de l'opposition (n=4). Qui plus est, dans trois situations, il est à la fois associé au trouble de l'attachement et également au trouble de l'opposition. Les autres combinaisons possibles se retrouvent dans le tableau 7.

**Tableau 7**

Diagnostiques les plus souvent rencontrés pour les troubles en concomitance

<b>Troubles diagnostiqués</b>	<b>n= 7</b>	<b>%</b>
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, Trouble de l'attachement	5	71,4
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, Trouble d'opposition	4	57,1
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, Trouble de l'attachement, Trouble d'opposition	3	42,8
Syndrome d'alcoolisation fœtale, Retard intellectuel, Trouble d'attachement	1	14,2
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, Trouble de l'attachement, Trouble d'opposition, Trouble du sommeil	2	28,5
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, Trouble de l'attachement, Énurésie	1	14,2

Les données recueillies indiquent que certains jeunes, tout en présentant des symptômes s'apparentant aux troubles précités, n'ont cependant pas reçu de diagnostic psychiatrique associé à ces symptômes. C'est notamment le cas de cinq jeunes qui se retrouvent dans la catégorie diagnostic unique. En effet, bien que ces cinq jeunes n'aient pas reçu de diagnostic de trouble réactionnel de l'attachement, leurs intervenants

précisent qu'ils en présentent les symptômes. De plus, certains jeunes présenteraient des caractéristiques associées aux troubles suivants :

- Retard mental (n=2);
- trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites (n=2);
- syndrome d'alcoolisation fœtal (n=2);
- trouble de la personnalité (n=2).

Enfin, certains répondants croient que quelques-uns des jeunes souffrant des troubles en concomitance présentent également des symptômes de trouble mental pour lesquels aucun diagnostic n'a été émis. C'est le cas du :

- Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (n=1);
- trouble oppositionnel avec provocation (n=1);
- trouble anxieux (état de stress post-traumatique) (n=1);
- trouble envahissant du développement (n=1).

Le dernier point qui mérite ici d'être soulevé concerne l'importance de la médication sur le niveau de participation sociale du jeune. Il a, en effet, été mentionné par les répondants que 10 jeunes avaient reçu une prescription de médication pour le ou les troubles diagnostiqués. Sur ce nombre, sept jeunes respectent la médication prescrite contrairement à trois qui ne respectent pas les recommandations médicales à ce propos.

### **5.3 Identification des caractéristiques influençant l'intervention**

L'intervention sociale auprès d'une clientèle caractérisée par des problèmes de négligence, d'abandon, de délaissement, de maltraitance, de troubles de comportements sérieux ou de santé mentale est complexe. Mais comment rendre plus efficace la pratique des intervenants qui œuvrent auprès de jeunes qui présentent plus spécifiquement des troubles mentaux afin d'augmenter le niveau de participation sociale de ces jeunes? La

connaissance des facteurs individuels du jeune, des facteurs familiaux, organisationnels et cliniques exerçant une influence sur ces situations offrira sans doute des éléments de réponse. Il s'agira du cœur de cette section.

### 5.3.1 Caractéristiques du jeune

Quelles sont les caractéristiques individuelles qui favorisent ou nuisent à la participation sociale des jeunes présentant des troubles mentaux et recevant des services du Centre jeunesse? Voilà la question centrale de cette section consacrée à l'identification des facteurs qui influencent positivement ou négativement le cheminement de ces jeunes. L'analyse des données permet d'identifier quatre facteurs qui exercent une influence déterminante dans les trajectoires de ces jeunes : a) il s'agit de la capacité à établir des liens significatifs que l'on parle de liens d'attachement ou encore de liens de confiance, b) de l'attitude du jeune, c) de la médication et finalement, d) de l'âge du jeune.

La capacité pour un jeune d'établir des liens significatifs avec des adultes de son entourage est identifiée comme un facteur d'influence par quatre des six répondants. Cette caractéristique a été déterminante dans cinq des 12 situations cliniques, notamment celles où un bas niveau de participation sociale a été observé (n=4). Les extraits suivants démontrent les avantages associés à la présence de ce lien :

*« [...] Je ne sais pas qu'est-ce qui a fait que ça l'a aidé ou comment... Mais le fait de faire confiance. C'est un jeune qui peut nous faire confiance, qui voit maintenant que s'il parle sur quelque chose, on est capable d'intervenir, on est capable de l'aider. [...] » (11-566)*

*« [...] c'est bien général, mais le lien... je dirais c'est vraiment ce qui me vient en tête, ce qui a été aidant depuis deux ans dans l'amélioration de ce jeune-là. » (61-552)*

Lorsqu'un lien se crée avec une famille d'accueil, la notion de conflit de loyauté pour un enfant prend tout son sens. En effet, lorsqu'un enfant se retrouve placé en famille d'accueil, il peut se sentir déchiré entre l'amour qu'il éprouve envers son parent et l'investissement affectif qu'il vit envers une famille d'accueil. Par conséquent, l'absence d'un conflit de loyauté permettrait donc à l'enfant de créer plus facilement un lien significatif avec sa famille d'accueil (n=2). Il semble, tout comme l'illustre cet extrait, que le fait que la mère ait déclaré à son enfant qu'elle ne le reprendrait pas avec elle ait pu faciliter la création d'un lien d'attachement de l'enfant avec sa famille d'accueil.

*« Moi, je pense que le fait que cet enfant-là ne soit pas pris dans un conflit entre le parent et la famille d'accueil, pour moi c'était vraiment une condition gagnante, parce qu'il sentait l'appui et de un et de l'autre et ensemble ils se parlaient régulièrement la mère et la famille d'accueil. Et la mère a exprimé clairement à son jeune que ce n'était pas parce qu'elle ne voulait pas [le reprendre avec elle], mais parce qu'elle ne pouvait pas le garder avec elle. [...] Parce que la mère permettait qu'il investisse affectivement dans cette famille d'accueil-là. Donc pour en avoir eu aussi dans d'autres dossiers, je pense que ça, c'est la première recette gagnante en fait pour un placement ». (31-229)*

*« Il y avait des améliorations quand même avant ça, mais je pense qu'il y a eu un déblocage majeur à partir de là [partage des intentions de la mère à l'enfant à l'effet qu'elle ne le reprendrait pas avec elle [...] à partir du moment où ça devient clair pour l'enfant que la mère ne sera jamais en mesure de la reprendre là c'est regarde... Et conjuguer cet événement-là, conjugué à la très bonne relation qui existe entre la mère et la famille d'accueil où la mère permet à la jeune de s'investir, bien voilà, ça donne ce que ça donne [en référence à de bons résultats ]. » (22- 476)*

Cependant, on constate aussi qu'autant le lien peut s'avérer aidant dans la situation d'un jeune, autant la brisure d'un lien peut aussi diminuer son niveau de participation sociale. C'est donc dire toute l'influence de cette caractéristique, qu'elle soit positive ou négative sur le niveau de participation sociale du jeune. Dans l'extrait suivant, le jeune a dû intégrer un centre de réadaptation au terme de l'intervention.

*« Cette famille d'accueil-là, j'ai eu beaucoup de peine quand j'ai dû annoncer à l'adolescent que les gens d'accueil ne voulaient plus le reprendre. Et le jeune se refermait beaucoup et il disait... ce n'est pas grave, ce n'est pas grave... Alors que je sentais que c'était la fin, tout son monde s'écroulait, tout... Le seul espoir qui lui restait c'était que ces gens-là continuent de lui faire confiance malgré le fait qu'il ait pu tomber ou qu'il ait pu avoir des obstacles et qu'il ait pu déraiper. Et à ce moment-là, moi, je pense que c'est à ce moment-là qu'on l'a perdu et que... Qu'on l'a perdu définitivement. Parce que... autant ça l'a été la formule gagnante pour le raccrocher, autant c'est cette coupure-là qui l'a fait décrocher. » (31-237)*

Bref, il a été mentionné que l'absence d'un conflit de loyauté chez le jeune envers sa famille d'accueil générerait une attitude d'ouverture favorable à la création d'un lien affectif. Ce lien, qu'il soit un lien significatif envers une famille d'accueil ou un lien de confiance envers les services, contribuerait à faciliter l'intervention auprès de ces jeunes. À l'inverse, il est relaté qu'une attitude de fermeture chez le jeune génère des difficultés dans le processus d'intervention. Il a été possible de constater que l'attitude du jeune est identifiée comme facteur d'influence dans cinq des 12 situations cliniques sélectionnées. Cette caractéristique est apparue déterminante tant pour les jeunes qui présentent un bas niveau de participation sociale (n=3) que pour ceux qui présentent un haut niveau de participation sociale (n=2). Une attitude d'ouverture se traduisant par un sentiment de confiance envers les services est donc considérée comme déterminante dans l'intervention. Qui plus est, le positivisme, l'entrain et le fait d'être proactif par rapport à la situation se sont également avérés des caractéristiques déterminantes dans le cheminement des jeunes, comme en témoignent les paroles de cet intervenant.

*« Au début de mon intervention, c'était une jeune fille négative et passive. Maintenant, c'est une jeune proactive, plus positive, beaucoup plus impliquée dans son suivi. Avant, elle avait effectué trois stages qui se sont tous soldés par des abandons. Elle manquait de motivation et décidait de ne plus y aller. Pour le stage actuel, elle l'a choisi elle-même selon ses intérêts. Elle sourit, s'y est fait des amis, elle veut y travailler de façon rémunérée. [...] Si elle avait abandonné définitivement ses stages, elle n'aurait pas pu*

*non plus retourner à l'école puisqu'elle ne peut plus faire d'avancement académique. CEMO [l'organisme] pourra offrir une subvention à son employeur afin que celui-ci engage formellement la jeune et qu'elle reçoive un salaire, ce qui n'est pas le cas actuellement. » (12-73)*

À l'inverse, des attitudes de fermeture, telles que celles constatées chez des jeunes présentant un bas niveau de participation sociale (n=3), constituent un facteur entravant l'engagement et le développement d'une relation de confiance ou de collaboration avec les intervenants en place.

*« ... depuis deux ans et demi ça devient de plus en plus difficile et on en est à un point où le jeune, de toute façon, communique à peu près pas avec aucun intervenant là, je veux dire... il refuse systématiquement de se questionner, de se pencher sur son avenir. Je veux dire... c'est un jeune quand même de 15 ans, il vit au jour le jour carrément et il est complètement... quand je dis qu'il est complètement décroché là, je veux dire c'est réel... je veux dire... on sent que ce jeune-là n'est plus atteignable, n'est plus réceptif à nos interventions. » (21-255)*

*« Quand ça s'est mis à déraper, écoute... on pouvait pas faire grand-chose étant donné que le jeune était fermé à peu près à tout. Et il avait aussi beaucoup de difficulté à créer un lien significatif avec les intervenants. » (31-170)*

La médication paraît également être un facteur important dans la vie des jeunes qui présentent un trouble mental selon cinq répondants. On retrouve son influence dans sept des 12 situations cliniques analysées (n=4 situations de bas niveau). Cette caractéristique est d'abord jugée facilitante à l'intervention lorsque la prise de médication est respectée.

*« Clairement! Ça aide [la médication] les gens à supporter, supporter dans le sens d'endurer, faire avec la jeune. Enlève-lui sa médication, il y a pas un chrétien qui est capable de garder cette enfant-là! C'est clair! [...] C'est clair aussi que ça l'a de l'impact! Elle vit des réussites. Écoute cette enfant-là était pas envoyable à nulle part. Dans ses plus beaux moments, elle brûlait systématiquement tout le réseau de gardiennage que tu pouvais avoir, il n'y a plus une gardienne qui voulait garder cette enfant-là.[...] présentement elle suivait des cours de piano... elle a suivi des cours d'autre*

*chose, en tous les cas... elle est capable de participer de façon adéquate à des activités, ce qui était impensable il y a deux, trois ans. » (22-564)*

*« Et la mère vit un rêve parce que depuis tout ce temps-là elle me disait... « je vous le disais bien que mes enfants étaient difficiles et vous me croyiez pas et vous voyez là, depuis qu'il y a de la médication, je suis capable de l'encadrer, elle respecte les consignes que je dis. ». Et c'était vraiment relié à l'enfant, elle a besoin de cette médication-là parce qu'autrement, elle n'est pas fonctionnelle. » (32-158)*

La médication s'avère donc positive par rapport au niveau de participation sociale du jeune lorsque celle-ci est prise conformément à l'ordonnance médicale. Cependant, lorsque la posologie n'est pas respectée, on remarque une influence négative sur l'intervention (n=1).

*« Il est plus difficile à encadrer et à gérer et à communiquer avec quand il n'a pas sa médication que quand il l'a. Indépendamment là de tout le reste. Ça serait déjà difficile s'il n'était pas TDAH, le fait qu'il soit TDAH et qu'il joue un peu à l'alchimiste avec sa médication, ça aide pas, on s'entend! » (21-768)*

L'absence de médication est aussi identifiée comme un facteur entravant l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble mental. Celle-ci est parfois liée à l'absence de diagnostic médical, parfois au refus du jeune ou des parents de se soumettre au traitement pharmacologique. Les extraits suivants font ressortir les différents facteurs en cause en ce qui concerne l'absence de prise de médication chez les jeunes.

*« Les jeunes filles, pas de médication là, ce n'est pas sortable en public, c'est aussi simple que ça! ». (32-319)*

*« Bien regarde... c'est sûr que quand on a eu la chance de diagnostiquer La Tourette [diagnostic de Gilles de la Tourette, trois ans auparavant] la première fois et que ça l'a pas été fait c'est sûr que bon... est-ce qu'il y a eu un manque là? Regarde c'est pas à moi à le dire, je le sais pas, ce n'est pas moi qui est le spécialiste, ce n'est pas moi qui est le pédopsychiatre. Bon... ça c'est sûr que ça a retardé les affaires. (C22-644) [...] D'ailleurs on a dû dans un épisode de désorganisation, [...] lui faire faire un court séjour en*

*centre d'accueil parce que c'était trop. Mais ces désorganisations-là peuvent s'expliquer en partie par le fait qu'elle était la Tourette [en référence au diagnostic de Gilles de la Tourette] non diagnostiqué et qu'elle n'avait pas la médication pour contrôler. » (22-405)*

*« Et en plus, il y a eu aussi le refus de la médication. [...] ce jeune-là quand il n'a pas sa médication est plus «faisant mal» que quand il l'a. Alors, conséquemment, au niveau scolaire bien il devient plus difficile à gérer quand il n'a pas sa médication que quand il l'a. Quand il communique avec les adultes, il est plus baveux et il est plus arrogant quand il n'a pas sa médication, que quand il l'a. Si on veut prendre avec ses parents, le père est très impulsif fait que c'est sûr que si le jeune se met à baver son père, il risque de se ramasser avec une claque sur la gueule. Tu comprends? » (21-753)*

*« Et il avait donné une médication lui aussi à ce moment-là qui a pas été prise parce que le père refusait. Ça, c'est définitif que ça a nuit à la jeune parce que je pense que le gros du 50 % de l'amélioration qu'on a est en bonne partie due à la prise de médication. » (52-169)*

Pour terminer, l'âge du jeune au moment de l'intervention a également été mentionné par deux répondants comme un facteur facilitant dans une situation de bas niveau ainsi que de haut niveau de participation sociale (n=2). Cependant, les données ne vont pas dans le même sens; dans le premier extrait, c'est le jeune âge du participant qui s'est avéré favorable alors que dans le deuxième extrait, c'est la maturité du jeune.

*« ... il y a quand même des comportements qui sont ancrés [chez le jeune], sauf que je pense qu'à sept ans, il y a quand même un travail de rééducation qui peut se faire. [...] ce n'est pas cristallisé, donc le fait qu'on ait eu ce jeune-là assez tôt quand même, en tous les cas... ça aurait pu être plus tôt, mais qu'on l'ait eu à cet âge-là, je pense que c'est facilitant pour l'intervention et pour lui aussi pour le travail que lui peut faire pour l'amélioration de ses propres comportements à long terme. Je pense que ça peut être facilitant. » (51-71)*

*« La jeune est plus mature [elle est âgée de 18 ans au moment de l'entrevue]. Elle vieillit et ça l'a aidée. » (12- 95)*

Il est à retenir que les facteurs ayant le plus participé à faciliter ou à entraver l'intervention peuvent se retrouver autant chez les jeunes qui présentent un bas niveau de

participation sociale que chez ceux présentant un haut niveau de participation sociale. Les caractéristiques du jeune ayant le plus contribué à influencer l'intervention sont donc la présence d'un lien significatif chez le jeune, son attitude, la médication ainsi que son âge au moment de l'intervention.

Bien que la présence d'un lien influence positivement le niveau de participation sociale du jeune, la rupture de ce même lien peut aussi contribuer à l'aggravation du niveau de participation sociale chez le jeune. La présence d'un conflit de loyauté est également à considérer en ce qui a trait à la création de ce lien.

En ce qui concerne l'attitude, on remarque qu'un jeune qui est en mesure de faire confiance et de collaborer avec les services bénéficiera davantage de l'intervention. À l'opposé, le niveau de participation sociale d'un jeune semble être influencé par une attitude de fermeture. En effet, une attitude de fermeture qui s'exprime, entre autres, par de la négativité, peu ou pas de collaboration et d'implication dans les services, un repli sur soi et une faible reconnaissance des problèmes influencera négativement l'intervention. Au contraire, une attitude d'ouverture, par exemple une bonne collaboration, une capacité d'expression des émotions et une confiance dans les services entraînera des conséquences plus positives sur l'intervention.

### **5.3.2 Caractéristiques de la famille du jeune**

La période de l'enfance et de l'adolescence est cruciale dans le développement des jeunes. Ils actualiseront leur potentiel à l'intérieur de différents milieux de vie tels

que leur famille naturelle, mais également, pour certains d'entre eux, à l'intérieur d'une famille d'accueil. Ces deux types de familles seront donc considérés ici. La prochaine section s'intéressera aux caractéristiques familiales ayant exercé une influence sur le processus d'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Au total, six facteurs d'influence sont ressortis des analyses effectuées, il s'agit de :

- La collaboration entre le ou les parents et la famille d'accueil impliquée auprès du jeune;
- l'absence d'un conflit de loyauté entre le ou les parents et la famille d'accueil;
- la stabilité opposée à l'instabilité du milieu de vie, de l'institution scolaire ou de personnes spécifiques dans l'environnement du jeune;
- la création d'un lien entre le jeune et la famille d'accueil et la rupture de ce même lien;
- l'existence d'un soutien offert aux familles d'accueil;
- l'épuisement ou le désistement des familles d'accueil auprès du jeune.

L'un des facteurs ayant trouvé le plus d'appui chez les répondants est lié à la collaboration entre le ou les parents et la famille d'accueil impliquée auprès du jeune (n=4). Ce thème a été soulevé comme étant important dans six situations, dans une proportion équivalente de situations de haut et de bas niveau de participation sociale.

D'abord, on observe que la collaboration entre le ou les parents et la famille d'accueil est ressortie comme un facteur influençant positivement l'intervention auprès du jeune.

*« [...] Tu sais, les relations parents avec famille d'accueil sont excellentes. Moi, mes relations avec les parents sont très bonnes aussi. Je veux dire... tout est là. Tout est là là... comme dans les vues. » (22-707)*

*« Ensuite de ça, je pense que l'entente mère et famille d'accueil est de mieux en mieux, donc je pense que ça l'a aussi de l'impact sur la jeune. » (32-253)*

Plus précisément, au-delà de la bonne collaboration entre parent et famille d'accueil, l'absence d'un conflit de loyauté vécu chez un jeune apparaît également comme un facteur positif à l'intervention. Lorsque le parent est en mesure d'accepter le placement et de permettre au jeune de s'investir auprès de la famille d'accueil, le placement a plus de chance de réussite.

*« [...] et ça c'est très aidant pour la relation famille d'accueil/parents, l'acceptation du placement par la mère et l'acceptation que sa fille s'investisse, ce n'est pas menaçant. [...] Dans les questions de placement tout se joue sur le conflit de loyauté, quelque soit le dossier. » (22-480)*

La totalité des répondants affirment également que la stabilité, que ce soit la stabilité du milieu de vie, de l'institution scolaire ou de personnes spécifiques dans l'environnement du jeune, est une caractéristique exerçant une influence notable sur l'intervention (n=6). Cette caractéristique a été jugée déterminante dans sept des 12 cas ciblés. Ce facteur est considéré comme aidant lorsqu'il y a présence de stabilité (n=3) et à l'opposé, comme entravant lorsque la situation est jugée instable (n=4).

*« Il y a eu la stabilité... en tous les cas la plus grande stabilité disons de la mère. La mère est beaucoup moins désorganisée, donc ça fait en sorte que les enfants se sentent plus en sécurité quand elles vont chez maman. » (32-253)*

*« Et aussi au niveau des intervenants, nous on est tout le temps... pas à la merci de cette madame-là, mais on est en arrière d'elle aussi là. [...] Parce qu'avant qu'elle déménage ici, elle me disait qu'elle voulait déménager, qu'elle voulait déménager... qu'elle avait fait les démarches et quelque temps après bien non... elle était revenue en arrière, ses démarches avaient été annulées donc c'est toujours de l'instabilité dans ses projets. Fait que ce qui amène aussi en tant qu'intervenant, on a de la misère à se situer face à cette mère-là. » (51-106)*

La présence de stabilité aide à la création d'un lien significatif du jeune auprès d'un membre de son entourage. La stabilité nous amène donc à considérer la construction d'un

lien affectif entre le jeune et sa famille comme un élément essentiel influençant l'intervention puisque le lien est mentionné dans deux situations cliniques de jeunes.

*« La stabilité locative dans la famille d'accueil depuis que la jeune est âgée de trois ans a été facilitant. C'est bien pour le lien d'attachement et son sentiment de sécurité. » (12- 94)*

*« [...] il fait partie de cette famille-là maintenant, il m'avait vraiment dit que... pas que c'était sa mère, mais tu sais... il l'appellera pas maman, mais des fois quand quelqu'un va lui demander... ah! T'es avec ta mère? Il dit oui tu sais [...] on sent là que l'attachement s'est créé. C'est fragile, mais déjà qu'il dise que lui il fait partie de cette famille-là, c'est déjà beaucoup. Depuis deux ans là, je dirais que ça s'est grandement amélioré. Et il y a un aspect très très nouveau, c'est vraiment très actuel, il a demandé s'il pourrait changer son nom. [...] Son nom de famille pour prendre celui de la famille d'accueil.[...] Le maintien de ses liens dans la stabilité de ses liens dans la famille d'accueil, avec l'éducatrice... Malgré qu'il change de professeur, c'est la même directrice, c'est la même école, le même transport scolaire tu sais... » (61-415)*

Cependant, tout comme ce fut le cas avec les caractéristiques personnelles du jeune en lien avec ce même concept, la création d'un lien ne doit pas être systématiquement considérée comme une influence seulement positive dans l'intervention. En effet, deux répondants affirment qu'une rupture peut suivre la création d'un lien entraînant, chez le jeune, son lot d'inconvénients dont un sentiment de rejet de la part de ses parents ou de sa famille d'accueil. Un tel événement peut donc causer un impact négatif sur le niveau de participation sociale du jeune (n=2) tel que le démontre ces extraits.

*« ... il faisait toutes les choses à peu près comme tous les adolescents normaux avec des périodes plus agitées et tout ça. Sauf que moi, j'identifie ça beaucoup par rapport au lien qu'il avait créé avec la famille d'accueil. C'était vraiment très très significatif, mais à un moment donné, la famille d'accueil s'est désistée, on a tenté à nouveau de le réintégrer dans cette famille d'accueil-là. [...] Puis, la famille d'accueil a refusé parce que... c'est comme s'ils étaient déçus un peu du fait que ce jeune-là avait comme une période où il avait dérapé. Je pense qu'on aurait pu le raccrocher par le lien*

*avec la famille d'accueil. Je pense qu'on aurait pu, en tous les cas, arriver à un meilleur résultat que le résultat qu'on a eu en passant par le centre d'accueil, à cause du lien affectif de ce jeune-là avec ces gens-là. [...] Et je pense que cet événement-là a été une étape charnière dans la poursuite de la dérape du jeune.» (31-174)*

*« Et la famille d'accueil numéro deux, nous avons un problème, dans le sens qu'elle avait une plus jeune fille et cette mère-là [mère d'accueil] prenait toujours des vacances familiales sans notre jeune [hébergé chez elle]. Donc ça réactivait son rejet à chaque été. Ça faisait le troisième été et le troisième été elle s'est désistée. Vous voyez le portrait ? Donc il y avait des choses du côté du jeune, mais il y avait quelque chose du côté de la famille d'accueil qui n'était pas prête à le considérer membre à part entière. Et il le sentait sans arrêt. Donc l'escalade a recommencé là. » (42—315)*

Intervenir dans des situations multiproblématiques de vie demande constance, flexibilité, disponibilité et intensité. Cette responsabilité incombe aux familles d'accueil qui acceptent de s'investir auprès de jeunes recevant des services du centre jeunesse. On constate cependant, à travers le discours des intervenants, que les familles d'accueil qui hébergent des jeunes présentant des troubles mentaux sont exposées aux critiques; en ce sens, elles ont besoin d'être soutenues.

*« Donc, admettons que ce n'est pas une enfant facile, admettons qu'un moment donné on va peut-être faire des erreurs au niveau du quotidien, je parle de la famille d'accueil, mais de grâce ne montons pas toutes les petites actions non perfectibles ou non souhaitables, non souhaitées que la famille d'accueil va faire en épingle et faire de grandes histoires avec ça là! Comprendons que cette enfant-là vient nous chercher... hé! Quand tu as à affronter des crises à tous les matins pendant trois ans et à tous les matins et à tous les soirs et entre ça et te faire déranger par l'école pour venir la chercher parce que l'enfant n'est plus gardable à l'école à toute heure du jour... Je veux dire... c'est quelque chose! En terme de disponibilité ce qu'on demande à cette famille d'accueil-là, c'est hors norme là par rapport à ce qu'on demande aux familles d'accueil standards. » (22-536)*

*« Alors dès que l'enfant porte le même t-shirt quelques jours d'affilée, on va supposer que la famille d'accueil est négligente, qu'elle n'a pas regardé l'enfant... comment il était habillé. Et la famille d'accueil me dit... tu sais, quand il s'obstine et il veut absolument mettre tel chandail qui est trop petit pour lui, elle dit un moment donné... ce n'est pas la fin du monde qu'il aille à l'école avec un chandail trop petit, c'est celui qu'il veut mettre. Bien qu'il*

*aille avec son gilet trop petit, elle dit : « moi, ce n'est pas ça la priorité. C'est que ses médicaments soient pris, c'est qu'il soit pas mal pris, c'est que personne ne rit de lui, que personne n'abuse de lui, qu'il sente qu'il est accepté comme il est. ». [...] Alors l'école va arriver avec des descriptions de vêtements, de spaghetti peut-être un peu sur le t-shirt ou au coin de la bouche ou les dents pas brossées ou les cheveux en bataille et on va rappliquer pour dire que cet enfant-là il n'est pas bien accompagné. [...] L'important c'est de ne pas perdre patience avec cet enfant-là, de ne pas le frapper, de ne pas lui faire sentir qu'on n'en peut plus et qu'il nous agace et nous tombe sur les nerfs. » (41-105)*

Si le soutien ou les mesures de répit sont essentiels à la bonne santé des familles d'accueil, ils ne sont cependant pas toujours adaptés à leurs besoins. Ce faisant, il y a un risque d'épuisement ou de désistement des familles d'accueil qui s'impliquent auprès de ces enfants, ce qui n'est pas sans conséquence sur la stabilité du jeune, la continuité des services et la création d'un lien. Ces propos tirent leur source de quatre situations cliniques dans lesquelles l'épuisement, le manque de soutien et le désistement ont été identifiés comme des facteurs d'influence sur le niveau de participation sociale du jeune.

*« Alors notre ami[...] n'a pas pu être inscrit au camp de jour parce qu'il avait besoin d'un éducateur pour lui tout seul! [...] Alors la famille d'accueil n'a pas eu ce soutien pendant l'été et elle n'a même pas insisté puisqu'ils préféreraient qu'il soit [le jeune] sous leur surveillance que de s'inquiéter à qu'est-ce qui va arriver s'il va à la plage, qu'est-ce qui va arriver s'il pousse un enfant, il mord un enfant, il pince un enfant... alors tout ce que ça veut dire avec les autres parents. Donc vous voyez que ça fait... ça fait assez pesant merci. Et, la famille d'accueil, le ressourcement qu'ils se donnent c'est avec les enfants d'aller passer un trois, quatre jours dans un camp familial avec d'autres parents qui ont des enfants handicapés. Et lorsque j'ai fait la demande, on n'avait pas ce budget pour ce genre d'enfants, parce que là c'était... familial... Alors vous voyez, on est à tout bout de champ dans des normes et lorsqu'on a des enfants plus demandants, plus lourds que les programmes existants, et bien ça veut dire pas de programme du tout. »(41-227)*

*« [...] ils ont besoin des deux personnes qui viennent à tour de rôle pour faire les repas, pour permettre qu'ils prennent certain nombre d'heures pour tous les deux, pour aller marcher, pour aller faire l'épicerie...c'est une gardienne qui connaît tous les enfants et qui vient à la maison très régulièrement. Mais c'est que ce sont eux qui payent ça. Alors que nous, on*

*ne peut pas offrir ce support-là. Donc c'est la famille qui doit s'autofinancer. C'est que les enfants ce n'est pas une famille d'accueil répit qu'ils ont besoin, c'est que les enfants c'est important qu'ils restent dans leur milieu parce que ces enfants-là avec une rigidité de pensée, s'ils sont déplacés, on reprend tout du départ.» (41-55)*

En résumé, les données recueillies ont permis de mettre en évidence trois caractéristiques familiales ayant influencé l'intervention c'est-à-dire la collaboration entre le parent et la famille d'accueil, la stabilité des familles d'accueil, des parents du jeune, de l'institution scolaire ou des personnes spécifiques dans l'environnement du jeune ainsi que le soutien accordé aux familles d'accueil. Tout d'abord, le degré de collaboration entre le parent et la famille d'accueil s'est exprimé d'abord par l'acceptation du placement par le parent.

Deuxièmement, la présence de stabilité tant chez le parent que chez la famille d'accueil est apparue comme un gage de succès au niveau de l'intervention. À l'opposé, l'absence de stabilité, ayant un impact sur le lien significatif, a nuit à l'intervention auprès du jeune. En effet, il est mentionné que la stabilité facilite la création d'un lien significatif tandis que l'instabilité génère un plus grand risque de rupture du lien affectif.

Enfin, le soutien offert aux familles d'accueil a également été identifié comme facteur d'influence dans l'intervention. Le soutien et la compréhension envers les familles d'accueil sont des indicateurs positifs quant à l'impact exercé sur le niveau de participation sociale du jeune. À l'opposé, l'épuisement, le manque de soutien et, ultimement, le désistement des familles d'accueil auprès du jeune sont apparus comme

des facteurs ayant fait obstacle au degré de participation sociale du jeune présentant un ou des troubles mentaux en centre jeunesse.

### **5.3.3 Caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services**

En cours d'entrevue, les participants ont été interrogés quant à l'impact des caractéristiques organisationnelles sur le niveau de participation sociale des jeunes. Encore une fois, plusieurs facteurs ont retenu notre attention. Parmi ceux exerçant le plus d'influence, notons :

- La responsabilité partagée;
- le traitement individualisé;
- la stabilité et la continuité dans l'intervention;
- l'accessibilité et la disponibilité des services;
- la gestion des tâches administratives;
- l'intensité du suivi;
- la compréhension envers les familles d'accueil;
- la formation.

Tout d'abord, la responsabilité partagée d'un dossier entre les différents services en place apparaît comme un facteur déterminant dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble mental. Cette caractéristique a été mentionnée comme un facteur influençant l'intervention dans la totalité des situations cliniques répertoriées. Il s'agit du facteur ayant trouvé le plus d'appui dans la présente étude. La responsabilité partagée se traduit de deux façons, d'une part par la cointervention entre collègues provenant du centre jeunesse ou, d'autre part, par la concertation et la collaboration interétablissement et intersectorielle.

Plus spécifiquement, en plus de la collaboration intersectorielle, la cointervention entre l'intervenant psychosocial et l'éducateur a contribué particulièrement à faciliter les interventions auprès du jeune, comme en témoignent les extraits suivants :

*« C'est sûr qu'avec l'installation du service d'éducateur, je me suis sentie supportée. Parce que le peu de temps que j'ai été seule, je l'ai trouvé quand même difficile parce que c'est une jeune qui demande beaucoup d'attention puis elle... ça demande beaucoup d'interventions aussi. Donc, quand on est seule, ça devient épuisant aussi pour nous comme intervenant... » (52-255)*

*« Si l'école ne se concertait pas avec la famille d'accueil, avec les centres jeunesse, l'éducateur et l'intervenant, on voyait que... on avait un jeune comme perdu là. Et si on regarde où ça l'a bien été, c'est quand tout le monde allait dans le même sens, où on a eu maintenant une famille d'accueil qui travaille beaucoup avec l'éducatrice et avec l'intervenante et avec l'école, qui s'implique même à l'école. On voit que le jeune, il est comme pogné dans ça, donc il va fonctionner là. Oui là, il est dans un test, il teste un petit peu, il est en réaction, mais si on se concerte là, on voit quand même qu'il y a une belle évolution là. » (11-482)*

*« La concertation entre les services du CRDI, l'école, CEMO, la famille d'accueil, la pédopsychiatrie et l'évaluation en psychologie ont été très aidants. Au début de mes interventions, soit quand j'ai pris mon poste, la cointervention avec l'éducatrice a également aidé. » (12-95)*

Par ailleurs, le fait que des intervenants d'horizons disciplinaires différents (par exemple le travailleur social, l'éducateur, le pédopsychiatre, le psychologue, le professeur) et en provenance d'établissements assumant des missions différentes (par exemple le CLSC, le milieu scolaire, le CRDI, les organismes communautaires) prennent part à l'élaboration et à l'actualisation d'un plan d'intervention, il est clair que cela constitue un facteur d'influence dans leur pratique. Voici des exemples de collaborations déterminantes au sein de certaines situations impliquant des jeunes de bas niveau de participation sociale.

*« Moi, je dirais qu'à l'école, ça c'est... bon... une petite amélioration parce que de par les ajustements de l'école à sa situation, c'est très aidant. [...] »*

*c'est sûr que moi quand je suis arrivée, ça l'a été... c'était difficile, mais à force de... tu sais l'école s'est beaucoup... depuis deux ans je trouve beaucoup ajustée à sa situation. Fait que ça, ça l'a été vraiment très aidant. » (61-411)*

*« [...] le fait d'avoir vraiment un bon contact avec l'école, c'est sûr que c'est... tu sais qu'on a été accueilli pour aller le rencontrer et eux s'ils avaient quelque chose, ils nous appelaient là. C'est que ça qui est bénéfique là. Et que la nouvelle famille d'accueil s'implique à l'école et ils sont allés rencontrer les professeurs. » (11- 554)*

On constate également que la collaboration est un facteur considéré comme aidant dans les situations de haut niveau de participation sociale. De plus, on remarque que lorsque plusieurs services sont offerts au jeune, la réalisation d'un plan de service individualisé [PSI] est favorable aux interventions.

*« OK qu'est-ce qui a facilité bon... plus par rapport à la participation, ce que je peux dire c'est vraiment [...] le travail en collaboration avec les intervenants. Le fait d'avoir un encadrement structuré, d'avoir beaucoup de gens qui travaillent avec les mêmes objectifs,... »(42- 563)*

*« [...] on est toute une équipe qui travaille ensemble, c'est facilitant. Les services psychologiques, pédopsychiatriques, tout ça, on les avait écrits, mais c'est des facteurs qui sont très très très pertinents et encore plus dans des situations comme ça avec un jeune en besoin comme ça. » (42-86)*

*« Le fait de faire un PSI [plan de service individualisé], même de façon informelle a aidé, car il a évité le dédoublement. Le fait que le CRDI voyait à socialiser la jeune dans des activités, une partie que nous n'assumions pas, a été positif. » (12-95)*

Cependant, bien que la responsabilisation partagée apparaisse comme facilitant l'intervention, cette caractéristique peut également contraindre l'intervention lorsque la collaboration avec les services n'est pas ajustée aux besoins du jeune et à la responsabilité de l'établissement. Par conséquent, l'intervenant doit, dans certains cas, assumer des responsabilités supplémentaires à sa tâche. Ainsi, en plus de gérer des situations cliniques, l'intervenant se voit attribuer, dans certains dossiers, des

responsabilités plus administratives telles que la gestion des services en place en devenant l'intervenant pivot aux dossiers. Cela peut s'avérer néfaste lorsque le partage entre les professionnels est non égalitaire vis-à-vis des responsabilités assumées par chacun. Le fait d'avoir plusieurs personnes impliquées peut ainsi entraîner un désinvestissement de la part de certains partenaires. Le manque de concertation entre les services est aussi identifié comme une entrave à l'intervention.

*« [...] ça l'a été longtemps sens dessus dessous parce que c'était d'une urgence à l'autre, d'une situation extrême à une autre, surtout avec l'école. L'école m'appelait à peu près deux à trois fois par semaine. C'était l'enfer ! Cette enfant-là se sauvait de ses cours, elle sortait de la classe. Bon... elle avait entre six et huit ans à peu près, elle sortait de la classe, elle courait après d'autres élèves avec des ciseaux. [...] Elle était complètement désorganisée, mais continuellement. Elle était en train de faire un travail un moment donné, elle se levait debout, elle montait sur son bureau. Quand tout le monde était assidu au travail, elle montait sur son bureau, elle disait qu'elle allait fuguer, qu'elle allait s'en aller de l'école, qu'elle allait s'en aller chez sa mère. Elle était très hors de contrôle en fait. [...] cette enfant-là a eu beaucoup de services. On avait deux éducatrices, une en milieu scolaire, une au Centre jeunesse, on avait un psychologue scolaire, on avait l'enseignante évidemment, un orthopédagogue, ensuite de ça, j'ai eu la psychologue du CLSC qui est là, j'ai eu la pédopsychiatre. J'ai eu beaucoup de monde, donc pour tout gérer ça, ça demande énormément de temps et d'énergie et c'est très long avant de comprendre une enfant comme celle-là qui a plusieurs problèmes, qui a plusieurs comportements. » (32-126)*

*« C'est d'établir nos limites aussi avec les professionnels pour qu'ils ne se désinvestissent pas face à leurs responsabilités, face à l'enfant. Parce que c'est comme si nous avons des réponses que eux n'ont pas, mais écoute moi... un enfant qui dérape à l'école, ce n'est pas moi qui va aller faire l'intervention! Ça ne relève pas de la protection, ça relève de la gestion d'un élève dans une école en milieu scolaire! » (32-327)*

Un autre facteur notable de l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse consiste dans le traitement individualisé adapté aux besoins spécifiques du jeune. Le traitement individualisé se caractérise par l'interprétation des comportements selon la dynamique de chaque client, la

reconnaissance des particularités individuelles et l'application de stratégies d'intervention propres à chaque problématique. Le traitement individualisé est donc centré sur les besoins du jeune en comparaison à l'intervention spécifique qui est davantage axée sur la symptomatologie de la maladie. Ce type de traitement a été mentionné comme bénéfique par tous les répondants (n=6) ainsi que dans la presque totalité des situations cliniques (10 sur 12). Diminuer les attentes envers le jeune en ciblant de petits objectifs apparaît comme un point positif à l'intervention. Également, le fait de centrer son attention sur des objectifs prioritaires d'intervention est également présenté comme une caractéristique influençant positivement l'intervention. Cependant, cet élément implique une certaine souplesse de l'intervenant puisque certains comportements ou attitudes seront ignorés intentionnellement dans l'intervention. Plus spécifiquement, il est admis que la mise en place d'un plan de traitement individualisé auprès des jeunes a entraîné des conséquences positives sur leur degré de participation sociale dans huit des 10 situations cliniques identifiées. Le fait que ces jeunes bénéficient de services personnalisés, que ce soit sur le plan scolaire ou en centre jeunesse, et que les attentes des intervenants sont plus modestes, cela contribue à l'amélioration du niveau de la participation sociale du jeune comme le démontrent ces extraits.

*« Le fait aussi que ce jeune-là soit dans une classe qui est spécifique fait en sorte que c'est quand même aidant pour lui. Même si ça a des impacts peut-être négatifs sur son estime, c'est aidant d'avoir au moins cette ressource-là pour le scolariser parce que si on n'avait pas ce type de ressource-là, cet enfant-là pourrait pas cadrer dans une école normale. [...] Il est quand même bien situé, il est à sa place en classe adaptée. » (42-166)*

*« On parlait de tellement loin avec cette enfant-là, qu'on avait ciblé vraiment là des petites choses parce qu'elle avait des problèmes à tous les niveaux là. Au niveau de l'alimentation, elle mangeait très mal, de façon un peu salope là, je veux dire... elle répand de la nourriture un peu partout, elle est quasiment obligée de prendre un bain à chaque fois qu'elle bouffait...*

*Alors, je veux dire... on s'était vraiment fixé des objectifs très pointus, d'en arriver à dire qu'elle est capable de manger de façon correcte là et hygiénique et adéquate et bon... avec fourchette au lieu de ses mains et toutes ces choses-là..... le maintien en classe pendant des demi-journées.» (22- 41)*

*« C'est sûr que c'est une jeune qui est très très carencée par rapport à son histoire de vie donc... on va stagner au niveau de nos objectifs aussi là. [...] Mettons qu'on a descendu nos objectifs... nos attentes. » (52- 279)*

Les interventions non individualisées, contrairement aux approches individualisées, sont également vues comme un obstacle à l'amélioration du niveau de participation sociale du jeune dans la situation où le service en place n'est pas adapté à ses besoins spécifiques. À l'opposé du plan de traitement plus souple adapté aux besoins du jeune, les interventions non individualisées sont rigides. L'extrait suivant réfère à une situation de bas niveau de participation sociale et la situation est décrite comme ayant causé préjudice à l'enfant.

*« Beaucoup de changements et cet enfant-là ne peut pas supporter plus que huit élèves, déjà c'était pas le paradis, mais ici l'école c'est 25 élèves et nous sommes à décider... est-ce qu'on le met au régulier ou une classe lente dans une école intégration des handicapés ou bien on le met carrément avec des handicapés dans une classe de huit, 10, 12 élèves, mais des enfants qui sont en chaise roulante, des enfants qui ont des problèmes de santé majeurs, de coordination, d'incontinence. [...] Et l'école n'est plus non plus un milieu pour ces enfants-là particuliers, puisque qu'est-ce qu'on demande à l'école c'est de faire des mathématiques et du français et ces enfants-là n'en sont pas capables. Alors ils sont identifiés, ils le ressentent et ils se défendent comme ils peuvent ! » (41-151)*

Cinq répondants ont exprimé que la stabilité et la continuité des liens du jeune sont des variables ayant influencé l'intervention dans sept situations, dont trois de bas niveau. Plus précisément, la stabilité et la continuité au niveau de l'intervenant au dossier, mais également par rapport à la famille d'accueil, à l'éducatrice et à l'école, sont des

facteurs décrits comme exerçant une influence positive sur l'intervention dans cinq des sept situations cliniques identifiées.

*« [...] ça fait quand même plusieurs années maintenant que je suis au dossier. C'est sûr que ça facilite les choses dans le sens où on connaît notre monde là. Moi, depuis les années que je suis dans ce dossier-là, j'ai appris à connaître les parents de façon assez pointue, le jeune aussi. Donc on peut prévoir un peu d'avance ce qui va se passer parce qu'on prévoit les réactions que les gens vont avoir. Et je te dirais qu'on est assez juste dans nos prévisions là parce qu'on connaît quand même bien les gens. Fait que c'est sûr que ça c'est un facteur qui est aidant. »(21-653)*

*« Je pense que ce qui me vient vraiment à l'idée dans cette situation-là, c'est vraiment la continuité des interventions, toujours... on dit il faut répéter souvent, mais ce qu'on se rend compte, c'est qu'à force de répéter, il finit par intégrer. Que ce soit tant au niveau de l'école, que ses comportements qu'on tente d'améliorer, tout ça, à force de l'amener à prendre conscience de... bon... le maintien de ses liens dans la stabilité de ses liens dans la famille d'accueil, avec l'éducatrice... Malgré qu'il change de professeur, c'est la même directrice, c'est la même école, le même transport scolaire t'sé... les éléments autour stables sont vraiment très aidant selon moi. Et je pense que depuis deux ans c'est ça qu'on constate là qui... dans cette situation-là la continuité de tous ces liens-là qui fait que... ça s'améliore sa situation. » (61-470)*

*« Je vais me battre pour garder le dossier de cette jeune....Je vais encore me battre! Lui et un autre, qui sont mes deux dossiers identifiés comme étant multiproblématiques, des gros dossiers lourds qui se maintiennent et qui avancent dû au fait de la stabilité et des ressources et de l'intervenant. » (22- 715)*

À l'opposé, le manque de continuité et le peu de stabilité figurent comme des entraves à l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux. On fait mention, entre autres, de l'instabilité due aux changements d'intervenants. De plus, le système légal contribue quelquefois à générer une certaine instabilité également dans le dossier d'un jeune en reconduisant année après année une ordonnance, ce qui empêche la concrétisation d'un projet de vie plus permanent pour le jeune. Cependant, il est à préciser que cette situation peut s'avérer moins représentative actuellement compte tenu

de la modification de la Loi sur la protection de la jeunesse en 2007. En effet, il prévaut maintenant dans la loi d'envisager un projet de vie plus permanent pour l'enfant en lien avec la durée maximal de placement. Ainsi, lorsque la sécurité et le développement de l'enfant est toujours compromis à l'expiration des délais prévus d'hébergement, le tribunal doit rendre une ordonnance qui tend à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente (Programme National de Formation, 2007). Les extraits de quatre des sept situations cliniques répertoriées précisent ces affirmations.

*« Le fait aussi qu'il y a eu plusieurs changements d'intervenants dans cette situation-là fait que c'est un facteur qui est nuisible à l'intervention... à avoir une certaine continuité d'intervention. Parce qu'il y a eu des... malgré qu'on essaie d'être le plus cohérent possible avec les autres intervenants, sauf qu'il y a pas eu beaucoup de travail de fait au niveau du jeune et au niveau de la maman par le fait qu'il y a eu plusieurs changements [d'intervenants]. »  
(51-138)*

*« [...] Et ça l'a été négatif [le changement d'intervenants] au niveau de mon intervention avec la jeune et aussi au niveau du père et de sa conjointe, en tous les cas de sa famille là. Parce que c'est sûr que... quand on arrive la cinquième intervenante, on n'est pas considéré d'emblée... on est considérée comme justement la cinquième [intervenante] qui arrive dans leur vie [...] C'est sûr que c'était très très nuisant là parce que ça prend un bon bout avant d'installer un lien de confiance avec tous ces gens-là et aussi avec la famille d'accueil qui en a vu passer et qu'il y a pas de stabilité dans son suivi. Elle était obligée de se débrouiller seule, fait que donc elle devait s'organiser seule puis comme je disais, c'est quelqu'un qui demande beaucoup d'attention [le jeune], donc ça devenait épuisant pour elle. » (52-322)*

*« [...] toute l'instabilité que le système légal fait vivre à ces enfants-là, ça fait quatre ans qu'elles sont placées dans cette famille d'accueil-là, que la jeune vit dans cette famille d'accueil-là et ça fait trois ans qu'on est rallongé d'une année à chaque fois [par rapport à l'ordonnance rendue par le tribunal]. Pour des enfants qui vivent de l'anxiété, qui ont un trouble d'attachement, c'est très difficile à gérer. » (32-355)*

De plus, il est mentionné par cinq répondants que dans plusieurs situations (sept sur douze), l'accessibilité ainsi que la disponibilité du ou des services avaient influencé le niveau de participation sociale du jeune. Ainsi, un service qui se présente comme facilement accessible et disponible a facilité l'intervention dans quatre situations de jeunes parmi les sept ciblés (cinq situations de haut niveau). Deux répondants nous précisent leurs pensées sur ce sujet.

*« Ça c'est sûr qu'on les a installés ces services-là d'éducateur plus à elle. Ça, ça l'a été très aidant pour notre intervention et pour elle, au niveau de l'amélioration des comportements. » (52-192)*

*« [...] c'est sûr que l'accessibilité de la ressource, le fait qu'elle soit très disponible, qu'elle soit 24 heures sur 24 disponible ça l'aide beaucoup parce qu'on peut la rejoindre en tout temps. » (42-86)*

Un service difficilement accessible est considéré, à l'inverse, comme un facteur ayant influencé négativement le niveau de participation sociale du jeune (n=1).

*« En pédo [pédopsychiatrie], c'est un autre monde là. C'est totalement un autre monde, c'est difficile d'avoir accès à ça. Oui, je comprends que les services soient limités, tout ça, mais je trouve dommage qu'on ait retardé... Écoute... cette enfant-là elle a vécu l'enfer là à la 10... » (32-490)*

En plus des difficultés d'accès, le manque de disponibilité des services apparaît comme une influence négative dans l'intervention (n=3). L'extrait suivant expose la situation rencontrée dans une demande d'admission au centre de réadaptation *La parenthèse* pour les enfants de 6 à 12 ans.

*« [...] les places étaient très très limitées [...] Et là je me suis battue et là on m'opposait toutes sortes d'arguments administratifs... oui, mais ça s'arrête à 12 ans... oui, mais elle a 12 ans... d'accord! [...] On m'a dit non... « Parenthèse » non! [...] Mais regarde je te ferai le topo là, je suis arrivé à La Chesnaie [centre de réadaptation pour jeunes âgés entre 12 et 17 ans] avec ma petite bonne femme qui est haute comme ça, maigre comme ça, avec son petit sac à dodo et son toutou dans les mains. Moi, j'arrive à La Chesnaie [centre de réadaptation pour adolescent(e)s] avec les adolescentes piercing... comprends-tu? Les filles, les bénéficiaires du centre d'accueil,*

*en me voyant arriver avec l'enfant, la regarde, me regarde, ils disent...  
« christ! Vous êtes fous! Qu'est-ce qu'elle fait ici ? » Les bénéficiaires! Tu  
comprends ? »(22-607)*

La difficulté d'accessibilité ainsi que le manque de disponibilité du ou des services exercent nécessairement un impact sur le délai de la mise en place d'un service. Ainsi, il est mentionné que la lenteur de la mise en place d'un service influence aussi de façon négative l'intervention auprès d'un jeune qui présente un trouble mental (n=1).

*« ... C'est vraiment le délai. C'est le délai pour les services qui fait en sorte que cou'donc... l'enfant reçoit pas les services dont elle a besoin, donc tout le monde autour est désorganisé ». [...] Moi, ce que je trouvais dommage là... ça c'est vraiment relié à un senti, c'est... je trouvais ça dommage que cette enfant-là qui avait des grands besoins puisse être prise dans une affaire de paperasses de professionnels. Tu vois, j'en parle et ça me fait remonter les yeux pleins d'eau parce que je disais... câline! C'est une petite poupone! Elle a juste besoin de voir une madame qui est allée à l'école et qui va lui dire qu'elle a des troubles d'attachement et qu'elle a besoin d'avoir de la médication et que je n'étais même pas capable de lui donner ça. Et là, tout le monde se relance la balle et on essaie d'avoir ce qu'on peut et on l'a pas. Fait que elle, elle a été un an [en attente de service]... c'est un an de sa vie! » (32-462)*

De façon diamétralement opposée à cette affirmation, un service mis en place rapidement sera caractérisé comme ayant facilité l'intervention (n=1).

*« Ça l'a été plus rapide à l'école [la mise en place de services] parce qu'on est plus près, c'est pas centralisé à Chicoutimi, c'est pas... T'sé c'est local, c'est une petite place, on est capable de parler au directeur, on est capable d'avoir... de mettre un petit peu plus de pression, fait que ça l'a été quand même assez rapide. [...] Mais la grosse bâtisse à Chicoutimi, déjà trouver la bonne extension dans cette boîte-là c'est pas facile. Fait que c'était comme... je me disais... t'sé tout le monde est un peu dans sa tour d'ivoire, mais moi, au quotidien, je vois une enfant qui se masturbe huit fois par jour et qui se cogne la tête jusqu'à se faire saigner du nez et je suis pas capable d'avoir quelqu'un qui lui donne la bonne dose de médication. Et je vois une famille d'accueil qui est essoufflée et avec raison. Et je vois une mère qui essaie tant bien que mal d'arriver au bout du compte à contrôler ses enfants, mais avec le manque de moyens, avec tout ce qu'elle a comme histoire personnelle, elle y arrivait pas. » (32-470)*

La gestion des tâches administratives a été citée comme une caractéristique organisationnelle d'influence sur l'intervention par quatre répondants et ce, pour cinq situations cliniques (quatre de haut niveau de participation sociale). Cette caractéristique s'est avérée positive dans les situations où le fardeau administratif a été allégé par la collaboration de l'équipe d'intervention jeunesse. En effet, pour la mise en place de service, il a été identifié que l'équipe intervention jeunesse [EIJ] a facilité la démarche de demande de services ainsi que l'obtention de services. De plus, l'équipe d'intervention jeunesse a assuré également la coordination des services ce qui allégea aussi la tâche des intervenants en centre jeunesse qui assument régulièrement cette responsabilité.

*« [...] on a un suivi EIJ là-dedans qui coordonne nos actions aussi là. Ça, je ne l'avais pas mentionné, mais ça aussi c'est un facteur aidant parce que ça nous oblige à nous rencontrer à tous les trois ou quatre mois et d'en faire des bilans.[...] c'était aussi pour ouvrir les portes au niveau de l'accès à certains services qu'on avait de la difficulté à avoir, entre autres, en pédopsychiatrie et... bon parce que tu connais les temps d'attente là [...] Tu sais, les structures peuvent être facilitantes ou nuisibles et au-delà des structures les gens en place... tu sais, ça ne devrait pas être des facteurs, mais l'humain étant ce qu'il est, les gens en place aussi ont une influence sur ce qui se passe. » (22-695)*

*« Et l'équipe intervention jeunesse permet aussi que ce soit facilitant.[...] on n'a pas à convoquer les partenaires, on n'a pas... c'est vraiment eux qui convoquent... on se donne vraiment des objectifs, on fait ressortir les besoins du jeune, de la mère, de la situation de la famille et on cible après [...] qui va donner le service et on se donne un échéancier ensuite. [...] ils [EIJ] nous envoient le plan de services individualisés avec le bilan de la situation et tous les objectifs bien déterminés avec l'échéancier et qui va faire quoi. Chaque partenaire a la copie du plan de services individualisés. Il y a un intervenant pivot aussi qui est ciblé, qui est la personne qui est la plus significative auprès du jeune. » (62-509)*

Les services offerts par l'EIJ permettent donc de prendre en charge des responsabilités qui autrement, reviendraient possiblement à l'intervenant en protection de la jeunesse. Cette responsabilité peut donc, lorsqu'elle revient aux intervenants en

protection de la jeunesse, alourdir leur tâche. Dans le même ordre d'idée, lorsque le service EIJ n'est pas disponible, le manque de temps ajouté à une lourdeur administrative sont énoncés par les répondants comme des facteurs entravant l'intervention (cinq situations sur 12).

*« Il y a beaucoup de lourdeur tu sais, je veux dire... de façon générale là... Moi, je pense que dans certains dossiers, si on avait plus de temps à consacrer au clinique et moins de temps à consacrer aux exigences administratives qui sont là pour la reddition de comptes, pour les «stats» [statistiques], pour permettre à l'organisation d'avoir les budgets. [...] On devrait avoir le temps nécessaire pour faire les deux. Moi, je veux dire... je veux prioriser toujours le clinique au détriment de l'administratif, c'est clair, mais je paye pour ça. Tu comprends ? Et ça, je trouve ça dommage. Ce n'est pas que je suis réfractaire à faire les tâches, ce que je dis c'est...si vous me donnez le temps nécessaire pour les faire, j'ai aucun problème, je n'ai pas le temps de faire les deux. » (22-675)*

*« [...] certaines connaissances sont là, souvent le manque de temps, ça c'est clair qu'on n'a pas assez de temps pour justement consacrer à faire... ne serait-ce que déjà approfondir un peu plus nos connaissances qu'on a, des fois, on a plein de beaux outils, mais on réussit pas à les mettre en pratique parce qu'on n'a pas le temps, [...] ça serait très aidant là parce que des outils on en a beaucoup et on va en chercher d'autres et on essaie d'avoir les meilleures pratiques aussi là, des nouvelles pratiques qui sortent souvent là. Des fois, il y a des affaires qui datent de longtemps qui sont encore à propos aujourd'hui, mais des fois, il y a des nouvelles choses qu'on aime bien... des nouveaux outils qui des fois viennent disponibles, fait que c'est sûr que ça, ça serait aidant là d'avoir ce temps-là. » (62-505)*

La dispensation de services s'effectue selon un degré d'intensité spécifique ajusté aux besoins de la situation. Plus de la moitié des répondants (n=4) indiquent que l'intensité de leur suivi a contribué à influencer l'intervention (trois situations de bas niveau et deux situations de haut niveau). Cette variable se définit comme positive dans quatre situations cliniques et comme négative dans une situation clinique. Dans les extraits suivants, les répondants nous indiquent que l'intensité du suivi donné tant par l'éducateur que par l'intervenant a influencé de façon positive l'intervention.

*« Le fait aussi que l'éducateur ait rentré et qu'il intervient de façon intensive, c'est une jeune qui a beaucoup besoin d'attention, elle a énormément besoin d'attention et elle va en rechercher partout, vu qu'elle était plus assignée avec cet éducateur-là et que lui, il fait quand même un suivi assez intensif, il va la voir une à deux fois par semaine, bien ça, je pense que ça l'a été très aidant. » (52-239)*

*« Ensuite de ça, au niveau de l'organisation, le fait que ce jeune-là soit justement dans une ressource intermédiaire donne beaucoup de services... donne accès à beaucoup de services comme je disais tantôt, le fait qu'une éducatrice soit assignée bien c'est aidant. C'est comme un mandat qu'elle a de plus que les suivis dans des familles d'accueil donc, c'est un service qui est plus intensif à ce niveau-là. » (51-170)*

*« Si on regarde au moment où l'éducatrice y allait deux, trois, quatre fois par semaine, on avait un jeune qui était stable et qui fonctionnait, mais limite. Mais l'éducatrice pouvait donner moins d'intensité et là on a vu le pic ou le bas niveau de participation du jeune, où oui il n'y avait plus d'implication, là il se lavait pas, il ne mangeait pas bien, il dormait peut-être pas bien. À l'école, c'était difficile. On a vu vraiment là... dès qu'on lâchait prise ou qu'on n'avait pas la possibilité de lui donner vraiment l'encadrement qu'il avait besoin, on avait un bas niveau de participation sociale. » (11-482)*

Cependant, un des six répondants précise qu'un suivi intensif effectué auprès d'un jeune peut également entraver l'intervention auprès d'autres jeunes suivis en centre jeunesse. En effet, lorsqu'un jeune demande un suivi intensif et que cette intensité n'est pas comptabilisée dans la charge de travail, l'intervenant doit donc utiliser du temps d'intervention qui normalement devrait servir pour intervenir auprès d'autres jeunes. La réorganisation du temps de travail pour permettre une intervention intensive peut donc s'effectuer au détriment de certains jeunes pour lesquels l'urgence d'intervention est jugée moins prioritaire et ce, même pour des dossiers considérés comme stabilisés dans un projet de vie à long terme.

*« Tout ça pour dire que c'est un suivi intensif, même si c'est un suivi à majorité et qu'on devrait dire légalement tout est clair depuis cinq ans... Mais l'affectivité, ce n'est pas clair comme ça.[...] C'est que je donne l'espace alors c'est moi qui doit gérer ma charge de travail. Et à ce moment-*

*là, d'autres jeunes en trouble de comportement qui sont en centre d'accueil, c'est chez eux que je vais prendre du temps pour m'investir dans cette situation-là parce que ce que je vois, c'est que c'est un jeune qui a le potentiel, qui a la sensibilité. [...] Et lundi dernier, quand il y a eu la crise, il a dit... cherchez moi pas à soir là, ça se peut que je me suicide. [...] Alors j'ai fait trois entrevues avec lui en quatre jours. » (42-497)*

L'implication des familles d'accueil auprès de ces jeunes apporte une influence significative à leur développement. Cependant, les situations multiproblématiques rencontrées chez ces jeunes exigent également une intensité considérable de la part des familles d'accueil oeuvrant auprès d'eux. Par conséquent, il est important de soutenir les familles d'accueil, de les outiller afin qu'elles puissent mieux faire face à ces situations complexes, le tout afin d'éviter leur désengagement. Il est ainsi mentionné par deux intervenants que l'attitude de l'organisation envers les familles d'accueil a influencé considérablement l'intervention auprès des jeunes concernés. Le manque de compréhension et de souplesse envers les familles d'accueil est mentionné par les répondants comme un facteur ayant nuit à l'intervention auprès du jeune.

*« [...] j'ai dû me battre parce qu'un moment donné, il a été question qu'on retire l'enfant de cette famille d'accueil là. Et moi là regarde... on parle de trouble d'attachement, on parle d'un placement long terme, on parle de stabilité et je veux dire... ça marchait quand même! Il y avait beaucoup de points positifs alors moi là regarde... on ne commencera pas à sortir l'enfant parce que la famille d'accueil, un moment donné a perdu patience et a peut-être dit des choses à l'enfant qu'elle n'aurait pas dû dire, qui somme toute sont pas dramatiques, sont pas théoriquement, éthiquement, moralement cautionnables, mais regarde bien là... il y a personne de parfait. Est-ce qu'on va demander aux familles d'accueil d'être parfaites? » (22-516)*

*« Alors, c'est certain qu'on est pas indifférent à cet enfant-là et à la famille qui l'accompagne et même aux intervenants qui portent des jugements rapides sur la famille d'accueil. Alors, quand on taxe la famille d'accueil de pas en faire suffisamment, c'est sûr que ça me fait vivre un sentiment de révolte. Par rapport à la famille [famille d'accueil] je suis admirative, je leur lève mon chapeau et je les supporte en disant que nous sommes avec cet enfant-là aux frontières de nos connaissances et c'est bien ce que le docteur*

*leur a témoigné : « écoutez... si vous, vous ne pouvez pas le faire, pensez-vous que quelqu'un d'autre pourra le faire? »» (41-171)*

Enfin, les formations offertes aux intervenants apportent également des précisions sur les facteurs influençant l'intervention. Les formations sont perçues comme influençant l'intervention par la majorité des répondants (n=4). Cette caractéristique a été mentionnée comme positive dans l'intervention pour quatre des cinq situations identifiées (deux situations de haut niveau). Cependant, dans le deuxième extrait, elle a été définie comme non aidante dans une situation spécifique.

*« [...] je dirais que cette formation-là, ça l'a vraiment été une grosse révélation pour tout le monde là, pour savoir comment intervenir avec ces jeunes-là. » (62-501)*

*« ... parce que je m'attends toujours que les formations vont être révélatrices puis finalement elles le sont jamais. » (32-431)*

De multiples facteurs organisationnels sont donc responsables des variations par rapport au degré de succès de l'intervention. À la suite de l'analyse des données recueillies, il a été possible d'identifier huit principales caractéristiques organisationnelles ayant influencé l'intervention. Tout d'abord, on a mentionné que la responsabilité partagée ou non d'un dossier entre les différents partenaires entraînait un impact sur l'intervention. De plus, le traitement individualisé des jeunes suivis, la stabilité et la continuité dans l'intervention auprès de ces jeunes, tout comme l'accessibilité et la disponibilité des services ont été identifiés comme des facteurs facilitant l'intervention alors que leur absence a été identifiée comme un facteur l'ayant entravée. Également, la gestion des tâches administratives et l'intensité du suivi offert aux jeunes ont émergé comme facteurs d'influence sur l'intervention. Enfin, le manque de compréhension envers les familles d'accueil s'est avéré influencer négativement l'intervention.

Finalement, les formations reçues par les intervenants ont aussi été mentionnées comme un facteur à considérer par rapport à son impact sur l'intervention. Ces caractéristiques ont donc contribué à influencer tant positivement que négativement l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse en raison du lien qu'elles entretiennent avec le niveau de participation sociale du jeune.

#### 5.3.4 Caractéristiques de l'intervenant

La majorité des répondants ont indiqué que certaines caractéristiques de l'intervenant agissent positivement ou négativement sur l'intervention. L'expérience professionnelle a été identifiée comme l'un des facteurs d'influence. Également, les sentiments et attitudes de l'intervenant ainsi que l'utilisation d'interventions spécifiques auprès du jeune sont apparus comme des caractéristiques susceptibles d'influencer le niveau de participation sociale du jeune.

En premier lieu, la moitié des répondants ont identifié leur expérience comme un indicateur d'influence dans l'intervention. On reconnaît l'importance de ce facteur dans cinq des 12 situations cliniques choisies au départ (trois situations de haut niveau). Cette caractéristique est mentionnée comme un élément positif dans quatre des cinq situations cliniques identifiées. Ainsi, l'expérience acquise par les intervenants lors d'observations, de lectures, de discussions cliniques, de rencontres d'information et de stages a été considérée en raison de son influence sur l'intervention comme le démontrent les extraits suivants.

*« J'en ai retiré quelques parties ici et là, il y a des rencontres d'informations, il y a des... moi, je te dirais que ce n'est pas beaucoup des*

*formations, c'est vraiment plus des lectures spécifiques. Et aussi par rapport aux discussions cliniques qu'on a des fois, l'expérience d'autres intervenants. Entre autres, un intervenant dans l'équipe a eu beaucoup d'enfants en gros troubles d'attachement, donc de me faire «coacher», de me faire guider, je pense que c'est plus ça qui m'a aidé... » (32-431)*

*« [...] Par rapport à cette situation-là, c'est peut-être plus ce travail-là au niveau des troubles anxieux qui est venu me situer des choses dans les petites interventions des fois à utiliser avec ce jeune-là quand on sent que l'anxiété est très élevée par rapport à ses parents ou ses préoccupations qu'il a, bien ça, de ce côté-là... d'avoir fait ce travail-là, ça l'a été aidant pour vraiment... Et je l'ai partagé aussi avec l'éducatrice qui utilise des choses là qui sont dans ce petit dépliant... » (61-502)*

*« Alors, c'est cette expérience de stage au moment de mes études qui a fait que j'ai pu comprendre plus rapidement ce que c'était que cette expérience de famille, puisque moi, je l'ai vécu pendant un certain nombre de mois. » (41-179)*

Cependant, deux répondants précisent que le faible niveau de connaissances et le manque de temps pour s'informer peuvent faire obstacle à l'intervention tel qu'expliqué dans ces citations.

*« [...] comprendre comment l'enfant réagissait, pourquoi qu'elle réagissait comme ça. C'est complexe comme structure clinique là, donc moi, je pense... et aussi au niveau de l'expérience parce qu'un dossier comme ça, quand on commence et qu'on ne connaît pas beaucoup, et les services, et les dynamiques, et les troubles d'attachement et tout ça, je pense que ça peut être négatif là. Ça peut nous empêcher d'avancer encore plus vite. Malgré que ça l'a été très lent, mais ça aurait pu l'être plus encore. » (32-407)*

*« ... en terme de travail, avoir le temps, ça serait super aidant là d'avoir... de pouvoir prendre ce temps-là parce que c'est clair que dans la routine au travail, il y a peu de place pour ça là. [...] on y va par intérêt personnel, mais tu sais, c'est sûr que c'est quand même des jeunes qu'on a ici aussi, fait que d'avoir l'espace-temps pour vraiment avoir de l'information... avoir un peu plus pour aider ces jeunes-là ce serait encore mieux. ». (62- 465)*

Certains sentiments et attitudes de l'intervenant peuvent également avoir un impact sur l'intervention bien que l'influence de ces caractéristiques apparaisse cependant plus difficile à démontrer. Ainsi, la totalité des répondants (n=6) se sont

exprimés sur certains sentiments et attitudes en réaction à leur suivi auprès des jeunes ciblés par la recherche. Il est ressorti de cela que des sentiments comme l'espoir et l'encouragement peuvent sans doute influencer positivement l'intervention. Cependant, la gamme d'émotions ressentie touche également des sentiments de l'ordre de l'impuissance, de la frustration, de la déception et de l'épuisement. C'est le cas mentionné dans sept situations de jeunes. Le sentiment ainsi éprouvé influencerait sur l'attitude de l'intervenant, dont la patience et ce, tant pour les situations de jeunes à haut niveau de participation sociale que pour ceux de bas niveau. Voici des extraits liés aux jeunes présentant un bas (n=4) ou un haut (n=3) niveau de participation sociale.

*« [...] on n'était pas capable de trouver une solution pour l'aider, pour lui donner un coup de main parce que c'était vraiment dans son réseau de pairs et que nous, on pouvait pas intervenir. En tant qu'intervenante, moi je me sentais impuissante parce que je ne pouvais rien faire autrement dit pour lui donner un coup de main. Si ce n'est que de le supporter lui et lui était tellement désorganisé que finalement, on n'a pas pu le maintenir là dans sa famille d'accueil, ça l'a pris trois semaines, un mois où là je faisais de l'intervention intensive, j'allais le voir pratiquement toutes les semaines, je parlais à la famille d'accueil tous les jours et on n'a pas réussi ensemble à éviter finalement la dégringolade et qu'on en arrive à devoir demander un placement en centre d'accueil. » (31-213)*

*« [...] on se sent des fois impuissant par rapport... on sent que c'est souffrant sa situation. Fait que c'est sûr qu'on voudrait... tu sais, moi, je voudrais des fois l'aider encore plus ou chercher comment... pour le soulager [...] Et ça l'a des répercussions partout et c'est vraiment beaucoup impuissant... » (61-486)*

*« Tu veux pas te fâcher non plus parce que tu te dis... mon Dieu! Si je me fâche, je vais me retrouver au bas de la liste [en référence à la liste d'attente pour une demande de service] parce que... Des fois, j'avais juste le goût de dire... hé! Il y a tu quelqu'un là qui me niaise ? » (32-494)*

*« C'est sûr qu'avec l'installation du service d'éducateur, je me suis sentie supportée. Parce que le peu de temps que j'ai été seule je l'ai trouvé quand même difficile parce que c'est une jeune qui demande beaucoup d'attention puis elle... ça demande beaucoup d'interventions aussi. Donc quand on est seule, ça devient épuisant aussi pour nous comme intervenant... » (52-255)*

Il ne serait pas représentatif de faire abstraction des interventions spécifiques effectuées par les intervenants auprès de la clientèle de jeunes présentant un ou des troubles mentaux. En effet, un des buts de cette recherche consiste précisément à déterminer si certains facteurs particuliers démontrent un impact sur les interventions réalisées auprès de ces jeunes. Ces interventions, qui sont ici qualifiées de spécifiques, sont directement adaptées à la réalité diagnostique des enfants concernés. En effet, l'intervention spécifique est davantage axée sur les symptômes associés à la maladie. L'utilisation d'interventions particulières a été mentionnée par la majorité des répondants (n=5) et ce, dans plus de la moitié des situations cliniques (n=8) comme un facteur d'influence dans l'intervention. On se limitera ici à exposer les principales interventions spécifiques utilisées se rattachant au trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (n=3), au trouble de l'attachement (n=2) et au syndrome d'Asperger (n=1).

En ce qui concerne le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, les répondants nous informent avoir priorisé, entre autres, de courtes entrevues en identifiant une consigne à la fois, en évitant d'entrer dans les détails et en vérifiant si tout était bien compris par le jeune. Qui plus est, ils ont fait part également d'une stratégie qui consiste à contrôler le taux de sucre.

*« Tu sais, c'est bien important de voir s'il a bien compris, de le faire répéter, parce que des fois il peut dire... oui oui oui oui, mais il n'a pas tout écouté ou... Parce que c'est sûr qu'on a affaire à un jeune qui a un TDA/H, ce n'est pas apparent, je veux dire il n'est pas nécessairement hyperactif, tout ça, mais oui il est impulsif, donc tu essaies de l'arrêter pour qu'il comprenne bien qu'est-ce qu'on fait là. De prendre des courts laps de temps et non longs parce que ça donne rien, un moment donné on le perd. Le fait aussi... des fois c'est peut-être mieux de pas tout lui expliquer, mais de lui dire que ça, ça ne se fait pas. Tu sais, c'est d'y aller... non ça ce n'est pas bien, tu vas*

*avoir affaire avec les policiers... c'est tout... de lui enlever tout le côté... l'explication et pourquoi et rationnellement, je pense qu'un moment donné, il perd comme le fil là. » (11- 573)*

*« Je me souviens très bien avoir donné des lectures, des articles sur le TDAH, sur les troubles de l'attachement [à la famille d'accueil], essayé d'expliquer le fonctionnement d'un jeune qui avait ces problématiques-là. Le fait, oui, entre autres, de contrôler le taux de sucre, de vérifier des choses régulièrement, de donner juste une consigne à la fois, de vérifier si tout est bien compris, tout ça, des trucs qu'on donne en fait à des jeunes enfants parce que lui, au niveau de la maturité, ce n'était pas extraordinaire donc... C'était vraiment un encadrement quotidien, à la pièce. » (31- 257)*

*« Pour un déficit de l'attention là, du Pepsi Cola, laissez-moi vous dire que c'est dans le très contre-indiqué. Alors imaginez quel après-midi il faisait ! » (42-110)*

Pour ce qui est des interventions spécifiques en lien avec le trouble de l'attachement, deux situations cliniques ont été utilisées afin d'approfondir cette analyse. Tout d'abord, la stabilité est apparue comme une nécessité dans l'intervention. Ensuite, le fait d'éviter de faire vivre à l'enfant un sentiment de rejet ou d'exclusion et d'instaurer une prévisibilité dans la routine de l'enfant sont aussi mentionnés comme des facteurs ayant facilité l'intervention.

*« C'est sûr que la stabilité, c'est vraiment le mot d'ordre en intervention avec un enfant en trouble d'attachement. » (32-407)*

*« Alors ça faisait déjà plusieurs mois qu'il était sur le seuil de la porte, que moi j'essayais d'expliquer qu'avec un trouble d'attachement là, s'il est toujours menacé de pas coucher là à soir ou d'aller en centre d'accueil, on réactive toujours son ambivalence et son anxiété et... alors c'était l'escalade entre madame et lui là! Et on n'a pas réussi à faire renverser la vapeur. Alors il lui a dit ça alors là on l'a retiré pour l'amener en foyer de groupe cinq jours. » (42-458)*

*« C'est sûr et certain qu'on a informé beaucoup les gens qui transitaient autour d'elle, à savoir les enseignants au niveau de la problématique parce que les enseignants, entre autres, ce qu'ils faisaient quand elle dérangeait dans le groupe, ils l'envoyaient dans le corridor donc elle se sentait rejetée. Ce n'est pas très très long là en trouble d'attachement, mise à part et tout ça. Alors que l'enfant elle-même, des fois, s'en allait s'isoler en arrière d'un*

*casier, dans le fond de la classe, parce qu'elle devait diminuer son anxiété et c'était la manière qu'elle avait trouvé de s'isoler, pour gérer cette anxiété-là. Donc quand l'éducatrice est allée en milieu scolaire, elle a dit... pourquoi ne mettriez-vous pas un petit bureau à côté du classeur dans le fond de la classe et lui dire... regarde, je pense que là, c'est difficile pour toi, retire-toi toi-même... va dans la classe au fond, assis-toi là et ça marche! Top! Numéro un! Ça marche très bien. » (32- 391)*

Dans l'intervention auprès d'un jeune qui présente un syndrome d'Asperger, l'environnement physique ainsi que les différents sens sont à considérer. L'utilisation d'images et l'importance de l'encadrement sont ressorties comme des caractéristiques ayant facilité l'intervention avec ce jeune (n=1).

*« Il faut vraiment... on utilise beaucoup des images, des fois... et ça dépend des syndromes d'Asperger, mais il y en a que le toucher, quand on peut leur toucher, bien exemple, eux peuvent avoir l'impression que les vêtements peuvent être comme du papier sablé,[...] il nous comprend et tout ça, ça va bien, mais il faut adapter notre intervention à certaines choses. C'est un jeune qui a besoin d'un encadrement, d'un horaire. Admettons à 10 h 00 il se passe telle affaire, à 11 h 00 tu étudies...Il a son horaire pour la fin de semaine et il a son horaire pour la semaine. » (62-76)*

*« [...] moi ça, ça m'a vraiment permis de m'ajuster et de m'adapter dans ma façon d'intervenir. Entre autres, les consignes, de pas lui donner... et aussi la mère... après on a ramené ça à la mère parce que exemple... elle lui disait... fais ton lit, va te brosser les dents et tu feras ton ménage, tu laveras ton bain mettons. Hé! Tout ça en même temps là c'était... c'était trop. Lui, c'est une affaire vraiment à la fois. C'est tout des petits trucs comme ça qu'elle nous a donnés, qui nous ont permis de vraiment que les pictogrammes... tu sais, on savait déjà que ça avait du succès ça, mais peut-être pas à ce point-là pour en faire vraiment l'outil principal... » (62-398)*

D'après l'analyse des informations obtenues à la suite des entrevues semi-dirigées, en ce qui à trait aux caractéristiques de l'intervenant ayant contribué à influencer positivement et négativement le niveau de participation sociale des jeunes avec un trouble mental, trois caractéristiques principales sont retenues. L'expérience de l'intervenant a été mentionnée comme facteur positif dans les situations où l'intervenant était en mesure, par ses observations, discussions cliniques, lectures ou autres, de trouver des informations

afin de mieux intervenir auprès du jeune. Cependant, le manque de temps pour rechercher ces informations a été identifié comme un facteur ayant entravé l'intervention. Dans un deuxième temps, bien que plus difficile à démontrer cependant, les sentiments et les attitudes de l'intervenant sont mis en relief comme facteurs d'influence sur l'intervention. Des sentiments comme l'espoir et l'encouragement sont davantage associés à des facteurs positifs d'intervention contrairement à des sentiments tels que la déception, l'épuisement, l'impuissance et la frustration. Enfin, quelques interventions spécifiques ont été utilisées auprès de jeunes présentant certains troubles mentaux dont le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, le trouble de l'attachement et le syndrome d'Asperger. Il est précisé par les répondants que ces interventions se sont avérées à l'avantage des jeunes suivis.

**Tableau 8**  
Synthèse des facteurs facilitant ou faisant obstacle à l'intervention  
auprès des jeunes présentant des troubles mentaux

Catégorie	Facteurs facilitants	Facteurs entravants
<b>Caractéristiques du jeune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Création d'un lien significatif envers une famille d'accueil;</li> <li>➤ Absence de conflit de loyauté chez le jeune entre l'attachement qu'il porte envers son parent et la famille d'accueil;</li> <li>➤ Attitude d'ouverture et de confiance;</li> <li>➤ Prise de médication respectée;</li> <li>➤ Bas âge de l'enfant par rapport à un trouble non structuré et âge avancé en lien avec le niveau de maturité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bris d'un lien significatif envers une famille d'accueil;</li> <li>➤ Attitude de fermeture;</li> <li>➤ Prise de médication non respectée;</li> <li>➤ Absence de médication.</li> </ul>
<b>Caractéristiques familiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acceptation du placement par le parent;</li> <li>➤ Parent permet l'investissement du jeune dans sa famille d'accueil;</li> <li>➤ Stabilité du milieu de vie et des personnes gravitant autour du jeune;</li> <li>➤ Création d'un lien entre le jeune et sa famille d'accueil;</li> <li>➤ Soutien et compréhension auprès des familles d'accueil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Présence d'un conflit de loyauté chez le jeune entre l'attachement qu'il éprouve envers son parent et sa famille d'accueil;</li> <li>➤ Instabilité du parent;</li> <li>➤ Bris d'un lien entre le jeune et sa famille d'accueil;</li> <li>➤ Manque de soutien, épuisement et désistement de la famille d'accueil auprès du jeune.</li> </ul>

Tableau 8 (suite...)

<b>Caractéristiques organisationnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Responsabilité partagée entre les collègues et les différents partenaires de services;</li> <li>➤ Réalisation d'un plan de service individualisé [PSI] et intersectoriel [PSII] ;</li> <li>➤ Présence d'un traitement individualisé;</li> <li>➤ Stabilité et continuité dans l'intervention;</li> <li>➤ Accessibilité, disponibilité, continuité des services et mise en place rapide des services;</li> <li>➤ Intervention en partenariat avec l'équipe d'intervention jeunesse;</li> <li>➤ Intensité du suivi;</li> <li>➤ Soutien offert aux familles d'accueil;</li> <li>➤ Formation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Responsabilité non partagée entre les collègues et les différents partenaires de services;</li> <li>➤ Absence de traitement individualisé;</li> <li>➤ Faible stabilité et continuité dans l'intervention;</li> <li>➤ Faible accessibilité et disponibilité ainsi que mise en place lente de services;</li> <li>➤ Lourdeur administrative;</li> <li>➤ Manque de compréhension envers les familles d'accueil;</li> <li>➤ Une charge de travail non adaptée à l'intensité du suivi exigé.</li> </ul>
<b>Caractéristiques liées aux intervenants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expérience professionnelle (discussions cliniques, rencontres d'informations, etc);</li> <li>➤ Sentiments d'espoir et d'encouragement dans le suivi;</li> <li>➤ Utilisation d'interventions spécifiques auprès du jeune en lien avec les symptômes associés à la maladie mentale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manque de temps pour acquérir des compétences;</li> <li>➤ Sentiments d'épuisement, de déception et de frustration reliés au suivi.</li> </ul>

*CHAPITRE 6*

*DISCUSSION*

Ce dernier chapitre discute des résultats obtenus dans cette étude, le tout en cohérence avec les objectifs qui étaient visés et avec le cadre théorique retenu. La première partie sera consacrée aux facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Plus spécifiquement, il sera question des facteurs liés aux jeunes, aux familles, à l'organisation des services ainsi qu'aux intervenants. Les principaux constats qui ressortent de l'étude seront ici présentés et discutés. Ceux-ci suggèrent l'importance d'une perspective interactionnelle ou biopsychosociale dans le cheminement des jeunes présentant des troubles mentaux. En effet, les résultats de la présente étude suggèrent que la participation sociale des jeunes est tributaire de facteurs individuels et environnementaux (famille et services), ce qui va dans le sens du cadre conceptuel retenu pour la présente étude, c'est-à-dire le modèle de processus de production du handicap (modèle PPH) (voir le chapitre 3). Dans un deuxième temps, l'apport de cette recherche au champ des connaissances dans le domaine des sciences sociales ainsi que dans l'intervention auprès de cette clientèle sera abordé. Enfin, certaines recommandations seront proposées et la présentation des perspectives d'avenir conclura ce chapitre.

### **6.1 Les facteurs qui influencent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux au Centre jeunesse Lac-Saint-Jean**

Les professionnels s'entendent généralement pour dire qu'il n'existe pas de cause unique aux troubles mentaux, mais que ce sont plutôt plusieurs facteurs qui sont susceptibles d'influencer leur apparition (Dionne et al., 2008). Cette idée renforce la pertinence du modèle utilisé dans cette étude comme cadre de référence. En effet, le modèle PPH sélectionné dans l'étude actuelle stipule que la participation sociale d'un

individu, ou son opposé, une situation de handicap social résulte de l'interaction entre des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie (voir le chapitre 3 pour la description du cadre conceptuel). Donc, selon ce modèle, la résultante d'un handicap s'explique par la présence de facteurs multiples en interaction entre eux. À cette réalité s'ajoutent également des facteurs de risque qui contribuent à interagir également entre eux. Bien que cette recherche ne se soit pas précisément attardée aux facteurs de risque dont ce modèle fait mention, la littérature indique que plusieurs facteurs de risque sont présents dans un grand nombre de situations en centre jeunesse tels que la pauvreté, l'exposition à des substances psychoactives au stade fœtal, la toxicomanie et l'alcoolisme des parents, la consommation de drogue et d'alcool chez les jeunes, la malnutrition, les perturbations familiales, la maladie mentale d'un parent, les mauvais traitements, l'isolement, la naissance prématurée d'un enfant et un poids insuffisant à la naissance (Dionne et al., 2008). À l'instar du modèle PPH, ces mêmes auteurs mentionnent que si les facteurs de risque contribuent à mieux comprendre l'apparition des troubles mentaux, d'autres facteurs sont également des atouts pour l'intervention et c'est précisément le cas des caractéristiques émergentes de la présente étude. Tel que l'a démontré la recherche, il n'est pas toujours possible d'agir sur certains facteurs. C'est le cas de l'âge du jeune au moment de l'intervention, son attitude face au suivi, le type et le nombre de diagnostic(s) présent(s) et la présence d'un conflit de loyauté chez ce dernier qui se trouve déchiré entre son lien envers son parent et la famille d'accueil. Cependant, les intervenants peuvent tout de même centrer leurs efforts sur les caractéristiques qu'ils contrôlent en tout ou en partie; on pense, entre autres, aux facteurs de protection. En effet, ceux-ci regroupent les caractéristiques personnelles, familiales ou

environnementales (organisationnelles ou de l'intervenant) qui protègent les jeunes se retrouvant dans des conditions adverses, ce qui constitue les thèmes centraux de la présente étude. Avec l'identification de ces caractéristiques de protection, il est maintenant plus réaliste d'espérer l'atténuation des impacts négatifs de ces conditions sur le jeune (Dionne et al., 2008).

### 6.1.1 Les caractéristiques du jeune

Dans cette section, il sera question des caractéristiques du jeune exerçant une influence sur l'intervention. À titre indicatif seulement, le diagnostic et la présence de troubles concomitants seront abordés ainsi que le milieu de vie du jeune et enfin son âge au moment où a été réalisée l'intervention.

Selon les informations obtenues par l'entremise des participants de l'étude quant au profil des jeunes, le diagnostic le plus répandu dans les 12 situations cliniques répertoriées est le TDA/H. En effet, 83,3 % des jeunes ciblés par les intervenants lors des entrevues étaient touchés par ce trouble. Les résultats obtenus ici rejoignent ceux d'autres études réalisées au sein des centres jeunesse de la province. En effet, Dionne (2005) indique que le TDA/H se retrouve chez 73,2 % des jeunes qui ont un dossier pédopsychiatrique en foyer de groupe et en centre de réadaptation au Centre jeunesse de Québec. Par ailleurs, les résultats du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007) abondent dans le même sens. En effet, à travers une étude visant à tracer le profil des jeunes souffrant de troubles mentaux et hébergés en centre de réadaptation, les chercheurs ont identifié que 90 % des jeunes issus de la région

du Saguenay–Lac-Saint-Jean avaient ce diagnostic (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007).

En ce qui concerne le trouble réactionnel de l'attachement, les résultats obtenus ici sont supérieurs aux données d'autres études sur les jeunes recevant des services du centre jeunesse. En effet, dans notre étude, 50 % des jeunes avaient un tel diagnostic, ce qui représente ici le deuxième en importance après le TDA/H, alors que les données recueillies par le Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007) indiquent une proportion de 39,4 % de jeunes touchés par ce trouble. Ce dernier taux ne concerne cependant que les jeunes hébergés en centres de réadaptation. Il est possible de penser que les résultats d'une étude regroupant tous les milieux de vie où évoluent ces jeunes en centre jeunesse se rapprocheraient davantage des résultats obtenus dans la présente étude.

Le trouble oppositionnel avec provocation est associé à 33,3 % des situations cliniques sélectionnées dans l'étude. Pauzé et ses collègues (2004) ont eux aussi identifié dans leur recherche que 36 % des jeunes du groupe d'âge 6-11 ans présentaient un diagnostic de trouble oppositionnel.

Outre la présence d'au moins un trouble mental chez les jeunes ciblés dans l'étude actuelle, il est constaté la présence simultanée de plus d'un trouble chez ces mêmes jeunes. Or, les troubles en concomitance sont apparus comme prépondérants dans l'étude en raison du nombre élevé de jeunes qui en souffrent. En effet, un nombre plus important

de jeunes (58,3 %) présentaient des troubles en concomitance contrairement à ceux qui n'avaient qu'un seul diagnostic au dossier (41,6 %). Les proportions obtenues dans cette étude sont supérieures à celles identifiées par le Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007) où 25 % des jeunes affichaient un cumul de diagnostics. Cette proportion plus élevée observée ici pourrait s'expliquer par le fait que les répondants de notre étude ont ciblé des jeunes vivant des difficultés plus importantes, notamment en ce qui concerne leur fonctionnement social. En effet, puisque la gravité des problèmes en santé mentale s'exprime partiellement par le degré de fonctionnement d'un jeune, il est possible de penser que les jeunes qui vivent davantage de conséquences négatives dues à la présence de troubles mentaux en concomitance auront également un niveau de participation sociale plus faible que ceux ne présentant qu'un seul trouble. Cette raison pourrait en partie expliquer ce pourcentage plus élevé. À première vue, on pourrait conclure que les personnes ayant un seul diagnostic ont un meilleur niveau de participation sociale que celles aux prises avec deux diagnostics ou plus. Cependant, les résultats de notre recherche ne vont pas en ce sens. En effet, on remarque que quatre jeunes n'ayant qu'un seul diagnostic se retrouvent dans la catégorie à bas niveau de participation sociale comparativement à un jeune présentant des troubles en concomitance (n=5) se retrouvant dans la catégorie de bas niveau de participation sociale. En ce qui concerne les jeunes présentant un haut niveau de participation sociale, deux jeunes présentent un seul diagnostic contrairement à cinq jeunes ayant des troubles en concomitance. Ces résultats étonnants suscitent la réflexion. Les explications les plus plausibles résident dans le fait que la majorité des jeunes qui présentent un seul diagnostic répondent également à la symptomatologie d'autres troubles non

diagnostiqués. En effet, sur les quatre jeunes présentant un seul diagnostic associés à un bas niveau de participation sociale, deux d'entre eux montrent également des symptômes s'apparentant à d'autres troubles dont, le trouble sévère de l'attachement, le syndrome d'alcoolisation fœtale, le trouble des conduites, le trouble d'opposition avec provocation, le trouble de personnalité ainsi qu'une déficience intellectuelle. Cependant, ces jeunes n'ont pas reçu de diagnostic formel relativement à ces troubles. De plus, il est possible que l'absence de prise de médication régulière ou son interruption puisse expliquer le bas niveau de participation sociale de ces jeunes en dépit de la présence d'un seul diagnostic. Il s'agit cependant d'une analyse sommaire des résultats puisque, comme l'ont démontré la recherche et le cadre théorique utilisé, une multitude de facteurs interagissent entre eux dans le processus de production d'un handicap. Bien que certains facteurs pourraient démontrer davantage d'influence sur la gravité des symptômes en santé mentale et l'évolution de la maladie, la prise en considération d'un ensemble de facteurs consiste en une avenue plus exhaustive de compréhension de la maladie mentale chez ces jeunes. Il est important de préciser qu'outre l'amélioration chez certains jeunes de leur niveau de participation sociale, les répondants ont également souligné une fluctuation du niveau de participation sociale de ces mêmes jeunes se situant tantôt sur une échelle de haut niveau de participation sociale et plus tard sur une échelle de bas niveau et vice versa. Par exemple, un même jeune présentant un haut niveau de participation sociale aurait également pu se retrouver, il y a un an, dans la catégorie de bas niveau de participation sociale, ce qui représente bien l'instabilité généralement associée à ce type de dossier.

La littérature portant sur la cooccurrence des troubles mentaux précise que les jeunes présentant, entre autres, un diagnostic de TDA/H jumelé au trouble oppositionnel ont davantage de difficultés dans leurs relations interpersonnelles, notamment en raison de leur impulsivité, de leur tendance égocentrique, de leurs actions persécutrices et de leur isolement (Harada, Yamazaki et Saitoh, 2002). De surcroît, lorsque pris isolément, le TDA/H et le trouble oppositionnel ont moins de répercussions sur les relations amicales que lorsqu'ils sont associés. L'étude de Toupin, Déry, Pauzé, Mercier et Fortin (2000) soutient également que les problèmes de comportement les plus graves sont ceux qui découlent de la présence d'un TDA/H en concomitance avec un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites.

Finalement, l'âge du jeune au moment de l'intervention a été mentionné par deux répondants comme un facteur ayant facilité l'intervention et ce, dans une situation de bas niveau et de haut niveau de participation sociale. Les résultats obtenus indiquent, dans le premier cas, que le jeune âge d'un enfant a favorisé l'intervention alors que dans le deuxième cas, la maturité d'une adolescente plus âgée a aussi facilité l'intervention. Dans la première situation, on peut penser que le fait d'être intervenu précocement auprès d'un jeune en bas âge a pu faciliter l'intervention puisque le trouble mental n'est pas encore cristallisé. Des études longitudinales démontrent effectivement l'importance d'intervenir tôt dans le dépistage des troubles mentaux considérant les liens qui existent entre ces troubles et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte (MSSS, 2005). De plus, Martel et Harton (2005) stipulent également que l'intervention précoce est un consensus lorsqu'il s'agit de santé mentale et qu'il faut être en mesure d'identifier

rapidement les besoins des jeunes. En ce qui concerne la deuxième situation, on peut penser que le niveau de maturité est en partie responsable de l'amélioration de la situation.

### **6.1.2 Les caractéristiques de la famille**

Certaines caractéristiques de la recherche ont été comparées avec celles obtenues dans diverses études portant sur les facteurs familiaux. Nous aborderons ici le soutien offert aux familles et la stabilité que celui-ci procure aux jeunes.

D'abord, cette recherche a mis en évidence l'importance du rôle des familles d'accueil dans la vie des jeunes présentant des troubles mentaux; ce rôle ne peut cependant être accompli adéquatement sans que leur soit offert un soutien professionnel. Plus spécifiquement, de nombreux bénéfices associés au soutien offert aux familles d'accueil se dégagent de la présente étude, notamment la prévention de l'épuisement et du désengagement. L'écoute des besoins des familles apparaît un élément incontournable. Bien qu'il soit ressorti de la recherche la nécessité de soutenir les familles d'accueil tant par la compréhension de leur vécu que par des mesures de répit, la littérature propose peu d'informations sur ce sujet, si ce n'est les avantages tirés du soutien offert aux intervenants. Cependant, les résultats de la recherche s'accordent avec l'information rapportée par Martel et Harton (2005) voulant que le soutien insuffisant accordé aux familles d'accueil qui oeuvrent auprès d'une clientèle multiproblématique peut provoquer un épuisement des ressources. Ces auteurs font également ressortir d'autres facteurs de risque en ce qui concerne la clientèle multiproblématique, c'est-à-dire le manque de

ressources dans les services de pédopsychiatrie, le manque de service en santé mentale, l'absence de moyens et d'interventions qui démontrent des résultats positifs et le manque de connaissance (Martel et Harton, 2005). Cette réalité va à l'encontre du principe directeur prôné par le MSSS visant l'efficacité des services. En effet, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 préconise une organisation des ressources disponibles de nature à obtenir un rendement optimal (MSSS, 2005). Le concept d'optimisation des ressources s'avère cependant opposé à la réalité où les familles d'accueil se retrouvent dans un contexte d'épuisement.

D'autre part, tous les répondants de la recherche ont aussi identifié la stabilité comme une variable d'influence dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent des troubles mentaux. Si on s'intéresse à cette variable dans la littérature, on constate que les jeunes suivis en centre jeunesse sont sujets à vivre davantage d'instabilité. L'impact probable sur ces jeunes préoccupe les chercheurs et les amène à insister davantage sur l'importance de garantir de la stabilité à ces jeunes. En effet, Gaumont, Charbonneau et Daigle (2007) exposent que le vécu des jeunes en unité de traitement individualisé [UTI] se caractérise par de l'instabilité. Ils décrivent que ces jeunes ont connu au cours de leur existence de nombreux déménagements et de multiples changements de milieux de vie et d'institutions scolaires. Les auteurs ajoutent que ces jeunes proviennent pour la plupart de familles éclatées, monoparentales ou recomposées. Steinhauer (1993), connu pour ses études portant sur les troubles de l'attachement, affirme que ce dont les enfants placés ont le plus besoin, c'est d'avoir la chance de poursuivre leur développement dans une famille

qui leur apporte la stabilité et se montre sensible à leurs besoins, ce qui va dans le même sens que les résultats obtenus dans la présente étude.

### **6.1.3 Les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services**

En ce qui a trait à l'influence des caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services sur l'intervention des jeunes aux prises avec un ou des troubles mentaux, la présente étude confirme plusieurs informations tirées de la littérature. C'est le cas de la responsabilité partagée, du traitement individualisé, de la stabilité et de la continuité dans l'intervention, de l'accessibilité et de la disponibilité des services et, enfin, de la formation chez les intervenants.

Tout d'abord, les résultats de recherche confirment à l'unanimité le caractère positif de la responsabilité partagée d'un dossier entre les différents intervenants ou services en place. On entend par responsabilité partagée, la collaboration intraorganisationnelle, interorganisationnelle et intersectorielle. La cointervention entre collègues d'un même établissement est donc incluse dans cette catégorie ainsi que le partenariat entre les dispensateurs de services auprès du jeune que ce soit le milieu scolaire, les services médicaux, psychologiques ou ceux offerts par le centre local des services communautaires (CLSC), le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et physique (CRDP), ou tout autre organisme. C'est, entre autres, par l'actualisation d'un plan de service individualisé intersectoriel (PSII) que cette affirmation prend tout son sens. On constate ainsi que la collaboration est un facteur considéré comme aidant dans la présente recherche. Plusieurs études confirment

également l'influence de la responsabilité partagée dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse (Bourget, 2002; Dionne, 2008; Gaumont et al., 2007; MSSS, 2005). En effet, Bourget (2002) rapporte que la responsabilité partagée implique que chaque niveau d'intervention contribue à une partie de la solution. Par conséquent, plutôt que de renforcer une attitude d'évitement où chacun des secteurs d'intervention réfère à un secteur plus spécialisé en raison de la complexité de la situation, chaque niveau d'intervention gère au contraire la partie qui lui revient avec les sentiments d'impuissance qui l'accompagnent. De cette façon, puisque la responsabilité du dossier se trouve partagée, il est possible de penser qu'il en est de même pour le sentiment d'impuissance vécu chez les intervenants relativement à ces situations. En raison du partage des situations entre collègues (que ceux-ci travaillent ou non pour le même établissement), le PSII permet la concertation et le soutien par l'entremise des services en place. Ce modèle réduit donc le sentiment d'isolement exprimé par les intervenants dans ce type de dossier de même que le risque d'épuisement associé à la gestion des dossiers complexes.

Dans le même ordre d'idée, le concept de la responsabilité partagée privilégie l'union des différents champs d'expertise à l'avantage de la fragmentation des services. Cette pensée est défendue par Dionne et al. (2008) qui suggèrent d'intégrer les connaissances de plusieurs acteurs de différentes disciplines dans le but d'offrir les meilleurs services possibles aux jeunes. L'intervention en santé mentale devrait donc, selon cette étude, être portée par une équipe de travail et non par une seule personne. Cette affirmation témoigne de la complexité des situations rencontrées chez ces jeunes et

de la rareté d'expertise spécialisée en ce domaine. De surcroît, puisque la mission première des centres jeunesse est celle d'assurer la protection des enfants, Dionne et ses collègues (2008) ajoutent que ces établissements ne peuvent offrir à eux seuls tous les services en santé mentale nécessaires. Par conséquent, cette perspective amplifie la nécessité de raffermir le partenariat entre les milieux et les ressources qui sont en lien avec ces jeunes, dont les services de première ligne et ceux de pédopsychiatrie renforçant ainsi l'importance du concept de responsabilité partagée.

À l'instar de ces recherches, Gaumont et al. (2007) accentuent l'intérêt porté à la responsabilité partagée en précisant que le travail de concertation d'une équipe multidisciplinaire est une condition essentielle pour répondre aux besoins de la clientèle présentant une double problématique en plus d'assurer un soutien clinique aux professionnels impliqués. Ces auteurs décrivent que l'équipe multidisciplinaire, la cohésion de l'équipe, la collaboration avec les partenaires sont autant d'éléments facilitants. Cette caractéristique va donc dans le même sens que l'information véhiculée dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) voulant que le partenariat entre les intervenants soit une clé de succès. Selon cette source, le partenariat et la collaboration entre les fournisseurs de services et avec les ressources de la communauté sont nécessaires et représentent des gages de qualité (MSSS, 2005). En dépit de ces affirmations, la présente étude met cependant en lumière que la collaboration ne va pas nécessairement de soi en ce qui concerne l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux. Plusieurs difficultés liées à la collaboration ont été exposées ici. Ainsi, il s'agit toujours d'un objectif à actualiser. Les orientations

stratégiques 2010-2013 du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean confirment la préoccupation portée à l'atteinte des objectifs de responsabilisation partagée, de collaboration et de partenariat avec les différents services. En effet, le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean vise, dans ses orientations des prochaines années, à responsabiliser chacun à son niveau, à joindre la communauté dans l'intervention, à favoriser le transfert des compétences, à prioriser les processus en place et enfin, à assurer l'échange entre les différents services (Riverin, Bouchard et Gauthier, 2010). Ces orientations rejoignent ainsi les caractéristiques organisationnelles soulignées comme favorisant l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux.

Les résultats de la présente recherche démontrent également que l'élaboration d'un PSII pour un jeune actualise cette collaboration et ce partenariat bonifiant par le fait même l'intervention auprès du jeune. Le PSII, établi entre les différents services, est donc défini comme un facteur d'influence positive dans l'intervention. L'importance de la concertation à travers l'élaboration de PSII constitue l'une des recommandations proposées par le CCSS (2004) témoignant du souci d'assurer la pertinence des services, leur complémentarité et leur continuité.

Les résultats obtenus de notre étude soulignent également l'importance attribuée par les intervenants aux traitements individualisés réservés aux jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse. Ce type de traitement peut prendre plusieurs formes puisqu'il s'adapte aux besoins spécifiques du jeune. Il se dégage de la présente recherche que le fait de diminuer les attentes envers le jeune en ciblant de petits objectifs

dans l'intervention et de centrer son attention sur des objectifs prioritaires sont considérés comme des interventions favorables. Plusieurs auteurs attestent également des bienfaits que génère le traitement individualisé chez les jeunes souffrant de troubles mentaux (Gaumont et al., 2007; Steinhauer, 1993; Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007).

À cet effet, Gaumont et al. (2007) mentionnent que les intervenants doivent parfois se satisfaire de la compréhension des problématiques et des comportements de la clientèle plutôt que d'espérer des changements spectaculaires. Plus particulièrement, certains intervenants qui ont participé à leur recherche insistent sur l'importance d'ajuster leurs attentes en acceptant que le changement est un long processus. De surcroît, Steinhauer (1993) ajoute, par rapport à la psychothérapie chez les enfants ayant souffert d'abus ou de négligence, que dans leur désir d'aider les enfants, plusieurs intervenants des services sociaux entretiennent des attentes bien peu réalistes. Steinhauer (1993) précise que des attentes exagérées risquent de conduire à une épreuve non seulement inutile, mais qui peut s'avérer désastreuse à bien des égards.

Selon les répondants de l'étude de Gaumont et al. (2007), le traitement individualisé a un impact réel sur le jeune. C'est à travers l'interprétation des comportements selon la dynamique de chaque client, la reconnaissance des particularités individuelles et l'application de stratégies d'intervention propres à chaque problématique que prend forme ce type de traitement. Il est donc possible de mettre en place des conditions spécifiques à chacun des jeunes et des conséquences différentes pour un même

geste posé. Cette recherche révèle que les interventions particulières peuvent s'observer à travers des privilèges, des conséquences, des façons de faire, des exigences et des durées d'intervention différentes pour chacun. Une importance capitale est donc attribuée à l'interprétation du non-respect des règles selon la compréhension de la dynamique et de la problématique du jeune.

Le traitement individualisé est par conséquent défini comme un moyen à prendre en compte dans l'élaboration d'un plan d'intervention (Gaumont et al., 2007; Martel et Harton, 2005; Dionne, 2005). Par exemple, un participant à la présente recherche indique que l'aménagement des lieux physiques peut s'avérer un élément exerçant un impact sur le niveau de fonctionnement d'un jeune et est identifié comme aidant. Il est en effet mentionné que :

*« Parce que les enseignants, entre autres, ce qu'ils faisaient quand la jeune dérangeait dans le groupe, ils l'envoyaient dans le corridor, donc elle se sentait rejetée, ce n'est pas très très long là en trouble d'attachement, mise à part et tout ça. Alors que l'enfant elle-même des fois s'en allait s'isoler en arrière d'un casier, dans le fond de la classe, parce qu'elle devait diminuer son anxiété et c'était la manière qu'elle avait trouvée de s'isoler, pour gérer cette anxiété-là. Donc quand l'éducatrice est allée en milieu scolaire, elle a dit... pourquoi ne mettriez-vous pas un petit bureau à côté du classeur dans le fond de la classe et dire à la jeune... regarde, je pense que là c'est difficile pour toi, retire-toi toi-même... va dans la classe au fond, assis-toi là et ça marche! Top! Numéro un! » (32-391)*

Certains auteurs corroborent également cette idée dont Gaumont et al. (2007). Ces derniers rapportent qu'il est préférable, lors de l'attribution des places en classe, de situer près d'une porte les jeunes présentant un trouble de personnalité paranoïaque ainsi que ceux possédant un caractère plus explosif. De plus, chez les jeunes pour lesquels la proximité physique entraîne un malaise important, il est recommandé d'opter pour des

classes à superficie plus grande diminuant ainsi cette proximité. Pour les jeunes plus sensibles, des classes munies de rideaux permettraient d'avoir un meilleur contrôle de la lumière et de la chaleur.

En plus de la responsabilité partagée et du traitement individualisé, d'autres caractéristiques organisationnelles de l'établissement et du réseau de services ont été identifiées dans la recherche pour leur influence notoire dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse. En effet, l'accessibilité et la disponibilité des services, la continuité dans l'intervention ainsi que la stabilité des professionnels aux dossiers ont été mentionnées par les répondants de la présente étude comme des caractéristiques essentielles dans l'intervention en santé mentale. Le délai de mise en place d'un service est également apparu comme une caractéristique importante relativement à la disponibilité d'un service.

Tout d'abord, les résultats de la recherche démontrent l'influence qu'exercent l'accessibilité et la disponibilité des services dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse. Concrètement, l'intervention a été facilitée lorsque le service s'est montré facilement accessible et disponible. Cependant, un service difficilement accessible a nuit à la situation du jeune. L'accessibilité des services est également un élément à considérer selon le CCSS (2004). En effet, ce comité souligne que même si les jeunes sont pris en charge avec plus ou moins de succès par les réseaux existants, on constate encore le cas de jeunes qui, en raison de la complexité de leurs problèmes, éprouvent des difficultés à obtenir les

services requis. Ce problème apparaît comme l'axe principal d'intervention pour l'année 2008-2009 du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui, malgré une augmentation des signalements lors de l'année précédente, vise à maintenir l'accessibilité et assurer une réponse aux besoins des jeunes (Riverin et Lemieux, 2009). À l'égard de la disponibilité, l'étude actuelle démontre que le manque de disponibilité des services ou la rareté des ressources spécialisées au Saguenay–Lac-Saint-Jean sont apparus comme ayant une influence négative dans l'intervention en référence à la situation de trois jeunes. Le CCSS (2004) confirme l'importance qu'occupe cette caractéristique dans l'intervention auprès des jeunes suivis en centre jeunesse. Cette préoccupation a fait également l'objet de réflexion dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) qui reconnaît l'importance d'offrir localement des services de santé mentale de première ligne de qualité et d'assurer un passage fluide vers des services spécialisés et surspécialisés lorsque cela est nécessaire.

Un répondant de la présente recherche a souligné la lenteur de la mise en place d'un service comme une influence négative dans l'intervention. En considérant l'ampleur accordée par l'intervenant relativement à cet élément, le délai de mise en place de service a donc été retenu comme caractéristique pour les fins de la discussion. Il est ainsi mentionné qu'un service mis en place rapidement a facilité l'intervention auprès d'un jeune. À l'instar de ce résultat, le délai de mise en place des services est aussi considéré par le CCSS (2004) comme un élément d'influence sur les jeunes. Par souci de considération pour cette caractéristique, le comité recommande donc une mise en place rapide et synchronisée des services. Cette recommandation spécifie qu'une attente trop

longue peut entraîner des conséquences néfastes aggravant les problèmes des enfants et des jeunes et peut entraver leur développement (MSSS, 2005). On insiste alors sur l'importance de fournir rapidement les services nécessaires dans l'ensemble des régions.

Dans la gestion des listes d'attente, le CCSS recommande aussi des délais limités pour assurer le traitement des dossiers les moins urgents (CCSS, 2004). Enfin, les jeunes vivant de multiples problèmes, même s'ils ne constituent qu'une petite minorité des jeunes visés par les services spécialisés, devraient être traités en priorité avec l'adoption rapide des recommandations sur la mise en place d'un mécanisme régional de règlement des litiges et de soutien à l'imputabilité des établissements (CCSS, 2004).

La continuité des services s'est démarquée dans la recherche comme un facteur d'influence positive dans cinq situations cliniques rapportées. Tout comme le fait ressortir la présente étude, le MSSS (2005) identifie également la continuité comme un principe directeur de son Plan d'action en santé mentale. En effet, on y fait mention de la nécessité de répondre aux besoins des jeunes en assouplissant les frontières qui balisent les interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la continuité des services. Les orientations stratégiques du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean visent également à favoriser la continuité de l'intervention et la stabilité des enfants à l'intérieur d'un réseau intégré de services (Riverin et Lemieux, 2009).

Enfin, les répondants de la recherche actuelle ont mentionné que l'instabilité dans l'intervention a constitué une difficulté dans quatre situations cliniques répertoriées. Cette

instabilité s'est principalement caractérisée par les multiples changements d'intervenants œuvrant auprès des jeunes. Plusieurs études indiquent également que les changements fréquents d'intervenants ont des effets négatifs (D'Auray, 2005; Ouellet, 2000; Gauthier, 1999; Dozier, Cue, Barnett, 1994; Meunier, 1994). Cette caractéristique tire toute son importance lorsqu'on considère que les enfants des centres jeunesse vivent de multiples changements, notamment dans plusieurs cas, des situations de placement, des tentatives de réinsertion en milieu naturel, des déplacements d'une famille d'accueil à une autre ainsi que des changements d'intervenants assignés à leur situation familiale. D'Auray (2005) précise que l'instabilité physique et émotionnelle des enfants est parfois associée à une autre forme d'instabilité, c'est-à-dire le changement fréquent d'intervenants. Ces enfants sont donc confrontés à des ruptures qui se perpétuent, à une discontinuité de leurs liens d'attachement, que ce soit avec leurs parents, leur famille, leur milieu substitut, ou avec leur intervenant social (D'Auray, 2005). Dans le cas de jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux, on peut penser que leur vulnérabilité augmente en raison de leur fragilité émotionnelle, affective et psychologique. Par conséquent, l'impact de l'instabilité vécue chez ces jeunes peut donc s'avérer plus grand que chez ceux qui ne présentent pas de trouble mental. En effet, Dozier, Cue et Barnett (1994) mentionnent que bien qu'il y ait peu d'études empiriques portant à la fois sur la théorie de l'attachement et les pratiques professionnelles, ils stipulent que le rôle de l'intervenant serait déterminant dans une relation thérapeutique, car il servirait de modèle sécurisant pour les clients. La relation intervenant-client est comparée à celle d'un enfant avec son parent. Tout comme Dozier et al. (1994), Gauthier (1999) affirme qu'il est nécessaire de créer une relation de confiance pour contrer les résistances des clients qui ont souffert de carences majeures au

niveau de leurs besoins primordiaux, physiques et affectifs. Le facteur de changement essentiel serait la relation de confiance qui s'établit à travers la disponibilité émotionnelle, l'empathie, l'accessibilité de l'intervenant, la régularité et la continuité des contacts (Gauthier, 1999). À l'instar de ces auteurs, Meunier (1994) réitère que la première condition à assurer dans une relation thérapeutique est la continuité de l'intervention. Par conséquent, selon ces auteurs, sans intervenant stable, il n'y a ni relation, ni aide, ni changement et la mobilité du personnel ne permettrait pas l'assiduité de l'intervenant auprès de l'enfant et de ses parents. Parmi les impacts associés à la mobilité du personnel, la connaissance partielle ou fragmentée des situations cliniques de même que la discontinuité des interventions ont été mentionnées (D'Auray, 2005). Il ressort de cette dernière étude que les enfants placés vivent surtout un sentiment d'insécurité, de repli sur soi, de perte de confiance, un sentiment d'abandon, l'effritement de la relation d'aide, une expérience de déracinement, de la discontinuité dans les interventions, une rupture dans les relations et une diminution de la capacité à s'attacher lorsqu'ils doivent faire face à de nombreux changements d'intervenants. De surcroît, il est mentionné que lorsque les enfants en placement sont confrontés à de nombreux changements d'intervenants, ces enfants sont méfiants, se replient sur eux-mêmes et se détournent peu à peu de la relation d'aide. À force de cumuler des ruptures, ces jeunes ne cherchent plus à s'investir dans de nouvelles relations. Au contraire, ces enfants désirent plutôt éviter les rapprochements, craignant à nouveau d'être abandonnés (D'Auray, 2005). Les changements fréquents d'intervenants génèrent donc de l'instabilité chez les jeunes, ce qui s'avère être une conséquence de la composition des services (Ouellet, 2000). Tous les changements, que ce soit dans les milieux physiques ou dans les liens

relationnels, semblent démontrer que la structure de prise en charge des enfants en placement est marquée de discontinuité et de ruptures répétées alors qu'il est démontré que « toute carence est néfaste, toute rupture est néfaste, toute répétition de rupture après un nouvel essai de confiance est encore plus néfaste » (Gauthier, 1999). De surcroît, l'étude d'Auray (2005) démontre que la mobilité du personnel entraîne des conséquences importantes sur le devenir de jeunes en placement. Ce parallèle est également observé chez les jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux comme le prouvent les informations mentionnées dans la présente étude par les intervenants oeuvrant auprès d'eux.

L'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux ne peut être dissociée des tâches administratives à réaliser. En effet, il ressort de l'actuelle étude que le fait d'ajouter des responsabilités administratives aux responsabilités cliniques peut amener un sentiment de lourdeur chez les intervenants. Ce facteur est aussi mentionné dans l'étude de Gaumont et al. (2007). Si on se réfère aux participants de cette dernière recherche, ceux-ci mentionnent que les problématiques en santé mentale exercent en elles-mêmes une lourdeur dans l'intervention. Plusieurs des participants de l'étude de Gaumont et al. (2007) expliquent cette lourdeur en décrivant que les problématiques de ces jeunes sont en émergence et sont souvent mal définies. Les situations rencontrées exigent un espace pour ventiler et discuter des cas afin de permettre aux professionnels de mieux intervenir, mais aussi de libérer le stress vécu dans certaines situations et ce, de façon individuelle ou en équipe. Ce type de soutien clinique et professionnel est nécessaire pour éviter le surmenage et la mobilité du personnel.

Lorsqu'on ajoute à cela la compilation de mesures disciplinaires et la rédaction de notes évolutives, certains participants indiquent qu'ils négligeront les tâches administratives en raison d'une incapacité à répondre simultanément aux exigences demandées par l'intervention et par l'administration. La moitié des répondants de l'étude de Gaumont et al. (2007) affirme également manquer de temps pour la planification, la préparation des activités psychoéducatives et le retour nécessaire après les activités réalisées. Une fois encore, l'aspect clinique est priorisé en raison d'un manque de temps pour répondre aux exigences administratives de l'établissement tout comme l'ont mentionné les participants de l'actuelle étude.

La lourdeur de l'intervention auprès des jeunes présentant des troubles mentaux est donc parfois amplifiée par la portion administrative associée à la tâche. Dans la présente recherche, le service offert par l'équipe d'intervention jeunesse (EIJ) a été identifié comme allégeant le fardeau administratif dans certains contextes notamment lorsque cet organisme prend le rôle de ressource pivot en chapeautant, entre autres, l'élaboration du PSI ou du PSII, en assurant le suivi et en prenant en charge la mise en place de services nécessaires afin de répondre aux besoins du jeune. Ces bénéfices sont également confirmés par plusieurs ouvrages portant sur le sujet. Les équipes EIJ ont été conçues pour relever les défis les plus importants du réseau jeunesse. Ces équipes se consacrent essentiellement à l'intervention clinique d'une clientèle multiproblématique ou dans les cas complexes tels que ceux représentés par les jeunes souffrant de troubles mentaux. Comme l'indique le CCSS (2004), la mise en place de ces équipes vise à éliminer les zones grises et à favoriser les collaborations locales et régionales. Ces

équipes s'assurent de trouver des solutions adaptées pour la minorité des jeunes pour lesquels les arrimages entre les services et entre les secteurs sont complexes. De plus, ces équipes soutiennent les intervenants du réseau oeuvrant auprès de cette clientèle.

Si on se fie aux informations rapportées par les participants de la présente recherche, les objectifs des équipes d'intervention jeunesse sont atteints avec succès. En effet, en référence à l'évaluation globale des besoins des jeunes et à l'accessibilité des services requis, à la coordination quant à la mise en place et au suivi d'un plan de services individualisé, les équipes EIJ viennent mobiliser le réseau autour de ces jeunes tout en appuyant les intervenants. Cependant, outre le bilan positif dépeint par les résultats de l'étude actuelle et en dépit de la recommandation du CCSS (2004) qui vise l'implantation de ces équipes dans tous les réseaux locaux, deux des trois villes de la présente recherche ne bénéficient pas des services de l'EIJ.

Enfin, les participants de la recherche mentionnent ressentir quelquefois de l'impuissance envers les jeunes souffrant de problèmes multiples. Cette clientèle est susceptible de présenter des comportements déstabilisants, voire agressifs en raison d'une grande souffrance et place ainsi les intervenants aux frontières de leurs connaissances. Par conséquent, la formation est apparue comme bénéfique dans l'intervention. La modification des pratiques est un passage exigeant qui ne peut se faire sans l'apport de soutien et de formation (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007). Cette constatation ressort également dans l'étude de Gaumont et al. (2007) qui stipule que la majorité des participants considèrent la formation essentielle.

Ces auteurs ont procédé à l'évaluation de l'implantation du programme *Apprivoiser les différences* portant sur l'intervention en santé mentale et le trouble des conduites. Au terme de leur étude, la formation et les ateliers d'intégration ont été cités comme très appréciés des intervenants. Ces types d'activités ont permis aux professionnels d'apprendre à observer et à s'interroger davantage sur le sens du comportement et à y répondre en considérant la dynamique du jeune. La formation n'est cependant qu'une facette des nombreuses possibilités d'acquisition de connaissances chez les intervenants. En effet, afin d'assurer un suivi de qualité et dans le but d'augmenter la connaissance et la compréhension des intervenants qui travaillent auprès d'une clientèle vivant de multiples problèmes, il est également possible de compter sur la supervision, la consultation et le soutien professionnel (Bouchard et Lafortune, 2003). L'importance accordée à la formation renforce deux suggestions proposées par Koppelman (2004) quant aux actions à entreprendre en matière d'expertise en santé mentale, c'est-à-dire : l'augmentation de la formation des personnes qui travaillent dans ce domaine et la diffusion des meilleures pratiques. Selon Chen (2005), la formation est bénéfique au niveau de la qualification des professionnels, de leur compétence et de la motivation des différents acteurs ce qui peut également avoir un effet sur la qualité des services.

#### **6.1.4 Les caractéristiques de l'intervenant**

Un des objectifs de l'étude était de documenter en quoi les intervenants favorisent ou non le processus d'intervention auprès des jeunes ayant un trouble mental. Les répondants ont mentionné que leurs sentiments et attitudes exerçaient un impact sur

l'intervention ainsi que l'utilisation de certaines interventions spécifiques auprès des jeunes qui présentent des troubles mentaux en centre jeunesse.

Les participants de l'étude ont d'abord apporté des éclairages sur l'influence possible de leurs propres sentiments sur l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux tels que la patience, la frustration, la déception, mais également le sentiment d'impuissance. Cette information est corroborée par Gaumont et al. (2007) en similitude avec des intervenants travaillant en UTI auprès de jeunes qui présentent des troubles mentaux. En effet, on déclare dans cette étude que diverses qualités propres à l'intervenant sont nécessaires au travail en UTI. Les auteurs ajoutent que pour répondre adéquatement aux besoins des jeunes, les intervenants doivent effectuer des interventions auprès de cette clientèle en faisant « preuve de patience, de compréhension, de calme et de cohérence » (p.46), ce qui corrobore les informations rapportées dans la présente étude. Cet ouvrage décrit que l'intervenant en UTI doit avoir comme qualité l'humilité afin de reconnaître qu'il est toujours en apprentissage et qu'il ne sait pas tout. On peut facilement comprendre qu'une personne humble qui éprouve un sentiment d'impuissance sera moins portée à éprouver par le fait même un sentiment d'incompétence devant des situations où les professionnels se retrouvent dépassés par les événements ou, à tout le moins, aux limites de leurs connaissances. Gaumont et al. (2007) précisent donc que certaines personnalités cadrent plus facilement avec le modèle des UTI. Ces auteurs mentionnent que « les éducateurs plus rigides et moins créatifs ainsi que ceux ayant de la difficulté à se remettre en question ont davantage de difficultés à l'UTI » (p.75).

Enfin, dans la présente étude, il est ressorti que l'utilisation d'interventions spécifiques s'est avérée favorable à l'intervention lorsqu'elles étaient appliquées à certains types de troubles dont le TDA/H, le trouble de l'attachement et le syndrome d'Asperger. Nos résultats rejoignent ceux d'autres études mettant en évidence l'importance des interventions adaptées. En effet, Dionne et al. (2008) soulignent que le choix d'une intervention plutôt que d'une autre doit dépendre du type de trouble et de l'intensité des manifestations chez le jeune. De façon générale, l'approche multimodale, c'est-à-dire une intervention à plusieurs niveaux impliquant différentes techniques et le travail d'une équipe multidisciplinaire, est préconisée par plusieurs cliniciens et chercheurs du domaine de la santé mentale. Le modèle écosystémique est également populaire. Il s'agit d'un modèle qui inclut les divers contextes de vie du jeune, par exemple la famille, l'école, la société, etc. De surcroît, ce dernier modèle s'associe bien à l'approche développementale de la psychopathologie qui explique les troubles mentaux comme la résultante de l'interaction entre les caractéristiques biologiques et psychologiques de l'individu ainsi que de son environnement social. Cette approche n'est pas sans rappeler le modèle PPH utilisé dans la présente recherche comme cadre conceptuel. Tout comme ce modèle, l'approche développementale de la psychopathologie prend aussi en considération les conditions qui facilitent ou nuisent à l'adaptation aux tâches développementales normatives (Dionne et al., 2008).

En dépit d'un choix d'approches plus générales qui s'appliquent aux différents types de troubles mentaux, on remarque que l'utilisation d'interventions plus spécifiques à certains troubles est également répertoriée. Dans la présente étude, il est apparu chez

les jeunes présentant un TDA/H que le fait d'effectuer de courtes entrevues, d'identifier une consigne à la fois, de ne pas entrer dans les détails, de contrôler le taux de sucre et de vérifier si le jeune a bien compris l'information transmise se sont avérés des stratégies favorables à l'intervention. Beaulieu (1999) apporte des informations qui corroborent les données obtenues dans la présente recherche relativement à l'importance d'identifier une consigne à la fois lors de l'intervention auprès de ces enfants. En effet, cette auteure indique que le jeune doit développer l'habitude de se centrer sur un thème à la fois. Pour cela, l'adulte peut adapter son langage afin d'influencer le raisonnement du jeune. Beaulieu (1999) recommande aussi d'éviter de servir à l'enfant de la réglisse rouge et surtout noire en raison des effets excitants de cette dernière substance qui s'avèrent plus forts que ceux du café. Bien que la littérature indique que les enfants souffrant de TDA/H métabolisent moins fortement le glucose que les enfants normaux, de plus en plus d'études démontrent cependant le peu d'évidence qu'entretient le taux de sucre avec le TDA/H (Gignac, 2009). De surcroît, proposer des boissons et des bains chauds à l'enfant serait une bonne stratégie pour le calmer et le détendre (Beaulieu, 1999). Les interventions comportementales semblent cependant générer plus de succès que les interventions cognitives en raison du lobe frontal qui est moins développé chez ces enfants (note : le lobe frontal est impliqué dans les capacités cognitives) (Gignac, 2009). Nonobstant ces assertions, on ne peut affirmer qu'il existe une intervention particulière qui puisse répondre de façon générale aux différents enfants présentant un TDA/H. Il est ainsi suggéré de se centrer sur les besoins spécifiques de ces enfants plutôt que de se limiter à procéder à des associations systématiques entre une intervention spécifique et un trouble mental particulier (Dionne et al., 2008). C'est la raison pour laquelle le

traitement individualisé apparaît comme un incontournable en accordant une importance première aux besoins distinctifs du jeune bien que les interventions spécifiques enrichissent le suivi auprès de ces jeunes.

À l'égard des besoins spécifiques des jeunes aux prises avec un trouble sévère de l'attachement, il est ressorti de l'étude actuelle que la stabilité s'avère une nécessité dans l'intervention. Tout comme Dionne et ses collègues l'ont démontré (2008), il ressort des résultats de la recherche que la mesure la plus appropriée pour venir en aide à un enfant présentant un trouble de l'attachement est de cesser de le déplacer d'une famille d'accueil à une autre et de tout faire pour stabiliser sa situation le plus rapidement possible. Steinhauer (1993) ajoute qu'il faudra être patient avec ces jeunes en raison de leurs difficultés particulières à créer justement un lien d'attachement nécessaire au processus thérapeutique. En effet, Steinhauer (1993) soulève la nécessité d'être prêt à travailler avec ces enfants pendant des périodes variant de trois à cinq ans pour espérer réussir l'intervention. Il souligne également que les deux premières années d'intervention consistent davantage à établir une relation privilégiée à caractère stable, c'est-à-dire un attachement avec un membre choisi de l'équipe de travail. Il mentionne que le traitement ne peut effectivement commencer que lorsqu'une relation privilégiée survient. Steinhauer (1993) ajoute que, avant que cette relation s'enclenche, tout ce qui pourra être fait ne consistera qu'à contenir l'enfant en l'aidant à contrôler ses comportements et en lui procurant un substitut parental suffisamment bon. Sans cette affiliation, Steinhauer (1993) est catégorique; sans cette relation il ne peut y avoir d'alliance thérapeutique ni de changement réellement intériorisé qui persiste après que l'enfant aura quitté l'institution.

En plus de la stabilité, les répondants de la présente recherche ont mentionné que le fait d'éviter de faire vivre à l'enfant un sentiment de rejet ou d'exclusion est un facteur favorable à l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble de l'attachement. Considérant ce qui a été mentionné plus haut à l'égard de l'importance de la stabilité des jeunes aux prises avec un trouble de l'attachement ainsi que de l'importance d'éviter de faire vivre à l'enfant un sentiment de rejet, d'Auray (2005) élabore sur le sujet. En effet, cette auteure indique que les enfants confrontés à des changements d'intervenants ou de familles d'accueil vivent ceux-ci comme un abandon et qu'un processus de deuil s'ensuit (D'Auray, 2005). Il s'agit d'une perte, d'une rupture qui s'ajoute aux autres cumulées par les enfants. L'auteure souligne clairement que cette rupture a pour effet de nuire à la relation d'aide en entraînant un bris du lien créé tel que le fait ressortir la recherche actuelle.

Les résultats de l'étude indiquent également que l'instauration d'une prévisibilité dans la routine de vie de l'enfant présentant un trouble de l'attachement constitue une intervention spécifique positive. De façon plus générale, il est connu dans la littérature que l'inconstance dans l'éducation est néfaste pour la relation d'attachement (Institut Baron de Hirsch, 2004). Si on se réfère à l'organisme PÉTALES (Parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement - ligue d'entraide et de soutien), le fait d'instaurer une routine chez l'enfant qui présente un trouble de l'attachement permettra de le rassurer.

L'étude a également permis de mettre en évidence des interventions spécifiques utilisées auprès d'un jeune qui présente un syndrome d'Asperger (trouble envahissant du développement). Le répondant a souligné l'effet bénéfique pour le jeune de faire contribuer tous ses sens dans l'intervention. L'utilisation de pictogrammes est un exemple concret des stratégies d'intervention privilégiées. De plus, l'encadrement a été ciblé comme un atout dans l'intervention. Juhel et Héraud (2003) insistent également sur l'importance d'accorder une place au contact visuel et tactile dans l'intervention éducative avec les jeunes qui présentent ce type de syndrome. Ces psychopédagogues invitent aussi les intervenants à éviter les abstractions avec cette clientèle et à favoriser un bon encadrement.

Les interventions spécifiques apparaissent donc comme des atouts dans l'élaboration d'un traitement individualisé. Bref, il est à préciser que le traitement individualisé est centré sur les besoins du jeune tandis que l'intervention spécifique est davantage axée sur les symptômes de la maladie. Cependant, le premier ne saurait exclure le second et l'utilisation d'interventions spécifiques dans le traitement individualisé apparaît essentielle.

## **6.2 Forces et limites de la recherche**

Cette recherche s'est intéressée à ce que peu d'études ont fait jusqu'à maintenant soit, explorer le vécu des intervenants sociaux qui travaillent auprès de jeunes présentant un ou des troubles mentaux et qui reçoivent des services du centre jeunesse. Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence l'influence de certaines

caractéristiques ayant un impact sur les interventions et l'évolution des jeunes présentant des troubles mentaux. Ces caractéristiques concernent le jeune, sa famille, les intervenants de même que des éléments liés à l'organisation des services. Cependant, en dépit de l'éclaircissement apporté à la situation des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux suivis en centre jeunesse, force est de constater que leur histoire de vie est ponctuée d'instabilité, situation qui se reflète indéniablement sur le niveau de participation sociale de ces jeunes. Par conséquent, bien que les situations cliniques sélectionnées au départ aux fins de l'étude présentaient le portrait de jeunes selon qu'ils se définissent par un bas ou un haut niveau de participation sociale au moment de l'entrevue ou à la fin de l'intervention, une analyse plus approfondie de leur histoire a démontré qu'ils pouvaient se retrouver sur chacun des pôles de participation sociale, que celui-ci soit de bas niveau ou de haut niveau de participation sociale, dépendant du moment ciblé pendant le suivi. La présente recherche n'a donc pu isoler de caractéristiques spécifiques se rapportant spécifiquement aux jeunes présentant un bas ou un haut niveau de participation sociale. Ce critère a ainsi davantage été utilisé à titre référentiel par les répondants en rapport avec le continuum de développement du jeune au fil des mois et des années. Par conséquent, il a été possible d'observer, lors de l'analyse des résultats, que les facteurs ayant contribué à influencer négativement et positivement le niveau de participation sociale étaient similaires chez les jeunes caractérisés autant par un bas niveau qu'un haut niveau de participation sociale. Des moments précis dans le temps, chez un même jeune, réfèrent donc tantôt à des situations de bas niveau de participation sociale et à d'autres moments à des situations de haut niveau de participation sociale. Ainsi, les répondants se sont référés à ces périodes charnières de

changement dans le niveau de participation sociale du jeune pour élaborer leur réflexion sur le sujet de la recherche afin de dresser un portrait plus exhaustif des facteurs d'influence à l'intervention. Enfin, bien que quelques éléments déclencheurs à la variation du niveau participation sociale du jeune aient pu être identifiés, l'analyse de cet aspect est demeurée superficielle en raison de l'ambiguïté de ces informations chez les répondants. En effet, l'isolement d'une telle variable a été rendu difficile en raison d'abord des réactions quelquefois imprévisibles de ces jeunes, mais également de la complexité de leur fonctionnement psychologique, affectif, cognitif et comportemental.

Malgré la contribution apportée par cette recherche aux champs des connaissances, il est important d'en établir aussi ses limites. Dans un premier temps, la taille de l'échantillon constitue une limite importante de la recherche. En effet, un échantillon de six personnes ne saurait être représentatif de l'ensemble des intervenants sociaux qui oeuvrent auprès de jeunes présentant des troubles mentaux en centre jeunesse. Par conséquent, ce nombre est insuffisant pour conclure à une quelconque généralisation des résultats de l'étude. Le critère de sélection recherchant des candidats qui intervenaient depuis un minimum de six mois auprès des jeunes ciblés a aussi nécessairement entraîné la réduction du nombre de participants à l'étude. En effet, plusieurs employés travaillant dans le secteur de l'« application des mesures » n'y sont que de passage puisqu'ils n'y occupent pas de postes permanents. Ces employés, dits *de la liste de rappel*, se retrouvent souvent avec des contrats de travail de six mois et moins. De plus, on peut penser que la charge importante de travail des employés a eu pour effet d'en décourager certains à participer à l'étude. Afin cependant de faciliter la participation

des intervenants à l'étude, la chercheure s'est déplacée sur les lieux de travail des intervenants selon leurs disponibilités. Il faut également souligner ici que l'employeur a contribué à l'étude en libérant les professionnels sur leur temps de travail pour participer aux entrevues. Sans ces contraintes, il est raisonnable de croire qu'un échantillon plus large aurait permis une validation des résultats à l'ensemble des intervenants sociaux oeuvrant à l' « application des mesures » au Lac-Saint-Jean.

Comme deuxième limite, le fait que la chercheure était connue des intervenants a pu influencer la décision des candidats de participer à l'étude, mais également en ce qui concerne les réponses qu'ils ont transmises lors de la collecte des données. À l'égard du premier élément, il est possible de croire que les intervenants possédant un lien avec l'étudiante-chercheure aient accepté de participer à l'étude. En ce qui concerne le deuxième élément, il est possible de penser que les réponses des participants aient été émises partiellement afin de plaire à la chercheure. Un biais de désirabilité sociale a donc pu être ainsi introduit dans la présente étude. En effet, l'influence des attentes de la chercheure sur le comportement des participants peut contribuer à modifier les informations recueillies. De plus, il est également possible de croire à une interprétation subjective en raison du facteur de désirabilité sociale. En effet, puisque la chercheure était connue des participants de l'étude, étant elle-même intervenante sociale au Centre jeunesse du Lac-Saint-Jean, cette caractéristique a pu en elle-même exercer une influence sur les réponses transmises par les sujets.

En troisième lieu, aucune distinction n'a été attribuée au sexe et au nombre d'années d'expérience des participants. Aucune importance n'a également été accordée à l'âge d'apparition de la maladie chez le jeune, au fait que le diagnostic ait été posé par un psychiatre ou un omnipraticien, ni à la gravité des symptômes. Beaucoup de facteurs n'ont donc pas été spécifiquement considérés. Ces facteurs n'ont pas été contrôlés. L'étude n'est donc pas en mesure de pondérer l'importance attribuée à chacune des caractéristiques émergentes de cette recherche. Les résultats ne peuvent ainsi déterminer avec certitude si certaines caractéristiques personnelles du jeune auront davantage d'impact sur l'intervention que certaines autres caractéristiques familiales, organisationnelles ou de l'intervenant lui-même sur le niveau de participation sociale du jeune.

Puisque le chercheur est le principal outil de la collecte de données, une limite importante de la recherche exploratoire est la place laissée à la subjectivité du chercheur. La difficulté à généraliser les résultats de la recherche constitue également une seconde limite pour cette méthode puisque les résultats sont obtenus à partir d'une situation qui n'est pas nécessairement représentative d'autres situations (Lamoureux, 1995). De plus, la méthode d'échantillonnage non probabiliste et la petite taille de l'échantillon concourent également aux difficultés à généraliser les résultats de la recherche. L'analyse qualitative remet donc en doute la capacité de généralisation ainsi que la représentativité des données (Poupart et al., 1998).

Si l'on se réfère plus particulièrement encore au type d'étude sélectionné, la méthode qualitative de type exploratoire a permis d'obtenir des informations riches en connaissance. L'ouverture des intervenants relativement à la recherche a facilité le recrutement de l'échantillon. En dépit de certaines difficultés et de quelques modifications apportées au guide d'entrevue, les entrevues se sont déroulées comme prévu au départ. En s'appuyant sur 12 situations cliniques précises pour la réalisation de l'étude, certains tenants des sciences sociales auront comme critique de cette recherche qu'il n'y a de science que du général. Cependant, afin de rendre compte d'une réalité plus exhaustive, Poupart et ses collègues (1998) expliquent que cette maxime devrait être complétée par « le général ne peut-être atteint que par l'entremise du particulier et du singulier », ce que nous considérons applicable à la présente recherche. Bien que les résultats de l'étude puissent donc difficilement être généralisés, nous croyons qu'un travail d'exploration est préalable à l'émergence d'une théorie descriptive et que celle-ci est nécessairement élaborée avant l'élaboration d'une théorie explicative (Poupart et al., 1998).

Bien que les troubles mentaux réfèrent à une notion complexe, de plus en plus d'ouvrages apportent cependant des clarifications qui permettent de mieux adapter les interventions en fonction des besoins de ces jeunes. À travers les résultats obtenus de la recherche, on constate que les principes d'interventions sont similaires à ceux prônés pour les jeunes en général bien que ces principes apparaissent essentiels chez les jeunes présentant un ou des troubles mentaux compte tenu de leur vulnérabilité spécifique. On remarque également une conjoncture qui favorise l'approfondissement des connaissances

auprès de cette clientèle. Un intérêt intersectoriel et multidisciplinaire renforce la complémentarité des interventions.

Depuis que la réadaptation de ces jeunes est aussi confiée clairement aux centres jeunesse, ces institutions voient la nécessité de développer une expertise afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes, ce qui encourage de surcroît la recherche. De plus, plusieurs des interventions des professionnels peuvent exercer des impacts positifs sur le niveau de participation sociale de ces jeunes. Ainsi, en favorisant la présence de facteurs bénéfiques à l'intervention, il est possible d'envisager une amélioration du bien-être de ces jeunes tout en actualisant leur potentiel.

### **6.3 Recommandations**

Les résultats de notre étude nous amènent, en finale de cette section, à émettre un certain nombre de recommandations dans l'optique d'améliorer les interventions réalisées auprès des jeunes ayant des troubles mentaux et qui reçoivent des services du centre jeunesse. Ces recommandations sont liées aux particularités des jeunes, des familles, de l'organisation et du réseau de services, de même qu'aux intervenants travaillant auprès d'eux. Ces recommandations, bien que favorables à l'application des interventions auprès des jeunes en général, s'avèrent plus particulièrement bénéfiques pour les jeunes présentant un ou des troubles mentaux en raison de leur vulnérabilité spécifique.

#### **6.3.1 Recommandations liées aux particularités du jeune**

- Intervenir précocement dans la situation de ces jeunes dans le but d'identifier rapidement leurs besoins spécifiques afin d'adapter l'intervention et de mettre en place les services nécessaires. Cette recommandation tient compte du fait que

l'intervention précoce diminue le risque de structuration du trouble mental ainsi que l'aggravation des conséquences de la maladie. Cette recommandation inclut donc l'importance de procéder à une évaluation diagnostique dans un délai accéléré afin d'identifier clairement le(s) type(s) de trouble(s) mental(aux) que présente(nt) le jeune, ceci afin de favoriser l'intervention précoce et d'élaborer des interventions spécifiques ainsi qu'un traitement individualisé auprès du jeune.

- Favoriser plus particulièrement la stabilité du milieu de vie de ces jeunes afin d'aider, entre autres, à la création, à la consolidation ou au maintien de lien(s) significatif(s).
- Sensibiliser les personnes qui gravitent autour du jeune sur les impacts de la prise de médication dans l'amélioration du fonctionnement général du jeune.

### **6.3.2 Recommandations liées aux particularités de la famille**

- Favoriser la collaboration entre le parent et la famille d'accueil en situation de placement du jeune tout en travaillant à réduire le risque d'apparition d'un conflit de loyauté vécu chez le jeune en lien avec l'attachement qu'il éprouve envers les personnes qui lui sont significatives. Il apparaît donc important de valoriser le partage des intentions du parent à l'égard de son enfant lorsque ce dernier est placé en famille d'accueil et que le retour dans le milieu familial n'est pas envisageable. Il s'avère ainsi essentiel que le parent exprime lui-même à son enfant la non réintégration dans son milieu naturel.
- Accorder une attention particulière aux besoins de soutien éducatif et financier des familles d'accueil qui interviennent directement auprès de ces jeunes et ce, plus spécifiquement pour la mise en place de mesures de répit appropriées aux besoins de ces familles (par exemple, services de gardiennage à domicile plutôt que mesures de répit offertes à l'extérieur du domicile).
- Encourager les familles d'accueil à cibler un nombre limité d'objectifs prioritaires d'intervention auprès du jeune afin d'éviter leur épuisement ainsi que leur désinvestissement envers ces mêmes jeunes. Cette stratégie d'intervention favorisera par ricochet la stabilité du jeune, caractéristique particulièrement importante chez ce type de clientèle, grâce au maintien du jeune dans la même ressource familiale. Cette recommandation souligne la nécessité pour l'établissement d'adapter ses attentes envers les ressources de type familial en considérant le niveau de difficultés associé aux interventions auprès de cette clientèle.

### **6.3.3 Recommandations liées aux particularités de l'organisation et du réseau de services**

- Raffermer le partenariat avec les services et les ressources qui sont reliés aux jeunes dont plus spécifiquement le milieu scolaire, les services de première ligne et ceux de pédopsychiatrie. Opter pour une approche de responsabilisation partagée en renforçant les mécanismes de concertation, de co-intervention entre les collègues du Centre jeunesse et de partenariat entre les différents établissements impliqués auprès du jeune. La réalisation d'un plan de service individualisé et intersectoriel apparaît un incontournable.
- Augmenter l'accessibilité et la disponibilité des services nécessaires à l'évaluation psychologiques et pédopsychiatriques auprès de ces jeunes.
- Mettre en place des équipes d'intervention jeunesse (EIJ) afin de desservir chacun des points de service du Centre jeunesse.
- Soutenir la pratique professionnelle des intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle en élaborant des interventions spécifiques en lien avec le(s) type(s) de trouble(s) mental(aux) diagnostiqué(s) chez les jeunes.
- Prendre en considération l'intensité des services à offrir auprès de cette clientèle ainsi que le besoin de soutien et de ventilation des intervenants dans leur charge de travail afin d'optimiser l'efficacité de l'intervention intensive. De plus, bien que la formation apparaisse utile, l'octroi d'un temps supplémentaire alloué dans la charge de travail des intervenants pour effectuer des discussions cliniques, des consultations professionnelles et des lectures spécifiques sur certains troubles particuliers est considéré comme favorable afin de mieux orienter les interventions.
- Privilégier plus particulièrement la stabilité de l'intervenant au dossier auprès de ce type de clientèle.

### **6.3.4 Recommandations liées aux particularités de l'intervenant**

- Préconiser l'utilisation d'interventions spécifiques ainsi que l'application de traitements individualisés auprès de ces jeunes. En effet, on constate que peu d'interventions spécifiques sont effectuées en tenant compte des symptômes propres à un trouble mental chez le jeune. C'est à travers l'interprétation des comportements selon la dynamique de chaque jeune, la reconnaissance des particularités individuelles et l'application de stratégies d'intervention propres à chaque problématique qu'on facilitera les interventions auprès de cette clientèle. Il est donc possible de mettre en place des conditions spécifiques pour chacun des jeunes et des conséquences différentes pour un même geste posé. Ainsi, alors que

le traitement individualisé est centré sur les besoins du jeune, l'intervention spécifique est axée sur les symptômes de la maladie. L'utilisation d'interventions spécifiques dans le traitement individualisé apparaît donc complémentaire.

- Adapter les attentes envers le jeune en fonction de sa capacité en ciblant, entre autres, un nombre restreint d'objectifs prioritaires et essentiels d'intervention. Cette action diminuera les risques chez le jeune de vivre des échecs et des frustrations involontaires. De plus, les ressources et services seront plus à mieux d'apprécier les avancées du jeune dans le processus thérapeutique ce qui tentera de réduire par le fait même leur risque d'épuisement dans l'intervention auprès de cette clientèle.
- Valoriser le partage des responsabilités entre les professionnels et les différents établissements. Le travail en concertation et en partenariat ainsi que la diminution des attentes envers le jeune favorisent l'intervention auprès des jeunes tout en diminuant le risque d'épuisement chez l'intervenant qui est plus susceptible de vivre des sentiments d'impuissance ou de frustrations lorsqu'il est confronté aux limites de ses connaissances ou lorsqu'il travaille en silo.

#### **6.4 Perspectives d'avenir**

Si ce projet a permis de répondre à certaines questions, beaucoup demeurent sans réponse à l'égard de l'intervention auprès des jeunes présentant un ou des troubles mentaux. Il serait intéressant de vérifier, entre autres, si certaines caractéristiques prises isolément ont davantage d'impact que d'autres sur le niveau de participation sociale des jeunes qui présentent des troubles mentaux. Dans la continuité de cette étude, il serait aussi pertinent d'évaluer les pratiques les plus efficaces en santé mentale afin d'élaborer des interventions spécifiques selon le type de trouble mental diagnostiqué, ce qui ajouterait à la complémentarité du traitement individualisé réservé à ces jeunes. En effet, en ce qui a trait aux caractéristiques organisationnelles, le traitement individualisé est maintenant la norme dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux. Cependant, on constate que peu d'interventions sont effectuées en tenant compte des symptômes propres à un trouble spécifique auprès des jeunes qui ont

un diagnostic en santé mentale. L'élaboration de modèles d'intervention spécifiques semble un facteur prépondérant dans l'intervention à tenir compte afin de mieux répondre aux besoins de ces jeunes. De plus, on remarque qu'il n'existe actuellement au Québec qu'un faible nombre de programmes en santé mentale et ceux-ci s'avèrent encore réduit en ce qui concerne les programmes ayant fait l'objet d'évaluation après leur implantation. Les meilleures pratiques à approfondir auprès de cette clientèle constituent toujours un défi de taille.

Il apparaît aussi important de mieux documenter la structure familiale chez ces jeunes ainsi que le conflit de loyauté que les jeunes vivent relativement à leur lien d'attachement familial et à leur investissement simultané dans une famille d'accueil. De plus, il semble primordial de porter une attention particulière à l'intervention précoce sachant que le TDA/H est un diagnostic très présent dans la clientèle du centre jeunesse et qu'il s'inscrit dans une séquence développementale de trouble. En effet, il est nécessaire de s'interroger sur le traitement précoce du TDA/H dans la perspective où ce traitement pourrait éviter le développement chez le jeune de troubles d'opposition ou de conduites à l'adolescence et ultimement, le développement d'un trouble de personnalité antisociale, d'état limite ou d'un trouble bipolaire à l'âge adulte. Ainsi, l'acquisition de connaissances sur le portrait de ces jeunes, sur leurs besoins ainsi que sur ceux de leur famille demeure un objectif à atteindre dans le domaine scientifique. De plus, la question du partenariat interétablissement et les services à mettre en place constituent des domaines d'investigation. Le suivi intensif, les modèles de soins partagés, le soutien aux

personnes utilisant les services en santé mentale mais également le soutien aux professionnels et aux ressources desservant cette clientèle demeurent à clarifier.

Dans son Plan d'action en santé mentale, le MSSS (2005) déclare que parmi un ensemble de fonctions, deux seront ajustées afin de mieux arrimer les services aux besoins des personnes et de leurs proches, c'est-à-dire l'intervenant pivot et l'agent de liaison. Cependant, ces fonctions ne sont pas toujours mises en place ou clairement identifiées dans les services offerts au Lac-Saint-Jean. De plus, les programmes de réadaptation sont souvent perturbés en raison d'un manque de formation en santé mentale alors qu'on valorise les unités de traitement individualisé. En résumé, l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux demeurera un enjeu sur le plan professionnel mais également sur le plan scientifique au cours des prochaines années en raison du nombre important de connaissances à acquérir et à approfondir sur ce sujet d'étude encore relativement nouveau

*CONCLUSION*

L'objectif central de la recherche était d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux au Centre jeunesse Lac-Saint-Jean. Afin d'y arriver, une étude exploratoire a été réalisée auprès de six intervenants sociaux oeuvrant dans cet établissement. Les participants à la recherche ont été invités à parler de deux situations critiques d'intervention : l'une référait à un jeune présentant un bas niveau de participation sociale et l'autre à un jeune présentant un haut niveau de participation sociale. L'analyse du contenu des entrevues a permis de dégager les facteurs d'influence auprès de ces jeunes. Ces facteurs concernaient le jeune, sa famille, l'organisation des services et les intervenants. Les chapitres 5 et 6 de cet ouvrage énumèrent, expliquent et discutent des différents facteurs identifiés.

Malgré la présence de certains facteurs pour lesquels un fort sentiment d'impuissance est ressenti (âge du jeune au moment de l'intervention, diagnostic posé ou non, présence d'un trouble en concomitance, etc.), il est impératif de souligner la possibilité d'exercer un réel contrôle sur l'intervention en agissant sur divers facteurs qui émergent de l'étude. C'est le cas, entre autres, du partenariat entre les établissements dispensateurs de services, des traitements privilégiés à utiliser auprès de cette clientèle, de l'intensité des suivis dispensés au jeune, de l'accessibilité et de la disponibilité des services offerts, pour ne nommer que ceux-là. Il ressort que plusieurs caractéristiques jouent un rôle prépondérant sur le niveau de participation sociale du jeune souffrant de troubles mentaux sur lesquelles il est possible d'agir.

Il est aussi primordial de garder à l'esprit que l'absence de diagnostic médical n'est pas synonyme d'absence de troubles mentaux au même titre qu'absence de médication n'indique pas faible gravité de symptômes. Le défi demeure de trouver l'équilibre entre la préoccupation de ne pas stigmatiser et ostraciser ces jeunes et d'éviter les jugements primaires tout en mettant en place des services et des ressources adaptés à leurs besoins et ce, de façon précoce dans l'intervention, c'est-à-dire dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Le développement des troubles mentaux chez l'enfant ou l'adolescent est associé à des causes multiples et les conséquences de ces troubles chez les jeunes s'avèrent tout aussi multiples. Il est observé, entre autres, que plusieurs de ces jeunes sont reconnus coupables d'infractions sous la Loi du système de justice pénale pour les adolescent(e)s, qu'ils présentent des problèmes de consommation de drogue et d'alcool, des idéations suicidaires voire des comportements suicidaires (Gaumont et al., 2007). Ces jeunes voient également leur vie scolaire bouleversée, leur relation sociale déficiente, leur identité et leur personnalité désorganisée ainsi que leur sécurité entravée (Martel et Harton, 2005). Cette réalité préoccupe nombre de professionnels dans le réseau. Au cours des dernières années, plusieurs se sont penchés sur la situation de ces jeunes. C'est le cas du MSSS avec le dépôt de son Plan d'action en santé mentale (2005), du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007), du CCSS (2004), mais également de plusieurs chercheurs. De nombreuses recommandations ont été émises à la suite de ces travaux. Cependant, certaines recommandations n'ont toujours pas été actualisées à ce jour. Ainsi, tel que le rapporte Dionne (2005), « [si] les conditions ne

sont pas réunies, les conséquences seront extrêmement coûteuses, tant sur le plan humain que financier » (Károly et al., 1998). Il apparaît donc nécessaire d'agir maintenant afin de mieux répondre aux besoins de ces jeunes. Enfin, les résultats issus de cette étude émettent plusieurs pistes d'intervention à privilégier auprès de ces jeunes. Il est possible de croire que l'application de ces recommandations permettront d'augmenter l'efficacité dans l'intervention des différents dispensateurs de services auprès de cette clientèle.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alary, J., Jutras, S., Gauthier, J. et Goudreau, J. (1999). *Familles en transformation. Récit de pratique en santé mentale*. Boucherville : Gaétan Morin éditeur.
- American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition, texte révisé (DSM-IV-TR). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. (1996). *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition, Paris : Masson.
- Asselin, P., Ausloos, G., Bastien, M.J., Beaudet, G., Durocher, J. et Garceau, D. (2003). *Une approche personnalisée pour des jeunes présentant un double diagnostic*. Candidature déposée par le Campus des Quatre-Vents des Centres jeunesse de Lanaudière pour le Prix d'Excellence 2002 du réseau de la Santé et des Services Sociaux, Catégorie : Personnalisation des soins et des services. Lanaudière : Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Ausloos, G., Bisailon, S., Gagnon C. et Garceau, D. (2005). *Le programme cadre aux Quatre-Vent pour des jeunes présentant une problématique associée en santé mentale et troubles du comportement*. Lanaudière : Les Centres jeunesse de Lanaudière – Direction des services de réadaptation et à l'hébergement.
- Ausloos, G. (1998). *Avis sur l'organisation des services de réadaptation pour les jeunes qui présentent une double problématique de troubles du comportement et de problèmes de santé mentale*. Remis à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Lanaudière et au Centre jeunesse de Lanaudière.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (2<sup>e</sup> édition). New York : Guilford Press.
- Beaulieu, D. (1999). *100 trucs pour améliorer vos relations avec les enfants*, Québec : Académie Impact.
- Bergeron, C. et Lanteigne, J. (2002). Un système de soins intégrés : le modèle de Val-du-Lac. *Prisme*, 39, 112-125.
- Blanchet L., Laurendeau, M.C., Paul, D. et Saucier, J.F (1993). La prévention et la promotion de la santé mentale : Préparer l'avenir. *Le comité de la santé mentale du Québec*. Boucherville : Gaétan Morin éditeur.
- Boily, M. (2004). Conceptualisation théorique, relations interpersonnelles. *Rôle parental et troubles psychopathologiques, dimensions d'évaluation*.

- Bouchard, R. et Lafortune, D. (2003). Médicaments psychotropes : l'accompagnement des adolescents en Centre jeunesse. *Défi jeunesse*, 10 (1), 26-30.
- Bourget, Y. (2002). Modèle de partenariat en santé mentale jeunesse mis en place sur le territoire du CH de Granby. *Prisme*, 39, 126-132.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schweers, J., Balach, L. et Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide : A case-control study. *Journal of the American of child and adolescent psychiatry*, 32, 521- 529.
- Breton, J.-J. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes*. (pp.287-389). Paris: Dunod,
- Center for School Mental Health Assistance. (2002). *Family involvement in expanded school mental health programs resource packet*.
- Chabane, N., Vila, G. et Mouren-Simeoni, M.C. (1999). Les troubles psychotiques. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. (pp.138-161). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les jeunes en centre de réadaptation*, Thèse de doctorat. UQAM.
- Charest, M. (2007). *Comité de consultation clinique, Santé mentale, Territoire Domaine-du-Roy*.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical Program Evaluation. Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. London: Sage.
- Chouinard, C. et Lavoie, L. (2009). *Les troubles de comportement en pédopsychiatrie : une problématique aux milles visages*, conférence de la journée pédopsychiatrique régionale, Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean, Quand la santé mentale a un air de trouble de comportement, 6 novembre 2009, [www.regroupement.net](http://www.regroupement.net)
- Cloutier, R., Carrier, G. et Lépine, R. (2000). *La collaboration intersectorielle dans les services aux jeunes en difficulté. Les soins aux jeunes en difficulté. Volet 2*. Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, Centre jeunesse de Québec. 45 p.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Recommandation pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.

Comité de révision de la proposition québécoise de classification. (1998). *Processus de production du handicap. Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne*. <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/classif>

Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse. (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportements ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des Centres jeunesse du Québec*. Santé et Services sociaux Québec, 62 p.

Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. (2004). *Accessibilité aux soins et services, clientèle jeunesse*, Rapport, Québec, 12 p.

Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. (2004). *De la complicité à la responsabilité*. Québec. Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux. 96 p.

Comstock, A. (2004). *The casework process*. In C.R. Britain, D.E.Hunt (Eds), *Helping in child protective services: A competency-based casework handbook* (deuxième édition), (pp. 49-107), New York: Oxford University Press.

D'Auray, G. (2005). *La mobilité des intervenants et ses effets sur les enfants en placement : une étude en Outaouais*, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale, sous la direction de Luc Lacroix et Lucie Fréchette, 50 p.

Desbiens Y., Goulet, S. et Bailly, A. (2003). L'approche individualisée : de la conception philosophique à l'actualisation clinique. *Défi jeunesse*, 9(2), 9-14.

Dionne, É. (2005). *La protection des jeunes aux prises avec des troubles mentaux: Organisation des services d'hébergement*. Institut universitaire, Centre jeunesse de Québec, 104 p.

Dionne, É., Camiré, L., Moisant, S., Hénault, R., Girard, D. et Rousseau, M.-M. (2008). *Les troubles mentaux en centre jeunesse*, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire, 174 p.

Direction de la Protection de la Jeunesse. (2007). *Le concept de protection : Interprétation des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse*, version 5 juin 2007, approuvé par la Table DPJ, section 2, fiche 1.

Dishion, T.J., French, D.C. et Patterson, G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behavior. Dans Cicchetti, D., Cohen, D., *Manuel of developmental psychopathology* (pp. 421- 471). New York: John Wiley.

- Dishion, T.J., McCord, J. et Poulin, F. (1999). When intervention harm : peer groups and problem behavior. *American psychologist*, 54 (9), 755-764.
- Dozier, M., Cue, K.L. et Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment Organization in Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.
- Eggerston, L. (2005). Children's mental health services neglected : Kirby. *Canadian medical association journal*, 173 (5), 471.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327-358.
- Fougeyrollas, P. (1995). *Le processus de production culturelle du handicap*. Distributions CQCIDIH/ SCCIDIH, 437 p.
- Gaumont, C., Charbonneau, L. et Daigle, M. (2007). *Apprivoiser les différences, programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite, Évaluation d'implantation*, Centre jeunesse de la Montérégie, 132 pages.
- Gauthier, Y. (1999). *La perspective historique de la théorie de l'attachement, l'état actuel des connaissances et les implications cliniques*. Compte rendu du Colloque sur les enfants et les adolescents abandonnés.
- Gignac, M. (2009). *Les multiples visages de l'opposition*, conférence de la journée pédopsychiatrique régionale, Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean, Quand la santé mentale a un air de trouble de comportement, 6 novembre 2009, [www.regroupement.net](http://www.regroupement.net)
- Girard, S. (2007). Comité des relations de travail, *Nouvelles en bref*, 26 avril 2007, p.1.
- Gormly, A.V. et Brodzinsky, D.M. (1993). *Le cycle de la vie, psychologie du développement*, éditions Études Vivantes.
- Guilé, J.-M. (1999). Les états limites et les troubles de la personnalité. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. (pp.257-277). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Harada, Y., Yamazaki, T. et Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with opposition defiant disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56 (4), 365-369.
- Institut Baron de Hirsch Les Services d'Aide à la Famille juive. (2004). *Guide ressource pour favoriser la croissance des enfants, 1<sup>er</sup> livret l'attachement*, Intervention Enfance Famille, 16 p. [www.interventionenfancefamille.com](http://www.interventionenfancefamille.com)

- Juhel, J.-C. et Héraud, G. (2003). *La personne autiste et le syndrome d'Asperger*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Karoly, L.A., Greenwood, P., Everingham, S., Houbé, J., Kilburn, M.R., Rydell, C.P., Sanders, M. et Chisesa, J. (1998). *Investing in our children : What we know and don't know about the costs and benefits of childhood intervention*, Santa Monica: Rand.
- Kaslow, N. et Gladstone, T. (1994). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of abnormal child psychology*, 23 (5), 597.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T.E., Harrington, H., Milne, B.J. et Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 60, 709-717.
- Koppelman, J. (2004). *The provider system for children's mental health : Workforce capacity and effective treatment*. National health policy forum (issue brief, n° 801), Washington DC: The George Washington University.
- Lamoureux, A. (1995). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*, Les éditions Études vivantes.
- Laporta, M. (2004). Interventions précoces dans les cas de psychose. Dans Lecompte, T. et Leclerc, C. (eds.). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. (pp.195-230). Québec : PUQ.
- Leclerc, C. et Bouchard, L. (2002). Jeunes adultes et premier épisode de psychose. *Le partenaire*, 10 (1), 20p.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W.B. et Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and psychopathology*, 5, 101-133.
- Malinovsky-Rummel, R., Hansen, DJ. (1993). Long-term consequences of physical abuse. *Psychological bulletin*. 114, 68-79.
- Marcoux, U. (2003). *Offre de services pour l'hébergement d'une clientèle jeunesse francophone, 6-18 ans, aux prises avec des problèmes de santé mentale*. Rapport fait pour les Centres jeunesse de la Montérégie.
- Martel, M. et Harton, L. (2005). *Programme cadre en santé mentale. Vérification du bien fondé*. Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. 40 p.
- Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. (pp.63-81). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville :Gaétan Morin éditeur.

Mayer, R. et Ouellet, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville :Gaétan Morin éditeur.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A. et Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.

Meunier, J.-M. (1994). Protection de la jeunesse : la prise en charge... et le changement? *Nouvelles pratiques sociales*, 7, 172-186.

Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie, *Revue française de sociologie*, 16, 229-247.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. La force des liens. Québec, 97 p.

Mullick, M., Miller, L. et Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric services*, 52, 488-492.

Nadeau, D. et Patrie, M.-R. (2008). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec – institut universitaire. Modèle de développement et programmation des services*. Québec, Québec : Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Organisation mondiale de la santé. (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, p.21.

Ouellet, F.R. (2000). Les liens familiaux des enfants placés. *L'enjeu spécial : Regards de chercheurs sur le placement d'enfants*, 7(5), 11-12.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.Y., Chamberland, C. et Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des CJ du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).

PÉTALES (Parents d'enfants présentant des troubles de l'attachement ligue d'entraide et de soutien), [www.petales.org](http://www.petales.org). (2010).

Petot, D. (1999). Les dépressions. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.).

- Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative.* (pp.108-137). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Pinto, R. et Grawitz, M. (1967). L'analyse de contenu, *Méthodes des sciences sociales*, Paris : Dalloz.
- Plan d'organisation des Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean. (2003). *Orientations stratégiques 2004-2008*, adopté par le Conseil d'administration, 5 novembre 2003.
- Poulin, F., Dishion, T.J. et Burraston, B. (2001) 3-Year Iatrogenic effects associated with aggregating. High risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions . *Applied developmental science*, 5(4), 214-224.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Mayer, R., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A. et Pires, A.P. (1998). *La recherche qualitative, Diversité des champs et des pratiques au Québec*, Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Pumariega, A.J., Winters, N.C. et Huffine, C. (2003). The evolution of systems of care for children's mental health: forty years of community child and adolescent psychiatry. *Community mental health journal*, 39 (5), 399-425.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behaviors : Mental health aspects of mental retardation*. Worthington: IDS Publishing company.
- Riverin, D. (2007). La santé mentale, une réalité en centre jeunesse. *L'Écho-Centre*, Bulletin du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 13 (5), 1.
- Riverin, D. et Lemieux, J. (2008). *Rapport annuel 2007-2008*, le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, des racines pour la famille, , 31p.
- Riverin, D. et Lemieux, J. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 31p.
- Riverin, D., Bouchard, D. et Gauthier, L. (2010). *La réorganisation des services au Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean*, présentation powerpoint, 14 avril 2010.
- Robert, M.C. (1996). *Model programs in child and family mental health*. New Jersey: Erlbaum.
- Rutter, M., Tizard, J. et Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. Londres: Longman.
- Saint-Jacques, M., Lessard, G., Drapeau, S. et Beaudoin, A. (1998-1999). Protéger les jeunes et développer le pouvoir d'agir de leurs parents. Une analyse des pratiques d'implication parentale en centre jeunesse. *Service social*, 47 (3-4), 75-114.

Saint-Laurent, D. et Bouchard, C. (2004) *L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?* Institut national de santé publique du Québec, 24 pages.

Santé mentale pour enfants Ontario. (2002). *Services de santé mentale pour enfants de la naissance à l'âge de six ans : Analyse bibliographique et Guide pratique.* Ontario.

Shirley, A. (2004). Intervention with families. In C.R. Britain, D.E. Hunt (Eds), *Helping in child protective Services : A competency-based casework handbook (deuxième édition)* (pp. 393-446). New York: Oxford University press.

Steinhauer, P. (1993). Le rôle des professionnels de la santé mentale auprès des enfants confiés aux services sociaux. *Prisme*, 3 (4) 529-541.

Thibault, M. (2006). *Une année de développement et d'organisation.* Rapport annuel 2004-2005 du Centre jeunesse Saguenay–Lac-Saint-Jean présenté par la direction et le conseil d'administration du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean, p.11.

Toupin, J., Déry, M., Pausé, R., Mercier, H. et Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41 (3), 333-344.

Tremblay, D. (2007). *Une famille pour chaque enfant, des racines pour la vie.* Communiqué de la directrice de la protection de la jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean-Chibougamau dans le cadre du bilan annuel des DPJ du Québec. [www.acjq.qc.ca](http://www.acjq.qc.ca).

Tremblay, D. (2008). *Rapport annuel 2007-2008, des racines pour la famille.* Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint, p.10-15.

Tremblay, D. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009.* Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, p.10-13.

Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992.* Rapport de synthèse. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Van Der Maren, J.-M. et Mainville, S. (1993). Pour une recherche pertinente aux pratiques professionnelles, *Revue de l'Association de la recherche qualitative*, 8, 87-110.

Vitaro, F. et Gagnon, C. (1999). Le trouble oppositionnel chez l'enfant. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative.* (pp.207-229). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

Werner, E.E. et Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders : a review. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 31, 547-556.

Zoccolillo, M. et Huard, M. (1999). Le trouble des conduites. Les troubles de l'affect, de la pensée et du comportement. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., et Tousignant, M. (eds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. (pp.183-205). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.

*APPENDICE A : ÉCHELLE DU NIVEAU DE PARTICIPATION SOCIALE*

## Grille de référence du niveau de participation sociale

Sur une échelle de 1 à 10, le chiffre 1 référant à un niveau très bas de participation sociale, où situeriez-vous ce jeune? Expliquer pourquoi avoir situé ce jeune à ce niveau pour chacune des catégories.

← Bas niveau de participation sociale	Haut niveau de participation sociale →
0    1    2    3    4	5    6    7    8    9    10
Ne s'alimente pas seul et mange peu	<b>Alimentation</b> /10 S'alimente bien et mange seul
Dort trop ou pas suffisamment	<b>Sommeil</b> /10 Dort bien
Ne va que rarement ou pas à l'école Retards académiques	<b>Éducation</b> /10 Va à l'école Suivi scolaire régulier
Ne fait aucune activité ou très peu	<b>Activités</b> /10 Participe à des activités : Ex :centre de loisir, sport, cinéma, musique, parle au téléphone, voit des amis, lecture.
Peu d'hygiène personnelle Est malpropre, dégage des odeurs.	<b>Hygiène</b> /10 Bonne hygiène personnelle Se lave, se coiffe, s'habille, se brosse les dents, ...
Prend peu soin de sa santé Ne respecte pas la prise de médication, adopte des comportements pouvant nuire à sa santé (consomme, s'automutile), ne suit pas les recommandations des professionnels de la santé .	<b>Santé</b> /10 Prend soin de sa santé Respecte sa prise de médication, fait du sport, suit les recommandations des professionnels de la santé.
Peu d'habiletés de communication S'exprime peu et parle peu, replie sur soi, isolement	<b>Communication</b> /10 Bonne capacité de communication Exprime ses besoins, adopte des mécanismes de résolution de conflits, exprime ses émotions adéquatement.
Jeune est hébergé en famille d'accueil, en ressource intermédiaire, en centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier.	<b>Habitation</b> /10 Jeune demeure dans son milieu familial.
Assume difficilement des responsabilités. Difficile de lui confier des responsabilités.	<b>Sens des responsabilités</b> /10 Assume des responsabilités en fonction de son âge, réalise des tâches domestiques, détient un emploi, fait ses devoirs.
N'entre que très peu en relation, n'a peu ou pas d'amis, est isolé ou est constamment en conflit.	<b>Relations interpersonnelles</b> /10 Est en mesure de créer et de maintenir des relations affectives avec des amis, professeurs, parents.
Assume difficilement ses responsabilités envers autrui et la société Vol, vandalisme, défi l'autorité, est violent.	<b>Responsabilités envers autrui et la société</b> /10 Assume ses responsabilités envers autrui et la société Respect de l'autorité, des consignes et des biens.

*APPENDICE B : LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET AUX PARTICIPANTS*



## INTERVENANT(E)S RECHERCHÉ(E)S

### Démarrage d'une nouvelle étude au Centre jeunesse Saguenay-Lac-St-Jean

### **! Besoin d'intervenants volontaires du secteur Application des mesures !**

Vous êtes intervenant(e)s dans le secteur « Application des mesures », vous êtes intervenus dans la dernière année auprès de jeunes ayant des problèmes de santé mentale, ce message s'adresse à vous. En tant qu'étudiante à la maîtrise en travail social, je démarre actuellement un nouveau projet de recherche dont le but est de mieux comprendre les facteurs qui facilitent et qui entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent des troubles mentaux et qui reçoivent des services du CJ02. Cette étude a été approuvée par le Comité scientifique du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean de même que par les Comités d'éthique et de la recherche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire et de l'Université du Québec à Chicoutimi.

#### **Profil recherché :**

- Intervenir dans le secteur de l' « application des mesures » ;
- Être intervenu, pendant au moins 6 mois, auprès de deux jeunes ayant des troubles mentaux diagnostiqués.

#### **La contribution attendue des participants de l'étude :**

- Participer à une entrevue de 2h au cours de laquelle l'intervenant(e) discutera des facteurs ayant facilité et entravé l'intervention auprès de DEUX jeunes ayant des troubles mentaux. Cette entrevue sera enregistrée, puis retranscrite pour les analyses.
- Le Centre jeunesse accepte de libérer les intervenant(e)s qui participeront à l'étude afin que l'étude s'effectue sur leur temps de travail.

#### **Les retombées du projet :**

Nous sommes convaincues qu'une meilleure connaissance des aspects positifs et des défis de l'intervention permettra de mieux cibler les besoins des intervenants qui travaillent auprès de ces jeunes. Comme retombées éventuelles du projet, nous pouvons entrevoir la mise en place de formation, de mécanismes de soutien clinique, d'ententes intersectorielles, etc.

**Vous avez un intérêt envers ce projet ?**

Les personnes intéressées pourront communiquer directement avec la responsable de la recherche afin d'exprimer leur désir de participer à l'étude. Par ailleurs, deux semaines après l'envoi de cette lettre, un appel téléphonique sera placé aux chefs de service afin de solliciter la participation des intervenants dans la situation où le nombre de participants se verrait insuffisant à la réalisation de la recherche.

Valérie Laforge, étudiante à la maîtrise et responsable de recherche  
Il est possible de me joindre au (418) 276-4628 poste 278.

*APPENDICE C : FICHE SIGNALÉTIQUE*

À compléter par le répondant. CODE : \_\_\_\_\_

**Genre**

M F

**Niveau de scolarité**

Baccalauréat

Maîtrise

**Discipline de formation**

Travail social

Criminologie

Psychologie

Autres : \_\_\_\_\_

**Nombre d'années d'expérience cumulé en intervention**

0 – 5 ans

11 – 15 ans

6 – 10 ans

16 ans et plus

**Nombre d'années d'expérience professionnelle en Centre jeunesse**

0 – 5 ans

11 – 15 ans

6 – 10 ans

16 ans et plus

**Nombre d'années d'expérience spécifique à l'application des mesures**

0 – 2 ans

6 – 10 ans

3 – 5 ans

11 ans et plus

**Secteur géographique de travail**

Alma

Jonquière

Dolbeau

Chicoutimi

Roberval

La Baie

*APPENDICE D : GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE DESTINÉ AUX  
INTERVENANTS*

## Guide destiné aux entrevues réalisées auprès des intervenants

Cette entrevue sera d'une durée approximative de 2hr et sera enregistrée. Il sera question des facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes ayant des troubles mentaux. Plus spécifiquement, cette entrevue sera réalisée à partir de deux situations que vous identifierez en pensant à votre pratique professionnelle au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

### Partie I: Situation à bas niveau de participation sociale

Pour cette première partie de l'entrevue, j'aimerais que vous pensiez au niveau de participation sociale des jeunes. La notion de participation sociale fait référence à : la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Les habitudes de vie réfèrent à certaines activités de la vie quotidienne ou sociale telles que :

- l'alimentation ;
- l'hygiène corporelle ;
- la communication avec autrui ;
- la capacité de créer et de maintenir des relations ;
- l'insertion scolaire ;
- la participation à des activités de loisir, etc.

Tenant compte de cette définition, j'aimerais que vous cibliez UNE situation d'un jeune que vous avez suivi pendant au moins six mois (ce suivi peut être en cours – ou terminé), et qui présente des caractéristiques associées à un BAS niveau de participation sociale. Afin de préserver l'anonymat de ce jeune, je vous demande de ne pas NOMMER SON NOM en cours d'entrevue. Cependant, afin de faciliter l'entrevue, je vous demande de lui donner un **nom fictif**. Une fois la situation identifiée et le pseudonyme trouvé, je vais vous poser des questions portant sur différents aspects de l'intervention, notamment concernant le jeune, sa famille, les services offerts et certaines caractéristiques se rapportant à vous.

1. **La situation retenue aux fins de l'entrevue est-elle :**
  - a) **Un dossier actif ?**  
Si oui, depuis combien de temps intervenez-vous auprès de ce jeune ?
  - b) **Un dossier fermé ?**  
Si oui, pendant combien de temps êtes-vous intervenus auprès de ce jeune ?
2. **En référence à un bas niveau de participation sociale, qu'est-ce qui fait que vous avez retenu cette situation aux fins de l'entrevue ?**
  - Référer à l'échelle de participation sociale (annexe A).

**J'aimerais, dans les prochaines minutes, que vous pensiez à la situation actuelle du jeune ou encore à sa situation à la fin de l'intervention si le dossier est inactif. Les prochaines questions se rapporteront à cette période de l'intervention.**

**3. Pouvez-vous me décrire le jeune à cette période de l'intervention ?**

- Caractéristiques du jeune
  - Réactions; collaboration; diagnostic présent ou non;
  - Le niveau d'autocritique face à la maladie;
  - La présence d'un trouble en concomitance;
  - Le sentiment de confiance et de collaboration du jeune et de sa famille avec les services.

**4. Pouvez-vous me faire un portrait de la famille à cette période de l'intervention?**

- Caractéristiques de la famille
  - Collaboration des parents avec les services;
  - Services reçus;
  - Compétences des parents;
  - Confiance dans les services;
  - Climat familial (calme, paisible, tendu, conflictuel, hostile, violent, abusif);
  - Relation parent-enfant (saine, harmonieuse, manquant d'affection et ne procurant pas le soutien matériel et affectif nécessaire).

**J'aimerais maintenant que vous repensiez aux premiers instants de l'intervention, notamment au moment de l'assignation du dossier. Les prochaines questions se rapporteront à cette période de l'intervention.**

**5. Dans quel contexte le dossier vous a-t-il été assigné?**

- Caractéristiques organisationnelles
  - Liste d'attente;
  - Services déjà en place;
  - Gravité de la situation, urgence d'intervention.
- Caractéristiques du jeune et de sa famille
  - Réaction du jeune et de sa famille.

**6. Pouvez-vous me décrire le jeune au début de l'intervention ?**

- Caractéristiques du jeune
  - Âge du jeune ;
  - Collaboration; diagnostic présent ou non;
  - Le type de trouble mental;
  - Niveau d'acceptation de la maladie et compréhension de la maladie ;
  - La présence d'un trouble en concomitance;
  - Le degré de soutien perçu et reçu ;

- Le sentiment de confiance et de collaboration du jeune et de sa famille avec les services.

**7. Pouvez-vous me faire un portrait de la famille du jeune au début de l'intervention ?**

- Caractéristiques de la famille
  - Collaboration des parents;
  - Réaction des parents;
  - Degré de soutien perçu;
  - Services reçus;
  - Compétences des parents;
  - Habiletés de communication;
  - Connaissance et acceptation de la maladie du jeune;
  - Confiance dans les services;
  - Sentiment de pouvoir dans l'intervention;
  - Climat familial (calme, paisible, tendu, conflictuel, hostile, violent, abusif);
  - Relation parent-enfant (saine, harmonieuse, manquant d'affection et ne procurant pas le soutien matériel et affectif nécessaire).

**8. Pouvez-vous me parler du plan d'intervention au début du suivi psychosocial?**

- Caractéristiques organisationnelles
  - a. Quels étaient les principaux objectifs à atteindre ?
  - b. Quels services ont été mis en place au Centre jeunesse ?
  - c. D'autres intervenants du Centre jeunesse ont-ils été impliqués dans le dossier? Si oui, lesquels?
  - d. Quels outils d'intervention ont été utilisés ?

**9. Avant votre arrivée dans le dossier, y avait-il déjà des services mis en place pour le jeune. Si oui, lesquels et par qui ? Depuis combien de temps ?**

- Caractéristiques organisationnelles

**10. Avez-vous fait appel à des organismes/établissements pour obtenir des services spécifiques dans cette situation ?**

- a. Si oui, quels organismes/établissements ont été sollicités et pour quels services ?
- b. Comment s'est déroulée la demande de service?

- Caractéristiques organisationnelles
  - Services offerts;
  - Collaboration intersectorielle;
  - Partenariat;
  - Liste d'attente;
  - Délai d'intervention;
  - Disponibilité des ressources en fonction des besoins rencontrés;
  - Procédure de demande de service claire et adapté;
  - Accessibilité et continuité des services.

**11. D'autres services auraient-ils pu être mis en place dans cette situation ?**

- a. Si oui, lesquels ?
- b. Si non, pourquoi ?
  - Caractéristiques organisationnelles
  - Non existence des services requis ; délais d'attente ; refus de la famille.

**12. À quel moment avez-vous remarqué un/des changement(s) dans le niveau de participation sociale du jeune ?**

- a) À quoi ces changements sont-ils attribuables selon vous ?
- b) Quelles ont été vos attitudes et réactions, de même que vos sentiments lors de ce(s) période(s) de changement ?
- c) Comment expliquez-vous ces sentiments, attitudes et réactions?
  - Perceptions et attitudes de l'intervenant

**13. Quels sont les facteurs qui, à votre avis, ont facilité l'intervention auprès de ce jeune ?**

- Meilleures pratiques
- Besoins des intervenants
- Formation
- Pour l'intervenant :
  - Caractéristiques organisationnelles:
    - Soutien clinique à l'équipe de travail;
    - Formation;
    - Consultation clinique;
    - Cointervention / interdisciplinarité;
    - Partenariat avec des organismes/établissements externes.
- Pour le jeune :
  - Caractéristiques du jeune;
  - Caractéristiques de la famille;
  - Services spécifiques (caractéristique organisationnelle);
  - Changement dans le milieu familial (caractéristique de la famille);
  - Plan de service individualisé intersectoriel (caractéristiques organisationnelles).

**14. Quels sont les facteurs qui, à votre avis, ont nuit à l'intervention auprès de ce jeune ? Quelles ont été, en d'autres termes, les principales difficultés rencontrées en cours d'intervention ?**

- Meilleures pratiques
- Besoins des intervenants (caractéristique de l'intervenant)
- Formation (caractéristique de l'organisation)
- En lien avec le jeune, la famille, l'établissement, les services et les ressources ainsi qu'en lien avec l'intervenant.

- 15. Qu'est-ce qui a été déterminant dans l'augmentation du niveau de participation sociale chez le jeune?**
- Facteurs facilitants
- 16. À l'inverse, quels sont les facteurs ayant eu un impact négatif dans le niveau de participation sociale du jeune pendant l'intervention ?**
- Facteurs entravants
- 17. Considérez-vous que les objectifs d'intervention ont été atteints et pourquoi?**
- 18. Avez-vous utilisé des stratégies d'intervention spécifiques auprès de ce jeune en lien avec sa/ses problématiques?**
- 19. Vous êtes-vous senti par moment, dépassé(e), impuissant(e), isolé(e) lors de votre suivi auprès de ce jeune?**
- 20. En terminant, y a-t-il des éléments concernant cette situation dont il n'a pas été question en cours d'entrevue et que vous aimeriez me parler?**

## **Partie II : Situation à haut niveau de participation sociale**

Au cours des prochaines minutes, j'aimerais maintenant que vous songiez à un jeune suivi depuis au moins six mois qui présente un ou des troubles mentaux ainsi qu'un haut niveau de participation sociale. Je vous rappelle que par participation sociale, je fais référence à : la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Les habitudes de vie réfèrent à certaines activités de la vie quotidienne ou sociale telles que :

- l'alimentation ;
- l'hygiène corporelle ;
- la communication avec autrui ;
- la capacité de créer et de maintenir des relations ;
- l'insertion scolaire ;
- la participation à des activités de loisir, etc.

Tenant compte de cette définition, j'aimerais que vous cibliez UNE situation d'un jeune (ce suivi peut être en cours – ou terminé) et qui présente des caractéristiques associées à un HAUT niveau de participation sociale. Afin de préserver l'anonymat de ce jeune, je vous demande à nouveau de ne pas NOMMER SON NOM en cours d'entrevue. Cependant, afin de faciliter l'entrevue, je vous demande de lui donner un **nom fictif**. De façon similaire à la première partie de l'entrevue, je vais vous poser des questions sur différents aspects de l'intervention, notamment concernant le jeune, sa famille, les services offerts et certaines caractéristiques se rapportant à vous.

### **21. La situation retenue aux fins de l'entrevue est-elle :**

c) **Un dossier actif ?**

**Si oui, depuis combien de temps intervenez-vous auprès de ce jeune ?**

d) **Un dossier fermé ?**

**Si oui, pendant combien de temps êtes-vous intervenus auprès de ce jeune ?**

### **22. En référence à un haut niveau de participation sociale, qu'est-ce qui fait que vous avez retenu cette situation aux fins de l'entrevue ?**

- Référez à l'échelle de participation sociale (annexe A).

**J'aimerais, dans les prochaines minutes, que vous pensiez à la situation actuelle du jeune ou encore à sa situation à la fin de l'intervention si le dossier est inactif. Les prochaines questions se rapporteront à cette période de l'intervention.**

### **23. Pouvez-vous me décrire le jeune à cette période de l'intervention ?**

- **Caractéristiques du jeune**
  - Réactions; collaboration; diagnostic présent ou non;
  - Le niveau d'autocritique face à la maladie;

- La présence d'un trouble en concomitance;
- Le sentiment de confiance et de collaboration du jeune et de sa famille avec les services.

**24. Pouvez-vous me faire un portrait de la famille à cette période de l'intervention?**

- Caractéristiques de la famille
  - Collaboration des parents avec les services;
  - Services reçus;
  - Compétences des parents;
  - Confiance dans les services;
  - Climat familial (calme, paisible, tendu, conflictuel, hostile, violent, abusif);
  - Relation parent-enfant (saine, harmonieuse, manquant d'affection et ne procurant pas le soutien matériel et affectif nécessaire).

**J'aimerais maintenant que vous repensiez aux premiers instants de l'intervention, notamment au moment de l'assignation du dossier. Les prochaines questions se rapporteront à cette période de l'intervention.**

**25. Dans quel contexte le dossier vous a-t-il été assigné?**

- Caractéristiques organisationnelles
  - Liste d'attente;
  - Services déjà en place;
  - Gravité de la situation, urgence d'intervention.
- Caractéristiques du jeune et de sa famille
  - Réaction du jeune et de sa famille.

**26. Pouvez-vous me décrire le jeune au début de l'intervention ?**

- Caractéristiques du jeune
  - Âge du jeune ;
  - Collaboration; diagnostic présent ou non;
  - Le type de trouble mental;
  - Niveau d'acceptation de la maladie et compréhension de la maladie ;
  - La présence d'un trouble en concomitance;
  - Le degré de soutien perçu et reçu ;
  - Le sentiment de confiance et de collaboration du jeune et de sa famille avec les services.

**27. Pouvez-vous me faire un portrait de la famille du jeune au début de l'intervention ?**

- Caractéristiques de la famille
  - Collaboration des parents;
  - Réaction des parents;
  - Degré de soutien perçu;
  - Services reçus;

- Compétences des parents;
- Habiletés de communication;
- Connaissance et acceptation de la maladie du jeune;
- Confiance dans les services;
- Sentiment de pouvoir dans l'intervention;
- Climat familial (calme, paisible, tendu, conflictuel, hostile, violent, abusif);
- Relation parent-enfant (saine, harmonieuse, manquant d'affection et ne procurant pas le soutien matériel et affectif nécessaire).

**28. Pouvez-vous me parler du plan d'intervention au début du suivi psychosocial?**

- Caractéristiques organisationnelles
  - a) Quels étaient les principaux objectifs à atteindre ?
  - b) Quels services ont été mis en place au Centre jeunesse ?
  - c) D'autres intervenants du Centre jeunesse ont-ils été impliqués dans le dossier? Si oui, lesquels?
  - d) Quels outils d'intervention ont été utilisés ?

**29. Avant votre arrivée dans le dossier, y avait-il déjà des services mis en place pour le jeune. Si oui, lesquels et par qui ? Depuis combien de temps ?**

- Caractéristiques organisationnelles

**30. Avez-vous fait appel à des organismes/établissements pour obtenir des services spécifiques dans cette situation ?**

- a. Si oui, quels organismes/établissements ont été sollicités et pour quels services ?
- b. Comment s'est déroulée la demande de service?

- Caractéristiques organisationnelles
  - Services offerts;
  - Collaboration intersectorielle;
  - Partenariat;
  - Liste d'attente;
  - Délai d'intervention;
  - Disponibilité des ressources en fonction des besoins rencontrés;
  - Procédure de demande de service claire et adapté;
  - Accessibilité et continuité des services.

**31. D'autres services auraient-ils pu être mis en place dans cette situation ?**

c. Si oui, lesquels ?

d. Si non, pourquoi ?

- Caractéristiques organisationnelles
  - Non existence des services requis ; délais d'attente ; refus de la famille.

**32. À quel moment avez-vous remarqué un/des changement(s) dans le niveau de participation sociale du jeune?**

- a) À quoi ces changements sont-ils attribuables selon vous ?

**b) Quelles ont été vos attitudes et réactions, de même que vos sentiments lors de ce(s) période(s) de changement ?**

**c) Comment expliquez-vous ces sentiments, attitudes et réactions?**

- Perceptions et attitudes de l'intervenant

**33. Quels sont les facteurs qui, à votre avis, ont facilité l'intervention auprès de ce jeune ?**

- Meilleures pratiques
- Besoins des intervenants
- Formation
- Pour l'intervenant :
  - Caractéristiques organisationnelles :
    - Soutien clinique à l'équipe de travail
    - Formation
    - Consultation clinique
    - Cointervention / interdisciplinarité
    - Partenariat avec des organismes/établissements externes
- Pour le jeune :
  - Caractéristiques du jeune
  - Caractéristiques de la famille
  - Services spécifiques (caractéristique organisationnelle)
  - Changement dans le milieu familial (caractéristique de la famille)
  - Plan de service individualisé intersectoriel (caractéristiques organisationnelles)

**34. Quels sont les facteurs qui, à votre avis, ont nuit à l'intervention auprès de ce jeune ? Quelles ont été, en d'autres termes, les principales difficultés rencontrées en cours d'intervention ?**

- Meilleures pratiques
- Besoins des intervenants (caractéristique de l'intervenant)
- Formation (caractéristique de l'organisation)
- En lien avec le jeune, la famille, l'établissement, les services et les ressources ainsi qu'en lien avec l'intervenant.

**35. Qu'est-ce qui a été déterminant dans l'augmentation du niveau de participation sociale chez le jeune?**

- Facteurs facilitants

**36. À l'inverse, quels sont les facteurs ayant eu un impact négatif dans le niveau de participation sociale du jeune pendant l'intervention ?**

- Facteurs entravants

**37. Considérez-vous que les objectifs d'intervention ont été atteints et pourquoi?**

- 38. Avez-vous utilisé des stratégies d'intervention spécifiques auprès de ce jeune en lien avec sa/ses problématiques?**
- 39. Vous êtes-vous senti par moment, dépassé(e), impuissant(e), isolé(e) lors de votre suivi auprès de ce jeune?**
- 40. En terminant, y a-t-il des éléments concernant cette situation dont il n'a pas été question en cours d'entrevue et que vous aimeriez me parler?**

*APPENDICE E : CERTIFICATS ÉTHIQUES*



Chicoutimi, le 17 décembre 2007

Madame Valérie Laforge  
Université du Québec à Chicoutimi  
555, boulevard de l'Université  
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

**Objet : Autorisation pour projet de maîtrise**

Madame,

Par la présente, le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean vous autorise à réaliser votre mémoire de maîtrise tel que mentionnée à l'objet en titre.

Le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean vous facilitera l'accès aux personnes et aux données nécessaires pour la réalisation de votre projet tout en s'assurant du respect des règles éthiques et de sa politique sur la recherche.

Espérant le tout conforme à vos attentes, recevez, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marc Thibeault  
Direction du développement professionnel et organisationnel

MT/cl

c.c. Mme Louise Harfon, coordonnatrice du développement organisationnel



Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université  
Chicoutimi, Québec, Canada  
G7H 2B1

www.uqac.ca

Comité d'éthique de la recherche

197

11 janvier 2008

Madame Valérie Laforge  
4055, chemin des Éperviers  
Alma, Québec  
G8B 5V3

**OBJET : Décision – Approbation éthique**  
**Les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes**  
**qui présentent un trouble mental en Centre jeunesse Saguenay Lac-**  
**Saint-Jean.**  
**N/Dossier : 602.174.01**

---

Madame,

Lors de sa réunion tenue le **16 novembre 2007**, le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande d'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité d'accorder l'approbation éthique et ce, sous réserve de remplir les conditions mentionnées lors de la transmission de la décision du Comité d'éthique.

Ayant satisfait les conditions demandées, vous trouverez ci-joint votre approbation éthique valide jusqu'au **1 décembre 2008**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide** et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.



Marie-Josée Dupéré  
Attachée d'assemblée

/mjd



## APPROBATION ÉTHIQUE

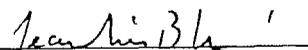
Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du *11 janvier 2008 au 1 décembre 2008*

Pour le projet de recherche intitulé : *Les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble mental en Centre jeunesse Saguenay Lac-Saint-Jean.*

Chercheur responsable du projet de recherche : *Valérie Laforge*

Fait à Ville de Saguenay, le 11 janvier 2008

  
Jean-Pierre Béland  
Président du Comité d'éthique  
de la recherche avec des êtres humains



Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire

**Siège social**

2915, avenue du Bourg-Royal, Québec (Québec) G1C 3S2  
Téléphone (418) 661-6951 Télécopieur (418) 661-2845

Le 4 février 2008

Madame Valérie Laforge  
4055, Des Éperviers  
Alma (Québec) G8B 5V3

Objet : Certificat de conformité éthique pour le projet « Les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble de santé mentale en Centre jeunesse Saguenay-Lac-St-Jean » (2007-12)

---

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire a reçu les modifications qui vous étaient demandées dans la lettre du 21 novembre 2007 concernant le projet en titre.

Les modifications apportées sont conformes aux demandes faites. Il nous fait donc plaisir de vous délivrer un certificat de conformité éthique valide pour une année complète à partir d'aujourd'hui.

Nous vous rappelons qu'il est de votre responsabilité d'acheminer une demande de renouvellement de ce certificat au CÉR un mois avant la date d'échéance accompagnée d'un état d'avancement de votre projet (cf document joint). Il vous appartient également d'aviser le CÉR de tout changement dans votre projet qui pourrait avoir une incidence sur les aspects éthiques de celui-ci.

En terminant, nous vous demandons de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Gilles Mireault, président  
Comité d'éthique de la recherche  
Téléphone : (418) 661-6951, poste 1713  
Courriel : gilles\_mireault@ssss.gouv.qc.ca

GM/sb

Pièce jointe

*APPENDICE F : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT*

### **Formulaire de consentement de l'intervenant(e) participant à l'étude**

#### **Les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux en centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ comprends que :

#### **Le but de cette étude est :**

D'identifier les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes ayant des troubles mentaux. De façon plus spécifique, cette étude vise à comprendre l'influence de certaines caractéristiques (liées aux jeunes et à leur famille, aux intervenants, à l'organisation) dans les processus de participation sociale des jeunes recevant des services du Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en travail social de Valérie Laforge, sous la direction de Christiane Bergeron-Leclerc, et de Sébastien Savard, professeur(e)s à l'Université du Québec à Chicoutimi. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique et de la recherche du Centre jeunesse de Québec, de même que celui de l'Université du Québec à Chicoutimi.

#### **Le déroulement de l'étude est le suivant :**

Dans un premier temps, des informations sociodémographiques et professionnelles relativement à l'intervenant seront recueillies. Il s'agira d'une fiche signalétique permettant de regrouper des données telles que : le genre, le niveau de scolarité, la discipline de formation, le nombre d'années d'expériences professionnelles, le nombre d'années d'expérience en Centre jeunesse et à l'« application des mesures ». Dans un deuxième temps, les participants réaliseront une entrevue semi-dirigée, d'une durée de 1h30, qui se déroulera selon la technique de l'incident critique. Cette entrevue aura une durée maximale de 2h00 au cours de laquelle on posera des questions concernant les facteurs contribuant ou non à la participation sociale des jeunes ayant des troubles mentaux et qui reçoivent des services du Centre jeunesse. Même si l'entrevue portera sur deux situations d'intervention – il est entendu qu'en aucun temps je ne révélerai le nom des jeunes et des familles concernés.

#### **Avantages et désavantages de ma participation à cette étude :**

L'avantage de participer à cette recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances en ce qui a trait aux facteurs facilitant et entravant l'intervention auprès des jeunes ayant des troubles mentaux et qui reçoivent des services du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean. Cependant, le temps que prend le participant au projet de recherche constitue un désavantage. Il n'y a pas de risque associé à la participation à cette étude.

**Droit de se retirer de l'étude :**

En tout temps, je pourrai quitter le processus de recherche, sans avoir à fournir de raison et sans subir de préjudice.

**Confidentialité des résultats et anonymat :**

Je comprends que mon nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche et sera remplacé par un code numérique sur le matériel audio et sur les verbatims des entrevues. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé et accessible uniquement à l'étudiante et ses directeurs de recherche. Les données sur soutien informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe modifié régulièrement. Seule l'étudiante, la personne effectuant la retranscription des entrevues et les membres de son comité de mémoire auront accès à ce matériel. Les données seront conservées pour une durée de cinq ans, ensuite, elles seront éliminées de façon sécuritaire.

**Responsables et numéros de téléphone :**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à :

Valérie Laforge, qui est l'étudiante à la maîtrise réalisant l'étude. Le numéro de téléphone pour la rejoindre est le suivant : **(418)276-4628 poste 278.**

Christiane Bergeron-Leclerc, qui est la directrice de maîtrise de l'étudiante. Le numéro de téléphone pour la rejoindre est le suivant : **(418) 545-5011 poste 4230.**

Si j'ai des plaintes ou des critiques à formuler à propos de l'étude, je peux contacter Monsieur Serge Guay, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le numéro de téléphone pour le rejoindre est le : **(418) 549-4853 poste 3333.** Pour le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, Saguenay-Lac-St-Jean, composez le **(418) 662-6774** ou le numéro sans frais au **1-877-767-2227.**

Si j'ai des questions concernant mes droits en tant que participant de l'étude, je peux contacter le président du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, Monsieur Jean-Pierre Béland. Le numéro de téléphone pour le rejoindre est le suivant : **(418) 545-5011 poste 5219.** Je peux également contacter le président du comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse, Monsieur Gilles Mireault. Le numéro de téléphone pour le rejoindre est le suivant : **(418) 661-6951.**

J'ai lu toutes les informations relatives à l'étude portant sur les facteurs qui facilitent et entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un trouble mental en Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean. On a répondu à l'ensemble de mes questions portant sur cette étude et cela, de façon satisfaisante. J'accepte de participer à l'étude.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

---

Valérie Laforge, étudiante à la maîtrise

---

Date

---