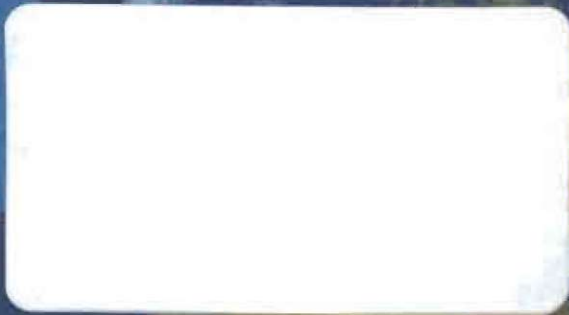


conception : ACOR • illustration : Christine Delezenne



Collection

Développement et évaluation de programmes

WS
462
C334
2005



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

INSPQ - Montréal

3 5567 00006 7121



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTREAL



**État de situation
sur la santé mentale
des adolescents 12-17 ans
au CJM-IU**

**Rapport du Groupe de travail
*rédigé par***

François Chagnon, Ph. D. et Josette Laframboise, M.S.S. D.A.P.

**Direction des Services professionnels et de la recherche
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire**

Adopté au Comité de direction

20 septembre 2005

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-89218-174-7

© Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire, 2005
Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire
Téléphone : (514) 896-3396; Télécopieur : (514) 896-3483
Courriel : bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Nous remercions de leur participation à ce groupe de travail :

**Dr. Hélène Bouvier – Hôpital Rivière-
des-Prairies**

Madame Louise Baillargeon, CSI

Monsieur Michel Bissonnette, DSREA

**Dr. Johanne Boivin – CHU mère-enfant
Ste-Justine**

Madame Lise Durocher, CDPPP

Madame Louise G. Gagné, CSI

**Dr Patricia Garel – CHU mère-enfant
Ste-Justine**

Marc Gommier, DSSSJC

Monsieur Claude Hamel, DST

Dr. Laila Ismail, CJM-IU

**Monsieur Denis Lafortune – Université
de Montréal**

Madame Lise Laporte, IRDS

Monsieur Guy Lupien, DSSSJC

Monsieur Gilles Maillé, DSRA

Monsieur Pierre Poupart, CIER

Madame Suzanne Ménard, DPJ

**Dr. Johanne Renaud – CHU mère-
enfant. Ste-Justine**

Monsieur Gilles Richelieu, CSI

**Madame Nathalie Turgeon, Conseil
multidisciplinaire, CJM-IU**

Un merci tout spécial à Denis Lafortune, qui, en plus de nous faire profiter de son expérience de longue date dans le domaine de la santé mentale, a fourni un grand nombre de documents de références et a apporté une contribution significative à la rédaction de ce rapport.

Les responsables du groupe de travail,

François Chagnon, CIER

Josette Laframboise, CDPPP

Avant-propos

En déposant ce rapport, les membres du groupe de travail sur la santé mentale chez les jeunes au Centre jeunesse de Montréal tiennent à souligner que ce document vise d'abord à donner une vision d'ensemble sur la situation de la santé mentale chez les jeunes de 12 à 17 ans et leurs parents. En ce sens, on ne peut s'attendre à y retrouver des éléments très spécifiques à des circonstances individuelles ou à des services particuliers. Cet état de situation devra donc être suivi de travaux visant à poursuivre les applications pratiques des constats et des recommandations élaborés dans le cadre des travaux de notre groupe afin d'assurer l'implantation des mesures proposées. À cet effet, notre groupe tient également à souligner le défi que représente le rapprochement entre le domaine médical et celui de l'intervention psychosociale et de réadaptation, puisqu'il s'agit de concilier des niveaux d'expertises et des langages différents dans une visée commune auprès de jeunes et de familles en difficulté. Cette difficulté se reflète notamment dans la détermination des systèmes de références cliniques entourant l'évaluation, la reconnaissance et la description des difficultés vécues par les jeunes et leur famille dans le domaine de la santé mentale. Les travaux du groupe de travail ont également mis en évidence le défi que représente l'intervention en santé mentale pour notre organisation. Cela s'ajoute à la complexité déjà existante dans l'intervention auprès des jeunes et de leur famille. Enfin, nous tenons à rappeler l'importance de reconnaître que, en dépit des difficultés identifiées dans le cadre de cet état de situation, plusieurs compétences et expertises ont été développées au cours des dernières années et qu'elles sont disponibles au sein du CJM-IU. Elles devront être mises à profit dans la suite des travaux.

Il convient de souligner que le comité des directions clientèle a siégé à trois reprises pour s'approprier l'ensemble de ce dossier. Des modifications ont été apportées par ce comité. Premièrement, le comité a insisté encore davantage sur l'importance de la place des intervenants dans l'intervention quotidienne auprès des jeunes ayant des problèmes de santé mentale ; à ce sujet, le comité des directions clientèle a proposé l'ajout d'un principe servant de base aux recommandations ; il a également ajouté un quatrième niveau d'intervention au chapitre des recommandations, soit celui du dépistage et de l'évaluation. Deuxièmement, le comité des directions clientèle a souligné l'importance d'introduire dans les définitions le concept de «détresse psychologique» qui est un terme fréquemment utilisé dans le langage actuel des intervenants. Enfin, des précisions ont été apportées quant à la place des services spécialisés dans le continuum de services aux jeunes présentant des problèmes de santé mentale.

Après ces commentaires et modifications, le rapport a été adopté par le comité des directions clientèle.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
SECTION I.....	3
CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	3
1 Contexte politique et stratégique : santé mentale des jeunes et centres jeunesse.....	4
2 Confusion des concepts et confusion des rôles.....	5
3 Rappel de la mission des centres jeunesse.....	6
4 Santé mentale.....	8
5 Classification des troubles mentaux.....	11
6 Troubles de comportements et troubles mentaux.....	13
7 Sévérité des troubles mentaux.....	16
8 Détresse et urgence psychiatrique.....	19
9 Santé mentale, modèle biopsychosocial et transformation des pratiques.....	19
SECTION 2.....	27
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES JEUNES ET DE LEURS PARENTS.....	27
1 Prévalence et évolution des troubles mentaux chez les jeunes au Canada.....	28
2 Les troubles de santé mentale au Québec.....	31
3 Les troubles mentaux chez les jeunes de 12-17 ans au CJM.....	35
SECTION 3.....	49
ÉTAT DE SITUATION SUR LES PRATIQUES.....	49
1 Orientations régionales concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux.....	50
2 Modèle d'organisation adopté au CJM-IU en regard des problématiques de suicide ou de santé mentale.....	53
3 Problèmes liés à la pratique.....	62
RECOMMANDATIONS.....	65
ANNEXE A.....	71
ANNEXE B.....	73
ANNEXE C.....	75
ANNEXE D.....	83
ANNEXE E.....	97

INTRODUCTION

L'étude des besoins clientèle menée au cours de l'année 2003 soulignait que les problèmes de santé mentale posent un défi d'intervention majeur chez la population des adolescents (12-17 ans). Suite à cette étude, tous (directions-clientèle et DSPR) s'entendaient sur le fait qu'il s'agissait là d'un sujet complexe qui soulève d'importants questionnements, et que ce sujet comprend différentes réalités. Cependant, l'ampleur de la problématique, sa nature, les objectifs visés et l'orientation que devrait prendre cette démarche afin d'améliorer les services, ainsi que la meilleure façon d'y parvenir, étaient à définir. De plus, on constatait l'existence d'un grand nombre de comités, de projets et de travaux entourant la problématique de santé mentale au CJM-IU, sans qu'aucune structure n'assure leur cohérence d'ensemble. Face à ces constats, il apparaissait prioritaire d'établir un état de situation.

À cette fin, la Direction des services professionnels et de la recherche (DSPR) a mandaté un groupe de travail de procéder à un état de situation sur la santé mentale des jeunes de 12-17 ans au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Sous la responsabilité de la DSPR, et en collaboration avec les directions clientèle, ce groupe de travail, qui réunissait des représentants de la DSPR, des directions-clientèle, de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), des services de santé, de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS), et des partenaires externes du CHU mère-enfant de Ste-Justine, de l'hôpital Rivières-des-Prairies et de l'Université de Montréal, avait pour objectifs de :

- faire un état de situation des projets, travaux, etc. entourant la problématique de santé mentale de la clientèle 12-17 ans ;
- connaître les besoins de la clientèle et déterminer les priorités et les orientations en matière de santé mentale au CJM-IU ;
- favoriser la mise en place d'interventions adaptées aux besoins de la clientèle en matière de santé mentale ;
- favoriser la cohérence de ces interventions.

Plus spécifiquement, il était attendu de ce groupe de travail que, tout en tenant compte des connaissances scientifiques, des connaissances cliniques, de la pratique actuelle et des cadres légaux dans lesquels se situe l'intervention, l'état de situation comprenne :

- une définition des concepts, notamment concernant la notion de trouble mental et de santé mentale ;
- un état des connaissances actuelles sur la problématique de santé mentale au CJM-IU pour la clientèle 12-17 ans;
- une synthèse des orientations régionales en matière de santé mentale chez les jeunes en difficulté ;
- une description des activités et des travaux en cours concernant la santé mentale chez les clients du CJM-IU ;
- une synthèse des principaux enjeux concernant l'organisation des services et les orientations du CJM-IU en matière de problématique de santé mentale.

Cet état de situation devrait également comprendre un plan de travail et des recommandations afin :

- d'améliorer les connaissances sur la problématique et de déterminer les besoins prioritaires ;
- de préciser les orientations du CJM-IU en ce domaine ;

- de mettre en place et de coordonner les actions nécessaires en réponse aux besoins des clientèles ;
- d'assurer la cohérence dans le développement des programmes en cette matière et entre les divers groupes de travail.

Il était attendu que suite à ces travaux, le groupe de travail dépose au comité des directions-clientèle l'état de situation et les recommandations pour la suite de la démarche. Afin de réaliser ces travaux, le groupe de travail a tenu sept rencontres entre avril 2004 et avril 2005.

Ce rapport comprend quatre sections. La première partie présente une définition et une analyse des concepts de santé mentale et de troubles mentaux chez les jeunes. La seconde section présente un état de situation sur la santé mentale des jeunes au Canada, au Québec, et dans les centres-jeunesse, notamment, au CJM-IU. La troisième section présente un état de situation sur les orientations et les pratiques d'intervention dans le domaine de la santé mentale au CJM-IU. Enfin, la quatrième section présente des recommandations pour améliorer les connaissances et les interventions en ce domaine.

SECTION I

CLARIFICATION DES CONCEPTS

1 Contexte politique et stratégique : santé mentale des jeunes et centres jeunesse

La question de la santé mentale des enfants et adolescents en centre jeunesse et les défis qu'elle pose aux intervenants ont souvent fait l'objet d'études au cours des dernières décennies. Ainsi, déjà en 1975, le Rapport Batshaw soulignait l'insuffisance, dans les centres jeunesse, des mesures d'encadrement clinique des enfants et des adolescents manifestant des troubles de comportements et des problèmes de santé mentale. La situation demeure un problème d'actualité et, en dépit de l'attention dont elle a fait l'objet depuis trente ans, peu de mesures concrètes ont été apportées afin de faciliter les interventions auprès de ces jeunes.

Les récentes transformations des services sociaux et de santé, notamment la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), la mise en place de projets cliniques locaux, ainsi que le Plan d'action sur la santé mentale qui sera très bientôt rendu public, remettent à l'avant-scène l'intervention des centres jeunesse dans le domaine de la santé mentale. Essentiellement, la création des CSSS s'inscrit dans la logique d'un travail en réseau, que ce soit au niveau local, régional et national entre les partenaires des services sociaux et de santé, afin d'offrir des soins concertés et d'améliorer l'accès aux services. Deux principes sont promulgués dans la réalisation des projets cliniques soit, la *responsabilité populationnelle* qui implique que les intervenants sur un territoire donné partageront collectivement la responsabilité des services à la population et la *hiérarchisation*, qui implique l'amélioration de la complémentarité des services selon trois lignes de services.

Concrètement, les centres jeunesse seront appelés à contribuer à la mise en place des projets cliniques auprès des jeunes et des familles en difficulté. Si cette orientation n'est pas nouvelle en soi, elle est cependant davantage appuyée dans sa réalisation du fait que les CSSS ont la responsabilité d'élaborer et de coordonner les projets cliniques sur leur territoire. Les CSSS doivent ainsi « *...de concert avec l'ensemble des intervenants du réseau et hors réseau, convenir de moyens visant à assurer le partage d'informations et la complémentarité des rôles et des responsabilités des intervenants et des partenaires intersectoriels..* »¹. Ces mesures prennent leurs assises sur l'échange d'informations, la complémentarité des rôles et la gestion des cas cliniques. Plus spécifiquement ici, en ce qui a trait à la clientèle jeunesse, le succès de la mise en place des projets cliniques repose en grande partie sur la capacité de clarifier les champs d'intervention des groupes d'acteurs dans le domaine de la santé mentale et dans ceux de la réadaptation et de la protection.

Les orientations annoncées dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2008 réaffirment les principes de la responsabilité organisationnelle et de la hiérarchisation des services selon trois lignes de services, allant des services non spécialisés à ceux ultra spécialisés de la psychiatrie. Récemment consultée sur les orientations en santé mentale que le ministère rendra bientôt publiques dans son plan d'action, l'Association des centres jeunesse du Québec² (ACJQ) rappelait que le Rapport Batshaw (1975), le Rapport Harvey II, le Rapport Corriveau (2000) et le Rapport clientèle jeunesse multiproblématique (2003) vont tous dans le sens des conclusions du Rapport Lacour (2004) qui affirme que « *L'une des difficultés récurrentes du réseau touche particulièrement les centres jeunesse qui doivent assumer la réadaptation spécialisée de plusieurs centaines de jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale sans avoir accès aux ressources, aux*

¹ MSSS, 1994. *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Résumé. Québec. MSSS. 23 p., 12.

² Rapport du Comité aviseur sur la santé mentale des jeunes et des enfants (1995); Bilan d'implantation de la politique de la santé mentale (MSSS, 1997); Défis de la reconfiguration des services de santé mentale (MSSS, 1997); Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998); Forum sur la santé mentale (septembre 2000).

programmes ou à l'encadrement appropriés. (...) Le comité insiste pour que les centres jeunesse puissent disposer de l'expertise nécessaire (notamment en vue d'adapter leur infrastructure et de former adéquatement leur personnel clinique grâce à un financement adéquat), et qu'ils puissent compter sur la collaboration formelle des services de première ligne ainsi que sur un encadrement médical et psychiatrique garanti ». Dans sa réponse aux orientations du ministère, l'ACJQ rappelle les conséquences que peuvent avoir à long terme les troubles mentaux chez les jeunes et l'importance d'une intervention précoce auprès de ceux-ci. Est cité, à cet effet, le plan d'action lui-même : « l'évolution récente des connaissances issues d'études de suivi longitudinal démontre l'importance d'intervenir tôt (dépistage, intervention précoce) et intensivement (soutiens variés et intensifs) auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental, compte tenu de la contribution de cette pathologie aux problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte » (p. 13).

Dans le même esprit, le rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (Lacour, 2004) recommandait « que les centres jeunesse accueillant des jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale, puissent assumer la réadaptation de ces jeunes en leur offrant un encadrement garanti à la fois sur le plan médical et psychiatrique (à l'aide des AMP (Actes Médicaux Particuliers) et des PREM (Plan Régional d'Effectifs Médicaux) ». Le comité recommandait enfin que « ces centres bénéficient d'un soutien formel de 1^{re} ligne, d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et que leur personnel reçoive une formation adéquate »³.

Bien que plusieurs groupes de travail se soient penchés sur ces questions, le cadre permettant de structurer les interventions des centres jeunesse dans le champ de la santé mentale, et les balises pouvant guider concrètement une action complémentaire à celles des partenaires du domaine médical ou celle des Centres de services de santé et sociaux, restent à préciser. À cet effet, si le Plan d'action en santé mentale 2005-2008 réaffirme le principe de hiérarchisation des interventions en santé mentale selon trois lignes de services, la place et le rôle précis de l'action des centres jeunesse par rapport à ces trois lignes ne sont pas clairs. Cette critique a par ailleurs été rapportée par l'ACJQ, en réaction au plan d'action du ministère. Selon l'ACJQ, il est clair que les services dispensés par les centres jeunesse sont spécialisés et qu'ils devraient être identifiés comme des services de 2^{ème} ligne.

2 Confusion des concepts et confusion des rôles

Une définition claire des missions spécifiques et complémentaires des principaux partenaires de l'intervention en santé mentale est essentielle à un découpage et à une bonne coordination des actions des professionnels. Si l'action prédominante des centres jeunesse en matière de protection a été mise à l'avant-scène au cours des dernières décennies avec la mise en place de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), il faut reconnaître qu'il n'est pas si facile d'établir clairement la responsabilité des centres jeunesse et celle des CSSS dans les mandats de prévention et de traitement auprès des jeunes et des familles. Cette situation est d'autant plus complexe que la LPJ est souvent un moyen d'accéder à des services sociaux et de santé pour des jeunes qui présentent simultanément des besoins de protection, des problèmes d'adaptation et des troubles mentaux nécessitant une action simultanée à plusieurs niveaux.

De plus, les notions de santé mentale et de trouble mental sont souvent confondues par les différents groupes d'intervenants, tout comme le sont les critères de sévérité de ces troubles. Pour complexifier encore la situation, il importe de rappeler que le recours aux services de santé

³ De la complexité à la responsabilité, Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, 30 avril 2004, p. 59.

mentale n'est pas toujours motivé que par des considérations psychopathologiques: "*Both clinical and non-clinical factors influence outpatient mental health service use by foster children*" écrivent Leslie et ses collaborateurs (2000, p. 466). Selon ces auteurs, la formation théorique, l'expérience clinique et le niveau d'encadrement et de supervision des intervenants influencent aussi les stratégies d'intervention mises en place. Dos Reis et son équipe (2001, p. 1094) vont dans le même sens, soulignant "*the complexity of mental health services for youth in foster care*".

Dans cet ensemble complexe, la sévérité perçue des troubles mentaux demeure l'un des principaux éléments qui sous-tend l'action des intervenants dans les domaines médicaux et psychosociaux. Aussi nous apparaît-il essentiel de définir clairement les notions de santé mentale, de trouble mental et de trouble mental sévère, ainsi que de préciser les zones d'action des intervenants en santé et celles des intervenants psychosociaux/de réadaptation. Au-delà des questions de terminologie, une telle clarification des concepts permettra de mieux asseoir le partage des responsabilités entre les différents groupes d'intervenants. À cette fin, la section qui suit propose d'abord (1) un rappel de la mission des centres jeunesse ; on y présente et discute par la suite (2) les concepts de santé mentale, trouble mental, problèmes de santé mentale et troubles de comportement. Les spécificités et les points de convergence sont discutés. Par la suite, (3) on discute des classifications des troubles mentaux, de leur sévérité, ainsi que de la notion d'urgence psychiatrique. Après avoir abordé ces concepts, on présente enfin (4) un cadre qui pourrait intégrer les interventions en santé mentale mises de l'avant par les centres jeunesse et par leurs partenaires du domaine médical, ce cadre prenant assise sur les propositions du modèle biopsychosocial (Engel, 1977).

3 Rappel de la mission des centres jeunesse ⁴

En 1998, Le Conseil québécois d'agrément ⁵ a identifié les deux (2) types de missions confiées à chacun des centres jeunesse du Québec : celles qui sont *partagées* avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux et celles qui sont *spécifiques*. Les missions partagées par le CJM-IU s'actualisent dans deux (2) domaines d'activités : l'adaptation sociale chez les jeunes, d'une part; les services sociaux et de réadaptation, d'autre part. Quant aux missions spécifiques aux centres jeunesse, elles s'actualisent dans quatre (4) domaines d'activités : la délinquance juvénile; la protection de la jeunesse; les services particuliers et les réseaux de milieux de vie substituts. Les lignes qui suivent élaborent davantage chacun de ces domaines d'activités.

3.1 Adaptation sociale (activité relevant d'une mission partagée)

Dans le cadre notamment de la Politique de santé et de bien-être, et à l'intérieur d'une stratégie d'ensemble définie par la Régie régionale de Montréal-Centre avec les établissements, les organismes et le milieu, le CJM-IU a pour mission : de contribuer aux stratégies globales d'actions visant l'adaptation sociale des jeunes et de leur famille. Il a pour mandats : i) l'évaluation des problèmes sociaux jeunesse de la région; ii) l'élaboration de stratégies concertées de prévention et d'action; iii) la réduction de l'incidence de l'abandon, de la négligence, des abus physiques et sexuels, des troubles de comportement, de la délinquance, de l'itinérance, **des suicides et tentatives de suicide, des problèmes de santé mentale**, du virus du SIDA et des maladies transmissibles sexuellement.

⁴ Les sections qui suivent sont tirées du document intitulé «L'offre de services au Centre jeunesse de Montréal-IU». Thomassin et al., 2004.

⁵ Dossier de l'établissement aux fins d'agrément : mission centres jeunesse. Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux, 1998.

3.2 Services sociaux et de réadaptation (activité relevant d'une mission partagée)

Dans le cadre de la LSSSS et à l'intérieur de plans régionaux concertés, le CJM-IU a d'abord pour mission de contribuer à l'offre de services [spécialisés] psychosociaux, de réadaptation, d'intégration sociale, d'accompagnement, de support et d'urgence sociale ⁶, tant pour les jeunes et leur famille que pour les mères en difficulté d'adaptation. Il doit aussi s'assurer que les besoins de ces jeunes, familles et mères soient évalués et que les services requis soient offerts dans leur milieu de vie ou à l'intérieur de ses installations ou encore les diriger le plus tôt possible vers les services ou personnes les plus aptes à leur venir en aide. Il a pour mandats : i) de mettre en œuvre les moyens et de dispenser les services, tels que prévus au plan d'intervention et, s'il y a lieu, au plan de services individualisé afin de s'acquitter des responsabilités qui lui sont imparties par les plans régionaux concertés. Ces moyens et services peuvent être notamment : l'application de mesures d'aide et de support; le développement et la mise en œuvre d'approches alternatives au placement; le placement (décision, préparation, suivi) ; les activités de réinsertion ou la réalisation d'un plan de vie ; ii) de favoriser l'intégration et l'adaptation sociale des jeunes et iii) de maintenir et développer les capacités parentales. Dans certaines situations plus spécifiques, ces services devront viser la restauration du fonctionnement social des jeunes et la restauration de la capacité du milieu familial à assumer son rôle de protection ou, à défaut, de fournir au jeune un nouveau milieu de vie stable en mesure d'assurer son développement et sa sécurité.

3.3 Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (activité relevant d'une mission spécifique)

Dans le cadre de la LSJPA et dans les limites des mandats confiés au Directeur provincial, le CJM-IU a pour mission : d'offrir, de dispenser ou de s'assurer de la dispensation des services d'évaluation, de rapport pré-décisionnel, de suivi de type probatoire, de mesures de rechange, de mesures compensatoires, de l'exécution des mesures ordonnées, de milieux de garde, de détention provisoire, de ressources alternatives aux milieux de garde, de réadaptation et d'intégration sociale. Par ailleurs, il a comme mandats : i) l'évaluation de la situation sociale et de la criminalité du jeune ; ii) le développement et l'implantation de programmes adaptés ; iii) la collaboration avec des organismes diversifiés ; tout en responsabilisant les jeunes et en mobilisant la communauté, il doit voir à : iv) protéger la société ; v) adapter et intégrer socialement ces jeunes ; vi) développer la compétence des parents vis-à-vis d'eux ; vii) réduire les récidives. Finalement, dans le cadre de la mise en vigueur de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), viii) assurer le maintien des acquis de la LJC.

3.4 Loi sur la protection de la jeunesse (activité relevant d'une mission spécifique)

Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, le Directeur de la protection de la jeunesse du CJM-IU a pour mission de recevoir et traiter les signalements, de décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, de décider de l'orientation, de réviser les situations, de décider de la fin des mesures de protection, d'exercer des tutelles, de recevoir les consentements généraux en matière d'adoption, de demander au tribunal de déclarer un enfant admissible à l'adoption, d'autoriser ou de présenter aux tribunaux des demandes de divulgation de renseignements et de référer avec leur consentement les personnes aux organismes appropriés. Il a pour mandats : i) l'évaluation de la situation des enfants signalés ;

⁶ Ainsi définie, cette mission paraît correspondre à la mission de soins et de traitement qui est reconnue à notre établissement par les intervenants psychosociaux et de réadaptation du CJM-IU (re : «*L'intervention psychosociale et l'intervention de réadaptation au CJM-IU : des repères à préciser*»). Elle semble de plus correspondre aux objectifs «*d'accroissement des compétences*» et de «*réduction des séquelles*» identifiés dans les «*Guides d'appropriation*» produits par l'établissement.

ii) l'évaluation de la pertinence de recourir à une judiciarisation de la situation ou à une entente sur mesures volontaires ; iii) la détermination des mesures de protection et d'aide ; iv) la désignation des personnes autorisées et la précision des modalités d'exercice de l'autorisation ; v) la révision des situations ; vi) l'exercice de l'autorité parentale et de la tutelle ; vii) les références appropriées. Il doit aussi : viii) mettre fin à la situation de compromission en assurant la sécurité, l'intégrité physique, sexuelle et psychologique, et le développement des jeunes signalés à la protection de la jeunesse ; ix) rechercher la non-récurrence de la compromission et x) contribuer, à compter de l'automne 2002, à une révision de la LPJ.

3.5 Services particuliers (activité relevant d'une mission spécifique)

Dans le domaine de l'adoption, des retrouvailles, de l'expertise à la Cour supérieure et de la médiation familiale, dans le cadre des lois concernées et, selon le cas, à l'intérieur de plans ou d'ententes régionales, le CJM-IU a pour mission : de maintenir et, s'il y a lieu, de développer un réseau de milieux de vie substituts diversifiés, disponibles et adaptés aux besoins variés des jeunes en difficulté.

3.6 Réseaux de milieux de vie substituts (activité relevant d'une mission spécifique)

Dans le domaine des réseaux de milieux de vie substituts⁷, le CJM-IU a pour mission de maintenir et, s'il y a lieu, de développer un réseau de milieux de vie substituts diversifiés, disponibles et adaptés aux besoins variés des jeunes en difficulté. Il a pour mandats : i) l'évaluation globale des besoins potentiels des jeunes en matière de milieux de vie substituts; ii) le recrutement et le recours aux services d'une ressource de type familial suivant les dispositions prévues à l'article 310 de la LSSSS ; iii) le recrutement et l'évaluation de postulants à titre de responsables de ressources de type familial ou de ressources intermédiaires et, s'il y a lieu, leur référence à la Régie régionale aux fins de leur reconnaissance; iv) dans le cas des familles d'accueil : assurer une reddition de compte plus efficace, une mise à niveau du soutien qui leur est fourni de même qu'un meilleur arrimage entre ce type de ressources et le CJM-IU, v) le jumelage entre les jeunes identifiés en besoin de placement et les milieux disponibles; vi) la supervision et l'évaluation continue des milieux en matière de qualité de vie et de sécurité pour les jeunes qui leur sont confiés. Il doit également vii) rendre disponible au jeune, en besoin d'un milieu de vie substitut, le type de milieu adapté à ses besoins et à sa situation, tout en assurant et garantissant sa sécurité et sa qualité de vie.

En somme, si le domaine de mission spécifique des centres jeunesse relève du champ de la protection des jeunes, les actions visant plus spécifiquement la santé mentale impliquent bien d'autres niveaux de missions partagées, dont l'adaptation sociale et les interventions spécialisées dans le domaine de la réadaptation et des services sociaux.

4 Santé mentale

Les termes de «santé mentale» et «trouble mental» sont souvent confondus au moment de désigner un ensemble complexe de conditions qui peuvent s'expliquer parfois par des facteurs biologiques, parfois par des interactions entre les personnes et leurs milieux de vie. Cette confusion pourrait s'expliquer en partie par l'évolution continue des concepts de maladie mentale/trouble mental au Québec, ainsi que par l'élargissement de la notion de santé mentale au cours des dernières décennies (Corin et coll. cité dans : Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Elle témoigne aussi d'une relative méconnaissance des intervenants à l'égard de ces concepts, à la fois distincts et complémentaires. Au moment où le CJM-IU souhaite

⁷ L'appellation «réseaux de milieux de vie substituts» fait référence aux ressources d'hébergement non-institutionnel contractées par un centre jeunesse à l'intention des jeunes nécessitant d'être retirés de leur milieu familial d'origine.

produire un état de situation sur la santé mentale de ses clients, une analyse des concepts devient une condition préalable essentielle à l'étude des problèmes vécus par les jeunes au CJM-IU, ainsi que de leurs besoins. Cette analyse est d'autant plus importante que le rôle des centres jeunesse en santé mentale a été reconnu par ce comité ministériel en santé mentale.

D'emblée, rappelons qu'en 1994, le Comité de la santé mentale du Québec produisait un document particulièrement éclairant pour distinguer et mieux comprendre les concepts de santé mentale/trouble mental. Selon ce comité, la santé mentale peut être définie comme « *l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné, et (elle) s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu* » (Comité de la santé mentale, 1994). Ainsi, la santé mentale impliquerait une adaptation constante et réciproque entre la personne et son milieu de vie et elle s'apprécierait par des dimensions subjectives et objectives. Elle est le produit d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels.

Cette définition s'accorde avec une autre proposée au niveau fédéral, six ans plus tôt. Selon Santé et Bien-être social Canada (1988), « *la santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimal des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale* ». Elle rejoint aussi celle adoptée plus récemment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « *...il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* » (Organisation mondiale de la santé, 2004). La dimension positive de la santé mentale est soulignée dans la définition adoptée par l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité...* ». Une telle définition est très proche des stratégies de promotion de la santé mentale, notamment celles qui consistent à encourager les ressources, soutenir les compétences individuelles et améliorer l'environnement socio-économique.

4.1 Trouble mental

Différemment du concept de santé mentale, le trouble mental désigne une condition qui « *entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu* » (Santé et Bien-Être Canada, 1988). Selon le DSM-IV « *chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance), à un handicap (p. ex., altération d'un ou de plusieurs domaines de fonctionnement), ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté (...). Ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier (...). Il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique de l'individu...* » (American Psychiatric Association, 1995).

4.2 Problème de santé mentale

L'expression « problème de santé mentale » est souvent employée à titre de synonyme de « trouble mental » ce qui ajoute à la confusion en ce domaine. Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1994) « *...les problèmes de santé mentale résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Ils ont des formes d'expression multiples et découlent notamment de conditions de vie difficiles, tels la pauvreté et l'isolement.* ». Selon Santé et Bien-être Canada, « *cette perturbation peut être due à des facteurs inhérents à l'individu, comme une maladie physique ou mentale, par exemple, ou une capacité d'adaptation*

inadéquate. Elle peut aussi avoir des causes extérieures, comme des conditions de vie pénibles, des structures sociales injustes ou des tensions au sein de la famille ou de la collectivité » (Santé et Bien-être social Canada, 1988).

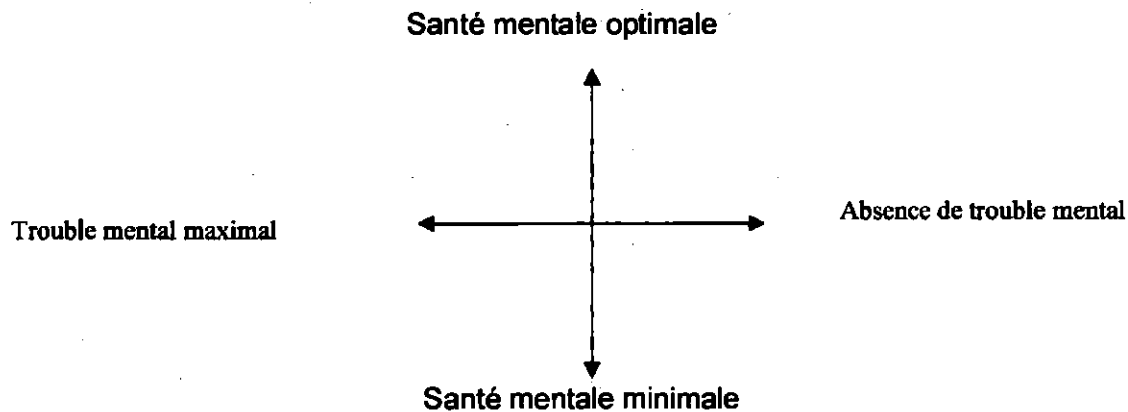


Figure 1 : représentation de l'état de santé mentale (Comité de la santé mentale du Québec, 1994).

Sur la base de ces définitions, le Comité de la santé mentale du Québec (1994) suggère que la condition d'un individu, à un moment donné de sa vie, se situe toujours quelque part à l'intérieur de l'espace formé par le croisement des continuums de santé mentale et de trouble mental (voir figure 1). Le continuum du trouble mental établit la position de la personne selon la gravité de ses dysfonctionnements comportementaux, psychologiques ou biologiques, alors que le continuum de santé mentale situe la personne selon la perturbation des rapports entre elle et son environnement. Cette représentation montre que ces deux concepts, s'ils sont étroitement interreliés, réfèrent toutefois à des entités distinctes complexes et changeantes : leur prise en considération donne un tableau plus complet du bien-être des personnes. Ainsi, la présence ou l'absence d'un trouble mental ne suffit pas à établir l'état de santé mentale d'une personne : une personne ayant un trouble mental peut quand même atteindre une santé mentale relativement adéquate, dans la mesure où l'interaction personne-environnement est adéquate.

4.3 Détresse psychologique

La notion de détresse psychologique est souvent utilisée dans la pratique courante des intervenants afin de décrire les difficultés vécues par les jeunes. Cette notion se situe au carrefour de la santé mentale et du trouble mental et est clairement identifiée dans le protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse. Sans être en soi un diagnostic ou un trouble mental, la détresse psychologique est un état affectif et cognitif qui regroupe un ensemble de symptômes qui sont présents dans plusieurs troubles mentaux. En tant que construit, la détresse psychologique s'exprimerait dans les dimensions suivantes telles que mesurées par l'échelle de détresse psychologique (IDPESQ, Prévile et Boyer, 1993) : dépression et auto-dévalorisation, anxiété, irritabilité, colère, problèmes cognitifs. La détresse psychologique et le bien-être psychologique sont communément utilisés comme des pôles négatifs et positifs permettant d'illustrer la santé mentale des individus (Direction de la santé publique de Montréal, 2005). Des mesures de détresse psychologique chez les jeunes, basées sur ces construits, ont été produites dans l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (voir pages 32-34).

5 Classification des troubles mentaux

On connaît les particularités et les difficultés d'application d'une classification aux conditions présentées par les enfants et les adolescents. Les symptômes étant mouvants, il est souvent difficile de prévoir leur potentiel évolutif et les risques de voir le fonctionnement se figer et se structurer de façon définitive. Il y a plus de 35 ans, Diatkine⁸ insistait déjà sur l'idée que la réversibilité ou la non réversibilité des symptômes et des modes de fonctionnement pouvait être un important critère d'évaluation diagnostique et pronostique.

Le champ du pathologique peut dès lors se définir par la fixité des symptômes ou modes de fonctionnement, fixité qui bloque plus ou moins le développement de l'enfant. La santé, au contraire, peut se définir par la souplesse des investissements, la variabilité et la réversibilité des modes de fonctionnement. Bref, en psychopathologie infantile, l'évolution au fil du temps est souvent un meilleur indicateur de gravité que la sévérité ponctuelle des symptômes à un moment donné.

Si les premiers efforts taxonomiques tentant de décrire les troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence remontent à la fin du 19^e siècle, le système de classification le plus largement diffusé, le DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association) n'est apparu qu'au début des années 50 (APA, 1952). Ce système, comme le DSM-II publié 16 ans plus tard (APA, 1968), n'a eu qu'un impact très limité dans le domaine de la psychopathologie de *l'enfant et de l'adolescent*. En effet, ces classifications (les DSM I et II) traitaient avant tout des troubles adultes et elles se prêtaient mal à un diagnostic valide et fiable des troubles que manifestent de nombreux enfants. De plus, elles se basaient presque exclusivement sur un jugement clinique, plutôt que sur des observations détaillées du comportement de l'enfant dans différents contextes (Mash et Dozois, 1996).

La publication du DSM-III (APA, 1980) a marqué un changement d'orientation fondamental (Dumas, 2002). Basé à la fois sur des *observations cliniques et sur des recherches cliniques systématiques*, le DSM III a décrit plusieurs troubles qui se manifestent avant tout pendant l'enfance ou l'adolescence et «*introduit un nombre important d'innovations méthodologiques, dont des critères diagnostiques explicites, un système multiaxial, et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques*» (APA, 1994, p. xxiv). Grâce à son approche multiaxiale, le DSM-III a permis de décrire non seulement les difficultés particulières d'un jeune, mais aussi le contexte dans lequel celles-ci se manifestent, en notant, sur différents axes diagnostiques, la présence d'affections médicales (axe III) et/ou de facteurs psychosociaux et environnementaux liés à ces difficultés (axe IV), ainsi que l'impact général de ces dernières sur le niveau de fonctionnement adaptatif de l'enfant (axe V).

Quant à l'axe II, il sert à poser les diagnostics de troubles de personnalité. Souvenons-nous qu'un trouble de personnalité, selon le DSM-IV, «*est un mode durable de conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement*».

⁸ Diatkine. 1987. Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 10, 1-42.

-Axe I: Diagnostic psychiatrique principal

Cet axe peut contenir un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ainsi qu'un diagnostic différentiel. On y trouve par exemple la dépression majeure ou l'anorexie. Les troubles de l'axe I s'accompagnent habituellement de détresse psychologique. Ils sont habituellement vécus par les individus comme "problématiques". En d'autres termes, la personne qui présente un trouble de l'axe I remet généralement en question ses pensées, ses affects et ses comportements. Elle aimerait les changer (Habimana et al., 1999, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent – approche intégrative*. Chicoutimi: Gaëtan Morin). Toutefois, cette dernière caractéristique n'est pas observée dans tous les troubles d'axe I puisque dans certains cas la reconnaissance (insight) de cette détresse est faible.

-Axe II: Troubles de la personnalité et retard mental

L'axe II sert à indiquer les traits ou les troubles de la personnalité qui peuvent contribuer à faire connaître la structure mentale du malade. Il ne s'agit pas de symptômes aigus, mais plutôt un style de vie qui caractérise le fonctionnement de l'individu. Autrement dit, les dysfonctionnements et les inadaptations du sujet sont durables, persistants et ne se limitent pas à des épisodes ou des bouffées de symptômes. Par ailleurs, les dysfonctionnements de l'axe II sont souvent profondément enracinés dans l'identité des sujets. La détresse psychologique est alors peu manifeste: le sujet ne manifeste pas de plainte subjective, ne demande pas d'aide, considère son comportement comme normal. En contrepartie, les autres se plaignent habituellement de lui. Mentionnons qu'on note aussi le retard mental à l'axe II.

-Axe III: Affections médicales générales

On rapporte ici les problèmes et maladies physiques (symptômes, maladies, grossesse). Si un trouble mental est clairement la conséquence physiologique directe d'une affection médicale, il faut l'indiquer à l'axe I et l'affection médicale est répétée à l'axe I et à l'axe III.

-Axe IV: Problèmes psychosociaux

L'axe IV est l'axe environnemental du DSM IV. Il permet de faire état des stressors psychosociaux à court terme (au cours des mois précédents) et à long terme (chroniques) susceptibles d'influer sur le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux. Les problèmes psychosociaux peuvent appartenir, par exemple, à l'une des catégories suivantes: des problèmes avec le groupe de support principal, liés à l'environnement social, d'éducation, de logement, économiques, d'accès aux services de santé, avec les institutions judiciaires ou pénales.

- Axe V: Évaluation globale du fonctionnement (EGF)

L'axe V permet au médecin d'inscrire une évaluation du niveau de fonctionnement global de l'individu. On doit prendre en considération les conséquences des symptômes sur les relations sociales, le travail ou les études et les loisirs. Le score (de 1 à 100) est basé sur le moment de l'évaluation, mais on peut aussi le comparer au meilleur score atteint dans les mois précédents. Cette information est utile à la planification du traitement et au pronostic.

Le DSM-III a été révisé quelques années après sa parution (DSM-III-R; APA, 1987) puis entièrement remanié en 1994, avec la publication du DSM-IV. À chaque fois, il s'agissait de remédier au manque de précision et à l'inconsistance des critères, ainsi qu'au manque de fiabilité des diagnostics qui en découlent. Les éditeurs du DSM-IV ont travaillé en collaboration étroite avec les éditeurs de la 10e édition du système de classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, la CIM-10 (OMS, 1993), de façon à harmoniser les deux systèmes dans divers pays (p. ex., Lahey et al., 1992; Prendergast et al., 1988; Rutter et Schopler, 1992). Ces deux systèmes sont les classifications les plus utilisées aujourd'hui, notamment parce qu'elles fournissent un langage commun, sans lequel la communication et l'acquisition des connaissances sont pour ainsi dire impossibles. Il est essentiel de souligner, cependant, que ces systèmes sont encore en pleine évolution. Les descriptions et les critères diagnostiques des troubles qu'ils présentent seront très probablement pour la plupart révisés ou reformulés dans une prochaine édition (Dumas, 2002).

Précisons encore que le DSM IV est une classification catégorielle, dichotomique ou de type "oui/non", (car il existe aussi des classifications dimensionnelles, basée sur un continuum ou de type "plus ou moins"), qui répartit les troubles mentaux en types, fondés sur des groupes de critères bien définis. Il est important de souligner que dans le DSM IV, on ne postule pas que chaque trouble mental est une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. On ne postule pas non plus que tous les individus décrits comme ayant le même trouble mental se ressemblent par ailleurs. Le clinicien qui utilise le DSM IV doit par conséquent considérer que les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes, *d'être très différents même en ce qui concerne les critères de définition du diagnostic*, et que les cas limites seront difficiles à diagnostiquer ou ne pourront être diagnostiqués que de manière probabiliste. En outre, notre expérience clinique au CJM-IU nous démontre que les diagnostics sont rares à l'adolescence.

6 Troubles de comportements et troubles mentaux

Il va sans dire que les tableaux cliniques présentés par les jeunes des centres jeunesse sont très souvent mixtes et complexes, combinant des symptômes somatiques, affectifs, cognitifs et comportementaux. Or cela soulève de très importants enjeux au plan de l'évaluation (diagnostics différentiels), de l'explication (facteurs étiologiques invoqués) et de la prise en charge (modalités de traitement et responsabilités professionnelles).

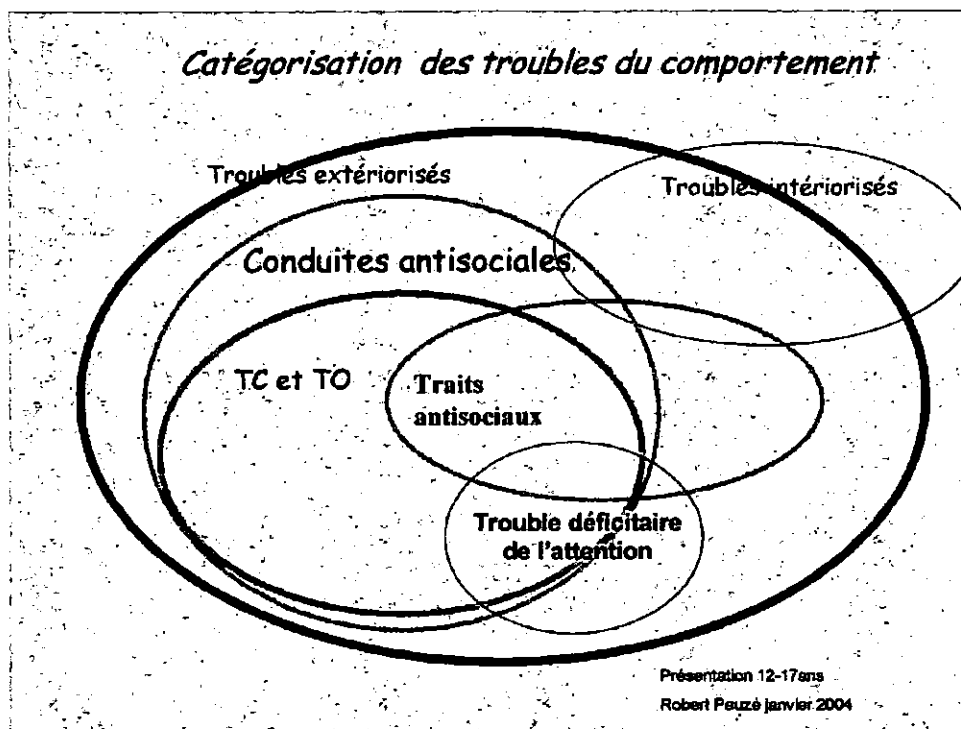
6.1 Intrication des caractéristiques diagnostiques

Faut-il rappeler ici que l'ouvrage classique du Dr Michel Lemay (Psychopathologie juvénile, 1973), établissait, il y a trente ans déjà, que des **désordres de la conduite** peuvent apparaître aussi bien chez le carencé relationnel, le jeune caractériel, le jeune anxieux, le jeune pré-psychothotique, le jeune déficient intellectuel, le jeune souffrant d'un trouble neurologique ou dans des états réactionnels à des stressseurs récents. En se référant aux critères plus récents et mieux connus du DSM IV, on constate assez aisément que les symptômes comportementaux se situent au centre d'un carrefour, où se recoupent plusieurs syndromes et troubles mentaux. En voici quelques exemples:

- Réticence persistante ou refus d'aller à l'école afin de rester à la maison ou auprès des personnes auxquelles il est principalement attaché (symptôme d'un trouble d'anxiété de séparation);
- Irritabilité ou accès de colère; ou difficultés de concentration; ou hyper-vigilance; ou réaction de sursaut exagérée (symptôme d'un état de stress post-traumatique);

- Tendance à interrompre la conversation, incapable d'attendre son tour, touche à tous les objets (symptôme du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité);
- Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois (symptômes du trouble oppositionnel défiant);
- Usage d'alcool ou de drogues à des fins d'automédication (peut être un symptôme d'un prodrome de schizophrénie);
- Affect excessif et incongru (peut être un symptôme d'un prodrome de schizophrénie);
- Augmentation de la consommation d'alcool, associée à des comportements irresponsables ou à risque sur le plan de la conduite automobile et à des activités sexuelles (peut être un symptôme d'un début de trouble bipolaire).

Pauzé (2004) a réussi, dans un diagramme, à représenter le défi diagnostique que représente cette intrication des caractéristiques lorsqu'on ne considère que deux "clusters", ceux opposant



les troubles intériorisés aux troubles extériorisés. On peut imaginer sans peine combien ce diagramme se complexifierait encore plus si on y ajoutait d'autres regroupements ou "clusters", tels que les syndromes psychotiques, les troubles bipolaires ou les troubles sévères de la personnalité.

6.2 Intrication des facteurs étiologiques

S'il est relativement facile d'affirmer que, dans l'ensemble, les modèles explicatifs récents en santé mentale se réfèrent, de près ou de loin, à l'approche biopsychosociale d'Engel (1977), il

en va tout autrement lorsqu'il s'agit d'expliquer l'apparition d'un trouble mental particulier chez un jeune en particulier. Dans certains cas, un consensus semble progressivement s'installer autour d'un modèle dominant. Ainsi, de moins en moins de gens s'objecteront à l'idée que l'autisme, la schizophrénie ou le trouble bipolaire (par exemple) s'expliquent en grande partie par les modèles issus des neurosciences, que l'on invoque des facteurs génétiques - des techniques d'imagerie permettant de visualiser certaines anomalies - ou encore des dérèglements au niveau du fonctionnement hormonal et de la neurotransmission. De même, la plupart des chercheurs et cliniciens conviendront que le trouble des conduites (ou comportement délinquant proprement dit) est une condition surdéterminée, s'expliquant par une série de facteurs de risque appartenant aussi bien à l'histoire de la grossesse, l'histoire précoce de l'enfant, l'environnement familial et des facteurs socio-économiques. Par contre, pour toute une série de catégories diagnostiques, les choses sont beaucoup moins claires et il subsiste encore une grande part d'inconnu, voire de débats. Comment expliquer les troubles anxieux? Les troubles dépressifs? Les troubles alimentaires? Les toxicomanies? S'agit-il de "maladies" du cerveau? De catégories dichotomiques (oui/non)? De continuums impliquant une gradation de symptômes? Leur origine est-elle surtout biologique? Psychologique? Sociale? Toutes ces questions dépassent évidemment, et de beaucoup, le cadre de ce rapport. Mais n'empêche qu'il nous faut les invoquer parce que très souvent, dans l'esprit des praticiens, la mise en place d'un traitement biologique supposera que les difficultés du jeune s'expliquent d'abord et avant tout par la biologie, tandis que la mise en place d'une intervention psychosociale supposera que l'étiologie est à chercher du côté de l'environnement, alors que la réalité est beaucoup plus complexe.

6.3 Intrications des stratégies d'intervention et des responsabilités professionnelles

Une fois que les intervenants se sont prononcés sur le diagnostic et qu'ils ont fait des hypothèses quant aux facteurs prédisposants, précipitants et "perpétuants" pouvant expliquer le tableau clinique, il reste à élaborer des stratégies d'intervention différentielles et adaptées.

Dans la plupart des professions de la santé et des services sociaux, des initiatives de construction, de structuration et de diffusion de l'information regroupant cliniciens et chercheurs ont vu le jour. Mentionnons par exemple la Collaboration Cochrane (Lesage et al., 2001), le mouvement de recherche des pratiques probantes ("Evidence-based practice") ou celui des pratiques de pointe ("Best practices"). Tous ces groupes font des efforts pour soutenir la décision des praticiens et établir le périmètre à l'intérieur duquel devrait s'exercer leur jugement clinique (Steiner et Dunne, 1997; Zarin et al., 1997). Cela se concrétise par la publication de paramètres de pratique (practice ou clinical guidelines). Par exemple, en santé mentale, des lignes directrices assez influentes sont périodiquement publiées dans le Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (organe officiel de l'A.A.C.A.P., 1997a, 1997b, 2001).

Or, les questions relatives à la décision clinique sont complexes (voir Weber, Baron et al., 2001; Dowie & Elstein, 1988; Eisenberg, 1986; Elstein, 2001; Meehl, 1954), tout décideur étant appelé à faire des choix dans un contexte d'incertitude relative. À titre d'exemples, mentionnons les travaux sur les problèmes de fiabilité entre les cliniciens au moment d'établir le diagnostic (Kirk & Kuchins, 1992), sur les éventuels partis pris dans l'attribution de la causalité d'un phénomène (Arkes et al., 1991; Nisbett & Ross, 1980) ou sur le rôle des préférences du clinicien quant au choix des traitements (Mick, 2000).

Nombreuses sont les études qui démontrent que les praticiens n'appliquent pas toujours que les «données probantes», ni les guidelines à leur clinique quotidienne (ex: Greenhill et al., 1996).

Ainsi, par rapport au TDAH (Trouble du Déficit de l'attention/hyperactivité), les paramètres de l'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (1997a) recommandent que l'évaluation initiale comporte un entretien avec l'enfant et les parents, un contact avec le personnel de l'école, des échelles d'observation, une évaluation intellectuelle ou neuropsychologique et un examen physique complet. Or, dans les faits, seulement 19% des psychiatres américains suivent effectivement toutes ces recommandations avant de prescrire (Zarin, 1998). Ce constat n'est pas exclusif aux intervenants en psychiatrie et il met en évidence la difficulté d'intégrer les données probantes dans la pratique. Comment cela se fait-il ? Ne s'agit-il pas là d'un signe indiquant que d'autres éléments sont en jeu ? Selon plusieurs auteurs, bien d'autres facteurs interviennent bel et bien dans l'élaboration d'un plan d'intervention: des contingences institutionnelles, la gestion du temps, la pression de la liste d'attente, la disponibilité des ressources, les traditions, les procédures locales et les "préférences ou habitudes" des intervenants. À titre d'exemple, citons de nouveau les travaux de Leslies (et al, 2000), selon qui l'accès des enfants au réseau de la santé mentale est influencé par de «*multiple non clinical factors*» (p.474). On peut donc faire l'hypothèse, sans trop de risque d'erreur, qu'au CJM-IU se retrouvent des jeunes présentant des conditions mixtes (...de la "comorbidité", comme le dit l'expression consacrée) et qui sont coincés "entre les deux réseaux", soit celui de l'intervention auprès des jeunes qui ont des troubles de comportement et celui des milieux hospitaliers. Dans une nouvelle version du syndrome de la "porte tournante", ces jeunes risquent, compte tenu que les intervenants des centres jeunesse vivent une certaine impuissance à prendre en charge des interventions en santé mentale dans leur champ spécifique de compétence, de présenter trop de signes de troubles mentaux pour être pleinement assumés par le centre jeunesse et trop de troubles du comportement pour l'être par le milieu hospitalier.

7 Sévérité des troubles mentaux

On retrouve sous l'appellation de troubles mentaux un très large spectre de syndromes, eux-mêmes regroupant des symptômes variés, allant des dysfonctionnements les plus légers aux plus sévères. Une question qu'il importe de clarifier, pour permettre la complémentarité du travail des différents groupes d'intervenants, est celle des critères permettant de juger de la sévérité des troubles mentaux chez nos jeunes.

À la lecture de la terminologie psychiatrique, on s'aperçoit bien rapidement que certains syndromes⁹ peuvent d'emblée être qualifiés de sévères. En effet, outre la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, l'on remarque aisément les qualificatifs qui ont été utilisés pour définir les syndromes suivants: troubles *envahissants* du développement, dépression *majeure*, trouble d'anxiété *généralisée* ou état de stress *aigu*. Bref, ces qualificatifs évoquent déjà de manière non équivoque des conditions envahissantes, aiguës et sérieuses. Pourtant, la question de la sévérité est plus complexe dans la mesure où, pour toute une série de syndromes, il peut arriver que les symptômes, la détresse subjectivement éprouvée par le sujet ou son niveau de fonctionnement global fluctuent dans le temps et évoluent d'une manière telle que le «cas s'aggrave». C'est alors qu'on pourra parler, par exemple, d'une anorexie sévère, d'un trouble de personnalité sévère ou d'un trouble de l'attachement sévère.

Cox (dans Habimana 1999) a déjà proposé une série de critères permettant d'évaluer la sévérité des troubles mentaux, soit :

- La souffrance du jeune
- Ses difficultés relationnelles

⁹ Rappel: un syndrome est une constellation de symptômes qui apparaissent souvent ensemble. Ainsi, l'inattention, l'agitation, l'impulsivité sont des symptômes d'un syndrome: le Trouble du Déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

- Les conséquences du comportement problématique du jeune sur autrui
- L'anormalité du comportement compte tenu de l'âge et du sexe du jeune
- Les fréquence, durée et intensité du comportement problématique
- Les circonstances dans lesquelles le comportement problématique se produit
- Le nombre d'autres comportements anormaux qui sont associés au dysfonctionnement principal
- L'interférence que peut avoir le comportement problématique avec le développement psychologique normal
- Les répercussions du comportement problématique sur le fonctionnement scolaire ou au travail
- Les attitudes du sujet face à ce comportement problématique.

Nous estimons toutefois que, sur cette question de sévérité, le consensus le plus large en Amérique du Nord est à l'effet que, pour l'ensemble des troubles mentaux de l'axe I et des troubles de personnalité de l'axe II, la notion de sévérité s'apprécie via l'atteinte du fonctionnement global de l'individu. Autrement dit, via le «handicap» causé par le trouble. C'est ainsi qu'on retrouvera des patients psychotiques, qui demeurent tout à fait stabilisés et fonctionnels, tandis qu'on rencontrera des patients manifestant un simple syndrome d'hyperactivité/ inattention, mais qui sont tout à fait dysfonctionnels dans leur milieu de vie.

Pour évaluer les atteintes du fonctionnement global, deux grandes orientations semblent se dessiner à l'heure actuelle. Certains préconiseront le recours à l'axe V du DSM, qui porte précisément sur cette dimension. Le tableau qui suit rappelle ce qu'est l'axe V. Sa lecture permet de constater que dans les échelons supérieurs, l'évaluation porte sur l'intensité des symptômes, leur persistance et le fonctionnement du patient dans divers milieux et activités (études, loisirs, travail, relations avec autrui). Au niveau inférieur (i.e. des plus grandes altérations du fonctionnement), cette évaluation porte plutôt sur l'envahissement par les symptômes, la détérioration de l'épreuve de la réalité, l'incapacité à maintenir une hygiène de base et des dangers d'agression ou d'auto agression.

Par ailleurs, la lenteur intellectuelle doit aussi être prise en compte dans l'évaluation de l'impact des troubles mentaux puisqu'elle affecte une partie non négligeable de la clientèle, notamment celle desservie par les services spécialisés du CJM-IU.

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) (ou G.A.F.- Global Assessment of Functioning Scale). Continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie.

100-91 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81. Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflits occasionnels avec des membres de la famille).

80-71 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61 Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille), mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41 Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines; p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations, ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire), ou incapacité de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1 Danger persistant d'auto ou d'hétéro agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

Pour évaluer l'altération du fonctionnement global d'un jeune, d'autre se référeront plutôt à l'Échelle d'évaluation fonctionnelle des enfants et adolescents (CAFAS – *Child and adolescents functional assessment scale*, de Hodges 1990, 1994, 1995 ; voir Annexe A). En effet, cet instrument a été conçu spécifiquement pour évaluer le dysfonctionnement global, autrement dit le handicap, qui résulte de l'ensemble des symptômes affectifs, cognitifs, comportementaux ou, plus généralement, psychiatriques. Les grandes sections de l'instrument couvrent le fonctionnement du jeune à l'école, dans son milieu de vie, dans la communauté, ses comportements envers autrui, son humeur, ses tendances autodestructrices, sa consommation de substances psychotropes, ses capacités cognitives, ainsi que le support que peut lui fournir, ou pas, son environnement familial. Le CAFAS est assurément l'instrument d'évaluation du fonctionnement global le plus robuste et le plus utilisé présentement aux États-Unis et en Ontario.

8 Détresse et urgence psychiatrique

Lors des travaux de notre comité, il est rapidement apparu qu'il importera de définir à court terme des balises permettant de mieux identifier les situations qui requièrent une intervention en urgence psychiatrique. Cette fois, il n'est plus question que de sévérité, mais bien de grande sévérité: des crises aiguës, des états de décompensation, des atteintes du fonctionnement mental telles qu'elles engendrent un danger pour soi ou les autres.

En 1998, Phillip Kleespies¹⁰ a publié un ouvrage sur les états aigus et sur les urgences en santé mentale. Ces travaux ont, depuis, été maintes fois cités. Pour l'essentiel, Kleespies considère comme étant "urgents" a) les risques suicidaires imminents, b) les risques imminents d'hétéro-agression, c) l'auto mutilation, d) la désorganisation associée à la consommation d'alcool et de drogues (i.e. réactions psychotiques brèves) et e) les troubles somatiques se présentant sous "une forme" psychologique (i.e. surdosages de médicaments, troubles neurologiques, troubles endocriniens). Ces travaux, ainsi qu'à ceux de Hodges (1990, 1994, 1995) sur le CAFAS et l'évaluation des atteintes du fonctionnement global des jeunes, pourraient probablement fournir de solides bases aux travaux d'un comité où des acteurs clés (i.e. intervenants et gestionnaires) du CJM-IU et du réseau de la santé mentale entreprendraient conjointement une réflexion plus approfondie sur ces questions et conviendrait d'une procédure plus opérationnelle.

9 Santé mentale, modèle biopsychosocial et transformation des pratiques

En Amérique du Nord, depuis plus de 30 ans, l'essor de la génétique, l'émergence des neurosciences et la parution des *Diagnostic and Statistical Manuals* (DSM III et IV) ont profondément modifié les conceptions et pratiques en santé mentale et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux médicaux (voir Ehrenberg & Lovell, 2001; Kirk & Kuchins, 1992). Moncrieff & Crawford (2001) voient dans ces transformations un changement radical des cadres de référence: "*an increasingly biological orientation over the last few decades*". Ainsi des progrès importants ont été accomplis dans les dernières décennies au niveau des neurosciences et de leurs instruments. Il suffit de penser à l'avancement des connaissances en génétique, en biochimie du cerveau, en biologie moléculaire ou à l'arrivée de nouvelles technologies (*scanner*, spectroscopie par résonance magnétique, technique d'imagerie, etc).

L'ampleur de ces transformations impose une redéfinition des besoins cliniques des jeunes pris en charge par le CJM- IU, un intérêt pour les besoins de formation continue des intervenants et la nécessité de rediscuter des relations existant entre les approches biologique et psychosociale, sur le plan des pratiques. Il faut trouver un cadre directif qui permette de comprendre les rôles respectifs et complémentaires des divers groupes d'intervenants impliqués

¹⁰ Kleespies, P. (1998a). *Emergencies in mental health practice: Evaluation and management*. New York: Guilford Press.

dans les interventions en santé mentale chez les jeunes. En effet, dans la pratique des intervenants en centre jeunesse surviennent de multiples occasions de suivis conjoints et bon nombre de ces doubles prises en charge s'articulent autour du tandem médecin/non-médecin. À première vue, ce «suivi bi-focal» semble n'offrir que des avantages pour le jeune dans la mesure où deux interventions différentes, mais potentiellement complémentaires, s'y conjuguent. Par contre, les défis et les pièges de la double prise en charge ne sont pas à négliger. Le tout premier point de fragilité dans la relation entre le réseau des Centres jeunesse et celui de la santé mentale concerne sans doute les référents théoriques (Docherty et al., 1977).

Le modèle biopsychosocial d'Engel (1977), développé il y a près de trois décennies, a depuis reçu l'adhésion d'un très grand nombre de chercheurs et cliniciens. Ainsi, il est généralement admis que, dans l'ensemble, les troubles mentaux et les troubles du comportement ont des origines biologique, psychologique et sociale. Ce modèle s'oppose à la dissociation artificielle entre, d'une part, les facteurs psychosociaux et, d'autre part, les facteurs psychologiques et sociaux, dissociation qui a longtemps constitué un obstacle à la compréhension des troubles du comportement et des troubles mentaux. Il offre un cadre suffisamment large pour faciliter l'intégration de l'action des différents groupes d'intervenants médicaux et psychosociaux, sans toutefois orienter trop précisément l'action de chacune des parties, ni déterminer à l'avance les meilleures stratégies à adopter. En effet, on peut ici considérer que deux "cultures cliniques" se rencontrent et que, malgré l'adhésion au modèle dit "bio-psychosocial", des tensions conceptuelles risquent de s'installer autour des clivages corps/esprit, santé mentale/réadaptation psychosociale ou traitement spécifique/traitement globalisant.

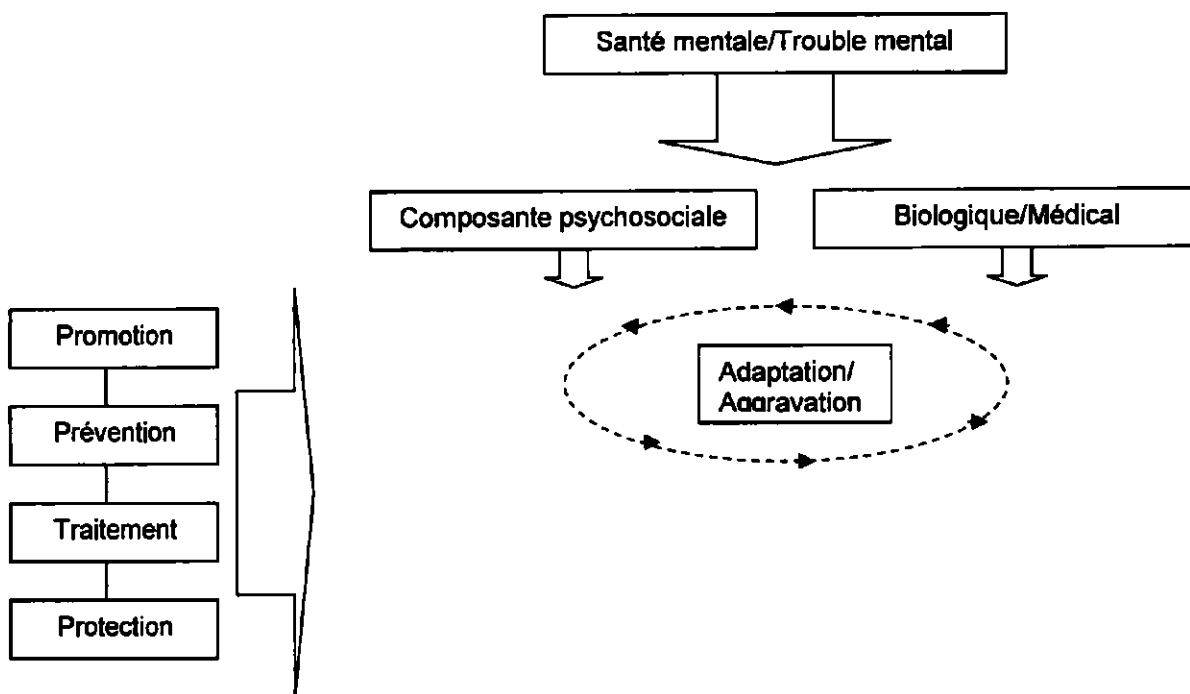
L'Organisation Mondiale de la Santé propose un cadre d'action fort utile au moment de préciser les composantes d'un traitement en santé mentale. Ainsi selon l'OMS (2004) la prise en charge des troubles mentaux et troubles du comportement nécessite l'équilibre entre trois composantes : a) traitement médicamenteux (pharmacothérapie); b) psychothérapie; c) réadaptation psychosociale. Selon ce cadre d'intervention, un traitement optimal des troubles nécessite un équilibre précis entre le dosage de chacune des composantes. Les paramètres varieront selon le diagnostic principal et la présence éventuelle d'une comorbidité physique ou mentale, l'âge de la personne et le stade d'évolution de la pathologie. Autrement dit, l'intervention doit être adaptée aux besoins de chaque individu, à l'évolution de la pathologie et à celle des conditions de vie.

Selon l'OMS toujours, quatre conditions doivent être respectées afin d'offrir un traitement optimal. Chaque intervention :

- a) a une indication particulière selon le diagnostic;
- b) doit être adéquatement dosée selon la nature du trouble et sa gravité;
- c) a une durée prédéterminée;
- d) doit être périodiquement contrôlée en vue de déterminer l'observance du traitement, les résultats escomptés et les effets indésirables; le destinataire de l'intervention doit toujours jouer un rôle actif dans ce suivi.

La santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes se manifestent par des caractéristiques fluctuantes, aussi les interventions en ce domaine doivent-elles permettre d'apporter au fur et à mesure les ajustements nécessaires afin que les traitements demeurent appropriés, selon l'évolution des cas. En élargissant le cadre d'action de l'OMS pour y intégrer différents objectifs allant de la promotion de la santé à la prévention des situations à risque, au traitement et à la protection des jeunes affectés par des troubles mentaux, on en vient à la

conclusion que les interventions en matière de santé mentale et de troubles mentaux exigent l'action complémentaire de deux grands secteurs de compétences soit, le secteur bio-médical et le secteur psychosocial. En partant du constat que les principaux partenaires de l'intervention en matière de santé mentale/troubles mentaux sont les centres jeunesse, les hôpitaux et les CSSS, on peut concevoir que la diversité, la séquence et l'intensité des interventions varieront selon la sévérité des troubles et les objectifs poursuivis (i.e. promotion, prévention, traitement, protection). Selon que l'objectif s'oriente vers la promotion, la prévention, le traitement ou la protection, le niveau d'implication et de responsabilité de chaque groupe d'intervenants, ainsi que l'intensité des moyens déployés, varieront sensiblement. Précisons, par ailleurs, que ce cadre d'analyse n'exclut pas le fait que plusieurs niveaux d'actions pourront être menés simultanément auprès des mêmes clients.



En juin 1998, les CLSC et les centres jeunesse ont convenu d'un cadre de référence sur le partage de leurs responsabilités concernant les clientèles enfance, jeunes et familles. Bien que ce cadre de partage pourrait être bonifié, il propose une assise intéressante afin de clarifier les différents niveaux d'action et de responsabilité qui se répartissent selon un continuum d'objectifs : promotion; prévention; traitement; protection.

Selon le cadre de référence, ces activités peuvent se définir ainsi¹¹ :

Promotion :

▪ *La promotion vise l'amélioration de la santé et du bien-être et pour ce faire, se centre sur les conditions favorables au développement du jeune et de ses parents ainsi que sur le maintien et la promotion de conditions de vie saines et adéquates. La promotion s'apparente à la prévention primaire qu'on peut définir comme une intervention proactive visant à mettre en place des conditions sociales favorables et à supporter le développement d'attitudes et de comportements personnels favorisant le bien-être et la santé.*

Prévention :

▪ *La prévention consiste à dépister le plus tôt possible les situations qui pourraient se dégrader, ou les personnes ou groupes à risque de développer un problème. Elle consiste également à intervenir pour diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. La notion de prévention fait donc référence à une forme de prévention, dite sélective, pour des personnes ou des groupes plus vulnérables.*

Traitement :

▪ *Le traitement est l'ensemble des interventions et des activités cliniques organisées pour résoudre les difficultés bio-psychosociales et d'adaptation vécues et contrer leur récurrence (LSSSS, application des mesures LPJ et LJC). Le traitement prend assise sur un bon diagnostic et il identifie les mesures les plus efficaces et les plus efficaces. Le traitement est dispensé le plus près possible des milieux de vie de la personne lorsque c'est pertinent et approprié. Certaines activités de prévention, qui consistent, selon le cadre de référence, à traiter avant que la situation ne se détériore ou éviter qu'elle ne se reproduise, sont considérées ici comme un traitement.*

Protection :

▪ *La protection réfère à l'application de lois spéciales (LPJ - réception et traitement des signalements, évaluation-orientation, révision - et LSJPA). La fonction protection est un acte d'autorité posé dans un contexte clinique par des personnes autorisées à cette fin; elle se distingue ici des traitements requis dans le cadre de ces lois. Au chapitre de la Loi sur les jeunes contrevenants, on entend ici la protection au sens de la protection de la société, accompagnée des mesures visant la responsabilisation du jeune contrevenant et la réponse à ses besoins.*

¹¹ Services à la jeunesse : CLSC et centres jeunesse, des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille. Juin 1998

Partage des responsabilités :

Les CLSC sont porteurs du mandat de promotion et de prévention, ainsi que de la partie du traitement qui s'exerce dans les situations de signalements non-retenus ou de signalements où la sécurité et le développement de l'enfant sont déclarés non compromis, après évaluation du D.P.J., et qui n'impliquent pas la LSJPA. Ils sont également porteurs du mandat de traitement dans les situations où la sécurité et le développement ne sont pas compromis, mais pour lesquelles le CLSC juge qu'il a besoin des services spécialisés du centre jeunesse. Les centres jeunesse collaborent à l'ensemble de ces volets. Ils sont porteurs du mandat de traitement lorsque les services requis impliquent des services spécialisés tels le placement, la réadaptation interne ou externe, l'adoption, l'expertise et la médiation, la recherche d'antécédents sociobiologiques et les retrouvailles. Les centres jeunesse sont porteurs du mandat de protection dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou la Loi sur les jeunes contrevenants (LSJPA).

Interventions psychothérapeutiques/psychosociales conçues pour ces jeunes

Une fausse perception pourrait persister à l'effet que les jeunes présentant des troubles mentaux ne répondent bien qu'à certaines interventions psychopharmacologiques. Or, sans minimiser du tout le précieux apport qu'offrent les médicaments psychotropes dans la prise en charge de nombreux jeunes, il n'en demeure pas moins que toute une série d'interventions psychothérapeutiques/psychosociales ont été conçues de manière à cibler spécifiquement les symptômes et syndromes psychopathologiques habituellement rencontrés dans les centres jeunesse. Il ne fait aucun doute que ces interventions psychothérapeutiques/psychosociales pourraient être implantées dans certaines unités et fort bien s'intégrer au modèle psychoéducatif classique. D'ailleurs, il n'est pas inutile de souligner que dans plusieurs milieux hospitaliers, ces interventions sont mises en place par des psychologues, des intervenants sociaux, des ergothérapeutes et des éducateurs spécialisés. Voici, à titre d'exemples et de manière non exclusive, quelques manuels de références qui pourraient fonder certaines interventions psychosociales spécifiques, dont l'efficacité a été démontrée:

- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barfield, S.T. (2001). *Best Practices in Children's Mental Health: Report # 1 Results of Inpatient and Residential Treatments for Youth With Severe Emotional Disorders*. State of Kansas Department of Social and Rehabilitation Services.
- Burns, B & Hoagwood, K. (Eds.). (2002). *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders*. New York: Oxford University Press.
- Christopherson, E. R. & Mortweet, S. L. (2001). *Childhood therapies that help: A much needed resource*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- EPPIC (2001). *Early training psychosis training pack*. Australia: Department of Health and Community Services.
- Cocozza, J. (Ed.). *Responding to the mental health needs of youth in the juvenile justice system*. The National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System: Seattle, WA.
- dosReis, S., Barnett, S., Love, R.C., Riddle, M.A. (2003). A Guide for Managing Acute Aggressive Behavior of Youths in Residential and Inpatient Treatment Facilities. *Psychiatric Services* 54 (10) 1357- 1363.
- Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. New York: APA Press.

- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (Eds), (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York Guilford Press.
- Kendall, P.C. (2000). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (2nd ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- National Mental Health Association (2004). *Mental Health Treatment for Youth in the Juvenile Justice System: A Compendium of Promising Practices*. National Mental Health Association.
- Marsh, D., & Paavola, J. et al. (1994). *Comprehensive and coordinated psychological services for children: A call for service integration*. Washington, D.C.: American Psychological Association Task Force on Comprehensive and Coordinated Psychological Services for Children: Ages 0-10.

Réadaptation psychosociale

Dans le domaine des interventions psychosociales, la « réadaptation psychosociale » vise à améliorer les compétences individuelles et à renforcer certains aspects des milieux de vie des personnes qui sont affectées par un trouble mental, afin de faciliter leur adaptation et une autonomie maximale au sein de leur milieu de vie (White, Jobin, McCann et Morin, 2002). La réadaptation psychosociale regroupe donc un ensemble de stratégies d'intervention ciblant le développement des habiletés sociales, le développement de stratégies d'adaptation (coping), le développement de l'autonomie, le soutien à la vie scolaire ou professionnelle. Ces stratégies visent différentes sphères de la vie du jeune qui peuvent être regroupées selon celles déterminées par le groupe de travail sur l'intégration sociale des jeunes au CJM-IU (Gaudet et Chagnon, 2004). Un des avantages du cadre de référence en intégration sociale développé au CJM-IU est qu'il découpe le domaine de l'intégration sociale en différents domaines de compétences. Dans chacun de ces domaines de compétences (personnel ; relationnel ; productivité ; symbolique) sont identifiées des dimensions opérationnelles qui peuvent être évaluées afin d'avoir un portrait global du niveau d'intégration sociale du jeune, tout en assumant que les forces et les faiblesses du jeune peuvent fluctuer selon les domaines. Ainsi, un jeune pourra avoir préservé des compétences dans le domaine scolaire tout en étant aux prises avec des difficultés importantes au plan de l'intégration familiale. En reprenant, les cibles identifiées dans ce cadre de référence on peut concevoir un ensemble cohérent d'activités et de programmes qui, en complémentarité avec les interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques, viseraient à favoriser la réadaptation psychosociale des jeunes affectés par des troubles mentaux. Finalement, ces interventions pourraient être déterminées et dosées en intensité selon la nature des troubles mentaux et le niveau de fonctionnement initial des jeunes dans ces différentes sphères (voir tableau 3, p. 26).

Conclusion

Les notions de santé mentale et de trouble mental sont souvent confondues par les différents groupes d'intervenants, tout comme le sont les critères de sévérité de ces troubles. Cette confusion conceptuelle ajoute à la confusion des rôles en ce domaine. Les termes de «santé mentale» et «trouble mental» sont souvent confondus au moment de désigner un ensemble complexe de conditions qui peuvent s'expliquer parfois par des facteurs biologiques, parfois par des interactions entre les personnes et leur milieu de vie. Une telle confusion témoigne notamment d'une relative méconnaissance des intervenants à l'égard de ces concepts, à la fois distincts et complémentaires. Ces deux concepts, s'ils sont étroitement interreliés, réfèrent toutefois à des entités distinctes complexes et changeantes : leur prise en considération donne

un tableau plus complet du bien-être des personnes. La santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes se manifestent par des caractéristiques fluctuantes, aussi les interventions en ce domaine doivent-elles permettre d'apporter au fur et à mesure les ajustements nécessaires afin que les traitements demeurent appropriés selon l'évolution des cas. Les interventions en matière de santé mentale et de troubles mentaux exigent l'action complémentaire de deux grands secteurs de compétences soit, le secteur bio-médical et le secteur psychosocial. En partant du constat que les principaux partenaires de l'intervention en matière de santé mentale/troubles mentaux sont les centres jeunesse, les hôpitaux et les CSSS, on peut concevoir que la diversité, la séquence et l'intensité des interventions varieront selon la sévérité des troubles et les objectifs poursuivis (i.e. promotion, prévention, traitement, protection). Selon que l'objectif s'oriente vers la promotion, la prévention, le traitement ou la protection, le niveau d'implication et de responsabilité de chaque groupe d'intervenants, ainsi que l'intensité des moyens déployés, varieront sensiblement. En ce qui concerne l'action du centre jeunesse, toute une série d'interventions psychothérapeutiques/psychosociales ont été conçues de manière à cibler spécifiquement les symptômes et syndromes psychopathologiques habituellement rencontrés dans les centres jeunesse. Ces interventions psychothérapeutiques/psychosociales pourraient être implantées au CJM-IU et s'intégrer à celles déjà en place.

Les tableaux cliniques présentés par les jeunes des centres jeunesse sont très souvent mixtes et complexes, combinant des symptômes somatiques, affectifs, cognitifs et comportementaux. Une question qu'il importe de clarifier, pour permettre la complémentarité du travail des différents groupes d'intervenants, est celle des critères permettant de juger de la sévérité des troubles mentaux chez nos jeunes. Il apparaît également nécessaire de définir à court terme des balises permettant de mieux identifier les situations qui requièrent une intervention en urgence psychiatrique.

Tableau 3 : Les 4 dimensions de l'intégration sociale

(adaptation du texte de De Gaulejac et Taboada-Léonetti, 1994, sous forme de tableau synthèse, voir pp.54-63)¹²

	Domaine personnel	Domaine relationnel	Domaine de productivité et fonctionnalité (école et travail)	Domaine symbolique (valeurs, normes, lois)
	<ul style="list-style-type: none"> -Volet compétence sociale - volet compétences affectives (estime et confiance en soi) -volet compétences cognitives 	<ul style="list-style-type: none"> -volet intégration familiale -volet intégration à des groupes d'amis -volet relations amoureuses -volet intégration à des groupes de loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> -volet intégration à l'école -volet intégration à l'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> -volet sentiment d'utilité sociale -volet niveau d'identification aux normes sociales
Fonctions et conséquences positives	<ul style="list-style-type: none"> -permet à l'individu d'établir des relations positives et réciproques avec son environnement -lui donne accès à des réseaux d'entraide et à des relations stables d'attachement -lui permet de pouvoir se projeter dans un projet d'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> -permet à l'individu de développer une identité sociale et personnelle, des habiletés, la connaissance des autres, un sentiment d'appartenance et de sécurité (Rubin, 1980)¹³ -lui permet de se sentir aimé, apprécié et reconnu 	<ul style="list-style-type: none"> -prépare l'individu à participer économiquement et intellectuellement à la société -à être autonome au plan financier -donne une identité -donne une reconnaissance 	<p>La participation de l'individu aux idéaux et aux modèles culturels du groupe (moraux et légaux), valorisés et admis comme étant les meilleurs contribue à l'édification de l'identité</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le développement identitaire permet de développer un idéal de moi social qui guide les comportements et donne accès à la valorisation et la reconnaissance sociale
Conséquences du mauvais fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> -accès à moins d'entraide, moins d'opportunités de développer de nouvelles compétences, renforce une image négative de soi 	<ul style="list-style-type: none"> -accès à moins d'entraide et de soutien et impossibilité de négocier et d'échanger des images identitaires (diminution du sentiment d'appartenance) 	<ul style="list-style-type: none"> -ne permet pas à l'individu de développer un sens d'utilité sociale -limite l'accès à des réseaux sociaux -limite l'accès à des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> -la non adhésion au système normatif et légal peut mener à du rejet, de la stigmatisation, de la dévalorisation et, dans certains cas, à de l'incarcération (exclusion)

¹² Gaulejac, V. de; Taboada-Léonetti, I. 1994. *La lutte des pièces : insertion et désinsertion*. Marseille : Éditions Hommes et perspectives, pp. 54-63.

¹³ Cité par Ridge et Millier (2000). Excluding children : autonomy, friendship and the experience of care system. *Social Policy and Administration*, 34(2), p.162.

SECTION 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES JEUNES ET DE LEURS PARENTS

1 Prévalence et évolution des troubles mentaux chez les jeunes au Canada

Dans le **Rapport sur les maladies mentales au Canada (2002)**¹⁴, on a regroupé les données canadiennes existantes (hospitalisations dans les hôpitaux généraux et mortalité) sur les maladies mentales ainsi que celles issues d'études provinciales récentes sur le sujet. Cinq types de maladies ont retenu l'attention : les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation (on observe toutefois que, dans les statistiques présentées, l'on ajoute la dépression majeure comme une catégorie distincte des troubles de l'humeur). On doit noter que, étant donné l'absence de données détaillées par type de maladie mentale provenant des hôpitaux psychiatriques provinciaux, le portrait est nécessairement limité. S'ajoute à ces limites le fait que plusieurs personnes souffrant de troubles mentaux sont traitées dans la collectivité, plutôt que dans les institutions, alors que d'autres échappent à tout traitement continu.

De ce rapport, nous avons extrait certaines données pertinentes à la clientèle des adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans, ou encore, de 15 à 19 ans lorsque, pour certaines analyses, cette catégorie était dissociée de l'autre.

- ***Les adolescents et jeunes adultes sont fortement représentés parmi les personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux***

Lorsque l'on considère les *taux d'hospitalisation pour une des sept maladies mentales dans les hôpitaux* (troubles anxieux, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression majeure, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et tentatives de suicide), l'on constate que le groupe d'âge 15-24 ans occupe la seconde place parmi les taux d'hospitalisation les plus élevés à cet égard (411,5/100,000, contre 471,7/100,000 pour les 25-44 ans). De plus, la *proportion de toutes les hospitalisations attribuables à l'une des sept maladies mentales dans les hôpitaux généraux* est la plus élevée chez les adolescents et jeunes adultes de ce groupe d'âge (11,9, comparativement à 10,2 dans le groupe 25-44 ans). Par contre, lorsque l'on considère *les jours d'hospitalisation* pour ce type de maladie, l'on constate que leur nombre moyen (5,7) est inférieur à celui des divers groupes de personnes plus âgées (p.18-19).

Par ailleurs, un relevé des décès attribuables au suicide, effectué en 1998, révèle que le groupe des 15-24 ans est le plus fortement représenté dans cette catégorie : 24% de tous les décès de jeunes de ce groupe sont en effet attribuables à un suicide, comparativement à un taux de 16% des décès des personnes de 25-44 ans – alors que dans l'ensemble, le taux de morts par suicide n'est que de 2% (p. 17).

- ***Les troubles de l'humeur : des taux d'hospitalisation plus élevés chez les filles de 15-19 ans***

En 1999, le taux d'hospitalisation pour dépression majeure a été plus élevé chez les jeunes filles de 15-19 ans que dans les groupes d'âge adjacents. On note par ailleurs que, chez elles, ce taux est demeuré assez stable entre 1987-1988 et 1999-2000. En ce qui concerne les troubles bipolaires, même si, dans ce groupe d'âge, le taux d'hospitalisation des jeunes filles s'est avéré un peu plus élevé que celui des garçons, il a été généralement inférieur à ceux des groupes de femmes plus âgées (allant de 20 à 80 ans). D'autre part, on note qu'entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire chez les femmes de moins de 25 ans ont plus que

¹⁴ Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada. 111 p.

doublé. Dans la même période, ces taux ont augmenté de 61% chez les garçons de 15-24 ans. Devant cet accroissement, les auteurs se demandent s'il s'agit d'une véritable *augmentation du nombre de cas dans ces groupes d'âge, d'une détermination plus précoce de la présence de la maladie, ou d'une modification de traitement* (p. 45).

- ***La schizophrénie : les hommes victimes de cette maladie à un âge plus jeune que pour les femmes***

Les hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux étaient relativement élevés en 1999 chez les hommes, surtout à partir de l'âge de 20 ans. On remarque par ailleurs que, même si ce taux était plus bas chez les adolescents de 15-19 ans, il était néanmoins plus du double de celui des filles du même âge. Les taux d'hospitalisation sont demeurés assez constants chez les femmes entre 1987-1988 et 1999-2000, mais ils ont augmenté chez les hommes de plus de 15 ans, au cours de la même période. On remarque que *les taux plus élevés chez les jeunes hommes par rapport aux jeunes femmes ne font que confirmer que, même si la maladie affecte autant les hommes que les femmes, les hommes en sont victimes à un âge plus jeune* (p. 57).

- ***Les troubles anxieux : des hospitalisations plus fréquentes chez les jeunes filles***

En 1999, les femmes ont été hospitalisées pour troubles anxieux à des taux plus élevés que les hommes dans tous les groupes d'âge. Les jeunes filles de 15-19 ans ont présenté par ailleurs des taux d'hospitalisation beaucoup plus importants que les femmes des groupes adjacents. Si ces taux sont demeurés relativement stables dans ce groupe entre 1987-1988 et 1999-2000, il a bondi de 52% chez les jeunes filles de moins de 15 ans, où par ailleurs, il était le plus faible, comparativement aux autres groupes. D'autre part, alors que les taux d'hospitalisation chez les hommes ont connu une certaine décroissance, et que ceux des 15-19 ont conservé la même stabilité que ceux des filles du même âge, ces taux ont augmenté de 49% chez les garçons de moins de 15 ans au cours de cette période.

Dans l'ensemble, le fait que l'hospitalisation pour troubles anxieux, tout comme pour la dépression et les troubles de la personnalité, soit plus fréquente chez les filles de 15-19 ans *porte à croire que les femmes de ce groupe d'âge sont (peut-être) plus vulnérables aux maladies mentales* (p. 67).

- ***Les troubles de la personnalité : les jeunes femmes hospitalisées en plus grande proportion que les garçons pour ce genre de trouble mental***

Chez les hommes et chez les femmes, les taux les plus élevés d'hospitalisation pour troubles de la personnalité se trouvent parmi des personnes âgées de 15 à 44 ans. En outre, plus des trois quarts (78%) de toutes les admissions se trouvaient entre ces âges, et les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, l'augmentation des taux d'hospitalisation pour les troubles de la personnalité au début des années 1990 est attribuable à une augmentation de ces troubles chez les femmes des groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans. Cependant, à la fin des années '90, ces taux ont commencé à diminuer. Chez les garçons de 15-19 ans, les taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité, qui étaient déjà inférieurs à ceux des filles du même âge, ont diminué davantage entre 1987 et 1999 (p. 72-76).

- **Les troubles de l'alimentation : ces troubles ont entraîné des hospitalisations plus fréquentes chez les femmes, ainsi que dans le groupe des 10-19 ans des deux sexes**

En 1999, les femmes de tous les groupes d'âge présentaient des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des hommes pour les troubles de l'alimentation : les femmes figuraient en effet dans 94% de toutes les admissions à l'hôpital pour ces troubles. Par ailleurs, les enfants et adolescents des deux sexes, âgés de 10 à 19 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés. Lorsque l'on regarde la période précédente, soit de 1987 à 1999, l'on constate que les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation chez les femmes ont augmenté de 20%, alors que chez les hommes, ce taux est demeuré stable. On observe que l'augmentation la plus importante a été chez les jeunes filles de 15 à 24 ans, où elle s'est chiffrée à 39% (p. 81-86).

Les adolescents et jeunes adultes sont fortement représentés parmi les personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. On note des taux d'hospitalisation plus élevés chez les filles relativement jeunes (souvent à partir de 15-19 ans) pour des troubles de l'humeur (dépression, trouble bi-polaire), des troubles anxieux, des troubles de la personnalité ainsi que de l'alimentation. Par contre, la schizophrénie apparaît à un âge plus jeune chez les garçons que chez les filles même si, à l'âge adulte, les taux d'hospitalisation pour cette maladie sont relativement comparables entre les sexes.

2 Les troubles de santé mentale au Québec

2.1 Données de l'Enquête sociale et de santé (1998)¹⁵

Dans l'Enquête sociale et de santé, réalisée en 1998 par l'Institut de la Statistique du Québec auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise (i.e. *celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec, à l'exclusion des régions crie et inuite*), un chapitre est consacré à la santé mentale. Dans cette section, on évalue la perception qu'ont les Québécois de leur santé mentale et l'on mesure le niveau de détresse psychologique de la population à partir d'un indice de détresse psychologique (IDPESQ14), qui avait aussi été utilisé dans l'enquête Santé Québec 1987 et l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. L'analyse permet entre autres de catégoriser les personnes se situant dans la catégorie élevée de cet indice, et de mesurer certaines conséquences de cet état.

Nous nous attarderons ici aux données relatives aux jeunes de 15-24 ans présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique.

- Alors que le niveau élevé de détresse psychologique se retrouve chez environ 20% de la population, il est plus fréquent chez les jeunes Québécois : 28% des jeunes âgés de 15 à 24 ans se situent dans cette catégorie. La proportion tombe à un sur dix (11%) chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, la diminution générale du niveau de détresse psychologique observée dans la population, entre les enquêtes de 1993 et de 1998, a été beaucoup moins marquée dans le groupe des jeunes de 15-24 ans.
- C'est chez les jeunes filles de 15 à 24 ans que l'on observe la proportion la plus importante de personnes ayant le niveau le plus élevé de détresse psychologique - 33,5%. Chez les garçons du même âge, cette proportion, qui est aussi la plus importante parmi les divers groupes d'âge des hommes, tombe à 23%.
- Les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à présenter des manifestations d'un indice élevé de détresse psychologique depuis moins longtemps (moins d'un mois) que les autres groupes d'âge de la population (42%, versus 23%, 16% et 12%). C'est aussi ce groupe d'âge qui est comparativement moins représenté parmi les personnes dont les manifestations associées à un indice élevé de détresse psychologique durent depuis plus longtemps : pour 27% des jeunes de cet âge- comparativement à 29% dans l'ensemble - ces manifestations ont débuté entre six mois à un an. Enfin, si, pour 46% de l'ensemble des personnes interrogées, elles sont apparues depuis plus d'un an, il n'en est de même que pour 30% des plus jeunes.
- C'est chez les 15-24 ans que l'on retrouve la proportion la plus élevée (34%) de personnes rapportant des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans présentant au moins une manifestation liée à l'état dépressif qui dure depuis six mois ou plus sont, en proportion, plus nombreux que dans les autres groupes d'âge (45%, contre 10% des personnes de 65 ans et plus) à mentionner que ces manifestations ont nui à leur vie familiale ou sentimentale.

¹⁵ Institut de la Statistique du Québec. 1998. *Enquête sociale et de santé*. Collection la santé et le bien-être. Québec. 642 p. & annexes.

2.2 Données de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (1999)¹⁶

Cette enquête visait l'ensemble des jeunes québécois âgés de 9, 13 et 16 ans au 31 mars 1999. Elle a aussi été réalisée par l'Institut de la statistique du Québec à partir d'un échantillon total de 4820 jeunes. Le taux de réponse a été de 74,6%, pour un total de 3665 répondants.

Nous faisons état d'un certain nombre de données sur la santé mentale des jeunes de 13 et 16 ans qui ont participé à cette enquête.

- La proportion d'adolescents de 13 ans présentant un niveau faible d'estime de soi est supérieure parmi ceux qui perçoivent un faible niveau de soutien affectif maternel, comparativement à ceux qui perçoivent un niveau élevé de soutien affectif maternel (37% comparativement à 13%). Le même écart s'observe chez les adolescents de 16 ans (29% contre 16%). Le niveau d'estime de soi varie de façon similaire selon le niveau de soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (39% contre 14%) et 16 ans (34% contre 14%). Un profil semblable se dégage de l'analyse relative au nombre de sources de soutien rapportées par les adolescents de 13 et 16 ans : environ 30% de ceux qui rapportent trois sources et moins de soutien et 20% de ceux qui en rapportent quatre et plus ont un niveau faible d'estime de soi.
- Si l'on regarde l'association entre le sexe et le niveau d'estime de soi, on observe une différence significative entre garçons et filles dans la catégorie *faible estime de soi* : dans les deux groupes d'âge, environ 27% des filles, comparativement à 16% des garçons, se situent dans cette catégorie.
- La proportion d'adolescents ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique se situe à environ 22% chez les jeunes de 13 ans et à 19% chez ceux de 16 ans. Ces proportions se révèlent plus élevées chez les filles : un peu plus d'une fille de 13 ou 16 ans sur quatre présente un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à un garçon de 13 ans sur six et un garçon de 16 ans sur huit.
- On n'observe pas d'association entre le type de milieu familial et la détresse psychologique. Par contre, l'estime de soi s'avère associée à la détresse psychologique : chez les jeunes de 13 ans ayant un niveau élevé d'estime de soi, seulement 2,2% rapportent un niveau élevé de détresse psychologique, alors que la proportion augmente à 46% chez ceux dont le niveau d'estime de soi est faible. Il en est de même chez les adolescents de 16 ans (4,2% vs. 49%).
- Le soutien affectif maternel et paternel et le nombre de sources de soutien sont aussi associés à la détresse psychologique chez les adolescents de 13 et 16 ans, cette association se retrouvant chez une proportion variant de 12% à 19% des jeunes ayant un faible niveau de détresse psychologique, comparativement à celle que l'on retrouve chez 24% à 42% de ceux dont le niveau de détresse psychologique est élevé.
- Enfin, un peu moins de 30% des jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé pour ces symptômes au cours d'une période de douze mois.

¹⁶ Institut de la Statistique du Québec. 1999. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*. Collection la santé et le bien-être. Québec. 519 p.

- Les prévalences d'idées suicidaires sérieuses rapportées par les adolescents dans cette enquête (8% des jeunes de 13 ans et 10% de ceux de 16 ans), se situent en deçà de celles mesurées dans des enquêtes similaires au Québec et aux États-Unis. Par ailleurs, ces prévalences sont plus élevées chez les filles (10% des filles de 13 ans et 12% de celles de 16 ans) que chez les garçons (3,6% des 13 ans et 7,8% des 16 ans).
- Les prévalences de tentatives de suicide rapportées par les adolescents, mesurées sur une période de 12 mois (3,7% des adolescents de 13 ans et 3,2% de ceux de 16 ans) sont comparables à celles estimées lors des enquêtes de Santé Québec de 1987 et 1992-93, mais elles sont inférieures à celles de 18 études effectuées dans les années '90 auprès d'échantillons représentatifs de diverses populations générales, qui donnaient une prévalence médiane à vie de 7,5% (Safer, 1997) Il est toutefois difficile de comparer avec précision des prévalences sur une période de 12 mois à des prévalences à vie.
- L'association observée entre la présence d'idées suicidaires et les niveaux faibles de soutien affectif maternel et paternel est en conformité avec plusieurs études qui ont montré que la dysfonction familiale constitue une variable importante à considérer pour la prise en charge des conduites suicidaires
- Enfin, une faible proportion des adolescents suicidaires (23% des adolescents de 13 ans et 16% de ceux de 16 ans) ont déclaré avoir consulté un professionnel. Or, ce ne sont pas des problèmes d'accessibilité physique ou des barrières psychologiques, mais bien des croyances personnelles, comme l'idée que ça va passer avec le temps, qui retiennent principalement les jeunes suicidaires qui ne consultent pas, du moins selon les jeunes de 16 ans. Le même résultat est observé dans la présente enquête pour les adolescents ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

2.3 Consommation de drogues et d'alcool

Le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* faisait état, en août 2000, d'une étude portant sur la relation entre alcool, drogues et violence chez les jeunes¹⁷. À partir d'une revue de la littérature des études récentes sur le sujet, on relevait les faits suivants :

- Une proportion considérable des adolescents (autour de 50%) ont déjà fait usage d'alcool (cette proportion s'applique aux adolescents québécois comme à ceux d'autres régions du pays ou d'autres pays). Entre le quart et le tiers des jeunes auraient fait l'expérience du cannabis. L'utilisation d'autres types de substances psychoactives serait plus marginale chez les adolescents provenant de la population en général.
- Par contre, les études rapportent des taux de prévalence de consommation de substances psychoactives extrêmement élevées, impliquant une grande diversité de produits, chez certaines sous-populations juvéniles - par exemple :
 - au Québec, Brochu et Douyon (1990)¹⁸ rapportent que le taux d'expérimentation de substances psychoactives est plus élevé dans une population d'adolescents placés en centre d'hébergement pour jeunes en difficulté d'adaptation : «83% des jeunes interrogés déclarent avoir déjà consommé de l'alcool, alors que 78%

¹⁷ Cousineau, M.-M., Brochu, S. et Schneeberger, P. 2000. *Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes*. Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 83 p.

¹⁸ Brochu, S. et Douyon, A. 1990. *La consommation de psychotropes chez les jeunes en centre de réadaptation*. Montréal. Centre international de criminologie comparée. Université de Montréal.

disent avoir expérimenté la marijuana, 52% la cocaïne, 51% les hallucinogènes, 38% les médicaments, 35% les solvants et 28% les amphétamines. Même l'héroïne aurait fait l'objet, à l'époque, de l'expérimentation de 15% des adolescents hébergés».

- o D'autres études mentionnent que «près de 40% des jeunes hébergés en centre d'accueil au Québec présentaient des 'problèmes importants de consommation' de drogues, alors que près du quart rapportaient des difficultés identiques avec l'alcool, sans toutefois préciser l'opérationnalisation de ce concept»¹⁹. «Cette proportion est encore plus impressionnante lorsqu'on se rappelle que moins de 5% de la population juvénile québécoise rapporte éprouver des problèmes liés à sa consommation»²⁰.

Par ailleurs, une analyse spécifique, effectuée par M. Laventure²¹ sur la consommation de psychotropes chez des jeunes de 12-17 ans, à partir des données recueillies dans le cadre d'une étude réalisée entre 1998 et 2003 sur les jeunes inscrits à la prise en charge dans les Centres jeunesse du Québec²² fait également apparaître un problème inquiétant : la quasi-totalité des adolescents des CJ ont déjà consommé de l'alcool ou des drogues. En outre, la recherche démontre que la moitié présentent une consommation à risque de devenir problématique et qu'un jeune sur quatre a une consommation problématique ... et finalement, chez les jeunes à risque d'avoir ou ayant une consommation problématique, très peu d'entre eux sont préoccupés par leur consommation et souhaitent recevoir de l'aide pour leur consommation.

Ainsi, les jeunes québécois présentent, comme l'ensemble des jeunes au Canada, un niveau important de détresse psychologique – 23% des garçons et 33,5% des filles de 15-24 ans – qui a des conséquences sur la capacité de travailler ou de poursuivre des études de 34% des jeunes de ce groupe d'âge. En outre, ceux qui perçoivent un faible niveau de soutien maternel ou paternel sont beaucoup plus nombreux à présenter une estime de soi peu élevée, en plus d'indices marqués de détresse psychologique, sinon d'idées ou de tentatives suicidaires. Enfin, chez les adolescents québécois de 15 à 17 ans, une étude de Santé Québec²³ révèle que 75% ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année (comparativement à 87,7% des jeunes de 12-17 ans suivis par les Centres jeunesse), et qu'un peu plus du quart auraient fait de même avec une drogue illégale (ce qui a été le fait d'une proportion beaucoup plus élevée chez les jeunes des CJ, dont, notamment, 77,5% auraient consommé du cannabis, près de 40%, des hallucinogènes et 15%, de la cocaïne). D'autre part, l'usage de substances psychoactives et d'alcool serait dans l'ensemble aussi important chez les jeunes placés en centre d'hébergement (selon au moins deux études récentes).

¹⁹ Association des Centres d'accueil du Québec. 1993. *Les services à la jeunesse des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : orientations*. Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes; Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C. & Lancois, C. 1994. Québec. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval.

²⁰ Cloutier et coll. 1994. *op. cit.*

²¹ Laventure, M. Pauzé, R. & Déry, M. 2003. *La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des CJ du Québec : profils de gravité et caractéristiques associées*. Sous presse.

²² Pauzé, R., & al. 2004. *Enfants, familles et parcours de services dans les centres jeunesse du Québec*. Sherbrooke. Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales. 7 v.

²³ Santé Québec. 1995. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?* Montréal. Gouvernement du Québec.

3 Les troubles mentaux chez les jeunes de 12-17 ans au CJM

3.1 Un portrait des jeunes (0-17 ans) et des familles suivis par les Centres jeunesse ²⁴

Nous disposons de données qui documentent les problèmes psychologiques, cognitifs et sociaux vécus par les adolescents et leur famille pris en charge par les centres jeunesse au Québec. Ces données proviennent majoritairement de l'étude de Puzé et al. évoquée plus haut, qui avait été réalisée à partir d'un échantillon représentatif de l'ensemble des jeunes québécois 0-17 ans suivis par les centres jeunesse. Le sous-échantillon des 12-17 ans était composé de 408 jeunes âgés en moyenne de 15 ans.

Selon les premières analyses ²⁵, cette étude révélait que :

- 38,4 % de ces jeunes des centres jeunesse proviennent d'un milieu familial où le revenu est de 40 000 \$ et 37,6 % d'un milieu où le revenu familial est de moins de 20 000 \$;
- 75 % des parents des jeunes ont complété leur secondaire V;
- ils ont déménagé en moyenne une fois aux 4 ans et ont connu un changement d'école aux 3 ans;
- ils ont connu en moyenne un changement de la composition de la maisonnée sur 5 ans;
- 45 % des jeunes vivent dans une famille monoparentale.

En plus des problèmes de pauvreté et d'instabilité familiale (séparations et déménagements multiples), l'étude de Puzé et al. (2000) indique que 12 % des parents des jeunes 0-17 ans suivis par les centres jeunesse ont eu des démêlés avec la justice. L'analyse ultérieure de Laframboise (2001)²⁶ effectuée à partir d'un sous-échantillon de l'étude de Puzé et al. permet d'avoir un aperçu plus détaillé des troubles de santé mentale dont souffrent les parents des jeunes de 12-17 ans pris en charge par le CJM-IU. Le CIDIS (Composite International Diagnostic Interview Simplified) a été utilisé pour évaluer l'état de santé mentale des parents. Cet outil validé reprend la classification et la définition des troubles psychiatriques du DSM-IV de l'Association Américaine de Psychiatrie (1994).

Selon Laframboise (2001), on peut penser que ces parents présentent une plus grande vulnérabilité au plan de la santé mentale que ceux de la population québécoise en général. L'analyse indique que 58,5 % des parents ont connu au moins une dépression majeure au cours de leur vie, 18,7 % de la dysthymie, 15 % ont vécu des troubles liés à la consommation d'alcool, 15 % des troubles liés à la consommation de drogues, 11,1 % des troubles paniques et 7,6 % des troubles anxieux. Bien que l'étude ne nous permette pas de documenter avec précision la comorbidité entre les divers troubles, on pourrait croire que quelques parents ont souffert de plus d'un de ces troubles durant une période donnée au cours de leur existence.

²⁴ Extrait intégral de : Gaudet, J. et Chagnon, F. 2003. *Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au CJM-IU*. Montréal. Centre jeunesse de Montréal. 2003. p. 18-21

²⁵ Puzé & al. 2000. *Les soins aux jeunes en difficulté – Volet 1. Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*. Sherbrooke. Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales. 41 p. & annexes.

²⁶ Laframboise, J. 2001. *Quelques données sur les troubles de santé mentale des jeunes inscrits à la prise en charge dans les CJM et de leurs parents*. Montréal. Les Centres jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Direction de la recherche et du développement. 29 p.

3.2 Une étude comparative

Toupin et Pauzé ont publié récemment les résultats d'une étude comparative d'adolescents ayant participé à la recherche dans les centres jeunesse, en 2000, et d'un échantillon de jeunes de 12-17 ans provenant de la population en général.²⁷

Cette étude, dont les résultats ont été publiés en mars 2004, a été réalisée afin d'identifier les facteurs de risque et de protection, de même que les caractéristiques personnelles (santé mentale et physique) qui distinguent les adolescents (dont certains sous-groupes) et les familles qui reçoivent des services des Centres jeunesse de ceux qui n'en reçoivent pas.

L'étude originale sur les jeunes dans les Centres jeunesse portait sur 756 jeunes (0-17 ans) dont le signalement avait été retenu et acheminé à la prise en charge dans quatre centres jeunesse du Québec (Montréal, Québec, Estrie et Côte Nord) entre le 1^{er} août 1998 et le 31 août 1999.

On a donc décidé de comparer un certain nombre de jeunes suivis en Centres jeunesse à des jeunes provenant de la population en général. La situation des adolescents de 12-17 ans dans trois des régions ayant participé à la première recherche (Montréal, Québec et l'Estrie) a été retenue (n=372). Pour le groupe-témoin, on a recruté, dans les mêmes régions, un échantillon d'adolescents et adolescentes (n=293) en provenance d'écoles à haut indice de défavorisation, et n'ayant pas utilisé de services sociaux et de santé pour des problèmes de santé mentale au cours de la dernière année.

Les comparaisons qui ont été effectuées sur les caractéristiques sociodémographiques des jeunes et des familles des Centres jeunesse et du groupe témoin indiquent que les jeunes ne diffèrent pas quant à l'âge, au sexe et à l'origine ethnique du parent répondant. Par ailleurs, les résultats démontrent que, dans l'ensemble, les familles dont l'adolescent reçoit des services d'un Centre jeunesse ont moins de ressources financières, de soutien social et une scolarisation moindre pour faire face aux difficultés de leur adolescent. En outre, elles sont plus mobiles au plan géographique et moins stables au plan de la composition.

Comparativement aux parents des adolescents de la population en général, les parents répondants des Centres jeunesse sont plus susceptibles d'exprimer de la détresse psychologique, d'obtenir un score plus élevé à l'échelle des traits de personnalité antisociaux, de faire état de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues au cours de la dernière année (5%), ainsi que d'avoir manifesté un trouble mental au cours des derniers mois (20%) et au cours de la vie; en outre, ces familles sont plus susceptibles d'avoir un de ses membres qui a eu des démêlés avec la justice au cours de sa vie.

Quant aux résultats relatifs aux caractéristiques personnelles et psychologiques des adolescents, ils suggèrent que les adolescents des Centres jeunesse présentent plusieurs difficultés sérieuses : un trouble intériorisé (environ 10%), au moins une tentative de suicide au cours de la vie (près de 20%) et/ou un trouble extériorisé (35% à 45% selon le répondant). Ces difficultés sont de 3 à 10 fois plus fréquentes chez ces jeunes que chez les adolescents du groupe témoin.

On relève également dans ce groupe une consommation de substances psychoactives plus élevée. Ces troubles sont accompagnés de difficultés à l'école (taux plus élevés d'abandon

²⁷ Toupin, J., Pauzé, R. et al. 2004. *La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'initiative sur la Santé de la Population canadienne (ISPC)*. Document mimeographié. 52 p.

scolaire, d'intégration en classe spéciale (environ 20%), de retard scolaire (près des deux tiers ont doublé une année ou plus), et de difficultés dans les relations sociales, de même que d'un fonctionnement général moins adapté.

Les croisements relatifs aux relations parents-enfant montrent que les adolescents en Centres jeunesse sont davantage exposés à la violence verbale et physique dans leur milieu familial et que, dans l'ensemble, la qualité de leur relation avec leur père et leur mère est nettement moins bonne que dans le groupe témoin.

Dans l'ensemble, les adolescents des Centres jeunesse sont, non seulement plus susceptibles de présenter des difficultés; ils sont également exposés à des facteurs de risque sociaux et familiaux qui rendent leur évolution positive plus incertaine. Ceci est particulièrement vrai pour les adolescentes, notamment en raison de la présence de facteurs de risque plus importants dans la famille.

3.3 Les troubles de santé mentale des adolescents suivis par les Centres jeunesse

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et Forness et Knitzer (1992, cités par Habimana, Éthier, Petot et Tousignant, (1999)²⁸, il y a présence d'un trouble de santé mentale lorsque le comportement ou l'affect : (1) est associé à une détresse ou à une altération dans au moins deux secteurs de fonctionnement; (2) n'est pas approprié à l'âge, à la culture ou au groupe ethnique; (3) entrave les habiletés scolaires, sociales ou personnelles; (4) n'est pas une réponse ou une réaction normalement attendue; (5) persiste malgré diverses interventions éducatives; (6) est accompagné d'autres dysfonctionnements et (7) n'est pas une déviance sociale, politique, religieuse ou sexuelle, à moins que cette déviance ne soit en soi un symptôme reconnu de dysfonctionnement. Peuvent donc être inclus sous cette étiquette, tant des troubles de la conduite (anorexie, délinquance), de l'humeur (dépression), des troubles psychosomatiques (encoprésie), des troubles de la personnalité (état-limite) que des troubles plus graves tels que la schizophrénie et des retards mentaux. Selon Gagnon (2001)²⁹, les symptômes de ces troubles sont soit subjectifs (perçus et rapportés par le jeune) ou objectifs (observables par les proches).

Les études épidémiologiques de Valla, Breton et al. (1994)³⁰ et de Breton, Bergeron et al. (1999), cités par Gagnon (2001), montrent qu'au Québec 19,9 % des jeunes de 5 à 18 ans souffrent de troubles de santé mentale. Pauzé et al. (2000) rapportent que 52 % des jeunes des CJ âgés de 12 à 17 ans présentent des troubles de santé mentale au sens du DSM-IV (tel que mesuré à l'aide du DISC-II) et qu'il y a significativement plus de troubles dépressifs et d'opposition chez les filles. Il semble que le profil clinique et social des jeunes suivis en vertu de la LJC (maintenant LSJPA) est significativement moins lourd que celui de ceux suivis en vertu de la LPJ (Pauzé et al, 2000). L'étude de Paquette (1995)³¹ réalisée auprès de 194 jeunes de Cité des Prairies arrive aux mêmes conclusions, en précisant qu'il y a significativement plus d'anxiété, de dépression et de violence physique chez les jeunes suivis en vertu de la LPJ.

²⁸ Habimana, E., Éthier, L., Petot, D. & Tousignant, M. (sous la direction de ...). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Boucherville. Gaëtan Morin éditeur. 749 p.

²⁹ Gagnon, A. 2001. *Démystifier les maladies mentales : les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Boucherville. Gaëtan Morin Éditeur. 427 p.

³⁰ Valla, J.-P., Breton, J.-J. et coll. 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. 132 p.

³¹ Paquette, F. 1995. *Violence sexuelle et adolescents délinquants : une étude épidémiologique, rapport final*. Montréal. Centres jeunesse de Montréal, La Cité des Prairies. 102 p.

L'analyse de Laframboise (2001) du sous-échantillon des jeunes âgés de 12-17 ans du CJM-IU (n=171) de l'étude de Pauzé et al, (2000) révèle que, *selon leurs parents*,³²

- 28,7 % des jeunes présentent des troubles des conduites;
- 26,3 % des troubles oppositionnels avec provocation;
- 22,8 % des troubles d'anxiété généralisée;
- 20,5 % des troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité;
- 11,7 % une dépression majeure.

La prévalence de la comorbidité de ces troubles étant inconnue, nous ne pouvons décrire avec exactitude la prévalence globale des troubles de santé mentale chez les 12-17 ans du CJM-IU. Cependant, ces données suggèrent qu'il y a plus de troubles de santé mentale chez les adolescents du CJM-IU, en comparaison aux adolescents des autres centres jeunesse au Québec.

L'étude de Drolet (2002) réalisée auprès de 35 jeunes suivis entre 1997 et 2002 dans les services spécialisés du CJM-IU (16e avenue, foyer Chambord et La Caravelle) à l'aide de l'Inventaire du vécu perceptuel (PRI) et des dossiers cliniques, indique que 33 % des jeunes présentent des doubles diagnostics de santé mentale-déficience; 60 % ont un diagnostic de déficience intellectuelle. De plus, plusieurs de ces jeunes affichent des symptômes de troubles mentaux : rapport au corps difficile (en lien avec les abus sexuels et/ou physiques dont la majorité ont souffert); surexcitation; hypersensibilité aux stimuli de l'environnement; somatisation; sentiments d'irréalité; angoisses paranoïdes; désorganisation facile et fréquente des comportements; problèmes de comportement (en plus de ceux qui ont un diagnostic psychiatrique de troubles de comportement).

D'autres études nous informent de l'ampleur de la médication de psychotropes chez les adolescents pris en charge par le CJM-IU. Lafortune et al, (2001), ayant examiné 100 dossiers de jeunes placés en internat ou en foyers de groupe, ont trouvé que 20 à 30 % des jeunes étaient sous médication et que la majorité étaient des garçons (79 %). Les ordonnances les plus fréquemment prescrites étaient, en ordre d'importance: (1) les psychostimulants (pour contrôler entre autres le TDAH); (2) les anti-psychotiques; (3) les anti-dépresseurs; (4) la clonidine (pour contrôler entre autres l'impulsivité et l'agressivité associée au TDA-H). Les jeunes placés en internat prennent de façon significative plus de psychostimulants que les jeunes placés en foyers de groupe. De plus, il semble que les 12-14 ans prennent significativement plus de psychostimulants que les 15-17 ans. L'étude de Perreault et de Gagné portant sur l'examen des dossiers médicaux des jeunes suivis en encadrement intensif en date du 9 septembre 2002 (n =192) arrive sensiblement aux mêmes conclusions: 20,8 % des jeunes ont une médication neurologique et/ou psychiatrique; un pourcentage relatif plus élevé de médicaments psychotropes est retrouvé chez les 12-14 ans. Les médicaments les plus souvent utilisés sont les mêmes que dans l'étude de Lafortune et al, (2002). L'étude de Gommier, Jomphe et Laporte portant sur tous les dossiers des jeunes suivis à La Caravelle, le Carrefour et la Traversée en 2002 indique que plus de 50 % de ces jeunes sont sous médication psychotrope.

3.4 La souffrance des jeunes suivis par les Centres jeunesse : les risques de suicide

Les recherches menées par Pronovost et al, (1998) et par Chagnon (1998) indiquent que le taux de tentatives de suicides est de 4 à 10 fois plus élevé chez les jeunes des centres jeunesse que

³² Le DISC-II complété par le parent a été utilisé pour évaluer la présence de ces troubles chez les jeunes. Par ailleurs, les résultats à l'instrument de mesure utilisé auprès des mêmes jeunes (DISC-II (Schaffer et al, 1993) en arrivent à des taux beaucoup moins élevés (variant de 3,5% à 7,6% pour quatre des types de troubles identifiés), sauf en ce qui concerne les troubles des conduites, où le pourcentage de jeunes de cet âge qui en sont affectés grimpe à 35,7% (note de l'auteur).

chez les jeunes québécois. Selon ces études, il semblerait qu'entre 33 et 39 % des jeunes en centres jeunesse auraient fait une tentative de suicide. Il faut se rappeler que, en général,

le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes; en outre, le suicide représente 33% de tous les décès de jeunes âgés de 15 à 19 ans (extrait des statistiques de l'Institut national de la statistique du Québec, 2003). Par ailleurs, le tiers des décès par suicide chez les jeunes est le fait de jeunes en centres jeunesse.

Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans et représentait 33% des mortalités de ce groupe d'âge en 2001. Chez les 15-19 ans, le taux de mortalité par suicide en 2001 était environ trois fois plus élevé parmi les garçons (23,4/100 000) que chez les filles (8,4/100 000).

Parmi les jeunes Québécois, la recherche indique que la clientèle des centres jeunesse est l'un des groupes d'adolescents les plus à risque de suicide et de comportements suicidaires. En effet, 32% (57/177) des jeunes Québécois de 18 ans et moins décédés par suicide au cours des années 1995 et 1996 avaient reçu des services des centres jeunesse et 79% de ces jeunes suicidés avaient reçu de tels services au cours de l'année précédant leur suicide (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004). Ce taux de décès par suicide observé parmi la clientèle des centres jeunesse révèle que cette clientèle est au moins cinq fois plus à risque de suicide réussi que la population générale des jeunes Québécois d'âge et de sexe comparables (Farand *et al.* 2004).

Le taux de tentatives de suicide est lui aussi très élevé parmi cette population. Trois études réalisées au Québec auprès de clients des centres jeunesse (Chagnon, 2000; Desrosiers *et al.*, 1992; Pronovost et Leclerc, 1998) rapportent des taux de tentative de suicide à vie allant de 27,8% (Desrosiers *et al.*, 1992) à 39% (Chagnon, 2000). L'étude de Chagnon (2000) menée auprès de 160 adolescents âgés de 14 à 17 ans hébergés consécutivement en Centre jeunesse dans la région de Montréal en 1995 et 1996 présente des résultats comparables: 60% des participants rapportent un épisode suicidaire ou plus à vie (idéation suicidaire sérieuse : 21%; tentative de suicide : 39%). Les principaux motifs de placement des participants étaient les troubles de comportement (65%) et l'incapacité des parents à contrôler le jeune (26%); 43% des sujets étaient sous le couvert de la Loi des jeunes contrevenants (LPJ 49%; LJC 43%; LSSSS 8%). Dans l'ensemble ces taux sont de 4 à 10 fois supérieurs à ceux qui sont rapportés dans les principales enquêtes menées auprès de la population générale des jeunes Québécois (Pronovost, Côté *et al.*, 1990; Enquête Santé-Québec, 1992-1993; Tousignant *et al.*, 1988).

Par ailleurs, les taux de tentatives de suicide observés chez les jeunes en centres jeunesse s'accordent dans l'ensemble avec les résultats des études menées aux États-Unis auprès d'échantillons de jeunes relativement comparables. L'étude de Miller *et al.*, (1982) menée auprès de 150 jeunes admis dans un centre pour adolescents délinquants rapporte que 20% des participants ($n = 30$) ont tenté une fois ou plus de se suicider au cours de leur vie. Alessi *et al.* (1984) rapportent que 61% des sujets d'un groupe de 71 jeunes délinquants hébergés dans une institution correctionnelle disent avoir tenté de se suicider au cours de l'année précédant l'étude. Finalement, Kempton et Forehand (1992) ont trouvé un taux de 30% de tentatives de suicide à vie chez 51 jeunes délinquants hébergés en internat de réadaptation.

Jeunes hébergés en internat : **555 jeunes (79%)**
370 garçons (67%)
185 filles (33%)

166 garçons (45%) ayant un diagnostic psychiatrique et/ou neurologique
107 garçons (29%) ayant recours à une médication pour une
problématique psychiatrique et /ou neurologique,
dont 82 garçons (77%) sont suivis par un psychiatre

73 filles (39%) ayant un diagnostic psychiatrique et /ou neurologique
34 filles (18%) ayant recours à une médication pour une
problématique psychiatrique et /ou neurologique,
dont 19 filles (56%) sont suivies par un psychiatre

Jeunes hébergés en foyer de groupe : **146 jeunes (21%)**
91 garçons (62%)
55 filles (38%)

32 garçons (35%) ayant un diagnostic psychiatrique et/ou neurologique
22 garçons (24%) ayant recours à une médication pour une
problématique psychiatrique et /ou neurologique,
dont 12 garçons (54%) sont suivis par un psychiatre

14 filles (25%) ayant un diagnostic psychiatrique et /ou neurologique
6 filles (11%) ayant recours à une médication pour une
problématique psychiatrique et /ou neurologique,
dont 4 filles (67%) sont suivies par un psychiatre

**PERSONNE SIGNIFICATIVE DANS L'ENVIRONNEMENT DU JEUNE QUI A FAIT UNE
TENTATIVE DE SUICIDE**

Jeunes hébergés 12-17 ans

		Jeunes hébergés en internat :	
		Garçons :	37
		Filles :	14
		Jeunes hébergés en foyer de groupe :	
		Garçons :	10
		Filles :	5
Garçons :	47		
Filles :	19		

PERSONNE SIGNIFICATIVE DANS L'ENVIRONNEMENT DU JEUNE QUI A FAIT UN SUICIDE ACCOMPLI

Jeunes hébergés 12-17 ans

Garçons : 19
Filles : 9

Jeunes hébergés en internat :

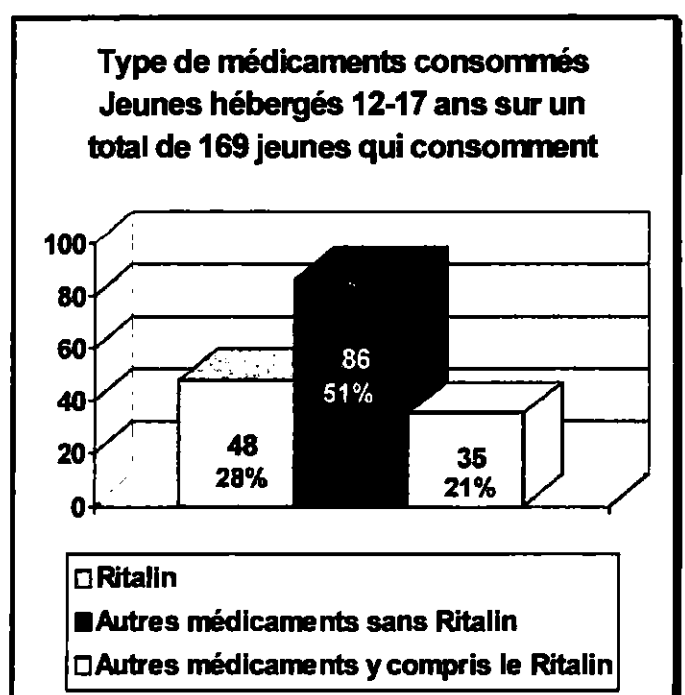
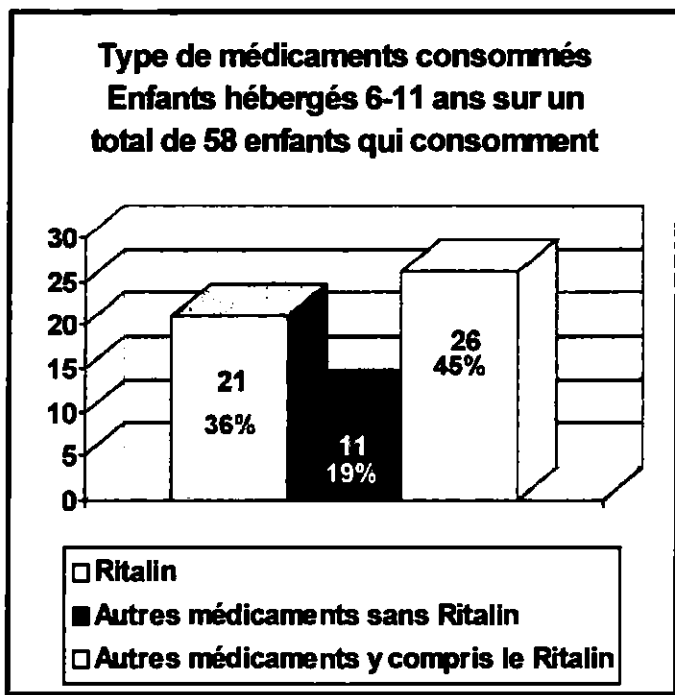
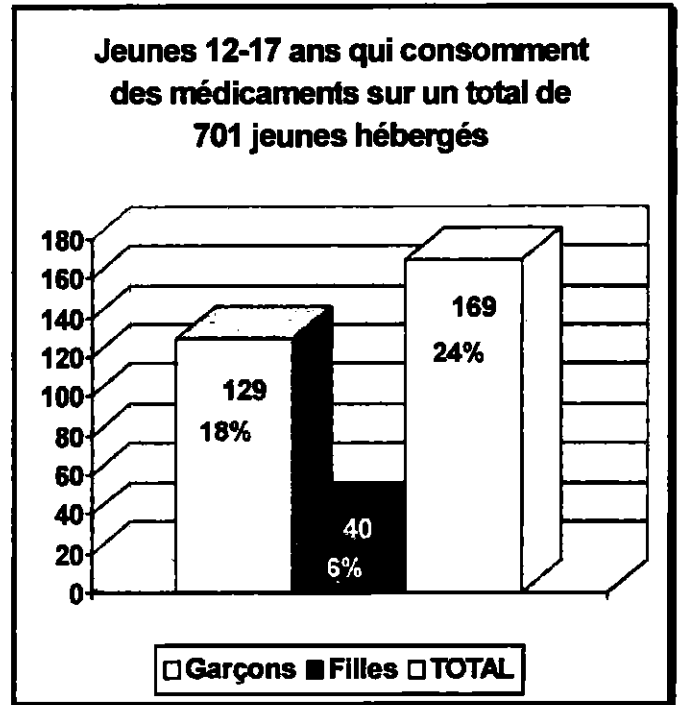
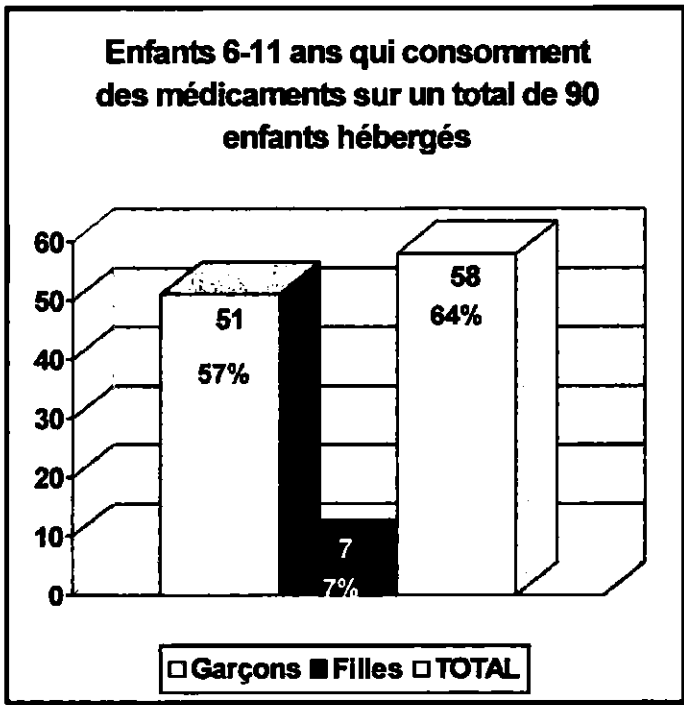
Garçons : 17
Filles : 6

Jeunes hébergés en foyer de groupe :

Garçons : 2
Filles : 3

Portrait de consommation de médicaments
chez les enfants et les jeunes hébergés au
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Données en date du 5 septembre 2003



3.6 Perception des problèmes de santé mentale : point de vue des intervenants³³

En avril 2003 le Centre jeunesse de Montréal déposait les résultats d'une étude menée auprès de 70 intervenants, gestionnaire et autres cliniciens conviés à participer à des groupes de discussion structurés portant sur l'identification des besoins prioritaires perçus chez les jeunes clients du CJM-IU de 12 à 17 ans. Les résultats de l'enquête révèlent cinq grands domaines de problèmes jugés prioritaires par les répondants, dont les problèmes sévères de santé mentale et la médication importante de psychotropes chez les adolescents. Nous reprenons brièvement les perceptions des répondants concernant ces problèmes.

▪ Perception des problèmes selon les répondants des territoires

La dysfonction chronique des familles des jeunes, ainsi que les troubles de santé mentale qui semblent affecter une proportion importante des adolescents ont été décrits comme des problèmes très importants parmi les clients des territoires. Au chapitre très préoccupant des problèmes graves de santé mentale, les deux groupes ont mentionné l'importance de mieux définir ce qu'on peut considérer comme un trouble de santé mentale et de documenter la prévalence des divers troubles de santé mentale chez la clientèle. Aussi, ces deux groupes de répondants se questionnent sur la hausse de diagnostics psychiatriques et de médications de psychotropes observée chez les jeunes : pour certains cette hausse témoigne en grande partie de la plus grande souffrance qu'affichent les jeunes, alors que pour d'autres cette situation est surtout associée à une plus grande sensibilité (ou intolérance) des intervenants et des parents qui les pousserait à référer les jeunes en psychiatrie plus rapidement (surtout pour les problèmes de comportement). Enfin, pour d'autres, l'explication voulant que les diagnostics de troubles mentaux se fassent plus « facilement » ou avec moins de scrupules qu'auparavant semble la plus plausible.

▪ Perception des problèmes les plus importants vécus par les adolescentes du milieu globalisant

La discussion concernant les problèmes les plus importants vécus par les adolescentes a fait émerger, tout comme cela l'a été dans d'autres groupes, le constat qu'il n'était pas facile de départager les problèmes profonds des jeunes des symptômes qu'ils affichent (engendrés par ces problèmes). Ainsi, selon les participants, les agirs extrêmes qu'on peut observer chez les adolescentes (adhésion à des gangs, prostitution, toxicomanie) bien qu'elles soient des problématiques importantes et répandues, sont cependant engendrées par d'autres problèmes graves sur lesquels il faudrait agir en priorité (tels que négligence subie par les jeunes, leur carence affective et les problèmes graves de santé mentale).

Tout comme cela l'était pour les groupes de travail territoriaux, les participants estiment que les problèmes de santé mentale graves constituent le problème le plus important à l'heure actuelle. Ces problèmes semblent particulièrement prévalents et ils entraînent des conséquences graves à court et long terme sur l'adaptation sociale du jeune. Les intervenants rapportent qu'ils disposent de très peu d'outils cliniques efficaces pour intervenir sur ces troubles. Les participants perçoivent une progression sensible des troubles de l'humeur chez les adolescentes. On rapporte également beaucoup d'instabilité émotionnelle et d'idéations suicidaires et de problèmes de personnalité état-limite. Enfin, on remarque depuis quelque temps une augmentation de traits anorexiques chez les adolescentes : ces jeunes sont peu

³³ Gaudet, J. et Chagnon, F. 2003. *Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au CJM-IU*. Montréal. Centre jeunesse de Montréal. p. 26-35

investies au plan affectif, elles affichent un important repli sur elles-mêmes et une incapacité à être sensible à la réalité des autres.

- **Les problèmes les plus importants vécus par les adolescents en milieu globalisant**
« ...c'est une clientèle hétérogène avec laquelle nous avons besoin d'outils diversifiés pour bien intervenir... »

Les participants du groupe de discussion globalisant garçon ont mentionné que leur clientèle était très hétérogène, étant à la fois composée de jeunes aux prises avec des problèmes de délinquance importants qui présentent des structures de personnalité assez bien organisées, ainsi que d'une proportion importante de jeunes chez qui l'on retrouve des problèmes de santé mentale, tels que des symptômes psychotiques ou de l'immaturation affective sévère. Ces jeunes apparaissent particulièrement fragiles, leur fonctionnement est facilement déstabilisé ou désorganisé. Du point de vue des participants, faire cohabiter ces deux types de clientèle dans les mêmes lieux d'hébergement est inadéquat puisque le type d'encadrement dont ces jeunes doivent bénéficier est fort différent. La cohabitation de jeunes aux prises avec des problématiques très différentes nuirait à l'intégration sociale de certains d'entre eux, plus particulièrement ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale (tels que des traits psychotiques).

Au plan des problèmes graves de santé mentale, les participants perçoivent une hausse de diagnostics psychiatriques ainsi que de la consommation de psychotropes. À l'instar des participants des groupes territoriaux, ils s'interrogent sur les causes de cette augmentation perçue: origine-t-elle d'un diagnostic psychiatrique plus sensible ou est-elle le reflet d'une plus grande morbidité chez les jeunes ? Les participants au groupe de discussion de l'encadrement intensif constatent que les jeunes de ce milieu présentent en général les problématiques de même nature que ceux du milieu globalisant, à la différence qu'ils en cumulent davantage et les vivent avec plus d'intensité. Il était difficile pour ces participants d'ordonner selon leur importance les problématiques importantes vécues par les jeunes. Au plan de la santé mentale, les participants observent chez les jeunes un grand désespoir associé à l'absence de projet de vie. Ce désespoir se traduirait notamment chez les plus vieux par de l'auto-mutilation, la consommation importante de drogues et d'alcool et les comportements suicidaires. On retrouve aussi parmi cette clientèle un certain nombre de jeunes abuseurs sexuels ayant souvent été eux-mêmes victimes d'abus et qui présentent divers symptômes de morbidité: diagnostics du syndrome Gilles de la Tourette; troubles de comportement; symptômes psychotiques importants (sans avoir de diagnostics clairs); troubles de la personnalité état-limite (agirs impulsifs) et/ou qui affichent des retards au plan cognitif plutôt graves (de façon plus marquée qu'en milieu globalisant). De plus, il semble que plus du quart (26 %) des jeunes en encadrement intensif seraient sous médication psychotrope.

- **Les problèmes les plus importants vécus par les adolescents suivis par les services spécialisés**

La démarche d'identification des problématiques importantes de la clientèle des services spécialisés s'est déroulée différemment des autres groupes de discussion, considérant que plusieurs études internes sur cette clientèle étant disponibles afin d'alimenter la réflexion. Les participants ont donc enrichi et validé les résultats de la recherche de Drolet (2002)³⁴ et les

³⁴ Drolet, C. (2002). Recherche sur la population déficiente intellectuelle du Centre jeunesse de Montréal. Document non publié.

analyses des dossiers clientèle effectuées par Gommier, Jomphe, Laporte en collaboration avec la DSPR (2002) (études mentionnées précédemment).

Concernant les problèmes graves de santé mentale, l'analyse des dossiers des jeunes suivis à La Caravelle, La Traversée et le Carrefour en 2002 (N =30) réalisée par Gommier et al, (2002) montre qu'au moins 50 % des jeunes ont un diagnostic psychiatrique principalement pour des troubles de déficits d'attention, de la schizophrénie, des troubles d'anxiété et de la conduite. De plus, il semble que 50 % de cette clientèle soit sous médication de psychotropes. L'étude de Drolet (2002) retrouve chez 33 % de la clientèle des jeunes des services spécialisés³⁵ un double-diagnostic de déficience et de santé mentale. À l'inverse des autres groupes, les jeunes des services spécialisés ne présenteraient pas de problèmes significatifs de consommation d'alcool ou de drogues.

Au plan du développement cognitif et langagier, l'étude de Gommier et al (2002) révèle que 50 % de ces jeunes présentent un diagnostic de déficience intellectuelle légère. Les participants ont tenu à préciser qu'il était très difficile d'intervenir auprès de certains jeunes qui ont une maîtrise très faible du langage courant et une compréhension limitée de ce qui se passe autour d'eux. Leur capacité d'apprentissage souvent limitée, leur manque d'habiletés sociales et leur conduite parfois étrange sont des éléments qui rendent particulièrement ardue leur intégration sociale, de surcroît lorsqu'ils atteignent la majorité. Puisque plusieurs de ces jeunes seront incapables de se prendre en charge de façon autonome à leur majorité, il apparaît urgent de leur trouver des ressources d'hébergement adéquates à leurs besoins.

³⁵ Cette étude s'est réalisée auprès de la clientèle du Foyer 16^e Avenue, Chambord et la Caravelle.

3.7 Médicaments psychotropes : l'accompagnement des adolescents en centre jeunesse

Dans un article récent, Bouchard et Lafortune (2003)³⁶ font état d'une recherche effectuée auprès de 19 éducateurs des centres jeunesse de Montréal et Laval. L'objectif était de recueillir leur point de vue sur l'usage de la psychopharmacologie dans l'intervention auprès des adolescents placés, et comprendre la façon dont ils s'y réfèrent dans leur pratique.

Selon les éducateurs, l'usage de la médication psychotrope relève de trois situations différentes :

- le jeune reçoit déjà ce type de médication lorsqu'il entre au centre jeunesse;
- la médication est introduite en situation d'urgence, particulièrement s'il y a tentative de suicide ou verbalisations suicidaires;
- la dégradation de l'état du jeune au cours de son placement amène la consultation d'un pédopsychiatre, qui peut prescrire une telle médication.

Les éducateurs ont pour tâche d'administrer la médication, préparée par les infirmières du service de santé, ou parfois, les parents mêmes. Ils jugent important d'amener les jeunes à comprendre les effets recherchés par le traitement pharmacologique. Par ailleurs, *certaines éducateurs ont un peu de difficulté à s'acquitter de l'administration des médicaments, estimant qu'elle pourrait nuire à leur relation avec le jeune.*

Un deuxième problème tient au fait que parfois, les jeunes se servent des psychotropes *pour manipuler ou tester les éducateurs*, particulièrement lorsqu'ils décèlent un certain malaise chez ceux qui les leur administrent. À cet égard, *les effets secondaires des médicaments représentent un instrument de manipulation de choix*, alors que le jeune peut amplifier la manifestation de ces effets pour obtenir la sympathie des adultes ou des privilèges particuliers.

Un troisième problème a trait au *refus de certains jeunes de prendre leurs médicaments*. Un processus de négociation est alors entrepris avec eux. Si le refus persiste, les éducateurs leur conseillent d'en parler à leur médecin, car ils jugent qu'il n'est pas de leur responsabilité d'accepter ou non l'arrêt du traitement. L'hospitalisation du jeune est utilisée comme une mesure de dernier recours.

L'administration de contentions chimiques peut créer des dissensions entre les éducateurs. Constatant l'effet d'un médicament, certains éducateurs peuvent parfois hésiter à l'administrer, car ils se sentent coupables vis-à-vis le jeune.

Par contre, les intervenants considèrent que *les risques d'intoxication sont minimes, compte tenu des mesures préventives mises de l'avant*. Cependant, des incidents peuvent survenir, tel *l'accumulation de médicaments ou la tentative de s'emparer du contenu de la pharmacie*. À cet égard, on observe que l'introduction de dosettes a contribué à diminuer les risques d'intoxication.

Dans l'ensemble, *hormis quelques-uns, les éducateurs se disent largement en faveur de la pharmacothérapie*. Selon les chercheurs, *le médicament agit comme médiateur des rapports qu'ils entretiennent avec les jeunes, requérant l'instauration d'une relation de confiance et suscitant un jeu de pouvoir autour de l'administration du psychotrope.*

³⁶ Bouchard, R. et Lafortune, D. 2003. Médicaments psychotropes : l'accompagnement des adolescents en centre jeunesse. *Défi jeunesse*, X(1), 26-30.

En conclusion, il y aurait peut-être lieu de donner suite à la suggestion des éducateurs de mettre en place un *programme de formation continue*, visant à *enrichir leurs connaissances sur un phénomène bien présent* dans un centre jeunesse.

Conclusion

Une revue des données disponibles sur la santé mentale des jeunes converge vers une même conclusion : comparativement à d'autres groupes d'âges, les troubles mentaux affectent une proportion préoccupante des adolescents et des jeunes adultes. Un rapport national sur les maladies mentales publié en 2002 confirme une représentation substantielle de ce groupe d'âge parmi les personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Au Québec, deux enquêtes récentes font état d'indices de détresse psychologique d'un niveau élevé chez une proportion de jeunes plus importante que dans d'autres groupes d'âge de la population (23% des garçons et 33,5% des filles de 15-24 ans). C'est aussi parmi les adolescents, surtout les jeunes filles, que l'on retrouve une prévalence notable d'idées suicidaires sérieuses – entre 10% et 12% des filles de 13 et 16 ans, comparativement à 3,7% et 3,2% des garçons du même âge. Par ailleurs, autour de 50% des adolescents québécois auraient déjà fait usage d'alcool, alors que de 25% à 33% auraient fait l'expérience du cannabis.

Lorsque l'on examine la situation des jeunes qui reçoivent des services des centres jeunesse, elle s'avère relativement inquiétante, comparativement à l'ensemble des jeunes québécois : les taux de tentative de suicide sont de 4 à 10 fois plus élevés chez eux; par ailleurs, 88% des jeunes ont déjà consommé de l'alcool, 77%, du cannabis, environ 40%, des hallucinogènes, etc. Au CJM-IU, une analyse des données recueillies entre 1998 et 2003 auprès des jeunes référés à la prise en charge révèle que les troubles mentaux sont relativement marqués parmi eux – entre 20% et 30% présentent, soit de l'hyperactivité, de l'anxiété généralisée, des troubles oppositionnels avec provocation ou encore, des troubles des conduites, alors que, dans le cas de près de 12%, on parle de dépression majeure. D'autre part, une proportion significative des parents de ces jeunes sont aussi affectés au plan mental : près de 60% ont connu au moins une dépression majeure au cours de leur vie, environ 20%, de la dysthymie; enfin, la consommation d'alcool ou de drogues est le fait d'environ 15% d'entre eux. Dans l'ensemble, les diverses études réalisées sur les jeunes des centres jeunesse confirment que, non seulement, ils présentent plus de problèmes au plan mental; ils sont aussi exposés à des facteurs de risque sociaux et familiaux qui rendent plus aléatoire une évolution positive de leur développement à long terme.

Bien que les recherches dont nous faisons état fournissent une image globale des troubles de santé mentale affectant les jeunes, notamment, ceux du CJM-IU, ou encore, présentent la perception qu'en avaient les intervenants de milieux institutionnels d'hébergement de notre établissement, il y a quelques mois, certains aspects de la situation demeurent confus, sinon totalement inconnus. Ainsi, il est difficile d'obtenir un portrait précis, dans les divers lieux de services du CJM-IU, de la nature des problèmes d'ordre mental touchant les jeunes usagers; on n'a pas de données sur la comorbidité de certains troubles mentaux; on connaît mal, chez nos adolescents, la nature et l'étendue des troubles de la personnalité, notamment, les troubles limite; on possède peu de données sur les jeunes qui font usage de diverses drogues; on a peu d'informations sur les liens entre les problèmes de santé mentale des parents et leur impact sur les jeunes ainsi que sur les interventions menées auprès de la famille; l'étendue des troubles de santé mentale des jeunes placés en famille d'accueil et leurs retombées sur les familles qui les hébergent sont, à toutes fins pratiques, inconnus. Afin de pouvoir agir de façon cohérente sur la situation, il semblerait donc urgent de prendre les moyens de combler, de façon rigoureuse et systématique, les lacunes actuelles de nos connaissances à cet égard.

SECTION 3

ÉTAT DE SITUATION SUR LES PRATIQUES

1 Orientations régionales concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux

Le nouveau découpage des territoires proposé par l'ADRLSSS propose la mise en place de 12 réseaux locaux de services à Montréal. Ces réseaux graviteront autour d'un nouvel établissement, le «centre de santé et de services sociaux (CSSS) responsables des missions de première ligne déjà assumées par les établissements composant les réseaux: «les soins hospitaliers de proximité (pour certains réseaux seulement), les services de CLSC, incluant la prévention et la promotion de la santé, ainsi que l'hébergement et les soins de longue durée ... Pour compléter son offre de services, chaque CSSS travaillera en réseau avec les autres partenaires du même territoire, c'est-à-dire les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées du territoire, notamment celles qui offrent des services d'hébergement». La nouvelle organisation vise à améliorer l'accessibilité aux services en assurant une coordination de l'accès aux services de première, deuxième ou troisième ligne, à partir du centre de santé et de services sociaux où se coordonnera l'accès aux services ... ». On espère également que ce modèle d'organisation facilitera la continuité des soins et des services. Pour ce faire, ce changement de pratique suppose un redécoupage territorial des regroupements de CLSC et des établissements hospitaliers qui formeront les CSSS.

Réseaux locaux de service à Montréal (en date de février 2005) ³⁷

- CSSS Pierrefonds/Lac-St-Louis (CLSC Lac-St-Louis, CLSC Pierrefonds, Hôpital du Lakeshore)
- CSSS LaSalle/Vieux Lachine (CH de LaSalle, CLSC du Vieux Lachine)
- CSSS Verdun/Côte-St-Paul/Saint Henri/Pointe St-Charles (CH de Verdun, CLSC St-Henri, CLSC Verdun-Côte St-Paul)
- CSSS René-Cassin/Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest (CLSC Notre-Dame-de Grâce-Montréal-Ouest ; CLSC René-Cassin, CH Richardson)
- CSSS Côte-des-Neiges/Métro/Parc-Extension (CLSC Côte-des-Neiges ; CLSC Métro-Parc-Extension ; CLSC Parc-Extension)
- CSSS Nord de l'Île-St-Laurent (CLSC Nord de l'Île-St-Laurent)
- CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord (CLSC Ahuntsic ; CLSC Montréal-Nord ; CH Fleury)
- CSSS Petite Patrie/Villeray (CLSC Villeray, CLSC La Petite Patrie ; CH Jean-Talon)
- CSSS des Faubourgs/Plateau-Mont-Royal/St-Louis du Parc (CLSC des Faubourgs ; CLSC du Plateau Mont-Royal ; CLSC St-Louis du Parc ; CH Jacques Viger)
- CSSS St-Léonard/St-Michel (CLSC Saint-Michel ; CLSC St-Léonard ; CH St-Michel)
- CSSS Hochelaga-Maisonneuve/Olivier-Guimond/Rosemont (CLSC Hochelaga-Maisonneuve ; CLSC Olivier Guimond ; CLSC Rosemont)
- CLSC Rivière-des-Prairies/Mercier-Est-Anjou/Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est (CLSC Mercier-Est-Anjou ; CLSC Rivière-des-Prairies ; CLSC Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est)

³⁷ Cette liste exclut les CHSLD.

1.1 Organisation des services de pédopsychiatrie

En octobre 2004, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre annonçait une orientation pour l'accès aux services de pédopsychiatrie pour la clientèle hébergée en CJ de la région. Cette orientation privilégie que les services en pédopsychiatrie pour les jeunes hébergés au CJM-IU, sur les sites et dans les foyers de groupe, soient dispensés par deux établissements : l'hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) à l'est et le CHU mère-enfant Ste-Justine à l'ouest³⁸. Cette orientation est actualisée par la récente Agence de développement de réseaux de santé et de services sociaux. Il y a cependant encore certaines difficultés présentes, notamment en ce qui concerne l'entente CJM-IU et l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Des rencontres sont prévues afin de régler ces difficultés. Il est à noter que, conformément à l'orientation prévue antérieurement par la Régie régionale, le Pavillon Albert-Prévost se limite dorénavant à ne desservir que la clientèle hébergée du Centre jeunesse Laval. Il demeure important, malgré les ententes, de maintenir une certaine souplesse et d'assurer la continuité des services.

En général, il y a entente entre les services psychiatriques des hôpitaux pour que l'adresse de résidence des parents identifie l'hôpital auquel le jeune peut avoir accès. Dans le cas des jeunes hébergés dans l'un des points de service du CJM-IU, l'adresse du parent déterminait généralement le secteur et par conséquent, l'hôpital qui offrait des services psychiatriques (sauf si nous avons une entente particulière avec un centre hospitalier). Les situations liées à ce problème ont souvent engendré de nombreuses démarches avant d'en arriver à une entente, et ainsi allongé le temps de réponse aux besoins des jeunes et de leur famille. Cette situation est cependant en changement et des ententes différentes ont été déterminées récemment ou sont en voie de l'être avec les différents hôpitaux offrant des services de pédopsychiatrie.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La règle d'accès aux services psychiatriques n'est pas l'adresse du parent, mais l'adresse du lieu où le jeune est hébergé pour une durée prévue de six (6) mois ou plus.

Hôpital Rivière-des-Prairies. La règle d'accès aux services est la même que pour l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : le jeune doit résider pour au moins six mois dans une famille d'accueil, un foyer de groupe ou une unité d'un centre de réadaptation du CJM-IU. Des travaux sont cependant en cours afin de faciliter davantage l'accès aux services du CH Rivière-des-Prairies pour les jeunes du CJM-IU.

CHU mère-enfant Ste-Justine. Une entente est en voie d'être formalisée. Selon cette entente, le CHU mère enfant Ste-Justine offrirait des services de pédopsychiatrie pour les jeunes hébergés en foyer de groupe ou sur les sites des territoires nord-ouest du CJM-IU, sur référence d'un médecin omnipraticien. Dans la pratique, bien que cette entente ne soit pas encore officialisée, des jeunes de ces sites reçoivent déjà des services selon cette modalité.

Centre hospitalier Université de Montréal (CHUM). Officiellement, la règle d'accès aux services de pédopsychiatrie du CHUM est le lieu de résidence du jeune. Toutefois, les liens de collaboration clinique développés dans le cadre du Projet d'intervention concertée sur la santé mentale et le suicide chez les jeunes ont favorisé la mise en place d'une pratique de souplesse

³⁸ Ces éléments nous ont été transmis par la coordination du soutien à l'intervention, lors de sa récente mise à jour de l'état de situation produit antérieurement par madame Louise Baillargeon (*État de situation du partenariat entre le CJM-IU et le secteur de la santé mentale, révisé le 11 février 2005*).

dans la règle d'accès aux services : dans la plupart des cas, la règle d'accès aux services est évaluée dans chaque situation selon son contexte.

Ces ententes, sont des avancées significatives afin de faciliter l'accès à des services de pédopsychiatrie pour les jeunes hébergés. Cette situation demeure toutefois complexe, puisque ces ententes ne prévalent pas dans le cas où les jeunes sont déjà suivis par d'autres services de pédopsychiatrie, afin d'éviter les dédoublements de services. Il faut donc dans ces cas, rediriger les jeunes vers le pédopsychiatre initialement impliqué dans la situation du jeune, ce qui implique souvent des délais afin d'accéder aux services.

Suite à un «Rapport du Comité de réflexion Hôpital Rivières-des-Prairies/CJM-IU» sur les besoins en ressources spécialisées d'hébergement pour les jeunes présentant des problèmes psychiatriques, un mandat a été donné en novembre 2004 à un comité conjoint Hôpital/CJM-IU de faire les travaux nécessaires afin de réviser l'entente entre les deux établissements quant à l'utilisation des résidences La Traversée, volet pédopsychiatrique. Le mandat de ce groupe est de «proposer un modèle d'offre de service conjoint HRDP/CJM-IU répondant mieux aux besoins actuels de la clientèle en respectant le cadre des ressources humaines et financières actuelles, ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires», modèle tenant compte des services requis, eu égard aux besoins cliniques de la clientèle cible, et organisés selon divers paramètres.

Enfin, mentionnons qu'il existe des collaborations en matière transculturelle avec les hôpitaux Montreal Children's Hospital, Jean-Talon et Ste-Justine.

1. 2 Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse

En 2002, l'Association des centres jeunesse du Québec proposait à ses membres d'implanter le « Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse » dans l'ensemble des centres jeunesse. Rappelons que ce protocole est le résultat d'une étroite collaboration entre le Collège des médecins du Québec, l'AHQ, l'ACCQ et l'ACJQ, afin de clarifier les actions complémentaires et respectives des professionnels des centres jeunesse et celles de leurs partenaires du domaine médical dans le contexte de problématique suicidaire. Ce protocole présente des avancées importantes dans la mise en œuvre d'interventions concertées entre les centres jeunesse et les partenaires de la santé en réponse aux besoins des jeunes puisqu'il fait consensus au sein du réseau des seize centres jeunesse du Québec ainsi qu'entre les associations qui ont participé à son élaboration. Par ailleurs, bien qu'à son origine, le protocole a été développé afin d'assurer une meilleure prise en charge des problématiques suicidaires, il assume que le suicide, sans y être toujours associé, peut être l'une des conséquences possibles des troubles mentaux, et accueille les problématiques de détresse et de santé mentale. Le protocole a été développé sur le principe de la hiérarchisation des services et il propose des actions complémentaires et concertées entre trois niveaux d'intervention. Un premier niveau constitué de tous les intervenants (psychosociaux et de réadaptation) du centre jeunesse, et de leurs gestionnaires, qui sont en situation de service auprès des jeunes (ce premier niveau est donc interne au centre jeunesse). Le 2^o niveau est constitué d'une équipe de soutien multidisciplinaire spécialisée en évaluation et en intervention sur la psychopathologie et le suicide et doit obligatoirement compter un ou des médecins omnipraticiens ; ce 2^o niveau peut être interne au centre jeunesse ou encore résulter d'une coopération entre le centre jeunesse et des partenaires régionaux. Le 3^o niveau est celui des spécialistes externes au centre jeunesse appelés en consultation ou à qui on réfère les jeunes pour des traitements spécialisés ; essentiellement constitué de ressources de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, il est, par définition, externe au centre jeunesse. Le choix de développer,

à l'intérieur des centres jeunesse, une équipe spécialisée de 2^o niveau, vise à améliorer le support aux équipes, à éviter les référencés automatiques vers les réseaux spécialisés de façon à ce que cette mesure contribue à désengorger les réseaux partenaires spécialisés.

2 Modèle d'organisation adopté au CJM-IU en regard des problématiques de suicide ou de santé mentale

Dans son mode d'organisation en santé mentale, le CJM-IU doit répondre à divers niveaux de besoins de jeunes et de leur famille, allant d'un accompagnement au quotidien dans leur milieu de vie jusqu'à des interventions intenses et spécialisées nécessaires compte tenu de la gravité et de l'évolution des problématiques de santé mentale. Cela nécessite donc la mise en place de réponses différenciées pouvant assurer une programmation adéquate et le soutien nécessaire à la pratique.

Conformément aux dispositions du « Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse », le CJM-IU vise à implanter sur chaque site d'hébergement des équipes de soutien multidisciplinaire dites de « deuxième niveau ». Ces équipes intègrent des spécialistes cliniciens du centre jeunesse (psychologue, conseiller clinique), des membres du service de santé (infirmières et médecins) ainsi que des cadres de la Permanence. Ils interviennent en soutien aux intervenants afin :

- de répondre dans les meilleurs délais aux demandes de consultation ;
- d'évaluer les jeunes qui leurs sont référés en raison de leurs indices de détresse et de psychopathologie ;
- de clarifier la conduite à suivre ;
- de référer si nécessaire les jeunes au service de pédopsychiatrie ;
- d'effectuer la liaison entre le 1^{er} et le 3^e niveau d'intervention et faire le suivi des jeunes qui leurs sont référés.

La mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire sur les sites d'hébergement pose un défi important puisqu'il s'agit d'intégrer les compétences de groupes d'intervenants médicaux, de cliniciens de la CSI et de gestionnaires dans une collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes.

Les conclusions d'un récent rapport concernant l'implantation des équipes de soutien multidisciplinaire dans les centres jeunesse soulignent notamment le défi que présente, sur le plan de l'animation clinique et de la gestion, la mise en place d'une collaboration interdisciplinaire au sein des équipes de deuxième niveau (Chagnon et Renaud, 2004). La coordination des activités de l'équipe de deuxième niveau est décrite comme une dimension particulièrement importante par rapport aux mécanismes d'échange et de collaboration interdisciplinaire entre les membres de l'équipe. Par ailleurs, il semble que « *...en plus de la mise en place de ces conditions organisationnelles, il semble que l'implantation d'une réelle collaboration interdisciplinaire entre les membres de l'équipe de deuxième niveau exige, sur le plan des valeurs des intervenants, le partage d'une conception commune de la santé mentale des jeunes, intégrant à la fois les sphères psychosociales et médicales. Le développement d'une telle conception serait largement tributaire de la mise en place dans les équipes de deuxième niveau de mécanismes qui favorisent les échanges cliniques entre les membres, ainsi que de l'exercice d'un leadership clinique de façon à favoriser la collaboration interdisciplinaire entre les membres de l'équipe...* » (Chagnon et Renaud, 2004, p.34-35). Les intervenants des équipes de deuxième niveau interpellés dans le cadre de cet état de situation rapportent que le rôle des infirmières au sein des équipes de deuxième niveau serait particulièrement crucial. Les

infirmières auraient un rôle pivot entre l'action des intervenants du premier niveau et celle du deuxième et du troisième niveaux. Au CJM-IU, ce sont tous les consultants de la CSI qui assurent ce rôle pivot.

Il est prévu que des dispositifs organisationnels et structurels doivent soutenir l'implantation des équipes de deuxième niveau d'intervention. Ainsi, dans les milieux d'hébergement du CJM-IU, chaque site compte un responsable de l'équipe de deuxième niveau (généralement un conseiller clinique ou un psychologue) dont le rôle est d'assurer une coordination d'ensemble des activités cliniques de l'équipe, entourant :

- l'analyse des références à l'équipe;
- l'évaluation des situations référées et la tenue de discussions cliniques si nécessaire;
- les recommandations entourant les interventions à poursuivre;
- la référence à la pédopsychiatrie si nécessaire;
- la liaison entre les intervenants du premier niveau et la pédopsychiatrie;
- la revue des incidents critiques et la rétroaction aux intervenants.

La présentation de l'état de situation sur les services de santé au CJM-IU, préparé en octobre 2004 par Johanne Archambault et révisé par les membres du groupe de travail, ainsi que la coordination du soutien à l'intervention en février 2005³⁹, souligne l'ampleur du défi que représente l'implantation des équipes de soutien multidisciplinaires. On y constate des écarts entre l'organisation et le niveau de mise en œuvre des équipes de deuxième niveau selon les sites d'hébergement des jeunes. Ces disparités concernent les ressources dont disposent les équipes, leur coordination et leur mode de fonctionnement. Actuellement, trois sites d'hébergement (Dominique-Savio-Mainbourg, Cité des Prairies et Rose-Virginie Pelletier) ont intégré des médecins omnipraticiens dans leur équipe de deuxième niveau. Toutes les équipes de soutien multidisciplinaire intègrent des cadres de la Permanence afin d'assurer une continuité 24/7.

2.1 Sur les différents sites

Site Dominique-Savio-Mainbourg

Au site Dominique-Savio-Mainbourg les effectifs médicaux comprennent 3 médecins totalisant 3 jours/semaine, ainsi que 3 infirmières pour un équivalent de 2.5 temps complet. Une des infirmières assure la gestion des médicaments à raison de 2 jours/semaine. Un psychologue est responsable de la coordination de l'équipe. L'accès à des services de pédopsychiatrie procède à partir d'une entente avec le CHU mère-enfant Ste-Justine. Les pédopsychiatres associés sont les docteurs Marquette, Renaud, Boivin et Maranda (les deux derniers ne sont interpellés par leurs collègues que lorsqu'on envisage une hospitalisation), qui peuvent offrir sur référence des médecins omnipraticiens des évaluations psychiatriques. Sont prévues des consultations par un pédopsychiatre, en alternance, sur les sites DSM et RVP. Ces consultations sont actuellement disponibles trois fois par mois à raison d'environ 2 heures par période.

Site Cité des Prairies

À la Cité des Prairies, les demandes de consultation passent par un agent de liaison du CJM-IU, psychologue à la CSI, qui transmet ces demandes à un infirmier, lequel fait office d'agent de

³⁹

État de situation du partenariat entre le CJM-IU et le secteur de la santé mentale, révisé le 11 février 2005, Coordination du soutien à l'intervention.

liaison à l'hôpital Rivière-des-Prairies pour le Dr. Hélène Bouvier. Cette modalité d'accès aux services s'inscrit dans le cadre d'une entente avec l'hôpital Rivière-des-Prairies concernant la clientèle adolescente hébergée dans ce secteur de l'île. Deux infirmières (totalisant 56 heures/semaines) sont intégrées à l'équipe de deuxième niveau (voir annexe B). Récemment, un médecin généraliste s'est intégré à l'équipe 9 heures/ semaine. Actuellement, son action vise davantage la reprise en charge de la situation de santé physique des jeunes.

Site Rose-Virginie Pelletier

Au site Rose-Virginie Pelletier, les effectifs médicaux comprennent deux médecins (1 jour/semaine) et une infirmière (3 jours/semaine). Un conseiller clinique est responsable de la coordination des activités de l'équipe de deuxième niveau. Les demandes de services en pédopsychiatrie sont accessibles dans le cadre de l'entente avec le CHU mère-enfant Ste-Justine, sur référence d'un médecin omnipraticien.

Mont St-Antoine

Au Mont St-Antoine, il n'y a pas de médecin intégré à l'équipe de deuxième niveau. Les références provenant des intervenants pour des consultations à l'équipe de deuxième niveau sont reçues et étudiées par un conseiller clinique de la CSI. Deux infirmières engagées respectivement à 29 et 21 heures/semaine font partie de l'équipe. S'ils estiment que le jeune doit vraiment bénéficier d'une consultation psychiatrique, la demande est alors acheminée par le conseiller clinique à l'agent de liaison, psychologue responsable de l'équipe de deuxième niveau sur le site Cité des Prairies, qui fait le relais avec l'agent de liaison de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Site Décarie

Il n'y a pas d'effectifs médicaux au site Décarie. Un psychologue de la CSI s'assure de la référence des jeunes au responsable de l'équipe de deuxième niveau du site RVP. Les services de pédopsychiatrie sont donc accessibles dans le cadre de l'entente avec le CHU mère-enfant Ste-Justine.

À chacun des sites est pairé un certain nombre de foyers de groupe en ce qui concerne l'accès à la pédopsychiatrie.

2.2 Difficultés et défis pour l'implantation des équipes de soutien interdisciplinaires sur les sites

L'implantation des équipes de soutien interdisciplinaires sur les sites est une avancée importante. Plusieurs défis devront cependant encore être relevés afin d'assurer le bon fonctionnement de ces équipes et leur liaison avec les intervenants et la pédopsychiatrie. L'implantation des équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse a été examinée en détail dans un récent état de situation déposé à l'Association des centres jeunesse du Québec et discuté par les membres du comité provincial de suivi de l'implantation du Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse. Les principaux constats découlant de cette analyse, ainsi que les orientations proposées afin de soutenir l'implantation de ces équipes sont présentés en Annexe C.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'implantation des équipes de deuxième niveau (au sens du protocole) au CJM-IU, plusieurs points présentent encore des défis pour la mise en oeuvre avec succès des équipes:

- L'intégration des rôles des différents membres de l'équipe de 2ème niveau dans une réelle collaboration interdisciplinaire dans les interventions en santé mentale est un défi complexe. En fait, il s'agit de rapprocher dans leur action et leur conception de la santé mentale des jeunes, les intervenants, les conseillers cliniques, psychologues, infirmières, médecins et cadres de la Permanence, dont les domaines de pratique, les champs de compétences et aussi les valeurs et les idéologies sont très souvent différentes, même s'ils poursuivent un même but : assurer le bien-être de l'enfant.
- Les mécanismes de coordination et d'animation des activités de l'équipe de deuxième niveau seraient variables selon les sites. Or, l'animation clinique des équipes de deuxième niveau ainsi que leur gestion au quotidien semblent des déterminants très importants afin de favoriser le rapprochement entre les membres et la collaboration multidisciplinaire. La conviction et le leadership clinique du responsable de l'équipe seraient des éléments déterminants à cette fin. L'animation de la vie des équipes peut prendre différentes formes, discussions de cas, échanges informels, rencontres d'équipe, elle s'avère cependant essentielle afin de développer une collaboration entre les membres. Les rencontres statutaires des membres seraient cruciales afin de faciliter la coordination des actions des membres de l'équipe, le partage des responsabilités et la connaissance des rôles de chacun des membres.
- La référence des situations de jeunes à risque à l'équipe de deuxième niveau serait aussi variable selon les sites. Dans certains cas, on déplore le fait que le personnel médical serait peu sollicité dans les interventions liées à la santé mentale, si ce n'est que pour accéder à une consultation en psychiatrie lorsque l'évaluation du médecin s'avère nécessaire, ou que le consultant clinique de l'équipe ne soit pas consulté. Il y a beaucoup de références en urgence.
- Le CJM-IU, tout comme la plupart des autres centres jeunesse, s'est doté d'une grille d'observation afin de faciliter l'évaluation et la transmission des informations relatives à la situation d'un jeune lors de la référence à l'équipe de deuxième niveau. Cette grille, développée dans le cadre du Projet d'intervention concertée sur la santé mentale et le suicide chez les jeunes, est utilisée avec succès sur plusieurs territoires d'expérimentation du projet et elle vise à objectiver et à systématiser les informations concernant la situation du jeune. Elle facilite la liaison et la référence en pédopsychiatrie, si nécessaire. Actuellement, cet outil serait utilisé de façon variable, selon les sites, lors de référence aux équipes de deuxième niveau : certaines équipes en rapportent une utilisation systématique alors qu'en d'autres cas il serait rarement utilisé (lourdeur de l'outil, améliorations à y apporter, selon certains cliniciens et pédopsychiatres).
- Le relais, au service médical, des informations concernant le transfert ou le départ des jeunes serait aussi très variable selon les sites, dans certains cas le suivi de ces informations serait systématique, alors que dans d'autres cas le personnel médical ne serait pas informé systématiquement de ces situations. Cette disposition, est particulièrement cruciale afin d'assurer le suivi des interventions médicales.
- La revue critique des incidents suicidaires graves est un élément central de l'implantation du protocole d'intervention. Cette disposition prévoit que lors d'incidents graves concernant des situations de jeunes, les membres de l'équipe de deuxième niveau, ainsi que leurs partenaires de la pédopsychiatrie concernés par ces jeunes, se réuniraient afin d'examiner rétrospectivement la situation et d'en tirer les enseignements nécessaires à

l'amélioration de leur prise en charge conjointe. Cette modalité repose sur le principe que, malgré la mise en place du protocole d'intervention, des situations critiques sont inévitables : la revue critique des événements est un mécanisme qui favorise l'amélioration de la qualité des interventions et le développement d'une pratique de rigueur et de confiance entre les groupes d'intervenants. Cette disposition prévoit aussi la rétroaction aux intervenants du premier niveau d'intervention, afin de favoriser une meilleure utilisation des équipes de deuxième et de troisième niveau par ceux-ci. Cette modalité serait très variable selon les équipes et les sites, de même que la rétroaction aux intervenants. Par ailleurs, il faut souligner l'absence de balises et de procédures claires entourant la revue des situations (identification des rôles; cueillette des informations; dimensions à explorer; mécanismes de rétroaction et de suivi). À cet effet, il est prévu que l'Association des centres jeunesse propose à ses membres d'établir des procédures claires afin de guider la revue des situations.

2.3 Normes relatives aux effectifs médicaux nécessaires à la mise en place des équipes de 2^{ème} niveau d'intervention

Les ressources médicales intégrées aux équipes de soutien multidisciplinaires sont très variables selon les sites et ne sont pas proportionnelles au nombre de jeunes à desservir. Ainsi par exemple, l'équipe de deuxième niveau du site Dominique-Savio Mainbourg intègre les services de trois médecins omnipraticiens pour un total de 21 heures/semaine, alors que celle du site Mont St-Antoine ne dispose pas des services d'un médecin omnipraticien. On observe aussi ces disparités dans les effectifs infirmiers : l'équipe de deuxième niveau du site Cité des Prairies dispose d'un bassin de 63 heures/semaine d'effectifs infirmiers, alors que celle du site Rose-Virginie Pelletier compte sur le soutien d'une infirmière à raison de 21 heures/semaine. Il n'existe pas au CJM-IU, ni dans le réseau des centres jeunesse, de normes prescriptives concernant le ratio d'effectifs médicaux indiqué, selon le volume de jeunes. La détermination de normes de qualité de service serait certainement un atout stratégique pour la revendication des effectifs médicaux nécessaires au soutien à l'intervention en centre jeunesse. De telles normes devraient, il va sans dire, être déterminées à partir de différents vecteurs, dont la concentration de jeunes et la gravité des pathologies et des difficultés qui les affectent.

2.4 Modèle d'organisation adopté au CJM-IU en regard des problématiques de suicide ou de santé mentale, sur les territoires

Sur les territoires, le rôle de soutien vise à s'articuler à partir de l'implantation du Projet d'Intervention concertée santé mentale et suicide (PIC). En implantation depuis 2000, ce projet vise à renforcer le traitement et le suivi dans la communauté des jeunes à risque par la mise en place d'un réseau de concertation intersectorielle. Le PIC adopte les principes d'action proposés par le *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire en centre jeunesse*, et propose aux partenaires de concevoir le rôle des intervenants impliqués auprès des jeunes selon 3 niveaux d'intervention. Il adopte aussi la même instrumentation que celle utilisée sur les sites afin de systématiser la cueillette et le transfert des informations lors de références des jeunes. Sur chaque territoire où il est implanté, le PIC vise à développer un consensus entre les organismes concernés par les jeunes à risque sur les besoins et les solutions prioritaires concernant la situation des jeunes. À partir d'une intervention intersectorielle et communautaire ce projet vise à :

- Mobiliser les principaux partenaires de la communauté ;

- Identifier les besoins spécifiques au territoire dans le domaine de l'intervention auprès des jeunes en difficulté et à risque, ainsi que les avenues de solution afin d'améliorer la situation ;
- Assurer la formation adéquate en contexte d'une problématique suicidaire chez les jeunes ;
- Faciliter l'identification et le suivi des jeunes à risque et leur famille dans la communauté;
- Augmenter la concertation et complémentarité entre groupes d'intervenants sociaux, médicaux et communautaires ;
- Améliorer l'accès aux services et les interventions continues auprès des jeunes en difficulté ;
- Favoriser la cohérence et la continuité entre les services et interventions auprès des jeunes à risque et leur famille.

Il propose notamment la mise en place d'une **équipe réseau** qui facilite la liaison entre les organismes et la continuité des services. Cette équipe vise à favoriser la collaboration des partenaires de la communauté, dont la pédopsychiatrie et les médecins des équipes jeunesse. Il s'agit donc d'une organisation des partenaires sur un territoire local, sans ressources additionnelles, mais plus efficace, qui vise à développer et à entretenir des liens basés sur la confiance et le respect des limites de chaque organisme. Ces liens sont essentiels à la concertation. Ce type de fonctionnement en réseau est favorable afin de développer une vision commune des jeunes en difficulté du territoire et de faciliter l'échange clinique entre les partenaires qui sont concernés par les jeunes à risque qui font vivre souvent beaucoup d'impuissance aux intervenants. On constate aussi que l'équipe réseau favorise l'émergence d'une équipe multidisciplinaire et supporte le développement d'une expertise en santé mentale et problématique suicidaire.

Le deuxième mécanisme qui résulte de l'implantation du PIC est la **consultation multidisciplinaire**. La consultation multidisciplinaire est en quelque sorte l'outil clinique de l'équipe réseau. Dans le cadre de ces consultations, qui réunissent les partenaires du territoire et à laquelle participe la pédopsychiatrie du secteur, les intervenants peuvent présenter la situation d'un jeune pour laquelle ils sont préoccupés, inquiets par rapport à un problème de santé mentale ou une problématique suicidaire. Les objectifs visés par la consultation multidisciplinaire sont : (a) développer une culture de consultation plutôt qu'une culture d'urgence, dépister précocement, intervenir avant la crise suicidaire; (b) développer une compréhension commune du jeune et sa situation; (c) élaborer un plan de service intégré, incluant évaluation et suivi en pédopsychiatrie si nécessaire; (d) développer les connaissances sur la santé mentale et / ou problématique suicidaire. Les effets de ce type de fonctionnement sur l'intervention sont appréciables, rassurent et supportent les intervenants dans leur prise en charge de jeunes à risque, puisqu'il favorise une prise en charge commune dans la communauté par les partenaires. Ce mode de fonctionnement facilite aussi une meilleure compréhension de la situation du jeune, une meilleure concertation et plus de continuité dans l'intervention. Il supporte un changement de pratique de la culture d'urgence à celle de la consultation.

En somme, les projets de concertation sont directement orientés dans la philosophie promulguée par le CJM-IU dans l'implantation de ses équipes de soutien de deuxième niveau. Nous croyons que la mise en lien de ces réseaux cliniques avec les équipes de deuxième niveau interne au CJM-IU pourrait permettre d'assurer le suivi des jeunes des territoires par l'action de cette équipe de soutien « élargie ».

2.5 État de développement des projets de concertation interdisciplinaire sur les territoires

L'implantation de ces projets est en cours sur 6 territoires de CLSC, des ententes ont aussi été développées sur un autre territoire. Le projet est en développement sur un nouveau territoire (Ahuntsic). Les détails concernant la structure de ces projets et les organismes participants sont présentés à l'annexe D.

Territoire du CLSC Des Faubourgs

Le projet est implanté sur le territoire depuis 2000. Il s'agit d'un des deux premiers sites du projet. Le projet implique sur ce territoire une collaboration active entre le CLSC des Faubourgs, le CJM-IU, le CHUM et partenaires de la communauté. Des activités sont en cours afin de favoriser l'intégration des organismes communautaires via la Table de concertation du secteur et Diane Aubin, psychologue au Bon Dieu dans la rue.

Consultations en pédopsychiatrie.

Les consultations ont été mises en place, en collaboration avec le CHUM et Dr Diane Sauriol, chef du secteur de pédopsychiatrie du CHUM. Les consultations multidisciplinaires ont lieu mensuellement et elles impliquent la participation des partenaires de l'équipe réseau et les intervenants du CJM-IU concernés par les cas présentés.

Madame Louise Baillargeon, conseillère à la CSI est toujours présente à ces consultations. Elle coordonne la tenue des consultations et voit à leur préparation en s'assurant premièrement du bien-fondé de la référence des situations rapportées aux consultations.

Territoire du CLSC Verdun, Ville-Émard et Côte St-Paul

Le projet en est à sa quatrième année d'implantation sur ce territoire. Il implique la collaboration du CLSC, du CJM-IU, du département de pédopsychiatrie de l'hôpital Douglas, du département de médecine familiale de Verdun, des écoles du territoire et de plusieurs partenaires de la communauté.

Consultations en pédopsychiatrie

Mise en place, en collaboration avec le CH Douglas et une pédopsychiatre (Dr Fortin) de ce CH, de consultations multidisciplinaires mensuelles auxquelles participent également les membres de l'équipe réseau de Verdun et les intervenants du CJM-IU concernés par les cas présentés.

Madame Collette Boulanger, conseillère à la CSI est toujours présente à ces consultations dont elle assume la coordination. Elle voit à leur préparation, en s'assurant au préalable du bien-fondé de la référence.

Territoire du CLSC St-Henri et Petite Bourgogne

Le projet en est à sa deuxième année d'implantation. Il implique la collaboration du CLSC, du CHUM, des écoles du territoires et du CJM-IU.

Consultations en pédopsychiatrie

Dr Bourque, omnipraticien au CLSC ainsi que cinq médecins de l'équipe de pédopsychiatrie du CHUM participent en alternance aux consultations multidisciplinaires. Madame Collette Boulanger, assure la coordination des consultations.

Territoire du CLSC Parc-Extension

Le projet est implanté depuis trois années sur le territoire du CLSC Parc-Extension. Il implique une participation massive du secteur communautaire. Sa coordination est sous la responsabilité du CLSC.

Consultations en pédopsychiatrie

Des liaisons ont été développées pour la référence et le suivi des jeunes entre les partenaires de l'équipe réseau avec l'hôpital Ste-Justine. Des consultations interculturelles aux deux semaines avec le Dr Rousseau, pédopsychiatre de l'Hôpital pour enfants de Montréal, ainsi que le Dr De Plaen, pédopsychiatre du CHU mère-enfant de St-Justine.

Territoire du CLSC Plateau Mont-Royal

Le projet a été initié en 2000. Suite à deux années d'implantation, l'expérience s'est avérée peu concluante : les consultations multidisciplinaires ont été très peu utilisées. Bien qu'il n'y a plus d'équipe réseau sur ce territoire, l'accès à des consultations multidisciplinaires demeure possible par le PIC du secteur des Faubourgs. Elles seraient alors coordonnées via les mécanismes déjà en place sur le territoire du CHUM.

Territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Le projet est en développement sous une base temporaire (juin 2005) depuis décembre 2004. Il implique la collaboration du CLSC, des écoles, de la pédopsychiatrie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, du Centre Dollard-Cormier et de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. L'expérimentation sur ce site est particulièrement novatrice du fait qu'il s'agit du premier site à tenter de développer une meilleure collaboration entre les secteurs de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie. Les activités de l'équipe réseau sont dynamiques.

Consultations en pédopsychiatrie

La consultation multidisciplinaire implique une collaboration avec la psychiatrie de Maisonneuve-Rosemont (Dr Di Nicola). À ce jour cette consultation pose des difficultés importantes, l'implication de la pédopsychiatrie est très limitée malgré un engagement de principe. Cette expérience sera évaluée par les gestionnaires des organismes impliqués dans le projet, en juin 2005.

Territoire du CLSC Villeray / Petite Patrie / Jean-Talon

Il n'existe pas de projet d'intervention concertée formalisé, mais le contact est établi. La mise en réseau a été développée et la collaboration avec leurs services appréciée ; il est à noter que le CH Jean-Talon n'exige pas actuellement que la référence provienne d'un omnipraticien pour donner accès à des services en pédopsychiatrie.

Territoire du CLSC Ahuntsic

Le projet amorce son développement sur ce territoire. Il implique au départ la collaboration du CJM-IU, du CLSC Ahuntsic, de Suicide Action Montréal. Un plan de développement sera très prochainement déposé. Les partenaires de la pédopsychiatrie ont été sensibilisés au

développement du projet. L'implication du CLSC de Montréal-Nord dans les premières phases du développement du projet est examinée.

2.6 Ressources spécialisées

En plus d'accueillir dans ses services réguliers territoriaux et régionaux des jeunes présentant divers problèmes en les intégrant à leur programmation régulière, le CJM-IU maintient un certain nombre de ressources spécialisées dédiées à des jeunes ayant fait l'objet d'une évaluation et/ou d'un suivi en psychiatrie ou, à tout le moins, présentant une symptomatologie associée à la santé mentale, en plus de la présence de troubles de comportements marqués. La liste de ces diagnostics est diversifiée et souvent plusieurs problématiques coexistent chez un même jeune: trouble de développement, trouble oppositionnel, trouble de la personnalité (états limites, état psychotique), troubles anxieux.

Ces jeunes sont référés en majorité en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et sont pris en charge dans une ressource d'hébergement. Au-delà des diagnostics posés, leur référence dans des services spécialisés repose sur l'interrelation de leurs symptômes ou problématiques (incluant la co-morbidité) qui entravent de façon significative et envahissante leur fonctionnement dans leur environnement et affectent leur disponibilité à profiter d'une approche de réadaptation offerte dans les programmes réguliers.

Situés à l'extrémité du continuum des services d'hébergement offerts au CJM-IU, les services spécialisés présentent eux-mêmes une gradation dans le niveau d'encadrement offert.

D'abord une entente tripartite entre l'OSBL La Traversée, l'Hôpital Rivière-des Prairies et le CJM-IU permet d'accueillir 31 jeunes répartis dans trois résidences pour adolescent(e)s et une résidence pour jeunes de 6-11 ans. De plus, deux foyers de groupe institutionnels du CJM-IU, le Foyer Saint Vital et le Foyer Chambord, répondent à des jeunes chez lesquels la problématique de santé mentale est associée à des limites cognitives ou à un bilan fonctionnel faible au plan cognitif. Enfin, le Carrefour offre une programmation individualisée et un environnement adapté à des adolescents présentant des troubles de santé mentale ou des troubles de la personnalité qui, souvent, les marginalisent dans les groupes réguliers de réadaptation.

Ces services spécialisés d'hébergement sont supportés d'une part par deux intervenants psychosociaux dédiés à cette clientèle et par deux spécialistes en réadaptation psychosociale. Dans l'ensemble des transformations organisationnelles au CJM-IU, ces services spécialisés ont été maintenus et depuis 2002, regroupés à l'intérieur de la même direction. Leur mandat s'inscrit dans la continuité des services d'hébergement en réadaptation; ils ne prétendent pas répondre à eux seul à l'ensemble des besoins ni représenter l'ensemble d'un modèle organisationnel qui devra être développé dans la recherche d'un continuum de services qui assurerait une offre de services complète en santé mentale au CJM-IU.

3 Problèmes liés à la pratique

3.1 L'évaluation des difficultés liées à la santé mentale chez les jeunes référés au CJM-IU

La capacité à établir un portrait fiable de l'historique des problèmes de santé mentale chez les jeunes et leur famille, à décrire et observer rigoureusement les symptômes et les difficultés vécus par les jeunes en ce domaine, sont des éléments essentiels à l'intervention. Il n'existe pas actuellement au CJM-IU d'outils clinique uniformes, ni de procédure systématique assurant une telle évaluation pour l'ensemble des jeunes qui sont référés à nos services. Cette situation a notamment pour conséquence de limiter la capacité du CJM-IU à connaître avec exactitude les besoins des jeunes en ce domaine, à planifier les actions nécessaires en réponse au besoin des jeunes et à en évaluer les effets sur ses clients. Cette situation porte aussi obstacle à la détermination des ressources nécessaires à l'encadrement et l'intervention auprès des jeunes dans le domaine de la santé mentale. La « Grille de soutien à l'observation des indices de pathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale » semble un outil très prometteur en ce sens. Cet outil facilite l'observation et la collecte plus systématique des informations. Il accueille aussi les situations de santé mentale, avec ou non spécificité suicidaire. L'outil facilite la transmission des infos entre les groupes d'intervenants et il est reconnu par les partenaires du médical, même si certains cliniciens et pédopsychiatres voient des améliorations à y apporter.

Bien que cet outil soit officiellement adopté par le CJM-IU, dans le cadre de l'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicide, son utilisation serait variable selon les sites et les territoires, et les avis sont partagés entre les membres du groupe de travail tant qu'à son utilisation sur une base systématique lors de la référence de jeunes au CJM-IU. En fait, la pratique actuelle privilégie une utilisation de l'outil lors de la référence de jeunes à l'équipe de soutien multidisciplinaire, plutôt qu'une utilisation systématique.

3.2 L'intervention en situation de crise et d'urgence

De par la nature même et l'importance des problèmes qui affectent aux niveaux relationnel, comportemental et psychiatrique les jeunes qui sont référés au CJM-IU, il est inévitable que régulièrement ceux-ci vivent des situations de crise et d'impasse qui pour une partie d'entre elles débouchent sur l'urgence. La notion « d'urgence » étant souvent étroitement liée au danger perçu par les intervenants et au risque d'un geste autodestructeur ou d'agression du jeune envers les autres. De telles crises surviennent habituellement dans des contextes de tension, d'épuisement des intervenants et dans des périodes plus critiques où les ressources sont moins accessibles, telles les périodes de vacances, de congé, de fin de semaine. À ces difficultés s'ajoutent la complexité organisationnelle du CJM-IU et celle des établissements hospitaliers et la multiplication des paliers d'intervenants lors du recours à l'urgence médicale.

L'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire et la mise en œuvre des équipes de soutien multidisciplinaire, sont des mesures significatives afin de faciliter les interventions en situation d'urgence, de clarifier les rôles des intervenants et de favoriser davantage une culture de « consultation et de prévention » qu'une culture de mise en urgence. Malgré ces avancées significatives, il demeure que les situations d'urgence chez les jeunes sont inévitables. Plusieurs difficultés et irritants sont vécus entre les intervenants du CJM-IU et ceux des hôpitaux dans ces situations et ont été rapportés dans le cadre des travaux de notre groupe. Ces difficultés concernent principalement la notion même d'urgence psychiatrique, les critères utilisés pour déterminer le recours à l'urgence psychiatrique et les modalités d'accès, les attentes des intervenants entourant le recours à l'urgence et les communications entre les

groupes d'intervenants. Dans un tel contexte, il est souvent très difficile de s'entendre entre intervenants de différentes disciplines sur les éléments liés à l'urgence psychiatrique, sur la notion de risque et sur les éléments plus contextuels en cause dans la crise. Tout en poursuivant les avancées prônées par la philosophie d'action adoptée dans l'implantation du protocole d'intervention, la détermination de balises et de procédures délimitant de façon plus opérationnelle la notion d'urgence psychiatrique et les mécanismes de liaison entre les intervenants du CJM-IU et ceux de leurs partenaires du domaine médical faciliterait les interventions en ce domaine.

3.3 L'accompagnement au quotidien des jeunes ayant des troubles mentaux

L'accompagnement au quotidien des jeunes qui ont des troubles mentaux et qui sont pris en charge par les services du CJM-IU pose plusieurs difficultés qui ont été décrites à la section 2 de ce document, portant sur l'état de situation concernant les problèmes de santé mentale qui affectent les jeunes et leur famille. Au nombre de ces difficultés figure le sentiment d'impuissance des intervenants face aux interventions à effectuer auprès des jeunes qui ont des troubles mentaux. Nonobstant au fait que les problèmes vécus par les jeunes au plan mental aient été confirmés par un diagnostic psychiatrique, il apparaît que les intervenants se retrouvent rapidement démunis face aux meilleures stratégies d'intervention à appliquer dans le cadre de leur pratique afin de favoriser la réadaptation psychosociale des jeunes. Dans le cadre des travaux de notre groupe nous avons tenté de recenser, avec très peu de succès, les activités, programmes ou projets pouvant exister au CJM-IU et visant spécifiquement le champ de l'intervention en santé mentale chez les jeunes et leurs parents. Hormis, l'encadrement clinique prodigué par l'implantation des équipes de deuxième niveau, et à l'encadrement plus particulier des jeunes desservis par les services spécialisés, il ne semble pas qu'il existe au CJM-IU, des programmes spécifiques pouvant appuyer l'action des intervenants et guider leur accompagnement au quotidien auprès des jeunes qui ont des troubles mentaux.

3.4 La liaison entre les services de psychiatrie adulte et les services aux jeunes

Il est fréquent de retrouver dans l'entourage familial et chez les parents des jeunes référés au CJM-IU, la présence de troubles mentaux. Souvent on observe des situations de double prises en charge où les jeunes référés au CJM-IU sont suivis par des services de pédopsychiatrie alors que leurs parents reçoivent eux aussi des soins psychiatriques dispensés dans le réseau des services aux adultes. Ces services sont très rarement coordonnés et sont habituellement dispensés en silo, ce qui pose obstacle à une vision d'ensemble des difficultés vécues par le jeune et sa famille. On se retrouve ainsi souvent dans une situation en boucle, dans laquelle les difficultés du parent influent sur celles vécues par le jeune, alors que celles vécues par le jeune contribuent aux problèmes vécus par ses parents. Il n'existe pas actuellement de cadre de collaboration entre les secteurs adultes et jeunes pouvant supporter une action plus cohérente dans l'intervention auprès du jeune et de ses parents. Par ailleurs, les travaux menés par notre groupe montrent que l'on connaît peu les conséquences des troubles mentaux des parents des jeunes au CJM-IU, sur le jeune lui-même et sur les processus d'intervention.

Un deuxième niveau de difficulté réside dans la transition des clients du CJM-IU vers le système adulte lorsqu'ils atteignent leur majorité. Très peu d'interfaces semblent avoir été développées entre les services du CJM-IU et les organismes offrant des services aux jeunes adultes dans le domaine de la santé mentale avec pour résultats que de nombreux jeunes vivent dans cette transition une situation de rupture de continuité.

Conclusion

Au cours des dernières années des efforts importants ont été déployés afin d'améliorer l'accès à des services psychiatriques pour les jeunes du CJM-IU avec pour effet concret le développement d'ententes avec les centres hospitaliers mère-enfant de Ste-Justine et Rivières des Prairies. Des ententes de collaboration ont aussi été développées sur les territoires avec différents services de pédopsychiatrie. Ces ententes ont contribué significativement à améliorer les services. Cependant, les ressources demeurent très limitées et des délais parfois très importants peuvent entourer l'accès aux services, notamment pour les clientèles non hébergées sur les sites.

Plusieurs efforts ont aussi été consacrés afin de clarifier les rôles et les responsabilités des intervenants des centres jeunesse et ceux des milieux médicaux dans les interventions auprès des jeunes. Ces activités ont principalement été centralisées à partir de l'implantation du Protocole d'intervention en problématique suicidaire dans les centres jeunesse et la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaire sur les sites. Ce protocole est aussi une avancée significative afin de clarifier l'action complémentaire de trois niveaux d'intervention dans la prise en charge des situations à risque. Ce protocole devrait être reconnu plus largement comme un modèle balisant les rôles des différents groupes d'intervenants dans l'intervention en santé mentale. Un des éléments central de l'implantation du protocole est la mise en œuvre d'équipes de soutien multidisciplinaires dans les centres jeunesse. Malgré l'immense défi que représente cette initiative, cette stratégie semble très prometteuse. Cependant, des écarts importants sont observés selon les sites dans les ressources allouées à ces équipes, en ce qui concerne leur encadrement et leur animation, ainsi qu'au sein même du fonctionnement entre ses membres. Un suivi serré de l'implantation de ces équipes, et l'investissement des ressources nécessaires afin d'assurer leur coordination et leur gestion clinique sont des éléments déterminants de leur mise en œuvre. Sur les territoires, l'implantation graduelle des Projets d'intervention concertée sur la santé mentale et le suicide chez les jeunes semble être une opportunité favorable pour le déploiement des équipes de deuxième niveau. Beaucoup reste à faire cependant afin d'assurer la couverture de tous les territoires par ces équipes.

La grille d'observation développée dans le cadre du projet PIC, est recommandée dans le cadre de l'implantation du protocole d'intervention au CJM-IU. Bien que des ajustements devront être apportés à la grille, cet outil semble une bonne avancée. Cependant, son utilisation demeure variable selon les sites. Par ailleurs, il n'existe pas actuellement de procédure systématique et d'outil uniforme pour tracer un portrait des jeunes référés au CJM-IU, sur le plan de la santé mentale.

Si des avancées ont été faites afin de clarifier les rapports entre les différents groupes d'intervenants concernés par les interventions en santé mentale auprès des jeunes, très peu de balises ont été développées afin de guider au quotidien les intervenants dans leur intervention auprès des jeunes en ce domaine. En fait il n'existe pas de programmes spécifiques à l'accompagnement des jeunes qui ont des troubles mentaux au CJM-IU.

Enfin, nous constatons que les services offerts en pédopsychiatrie et ceux de la psychiatrie adulte sont très peu arrimés. De même, il existe peu d'interface entre les services du CJM-IU et les services aux jeunes adultes afin de favoriser une continuité dans l'accompagnement des jeunes vivant des problèmes de santé mentale et qui atteignent leur majorité.

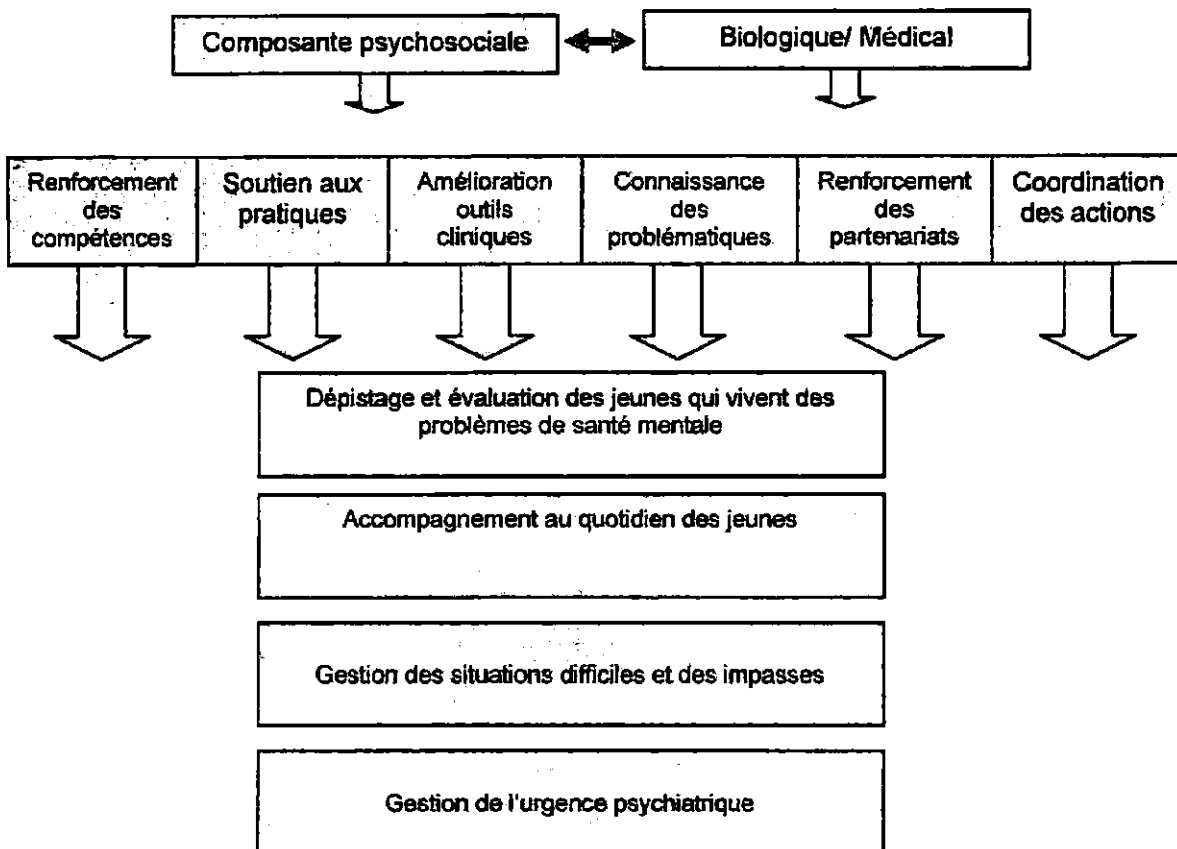
RECOMMANDATIONS

Cadre d'action

Les recommandations qui suivent visent à l'amélioration de quatre niveaux d'intervention dans le domaine de la santé mentale et des troubles mentaux :

- (1) le dépistage et l'évaluation des jeunes qui vivent des problèmes de santé mentale et leur famille ;
- (2) l'accompagnement au quotidien de ces jeunes et de leur famille ;
- (3) la gestion des situations difficiles et des impasses cliniques ;
- (4) l'intervention en situation d'urgence.

À cette fin six déterminants sont ciblés : renforcement des compétences des intervenants ; soutien aux pratiques ; renforcement des partenariats ; amélioration des outils cliniques ; développement de la connaissance des problématiques ; coordination des actions



Renforcement des compétences des intervenants

Le renforcement des compétences des intervenants est une condition nécessaire afin d'appuyer leurs actions dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes et leurs familles. Une meilleure connaissance des problématiques vécues par les jeunes, la formation des

intervenants concernant la santé mentale et les troubles mentaux ainsi que l'animation clinique du milieu, la supervision et l'accompagnement sont des composantes importantes afin d'améliorer les compétences des intervenants en ce domaine.

Soutien aux pratiques

Le soutien clinique des intervenants et le resserrement des pratiques d'intervention sont des cibles prioritaires. L'intensification de l'action des équipes de soutien multidisciplinaire et le développement de balises cliniques et de programmes clientèle sont des moyens prioritaires afin de mieux soutenir la pratique des intervenants en santé mentale.

Renforcement des partenariats

La santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes exigent des interventions concertées entre les intervenants des domaines psychosociaux et médicaux. Des avancées significatives ont été réalisées au CJM-IU afin de développer ces partenariats au cours des dernières années. Ces efforts doivent être poursuivis et supportés par l'ADRLSSSS de Montréal.

Amélioration de l'Instrumentation clinique

La capacité de tracer un portrait clinique précis des difficultés des jeunes et de leur besoin est une composante essentielle afin d'assurer des interventions de qualité dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes au CJM-IU.

Développement de la connaissance des problématiques

Les problématiques de santé mentale sont complexes et fluctuantes. Une connaissance exacte des problèmes qui affectent les jeunes et leurs parents dans ce domaine, ainsi que de leur évolution, est nécessaire à la planification des programmes et des services cliniques.

Coordination des actions

Les travaux de notre groupe montrent la diversité des activités et des enjeux liés à l'intervention dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes au CJM-IU. Une coordination d'ensemble du dossier est essentielle afin d'assurer la cohérence des orientations et des actions en ce domaine.

Principes

Nous suggérons que quatre principes chapeautent l'actualisation des recommandations de notre groupe de travail :

- Reconnaître et utiliser les compétences des intervenants dans l'intervention quotidienne ;
- Développer une culture de consultation clinique, de collaboration et de soutien clinique ;
- Construire sur la base des expertises en place et des partenariats avec les centres hospitaliers ;
- Assurer la rigueur.

Recommandations

L'ensemble des recommandations qui suivent devront s'actualiser en s'assurant qu'elles s'intègrent à l'intérieur des différents travaux et groupes de travail en cours et s'harmoniser avec l'ensemble des processus de développement clinique de l'organisation en associant les intervenants, les conseillers, les gestionnaires, les partenaires et les experts selon les besoins.

1- Instrumentation

1) Concernant l'évaluation des besoins des jeunes référés au CJM-IU, nous recommandons :

a) que soit examinée la « Grille d'observation des indices de détresse et de psychopathologie » déjà en implantation au centre, afin d'apporter les aménagements nécessaires. Cette grille est une avancée significative dans l'observation systématique et la référence des jeunes à risque. De plus elle a été développée conjointement par le CJM-IU et des partenaires omnipraticiens et pédopsychiatres. Des indications ont déjà été rapportées concernant des améliorations à cet outil, dans le cadre de travaux du comité provincial de suivi de l'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire ;

b) que soient examinés les outils et éléments d'observation déjà proposés dans le cadre du processus clinique au CJM-IU et que l'on recommande les aménagements nécessaires afin d'assurer une évaluation systématique de la santé mentale des jeunes référés au CJM-IU.

2) Concernant la tenue des dossiers, nous recommandons :

que l'on se penche sur la question de la tenue des dossiers afin d'identifier les mécanismes nécessaires et les dispositions légales concernant la transmission des informations pour assurer qu'une synthèse complète des informations disponibles concernant la santé mentale soit déposée systématiquement au dossier (médical/social) des jeunes et que soit assurée une centralisation de ces informations.

2- Évaluation de la sévérité des troubles mentaux

Nous recommandons d'examiner, sur la base des travaux de notre groupe, les critères pouvant permettre de définir sur une base plus opérationnelle la sévérité des troubles mentaux chez les jeunes. Ces travaux devraient permettre de favoriser un meilleur consensus sur les difficultés vécues par les jeunes et le type d'encadrement qui leur est nécessaire. Nous suggérons d'examiner dans cet esprit l'Échelle d'évaluation fonctionnelle des enfants et des adolescents (*Child and Adolescent Functional Assessment Scale*, Hodges, 1997). Cet outil, semble complémentaire aux évaluations visant un diagnostic clinique et vise à déterminer sur des bases objectives les impacts des difficultés vécues par les jeunes sur leur fonctionnement dans différentes sphères de leur vie.

3- Urgence psychiatrique

Nous recommandons que soit entreprise une réflexion sur la notion d'urgence psychiatrique afin de préciser cette notion et déterminer des balises opérationnelles pouvant guider les professionnels concernés lors du recours à cette mesure. Ces balises devraient permettre notamment de mieux comprendre la nature même de l'urgence psychiatrique, le rôle des intervenants lors de telles situations, la transmission des informations, les mesures de soutien et d'encadrement à apporter. Ces balises devraient distinguer les urgences qui se produisent dans le cadre de situations déjà connues et suivies par le biais de consultations cliniques régulières.

4- Développement de programmes d'accompagnement au quotidien des jeunes et des familles qui ont des troubles mentaux

Actuellement, il n'existe pas au CJM-IU de programmes spécifiquement conçus afin de soutenir l'action des intervenants de premier niveau dans le domaine de la santé mentale des jeunes. Les intervenants se retrouvent rapidement dépourvus dans l'accompagnement au quotidien des jeunes identifiés comme ayant un trouble mental. Ainsi même en ayant clarifié le diagnostic et les indications de médication, toute la question des interventions psychosociales et de

réadaptation auprès des jeunes qui vivent des problèmes de santé mentale, pouvant être mises en place par les intervenants des Centre jeunesse reste posée. Nous recommandons que, à partir des expertises déjà disponibles au CJM-IU et parmi ses partenaires et en respectant la logique de développement des programmes adoptée au CJM-IU, soient élaborés des stratégies et des programmes d'interventions psychosociales et de réadaptation différentielles et adaptées pour les jeunes présentant des troubles mentaux. À cette fin, nous recommandons d'examiner les meilleures connaissances cliniques ainsi que l'ensemble des données probantes disponibles à ce jour pour développer de tels programmes d'accompagnement des jeunes et de leur famille. Il existe une importante littérature disponible en ce domaine, ainsi que plusieurs programmes qui ont déjà été éprouvés (voir annexe E). Nous recommandons aussi d'examiner le cadre de référence en intégration sociale, produit par le CJM-IU, afin d'assurer la cohérence des programmes d'interventions psychosociales auprès des jeunes ayant des problèmes de santé mentale avec les objectifs visés par la réintégration sociale des jeunes. Enfin, nous recommandons aussi d'assurer que les programmes soient développés selon un continuum de services, allant des mesures d'encadrement des plus légères aux plus intensives, en proposant ainsi des interventions adaptées aux différents contextes psychosociaux et de réadaptation.

Voici un exemple concret du travail qui pourrait être réalisé. En Australie, le Dr P. McGorry a développé un programme d'intervention destiné spécifiquement aux jeunes ayant souffert d'un premier épisode psychotique ou présentant des traits psychotiques. Ce programme, disponible, est expliqué en détail dans un manuel intitulé *"Early Psychosis Training Pack (2002)"*. Le manuel couvre différentes questions relatives à: la motivation et l'engagement des jeunes, l'évaluation des risques de rechute et l'évaluation clinique, les interventions psychosociales, de psychothérapie et de psychoéducation, la gestion des troubles avec comorbidité, la transition vers la communauté, l'intervention auprès des familles. Ce programme pourrait être pertinent dans certaines unités spécialisées en santé mentale.

5- Formation et soutien des intervenants de premier niveau

5.1 Nous recommandons que, à partir des travaux réalisés dans le cadre de cet état de situation, soient examinées les formations déjà dispensées dans le contexte de l'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire et de développer davantage les aspects liés à la santé mentale et au champ de responsabilités des intervenants du premier niveau. Les objectifs visés devraient être :

- assurer une meilleure compréhension des notions de santé mentale et de trouble mentaux chez les jeunes et leurs familles ;
- favoriser une vision intégrée des composantes bio-médicales et psychosociales et dans la santé mentale chez les jeunes ;
- assurer une meilleure compréhension du champ d'expertise des intervenants de premier niveau du CJM-IU en ces domaines (composantes psychosociale, réadaptation et protection) ;
- favoriser une meilleure appropriation de leur rôle et de leur compétence auprès des jeunes qui ont des troubles mentaux notamment en faisant les liens avec le PNF ;
- comprendre les rôles complémentaires et spécifiques des partenaires du domaine médical ;
- assurer la mise à niveau des compétences et la formation continue chez les intervenants notamment en ciblant les groupes ayant des besoins particuliers de

formation selon les missions de services ou selon les concentrations de clientèles présentant des problèmes de santé mentale;

- renforcer et valoriser les compétences existantes chez les intervenants.

5.2 En ce qui concerne le soutien et la supervision des intervenants, nous recommandons d'examiner les modalités en place et d'assurer que celles-ci soient adéquates afin d'apporter le support nécessaire face aux impacts des problèmes de santé mentale des jeunes et de leurs parents.

6- Formation des intervenants de deuxième niveau

Dans le cadre des travaux précédents, nous recommandons également de réviser les contenus des formations ciblant le deuxième niveau d'intervention au CJM-IU, afin d'y apporter les adaptations nécessaires, découlant des travaux de notre groupe, et d'assurer la cohérence de ces contenus avec les assises conceptuelles proposées dans le cadre de nos travaux.

7- Implantation des équipes de deuxième niveau

La mise en œuvre des équipes de soutien multidisciplinaire est une mesure déterminante dans le modèle d'action clinique du CJM-IU. Nous recommandons que l'action de cette équipe soit clairement reconnue dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes et qu'il déborde le cadre de la problématique suicidaire. Nous recommandons également qu'un suivi rigoureux de l'implantation de ces équipes sur chaque site et territoire soit effectué sur la base des difficultés et des défis prioritaires pour l'implantation de ces équipes, déjà identifiés dans le rapport d'implantation récemment déposé à l'ACJQ⁴⁰. Nous recommandons que ce suivi porte notamment une attention spécifique (1) à l'animation clinique des équipes de deuxième niveau ; (2) aux activités de gestion clinique et de coordination ; (3) à la collaboration interdisciplinaire et à l'intégration des intervenants des domaines psychosocial et médical (4) à l'utilisation de l'instrumentation prévue lors de la référence des jeunes ; (5) aux mécanismes de discussion de cas multidisciplinaires ; (6) aux mécanismes de révision et de rétroaction aux intervenants lors d'incidents sévères. À cet effet, nous recommandons que des balises opérationnelles soient déterminés afin de préciser les responsabilités et les procédures entourant la révision des situations et la rétroaction aux intervenants. Ce mécanisme est central à l'amélioration de la qualité.

8- Détermination de normes relatives aux effectifs médicaux

Nous recommandons que des démarches soient entreprises afin de préciser des normes concernant les ressources médicales (personnel infirmier et médecin omnipraticien) nécessaires au bon fonctionnement des équipes de deuxième niveau concernant la clientèle hébergée. Ces normes devraient être déterminées en considérant le volume de jeunes à desservir, la mouvance des clientèles, l'ampleur et la gravité des pathologies qui les affectent. Des partenaires des centres hospitaliers devraient participer à ces travaux. Nous recommandons que des représentations soient faites auprès de l'ACJQ afin d'orchestrer cette démarche avec celles visant la détermination de normes au plan provincial.

⁴⁰

État de situation sur l'implantation des équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse (Chagnon, F., Renaud, J., 2004)

9- Connaissance de la problématique

Nous recommandons qu'un groupe composé de professionnels cliniciens, de partenaires du domaine médical et de chercheurs (notamment l'IRDS) propose à la DSPR un plan de recherche afin de mieux documenter les aspects prioritaires qui suivent :

- l'étude descriptive et comparative des troubles mentaux chez les jeunes et les parents au CJM-IU selon les divers lieux de dispensation de services, cette étude devant aussi permettre d'éclairer les troubles de la personnalité et la comorbidité entre les différents troubles ;
- les impacts des troubles mentaux et des problèmes liés à la santé mentale des jeunes chez les intervenants au CJM-IU ;
- les problématiques vécues dans les familles où un parent souffre de troubles mentaux et à la charge d'enfants référés aux CJM-IU ; les impacts pour la pratique des intervenants
- les questions relatives à la formation continue des intervenants, la transformation des pratiques, la transformation de la relation éducative au quotidien (c'est-à-dire "vécu partagé") et l'établissement de stratégies de partenariat ou d'intervention en réseaux complexes dans le domaine de la santé mentale
- il nous paraît aussi essentiel que le CJM-IU explore la possibilité de mettre en place ou de soutenir la mise en place d'un devis de recherche longitudinal permettant de savoir ce qu'il advient, après plusieurs années, des jeunes présentant des psychopathologies et qui ont été pris en charge par les intervenants⁴¹.

10- Partenariat

10.1 Partenariat avec les services aux adultes

Nous recommandons d'examiner avec des partenaires des services de pédopsychiatrie, de toxicomanie et des organismes communautaires, la question des interfaces entre le CJM-IU et les services aux jeunes adultes avec pour mandat d'identifier les mesures à mettre en place afin de faciliter la transition entre ces réseaux pour les jeunes qui ont des vulnérabilités sur le plan de la santé mentale. Nous recommandons aussi d'examiner les interfaces entre les services du CJM-IU, ceux de la pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adultes, afin de proposer des modalités facilitant une meilleure intégration des interventions.

10.2 Développement des partenariats avec la pédopsychiatrie :

Nous recommandons d'assurer la poursuite et l'intensification des travaux en cours visant à développer des partenariats avec les milieux de la pédopsychiatrie sur la base d'une reconnaissance commune des besoins des clientèles.

11- Coordination du dossier santé mentale

Nous recommandons qu'une coordination d'ensemble du dossier santé mentale et suicide soit effectuée par un même gestionnaire clinicien au CJM-IU et appuyons en ce sens la récente mesure visant à intégrer la responsabilité du dossier santé mentale et suicide.

⁴¹ Diverses équipes de recherches ont entrepris des études prospectives de grande envergure. Qu'elles se penchent sur la psychopathologie dans son ensemble -comme l'étude longitudinale de Dunedin, Nouvelle Zélande (p. ex., Anderson et al., 1987; Silva et al., 1988) ou l'Ontario Child Health Study (p. ex., Offord et al., 1989; Szatmari et al., 1989a, 1989b) -ou sur un ou deux troubles particuliers comme les troubles du comportement (p. ex., R. Tremblay), ces études dressent un portrait beaucoup plus riche et plus complexe des difficultés affectives, cognitives et sociales qui entravent le développement des enfants.

ANNEXE A

CAFAS

Une évaluation rigoureuse des difficultés et des besoins des jeunes est un des éléments cruciaux pour l'amélioration des programmes d'intervention sur la santé mentale chez les jeunes. Récemment, le gouvernement de l'Ontario a pris la décision d'implanter, en collaboration avec le Ontario Hospital for Sick Children, l'Échelle d'évaluation fonctionnelle des enfants et des adolescents (*Child and Adolescent Functionnal Assesment Scale*, Hodges, 1997) afin de systématiser l'évaluation des interventions des services communautaires et des agences dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes de 6 à 17 ans qui vivent des difficultés comportementales et affectives. Cet outil d'évaluation du niveau de difficultés vécu par les jeunes aux prises avec des problèmes comportementaux, émotionnels ou d'abus de substances est un des plus utilisés dans les programmes auprès des jeunes en difficulté aux États-Unis. Développé par Hodges et ses collègues, l'EEFEA est un outil prometteur qui devrait être examiné attentivement par un groupe d'experts.

Cet outil d'évaluation du niveau de difficulté vécu par les jeunes dans différents domaines de fonctionnement présente l'avantage d'être basé sur l'observation de comportements et d'indices fonctionnels qui peuvent être utilisés de façon complémentaire aux évaluations portant sur le diagnostic clinique des jeunes afin de définir des objectifs de traitement interdisciplinaire et de prendre des décisions éclairées sur le niveau de difficulté vécu par les jeunes et le type de mesure d'encadrement nécessaire pour la prise en charge de la situation par le CJM-IU dans les interventions psychosociales visant la santé mentale. Cet outil a donc l'avantage de supporter l'aide à la décision tant qu'au niveau d'encadrement nécessaire pour la prise en charge du jeune, en complément aux évaluations visant à établir un diagnostic clinique du jeune. Il peut aussi être utilisé de façon fiable afin de suivre de façon détaillée l'évolution des difficultés et des forces du jeune dans différents domaines de fonctionnement.

Ainsi, l'EEFEA, permet de voir rapidement un portrait du niveau de fonctionnement du jeune dans huit domaines : (1) fonctionnement scolaire ou au travail ; (2) fonctionnement dans la famille ; (3) fonctionnement dans la communauté ; (4) humeurs et émotions ; (5) comportements autodestructeurs ; (6) comportements envers les autres (7) abus de substance ; (8) cognitions. Dans chacun de ces domaines, l'EEFEA classe les difficultés vécues selon quatre niveaux (difficultés absentes ou minimales ; légères ; moyennes ; sévères). La fidélité et la validité de l'outil ont été évaluées dans plusieurs études. On rapporte que le temps de cotation requis pour un intervenant afin de remplir la grille, est inférieur à 15 minutes. Cet outil présente aussi un potentiel très intéressant du fait qu'il apparaît très compatible avec la grille d'observation déjà utilisée au CJM-IU, ainsi qu'avec la typologie développée dans le cadre des travaux du CJM-IU sur l'intégration sociale des jeunes (Gaudet et Chagnon, 2004).

ANNEXE B

**Équipes de support multidisciplinaire (2^e niveau)
Protocole prévention du suicide au CJM-IU**

Site Cité des Prairies

- Gilles Richelieu, psychologue (Enc. int.) (resp. anim. de l'équipe)
- Serge Turcotte, psychologue (JC – Enc. int.)
- Jocelyne Des Lauriers, conseillère clinique (J.C.)
- Diane Maisonneuve, conseillère clinique (J.C.)
- Louise Gagné, infirmière
- Josée Carignan, infirmière
- Dr Marie-Carmel Fernandez
- Pierre Di Palma (Stéphane Trudeau), chef à la Permanence
- Éric Lamarche, chef à la Permanence
- Gilbert Lemieux, chef à la Permanence (nuit Est)
- Jean-Pierre Bamabé, chef à la Permanence (nuit Est)

Site Décarie

- Alberto Elejalde, psychologue (resp. anim. de l'équipe)
- Eugène Hamel, chef à la Permanence

Site Mont Saint-Antoine

- Alain Dumas, conseiller clinique (resp. anim. de l'équipe)
- Jocelyne Des Lauriers, conseillère clinique (JC – Unité Inouik)
- Céline Drolet, psychologue (Serc. Spéc. – Unité Le Carrefour)
- Emma Merckx, infirmière
- Julie Gravel, infirmière
- Claude Préfontaine, chef à la Permanence
- Denis Masse, chef à la Permanence

Site Dominique-Savio

- Gérald Lajoie, psychologue (resp. anim. de l'équipe)
- Ginette Lemonnier, infirmière
- Denise Turcotte, infirmière
- Dr Lorraine Boucher, pédopsychiatre
- Dr Manon Duchesne, médecin omnipratricienne
- Dr Laila Ismail, médecin omnipratricienne
- Dr Christine Gagnon, médecin omnipratricienne
- Carol Proteau, chef à la Permanence
- Gilles Gauthier, chef à la Permanence
- Diane Laperrière, chef à la Permanence (nuit Ouest)
- André Vandemeulebroocke, chef à la Permanence (nuit Ouest)

Site Rose-Virginie Pelletier

- Daniel Puskas, conseiller clinique (resp. anim. de l'équipe)
- Hélène Durocher, infirmière
- Dr Manon Duchesne, médecin omnipratricienne
- Dr Sylvie Dubé, médecin omnipratricienne
- Gilles Chaumont, chef à la Permanence
- Eugène Hamel, chef à la Permanence

N.B. Patrick Join, chef à la Permanence (nuit Est et Ouest en alternance). De façon ponctuelle, l'ensemble des 12 chefs à la Permanence, à temps partiel, selon leur affectation.

ANNEXE C

ÉTAT DE SITUATION SUR L'IMPLANTATION DES ÉQUIPES DE DEUXIÈME NIVEAU D'INTERVENTION DANS LES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

**François Chagnon Ph.D.
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide
et l'euthanasie CRISE, Université du Québec à Montréal
Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire**

**Johanne Renaud M.D., M.Sc. FRCPC
CHU mère-enfant Sainte-Justine**

RÉSUMÉ

**Rapport déposé à
l'Association des centres jeunesse du Québec**

19 Novembre 2004

CONCLUSIONS

- Les données recueillies dans le cadre de cet état de situation soulignent les efforts importants déployés par les centres jeunesse afin d'implanter ces équipes, ainsi que l'ampleur du défi inhérent à cet objectif. Dans 8 centres jeunesse, des équipes de deuxième niveau qui intègrent des médecins et qui disposent d'ententes avec des pédopsychiatres sont implantés ou sont en bonne voie de l'être. Le niveau d'implantation des équipes est également avancé dans quatre autres centres jeunesse.
- La capacité à recruter des médecins demeure la principale difficulté rencontrée dans la composition des équipes. Diverses stratégies ont été développées afin d'effectuer ce recrutement, allant de représentations à des instances régionales et ministérielles, à des démarches personnalisées auprès des médecins. Dans plusieurs cas, les efforts déployés afin de recruter des médecins s'échelonnent sur plusieurs années. À l'analyse des données recueillies dans le cadre de cet état de situation, la collaboration de médecins au recrutement de leurs pairs semble une avenue particulièrement fructueuse.
- Conformément aux dispositions du protocole, dans chaque centre jeunesse un gestionnaire ou un professionnel clinicien est responsable de l'implantation des équipes de deuxième niveau. Tous les centres jeunesse qui ont implanté ou qui ont amorcé l'implantation des équipes de deuxième niveau ont un plan d'implantation : huit des douze centres jeunesse à l'étude ont une version écrite de ce plan.
- Outre les efforts importants consentis pour le recrutement des médecins, la mise en place des équipes de deuxième niveau a impliqué pour plusieurs centres jeunesse des impacts significatifs par rapport à l'organisation de leurs services de santé. Ces impacts sont principalement observés au niveau de la formation des professionnels dédiés à l'équipe et des modifications à la tâche du personnel infirmier. Le rôle du personnel infirmier apparaît être un des éléments déterminants du succès de l'implantation des équipes de deuxième niveau, tant au niveau : (1) de la coordination des demandes de consultation ; (2) de l'évaluation des cas ; (3) de la liaison et du suivi ; (4) de l'intervention et du traitement. Les équipes qui rapportent une bonne articulation du rôle du personnel infirmier avec celui des médecins et des autres professionnels sont globalement les plus satisfaites de leur fonctionnement. Le ratio du nombre de jours personnel infirmier en soutien aux médecins est très variable d'un centre jeunesse à l'autre. Il en est de même du ratio global d'effectifs

médicaux par rapport au volume de jeunes à desservir par l'équipe de deuxième niveau. Il n'existe pas à notre connaissance, dans les centres jeunesse, de normes prescriptives concernant le ratio d'effectifs médicaux indiqué, selon le volume de jeunes.

- Selon le protocole, il est prévu que l'équipe de deuxième niveau puisse effectuer un suivi 24/7 de la clientèle. La stratégie développée par les centres jeunesse afin de souscrire à cette exigence procède par la mise en place d'un système de garde, à partir des équipes de permanence qui interviennent en relais avec l'équipe de deuxième niveau en soirée, la nuit et durant les périodes de congé, ce qui représente les périodes les plus à risque de comportements suicidaires. À notre connaissance, aucun centre jeunesse ne dispose de services médicaux durant ces périodes. Un élément crucial de cette stratégie repose sur la qualité des communications entre les cadres de la permanence et l'équipe de deuxième niveau. À cet effet, les perceptions des répondants quant à la qualité des communications entre les membres de l'équipe de deuxième niveau et le personnel de la permanence sont variables selon les centres jeunesse concernés. Toutefois, il demeure difficile d'estimer l'efficacité de cette mesure sur la base des données recueillies dans le cadre de cet état de situation. L'analyse d'incidents critiques pouvant s'être produits durant ces périodes, ainsi que la revue des interventions, permettraient probablement de mieux juger de l'efficacité des interventions effectuées en relais par les intervenants de la permanence et ceux de l'équipe de deuxième niveau.
- Il est difficile de déterminer avec précision le niveau d'activités des équipes de deuxième niveau ainsi que le nombre de références concernant des événements suicidaires. Dans certains centres jeunesse, on estime que le niveau de références à l'équipe de deuxième niveau est inférieur au nombre de jeunes pour lesquels une référence serait indiquée. Ceci étant principalement lié à des difficultés d'articulation entre les intervenants du premier et du deuxième niveau d'intervention. Par ailleurs, l'utilisation par les centres jeunesse d'une terminologie plus homogène concernant les comportements suicidaires contribuerait également à établir un portrait plus précis de l'état de la situation et faciliterait le suivi de la problématique.
- Le suivi de la clientèle non hébergée par l'équipe de deuxième niveau pose un défi important puisque les jeunes non hébergés représentent le plus gros volume de clientèles que desservent les centres jeunesse. De plus, les études sur le suicide chez les jeunes en centre jeunesse montrent que la majorité (60,4%) des jeunes des centres jeunesse décédés

par suicide recevaient des services des centres jeunesse dans leur milieu de vie (Renaud et Chagnon, 2003). Une minorité des centres jeunesse rapportent être en mesure d'effectuer le suivi des jeunes à l'externe à partir de leur équipe de deuxième niveau. Le principal modèle retenu à cette fin repose sur un fonctionnement en relais avec les médecins des équipes jeunesse des CLSC, ce modèle pouvant aussi inclure la collaboration des Centres de prévention du suicide. Cependant, de l'avis des répondants, même avec ces dispositions le suivi systématique des jeunes non hébergés est beaucoup plus complexe à effectuer en raison notamment, de la multiplicité des intervenants impliqués. L'implantation de bases de données cliniques informatisées et accessibles aux divers groupes d'intervenants permettraient de faciliter le suivi des jeunes référés à l'équipe de deuxième niveau.

- L'objectif central visé par la mise en place des équipes de soutien multidisciplinaires est d'assurer, par une collaboration interdisciplinaire incluant des professionnels de la santé et des cliniciens, la référence, l'évaluation rapide et la prise en charge rapide des jeunes à risque afin de clarifier le diagnostic et la conduite à tenir. Certains éléments apparaissent particulièrement déterminants pour l'atteinte d'une bonne collaboration interdisciplinaire au sein des équipes de deuxième niveau. Au niveaux organisationnel et structurel, la mise en place de mécanismes pouvant permettre les échanges réguliers entre les membres de l'équipe afin de partager leurs perceptions communes et leurs attentes mutuelles, ainsi que l'identification rapide des difficultés et la mise en place de correctifs, ont été rapportés comme des éléments très importants. À cet effet, le rôle du responsable de l'équipe dans la coordination des activités semble être un élément particulièrement associé au succès de l'implantation.
- En plus de la mise en place de ces conditions organisationnelles, il semble que l'implantation d'une réelle collaboration interdisciplinaire entre les membres de l'équipe de deuxième niveau exige, sur le plan des valeurs des intervenants, le partage d'une conception commune de la santé mentale des jeunes, intégrant à la fois les sphères psychosociales et médicales. Le développement d'une telle conception serait largement tributaire de la mise en place dans les équipes de deuxième niveau de mécanismes qui favorisent les échanges cliniques entre les membres, ainsi que de l'exercice d'un leadership clinique de façon à favoriser la collaboration interdisciplinaire entre les membres de l'équipe. Les discussions de cas multidisciplinaires et la revue critique des interventions sont des activités qui contribueraient aussi de façon significative à la qualité de la collaboration interdisciplinaire.

- La référence à l'équipe de deuxième niveau des situations concernant des jeunes à risque, par les intervenants du premier niveau, est centrale à l'application du protocole d'intervention. Les données recueillies dans le cadre de cet état de situation montrent que la qualité et la fréquence des références est variable selon les centres jeunesse. En plus des mécanismes mis en place dans certains centres jeunesse afin de favoriser les références des jeunes à risque à l'équipe de deuxième niveau, (1) le leadership clinique exercé dans les milieux en lien avec le rôle de l'équipe de deuxième niveau, ainsi que (2) la perception du rôle des médecins dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes et (3) la formation du personnel à la santé mentale, sont rapportés comme des éléments déterminants de cette collaboration. En fait, ici encore, il semble que même en présence des dispositifs organisationnels nécessaires à la mise en place des équipes de deuxième niveau, la question des valeurs des intervenants demeure centrale à la collaboration entre les intervenants du premier niveau et les intervenants médicaux dans la référence et le suivi des jeunes. Cet élément serait également important pour le suivi par les intervenants des recommandations faites par l'équipe de deuxième niveau suite aux références. Enfin, ici encore, le rôle des infirmières semble particulièrement important afin d'appuyer la liaison entre les recommandations faites par les intervenants du deuxième et troisième niveau et les interventions auprès des jeunes.
- Les données recueillies dans le cadre de cet état de situation montrent des modèles de pratique différents dans l'évaluation et la référence des jeunes. Dans certains centres, tous les jeunes nouvellement admis sont systématiquement évalués à partir de la grille d'indices de détresse et de psychopathologie. Différemment dans d'autres établissements, seuls les jeunes identifiés à risque par les intervenants du premier niveau sont évalués et éventuellement référés à l'équipe de deuxième niveau.
- En plus de la référence des jeunes à risque suicidaire, l'implantation du protocole vise aussi à assurer un suivi systématique des jeunes. Cela notamment, en assurant que toutes situations de départ ou de transfert des jeunes soient systématiquement portées à l'attention de l'équipe de deuxième niveau, afin que celle-ci puisse assurer les relais nécessaires à la continuité des traitements. La transmission des informations concernant les mouvements de clientèle au service médical serait très variable selon les centres jeunesse. Les établissements qui ont mis en place des mécanismes afin de coordonner la gestion quotidienne des mouvements de clientèle rapportent être en mesure d'effectuer un suivi systématique et un bon relais des informations au service médical, en ce qui concerne les

jeunes hébergés. Cependant, en dépit de ces mesures, le relais des informations concernant les clientèles non hébergées serait beaucoup moins systématique.

- La collaboration entre l'équipe de deuxième niveau et la pédopsychiatrie serait un élément central pour le soutien à l'intervention. L'accès à des ressources en pédopsychiatrie demeure un problème majeur pour plusieurs centres jeunesse situés hors des grands centres urbains. Dans les centres jeunesse où des ententes de collaboration ont été développées entre les équipes de deuxième niveau et des pédopsychiatres, la capacité de développer des relations stables et personnalisées semble un élément particulièrement déterminant de la qualité des collaborations dans l'évaluation et le suivi des cas. L'implication de l'équipe de deuxième niveau et des pédopsychiatres dans des activités cliniques telles des consultations, de la supervision et des discussions de cas multidisciplinaires, renforce la collaboration entre ces deux groupes de professionnels. Du point de vue des médecins impliqués dans les équipes de deuxième niveau, l'accès rapide aux pédopsychiatres afin de confirmer leur opinion et soutenir leurs interventions est un appui important pour leurs interventions en santé mentale.
- Afin de systématiser la cueillette et la transmission des informations, un outil a été développé et proposé aux centres jeunesse dans le cadre de l'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire. L'utilisation de cet outil par les intervenants du premier niveau lors de la référence de jeunes à l'équipe de soutien demeure cependant très variable selon les centres jeunesse. Les centres jeunesse qui ont implanté des mesures de soutien et de suivi aux intervenants rapportent que ceux-ci utilisent l'instrumentation de façon plus systématique. Diverses critiques ont été rapportées concernant la forme et le contenu de l'instrumentation proposée dans le cadre de l'implantation du protocole. Plusieurs estiment que l'instrumentation n'est pas suffisamment conviviale et qu'elle demande trop de temps à être complétée par les intervenants. Des centres jeunesse ont déjà apporté des modifications substantielles à cette instrumentation. Malgré ces difficultés, les répondants consultés dans le cadre de cet état de situation jugent nécessaire d'appuyer la cueillette des données par une instrumentation qui la rende plus systématique.
- On peut par ailleurs, s'interroger sur les effets de l'implantation de différents outils d'évaluation et de référence dans les centres jeunesse sur la capacité à effectuer un contrôle de la qualité des informations recueillies. Cette situation pourrait aussi rendre plus

complexe d'éventuelles activités visant à évaluer globalement les effets de l'implantation du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire.

- La rétroaction aux intervenants et la revue critique des incidents sont des dispositions centrales à l'implantation des équipes de deuxième niveau, afin de permettre l'identification des difficultés rencontrées et la mise en place des correctifs nécessaires. Il est également postulé que ce mode de « régulation » des pratiques puisse contribuer à développer une pratique de confiance et de qualité entre les intervenants des trois niveaux. Globalement, cet aspect paraît peu développé et il ne semble pas exister de normes opérationnelles pouvant baliser de façon claire les activités de révision et de rétroaction aux intervenants.

ANNEXE D

Ahuntsic

Composition des comités : personnes impliquées au développement du Pic pour ce site

Période: septembre 2004 à février 2005

Organismes	Personnes Impliquées au développement du Pic
Centre Jeunesse de Montréal	Responsable du PIC (CJM-IU) <i>François Chagnon</i> Directeur adjoint à la direction des services territoriaux Nord-Ouest <i>Claude Hamel</i> Coordonnatrice de l'implantation du PIC sur le site Verdun, Ville-Émard, Côte-Saint-Paul et Saint-Henri et conseillère clinique <i>Collette Boulanger</i>
PIC (CJM – IU) Hôpital Ste-Justine	Coordonnatrice du développement du projet <i>Hélène Cabana</i>
SAM	Directeur intérimaire et responsable du projet Marco <i>Louis Lemay</i> Responsable services jeunesse <i>Yannick Arsénault</i>
CLSC Ahuntsic	Chef de programme Clientèle 0-24 <i>André Gobeil</i> Adjointe clinique <i>Carole Doré</i>
N=4 Organismes Impliqués	N=8 Personnes Impliquées

Faubourgs – Adolescence -

Composition de l'équipe-réseau et des consultations cliniques multidisciplinaires intersectorielles

Période: avril 2004 à mars 2005

Organismes	Équipe-réseau	Consultations multi
Centre Jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> PIC : Coordonnatrice du site pour le PIC / conseillère clinique (CJM) <i>Louise Baillargeon</i> Chef de service Équipe Ado <i>Annie Poirier</i> Adjoint clinique Équipe Ado <i>André Sarrazin</i> Travailleuse sociale RTS <i>Sylvie Piché</i>	Coordonnatrice des consultations
CHUM	Travailleuse sociale <i>Marie-Ève Gérin</i>	Un pédopsychiatre à chaque consultation et en alternance d'une consultation à l'autre <i>Dr Diane Sauriol</i> <i>Dr Jean-Pierre Pépin</i> <i>Dr Marie-Claude Bélisle</i> <i>Dr Lila Amirali</i> <i>Dr Gilles Plante</i>
CLSC des Faubourgs	Omnipatricienne <i>Céline Delorme</i> Travailleuse sociale <i>Lucie Biron</i> Chef de programme jeunesse <i>Charlotte Huard</i>	
Polyvalente Pierre-Dupuis	Travailleuse sociale <i>Manuel Pénéfiel (remplace Solange Lancup)</i>	

Organismes	Équipe-réseau	Consultations multi
Centre Dollard-Cormier	Infirmière <i>Céline De Castelloux</i>	
«dans la rue»	Psychologue <i>Diane Aubin</i>	
N=6 Organismes impliqués	N=12 Personnes impliquées	N=6 Personnes impliquées

Faubourgs - Enfance -

Composition des comités : Équipe réseau, agents de liaison et consultations multidisciplinaires intersectorielles
Période: avril 04 à mars 2005

Organismes	Équipe réseau	Agents de liaison	Consultations multi
Centre jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> Coordonnatrice du site pour le PIC / Conseillère clinique <i>Louise Baillargeon</i> Chef service / Enfance (Direction Sud-Est) <i>Robert Corbeil</i> Adjoint clinique / Enfance (Direction Sud-Est) <i>Sylvie Goulet</i> Intervenante É/O <i>Luc Houle</i> Conseillère à l'accès <i>Hélène Bourret</i>	Coordonnatrice du site pour le PIC / Conseillère clinique	Coordonnatrice des consultations
CLSC des Faubourgs	Omnipraticien <i>Dominic DeBroux</i> Psychologue <i>André Pronovost</i> Travailleuse sociale <i>Josée Brodeur</i> Chef de service <i>Viviane Bouchard</i> Infirmière <i>Louise De L'Étoile</i>	Psychologue	Psychologue
CHUM	Pédopsychiatre <i>Jean-Pierre Pépin</i> Travailleuse sociale <i>Marie-Ève Gérin</i>	Travailleuse sociale (<i>Marguerite Côté</i>)	Un pédopsychiatre à chaque consultation et en alternance d'une

Organismes	Équipe réseau	Agents de liaison	Consultations multi
			consultation à l'autre <i>Dr Diane Sauriol</i> <i>Dr Jean-Pierre Pépin</i> <i>Dr Marie-Claude Bélisle</i> <i>Dr Lila Amirali</i> <i>Dr Gilles Plante</i>
École J.B. Meilleur	Psychoéducatrice <i>Nicole Gagné</i>	Psychoéducatrice	
École M. Bourgeois	Psychoéducatrice <i>Nathalie Denille</i>	Psychoéducatrice	A déterminer
N=5 Organismes impliqués	N=15 Personnes impliquées	N=5 Personnes impliquées	N=7 Personnes impliquées

Hochelaga-Maisonneuve

Composition du groupe de soutien (groupe de travail pour le PIC), de l'équipe réseau, des agents de liaison et de la consultations indirectes (multidisciplinaires intersectorielles).

Période: mars 2004 à mars 2005

Organismes	Groupe de soutien -Groupe de travail-	Équipe réseau	Agent liaison	Consultations indirectes
Centre jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> Coordonnatrice du site pour le Pic / Conseillère clinique <i>Louise Baillargeon</i> Adjoint à la direction des services territoriaux Sud-Est <i>Michel Malenfant</i> Chefs de service (Enfance / ado) <i>Carl Racicot</i> <i>Annie Poirier</i> Stagiaire <i>Chantal Fournier</i> PIC Agent de recherche <i>Geneviève Cardinal</i>	<i>Louise Baillargeon</i> <i>Michel Malenfant</i> <i>Carl Racicot</i> <i>Annie Poirier</i>	<i>Louise Baillargeon</i> <i>Michel Malenfant</i> <i>Carl Racicot</i> <i>Annie Poirier</i> <i>Chef de service É/O</i> <i>Territoire Est</i> <i>Nathalie Bibeau</i>	<i>Louise Baillargeon</i> <i>Annie Poirier</i> <i>Geneviève Cardinal</i>
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	Chef de service Équipe Enfance – Famille jeunesse <i>Yves Mathurin</i> Travailleuse sociale <i>Diane Verschelden</i>	<i>Diane Verschelden</i>	<i>Diane Verschelden</i>	<i>Diane Verschelden</i>
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Pédopsychiatres <i>Dr Vicente Di Nicola</i> <i>Dr Hélène Héту</i> Orthopédagogue et thérapeute <i>Marie Lajoie</i>	<i>Dr Vicente Di Nicola</i>	Travailleuse sociale <i>Anne Major</i>	<i>Dr Vicente Di Nicola</i>
Hôpital Louis-H.	Travailleur social			

Organismes	Groupe de soutien -Groupe de travail-	Équipe réseau	Agent liaison	Consultations Indirectes
Lafontaine	<i>Marc Bolly</i> Agente d'intervention sociale <i>Annie Dandois</i>	<i>Annie Dandois</i>	<i>Annie Dandois</i>	<i>Annie Dandois</i>
CSDM * École du territoire 4 : St-Clément (primaire); Maisonneuve (primaire); Eulalie Durocher (adultes et décrocheurs); Chomedey (secondaire). ** École du territoire 5 : Primaires: St-N-de-Jésus; Baril; N.-D. de l'Assomption; Hochelaga; St-Jean-Baptiste de Lasalle; Ste-Jeanne- D'arc; St-Émile. Le Vitrail (école alternative) et Irénée Lucien (école élémentaire et secondaire)	Conseiller pédagogique <i>Paul Cousineau</i> Psychoéducateur <i>Robert Turbide</i>	<i>Robert Turbide</i>	<u>Territoire 4*</u> : Psychoéducateur <i>Jude Alexandre</i> <u>Territoire 5**</u> : <i>Robert Turpide</i>	
Centre Dollard- Cormier	Chef de service <i>Diane Bidegaré</i>			
N=6 Organismes impliqués	N=17 Personnes impliquées	N=8 Personnes impliquées	N=10 Personnes impliquées	N=6 Personnes impliquées

Parc-Extension

Composition du groupe de soutien (équipe-réseau)

Période: avril 2004 à mars 2005

Organismes	Groupe de soutien Équipe-réseau : Volet Adolescence	Groupe de soutien Équipe-réseau : Volet Jeunes adultes
Centre jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> Coordonnatrice du site pour le Pic / Conseillère clinique <i>Louise Baillargeon</i> Adjoint clinique DPJ-E/O <i>Suzanne Dessureault</i> Éducateur <i>Jean-Noël Lusignan</i>	Coordonnatrice du site pour le Pic / Conseillère clinique <i>Louise Baillargeon</i>
Hôpital Sainte-Justine	Infirmier liaison, services externe-pédopsy. <i>Gyslain Laurin</i>	
CLSC Parc-Extension	Organisateur communautaire <i>Delfino Campanile</i> Travailleuse sociale <i>Myriam Lafrenière</i> Adjoint Services sociaux <i>Yves Séguin</i> Infirmière <i>Jenny LePanto</i> Travailleur social <i>Lam Le Phung</i>	Organisateur communautaire <i>Delfino Campanile</i> Adjoint Services sociaux <i>Yves Séguin</i> <i>Paula Yannopoulos</i> <i>Marie-Hélène Senez</i>
Centre Jeunesse Unie	Directeur <i>Richard Vachon</i>	
Héberjeune de Parc-Extension	Directrice <i>Geneviève Ducharme</i> <i>Nancy Leblanc</i>	Directrice <i>Geneviève Ducharme</i> <i>Nancy Leblanc</i>
PEYO	Intervenant <i>Toufik Nidbouhou</i> Travailleur de rue <i>Julie Bourbeau</i>	Intervenant <i>Toufik Nidbouhou</i>
Polyvalente Lucien-	Ne sont plus présents directement, le contact se fait via	Ne sont plus présents directement, le contact se fait via

Organismes	Groupe de soutien Équipe-réseau : Volet Adolescence	Groupe de soutien Équipe-réseau : Volet Jeunes adultes
Pagé	CLSC.	CLSC.
Centre William-Hingston		<i>Lina Costa</i>
Coalition Jeunesse Parc-Extension	<i>Claudia Lemay</i>	
N=9 Organismes Impliqués	N=16 Personnes Impliquées	N=9 Personnes Impliquées

Saint-Henri et Petite-Bourgogne
 Composition des comités et des équipes
 Période: avril 2004 à mars 2005

Organismes	Comité de sensibilisation et d'organisation	Comité des gestionnaires	Équipe réseau¹	Consultations multidisciplinaires
Centre Jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> Coordonnateur territoire Nord-Ouest <i>Claude Hamel</i> Chef de service Adolescence Territoire Nord-ouest <i>Claude Gauthier</i> Coordonnatrice du site pour le PIC et Conseillère clinique au CJM <i>Collette Boulanger</i>		Chef de service Adolescence Territoire Nord-ouest <i>Claude Gauthier</i> Coordonnatrice du site pour le PIC et Conseillère clinique au CJM <i>Collette Boulanger</i> Conseillère à l'accès <i>Chantal Pépin</i>	Adjointe du chef de service Adolescence Territoire Nord-Ouest <i>Janik Gagné</i> Coordonnatrice des consultations pour le PIC et Conseillère clinique au CJM <i>Collette Boulanger</i> Conseillère à l'accès <i>Chantal Pépin</i>
PIC / Hôpital Ste-Justine	Coordonnatrice de projets <i>Hélène Cabana</i>			
CLSC St-Henri et Petite-Bourgogne	Chef de programme jeunesse <i>Diane Thiffault</i> Omnipraticienne <i>Suzanne Bourque</i> Organisatrice comm. <i>Myriam-Rouleau</i>		Chef de programme jeunesse <i>Diane Thiffault</i> Omnipraticienne <i>Suzanne Bourque</i> Psychoéducatrice	Chef de programme jeunesse <i>Diane Thiffault*</i> Omnipraticienne <i>Suzanne Bourque</i> Psychologue <i>Irène Fillion*</i> Travailleuse sociale

Organismes	Comité de sensibilisation et d'organisation	Comité des gestionnaires	Équipe réseau¹	Consultations multidisciplinaires
	<i>Perez</i> Psychoéducatrice <i>Nathalie Boucher</i>		<i>Nathalie Boucher</i>	<i>Josée Secours*</i> Psychoéducatrice <i>Nathalie Boucher*</i> <i>Participe par intérêt</i>
CHUM			Pédopsychiatre <i>Jean-Pierre Pépin</i>	Un pédopsychiatre à chaque consultation et en alternance d'une consultation à l'autre <i>Dr Diane Sauriol</i> <i>Dr Jean-Pierre Pépin</i> <i>Dr Marie-Claude Bélisle</i> <i>Dr Lila Amirali</i> <i>Dr Gilles Plante</i>
CSDM			Psychoéducateur <i>Patrice Bonneau</i>	Psychoéducateur <i>Patrice Bonneau</i>
N=6 Organismes impliqués	N=9 Personnes impliquées	N=-- Gestionnaires impliquées	N=8 Personnes impliquées	N=14 Personnes impliquées

Verdun, Côte-Saint-Paul, Ville Émard - adolescence -

Composition des comités et des équipes

Période: avril 2004 à mars 2005

Organismes	Comité des gestionnaires	Agents de liaison	Équipe-réseau	Consultation Multi⁴²
Centre Jeunesse de Montréal	Responsable du PIC <i>François Chagnon</i> Coordonnatrice du site pour le PIC / Conseillère clinique <i>Collette Boulanger</i> Chef de service Adolescence Territoire Nord-ouest <i>Claude Gauthier</i>	 <i>Collette Boulanger</i> <i>Claude Gauthier</i> Conseillère à l'Accès <i>Danielle Bernier</i>	 <i>Collette Boulanger</i> <i>Claude Gauthier</i> <i>Danielle Bernier</i>	 <i>Collette Boulanger</i> Adjointe clinique <i>Janick Gagné</i> <i>Danielle Bernier</i>
CLSC Verdun, Ville-Émard et Côte Saint-Paul	Chef de programmes <i>Denise Roy</i>	Coordonnateur clinique <i>Pierre Demers</i>	<i>Pierre Demers</i>	<i>Pierre Demers</i>
Hôpital Douglas	Chef clinico-administratif de la pédopsychiatrie <i>Francine Giroux</i>	Travailleur social <i>Anton Chow</i>	<i>Anton Chow</i>	<i>Anton Chow</i> Pédopsychiatre <i>Hélène Fortin</i>
Centre hospitalier Angrignon. Unité de médecine familiale		Médecin <i>Manon Duchesne</i>	<i>Manon Duchesne</i>	<i>Manon Duchesne</i>
Commission scolaire	Directeur adjoint	Psychoéducatrice		

⁴² Participants permanents aux consultations cliniques multidisciplinaires intersectorielles

Hélène Cabana, coordonnatrice du développement du site y terminant son implication au début de l'été pour développer d'autres sites.

Organismes	Comité des gestionnaires	Agents de liaison	Équipe-réseau	Consultation Multi⁴²
Marguerite Bourgeois Édifice Rhéaume	<i>André Lussier</i>	<i>Darquise Baribeau</i>	<i>Darquise Baribeau</i>	<i>Darquise Baribeau</i>
Commission scolaire Marguerite Bourgeois Édifice Galt	(fusion avec ci-haut)	Psychoéducateur <i>Christian De Lière</i>	<i>Christian De Lière</i>	<i>Christian De Lière</i>
Commission scolaire de Montréal Polyvalente Honoré- Mercier	Directeur <i>Luc Béliveau</i>	Psychoéducatrice <i>Michèle L'Écuyer</i>	<i>Michèle L'Écuyer</i>	<i>Michèle L'Écuyer</i>
Centre Champlain	Directrice <i>Maryse Dufresne</i>			
SPCUM Poste de quartier 15	Commandant, chef de police <i>Mario D'Arcy</i>			
TRAC	Directeur <i>Stéphane Cadieux</i>			
N=10 Organismes Impliqués	N=10 Gestionnaires Impliqués	N=9 Personnes Impliquées	N=9 Personnes Impliquées	N=10 Personnes Impliquées

ANNEXE E

Quelques références bibliographiques

- AACAP (1997a). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Suppl.*, 122S-139S.
- AACAP (1997b). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85S-121S
- APA, (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association
- APA, (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-II*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association
- APA, (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA, (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- APA, (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Arkes, H.R. et al. (1991). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 3, 323-330.
- Boyer, R., Prévaille, M. et al. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: resultants normatifs de l'Enquête Santé-Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 38(5), Jun. 1993, 339-343.
- Canada. Santé et bien-être social Canada (1988). *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa : Santé et bien-être social Canada. 23 p.
- Chagnon, F. (1998). Trois modèles pour une réflexion sur la relation entre le suicide et la violence chez les jeunes en centres jeunesse. *Défi Jeunesse* 4(4), 27-35.
- Chagnon, F. (2000). *Compte-rendu du premier symposium sur les services de pointe aux Centres jeunesse de Montréal : rapport*. Montréal : Centres jeunesse de Montréal.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Québec : Les Publications du Québec. 60 p.
- Desrosiers, M. et al. (1992). *Les tendances suicidaires chez une population adolescente à risque : étude comparative du réseau social, du soutien social et des stratégies de recherche d'aide chez les adolescents suicidaires et non suicidaires*. Joliette : DSC de Lanaudière. 171 p.
- Docherty, J.P., Marder, S.R., Van Kammen, D.P. et S.G. Siris (1977). Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. *American Journal of Psychiatry*, 134, 5, 529-533.
- Dowie, J. & Elstein, A.S. (1988). *Professional judgment : A reader in clinical decision-making*. New York, NY, US: Cambridge University Press, xvi, 565 p.
- Dumas, (E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
- Dunne, J.E. (1997). History and development of the practice parameters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10 suppl. 1S-3S
- Ehrenberg, A. et A.M. Lovell (2001). *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Eisenberg, J.M. (1986). *Doctors' decisions and the cost of medical care: the reasons for doctors' practice patterns and ways to change them*. An Arbor, Mich: Health Administration Press Perspective.
- Elstein, A. (2001). Naturalistic decision making and clinical judgment. *Journal of Behavioral Decision Making*. Vol. 14 (5). Dec. 2001. 363-365.

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*. Vol. 196 (4286). April 1977, 129-136.
- Farand, L., Chagnon, F., Renaud, J. & Rivard, M. (2004). Completed suicides among Quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 24-35.
- Gaudet, J. & Chagnon, F., révisé par S. Hamel (2004). *Cadre conceptuel pour le développement des programmes visant l'intégration sociale des adolescents au CJM-IU*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Greenhill, L.L. et al. (1996). Medical treatment strategies in the MTA study: Relevance to clinicians and researchers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol.35 (10), Oct. 1996, 1304-1313.
- Habimana, E. et al. (sous la direction de ...) (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. Montréal : Gaëtan Morin, 749 p.
- Hodges, K. (1999). Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). In Maruish, ME (Ed): *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hodges, K. (1994). *The Child and Adolescent Functional Assessment Scale Self Training Manual*. Eastern Michigan University.
- Kempton, T. & Forehand, R. (1992). Suicide attempts among juvenile delinquents: the contribution of mental health factors. *Behavior research and therapy*. Sept 1992. 30(5), 537-541.
- Kirk, A.A., & Kuchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: A. de Gruyter.
- Lahey, B.B., Loeber, R. et al. (1992). Oppositional defiant and conduct disorders : Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 31(3), May 1992, 539-546.
- Lemay, M. (1973). *Psychopathologie juvénile*. Paris : Fleurus. 2 vols.
- Lesage, A.D., Stip, E., Grunberg F. (2001). "What's up doc": les contextes, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur les données probantes pour les cliniciens (Evidence-Based Medicine). *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (5), 396-402.
- Leslie, L.K. Landsverk, J. & Ezzet-Lofstrom, R. (2000). Children in foster care: Factors influencing Outpatient Mental Health Service use. *Child Abuse and Neglect*. Vol. 24(4), April 2000, 465-476.
- Mash, E.J. & Dozois, D. JA. (1996). Child psychopathology: A developmental systems perspective. In: Mash, E.J. (Ed.); Barkley, R.A. (Ed.). *Child psychopathology (pp. 3-60)*. New York, NY. US.: Guilford Press, xvi, 650 p..
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Northvale, NJ, US: Jason Aronson Inc. Reprinted 1996, xviii, 149 p.
- Mick, D.J. (2000). Folklore, personal preference, or research-based practice. *American Journal of Critical Care*, 9,(1):6-8.
- Miller, M.L., Chiles, J.A. & Barnes, V.E. (1982). Suicide Attempters within a Delinquent Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 50 (4). 491-498.
- Moncrieff, J. et M.J. Crawford (2001). British psychiatry in the 20th century - observations from a psychiatric journal. *Social Science & Medicine*, 53, 349-356.
- Nisbett, R.E. et Ross, S. (1980). *Human Inference*. New York: Prentice Hall, 352 p.
- Prendergast, M., Taylor, E., et al. (1988). The diagnosis of childhood hyperactivity : A U.S.-U.K. cross-national study of DSM-III and ICD-9. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 29(3). May 1988, 289-300.
- Prévaille, M. et al. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. 53 p.

- Pronovost, J., et Leclerc, D. (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse: rapport final*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Pronovost, J., Côté, L. & Ross, C. (1990). Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. *Santé mentale au Canada*. Vol. 38(1), Mars 1990, 10-16.
- Rutter, M. Schopler, E. (1992). Classification of Pervasive Development Disorders : Some Concepts and Practical Considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 22(4), Dec. 1992, 459-482.
- Steiner, H. & Dunne, J.E. (1997). Summary of practice parameters for the assessment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 36(10). Oct. 1997, 1482-1485.
- Tousignant, M. et al. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 79-93.
- Weber, E. (Ed.), Baron, J. (Ed.) & Loomes, G. (Ed.) (2001). *Conflicts and tradeoffs in decision making*. New York, NY, US: Cambridge University, xv, 347 p.
- White, D., Jobin, L., McCann, D. & Morin, P. (2002). *Sortir des sentiers battus: l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Publications du Québec, 313 p.
- Zarin, D.A., Seigle, L., Pincus, H.A., McIntyre, J.S. (1997). Evidence-based practice guidelines. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 4, 641-646.
- Zarin, D.A. (1998). Clinical and treatment characteristics of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 37 (12). Dec. 1998, 1262-1270.

Références concernant les interventions psychosociales auprès de l'enfant et de l'adolescent en général:

- Burns, B.J., Hoagwood, K., & Mrazek, P.J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(4): 199-254.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation - I Child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 1, 29-60.
- Hibbs, E.D. et Jensen, P.S. (1996). *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. Washington, D.C., American Psychological Association
- Hoagwood, K., Burns, B.J., Kiser, L., Ringeisen, H., Schoenwald, S.K. (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1179-1189.
- Jensen, P.S., Hoagwood, K., & Petti, T. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: II. Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1064-77.
- Journal of Clinical Child Psychology* (1998), 27 (2). Special issue on empirically supported psychosocial intervention.
- Kazdin, A. E et Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Kazdin, A.E. (2000a). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57(9): 829-35.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1): 19-36.
- National Institute of Mental Health (2000). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Report of the National Advisory Mental Health Council's

Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. National Institute of Mental Health Washington DC.

- Nock MK et al. (2004). From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:777-780.
- Weisz, J.R., & Jensen, P.S. (1999). Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Mental Health Services Research*, 1(3): 125-57.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package : Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.* World Health Organization

Références plus spécifiques aux enfants manifestants des troubles mentaux sévères:

- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., Agresta, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia, a step-by-step guide.* New-York: The Guilford Press.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G., & Bond, G. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4).
- EPPIC (2001). *Early training psychosis training pack.* Australia: Department of Health and Community Services
- Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1999). Thérapie cognitive comportementale des psychoses. *Santé mentale au Québec*, 24, 61-88.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.

Prestation de services de santé mentale en milieu de réadaptation pour les jeunes:

- AACAP (1997) Prevention and management of aggressive behavior with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36.
- AACAP (1997b). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(10 Suppl S):S 122-S 139, 1997
- AACAP (2000). Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1
- AACAP (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 , 7
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder . *Supplement to The American Journal of Psychiatry*, 158, 10 , 1-48
- Barfield, S.T. (2001). *Best Practices in Children's Mental Health: Report # 1 Results of Inpatient and Residential Treatments for Youth With Severe Emotional Disorders.* State of Kansas Department of Social and Rehabilitation Services.
- Brosnan, R. et Carr, A. (2000). Adolescent conduct problems. In Carr, Alan (Ed). (2000). What works with children and adolescents?: *A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families.* (pp. 131-154). Florence, KY, US: Taylor & Francis/Routledge.

- Burns, B.J. (1999). A call for a mental health services research agenda for youth with serious emotional disturbance. *Mental Health Services Research*, 1: 5-20.
- Burns, B.J., & Hoagwood, K. (2004). *Evidence- Based Community Interventions for Youth with Severe Emotional and Behavioral Disorders*. New York: Oxford Press.
- California Psychiatric Association Documents (1995). *Parameters for Child/Adolescent Psychiatric Practice in Residential Treatment*. California Psychiatric Association.
- Cocozza, J. (Ed.). *Responding to the mental health needs of youth in the juvenile justice system*. The National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System: Seattle, WA.
- dosReis, S., Barnett, S., Love, R.C., Riddle, M.A. (2003). A Guide for Managing Acute Aggressive Behavior of Youths in Residential and Inpatient Treatment Facilities. *Psychiatric Services* 54 (10) 1357- 1363.
- Marotta, S.A. (2000) Best practices for counselors who treat posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling & Development* 78 (4), 492-495 .
- National Mental Health Association (2004). *Mental Health Treatment for Youth in the Juvenile Justice System: A Compendium of Promising Practices*. National Mental Health Association
- Reddy, L.A. et Pfeiffer, S.I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 5, 581-588
- Riggs, P. (1998). Clinical Approach to Treatment of ADHD in Adolescents with Substance Use Disorders and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3).