



Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



Document de travail

7 avril 2003

Judith Gaudet cand. Ph.D.

François Chagnon Ph.D.

Coordination du développement des programmes, de l'enseignement
et de la recherche

Direction des services professionnels et de la recherche

Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire

Remerciements

Remerciements spéciaux à M. Jean-Guy Lafleur de la coordination des systèmes et technologies de l'information pour nous avoir fourni les données statistiques concernant la clientèle des 12-17 ans. Merci également à mesdames Josette Laframboise et Francine Paquette, messieurs Maurice Picard et André Thomassin pour leur expertise et leur aide à la réalisation de cette étude de la coordination de du développement des programmes, de l'enseignement et de la recherche.

Remerciements aux membres du comité plénier :

Boisvert, Alain, éducateur, encadrement intensif
Dagenais, Marie-Hélène, chef de service, direction des adolescentes
Durocher, Lise, partenariat-réseau, DSPR
Gommier, Marc, chef de service, foyer Chambord
Hamel, Claude, adjoint, direction territoriale
Jomphe, Michel, chef de service, services spécialisés
Laporte, Clément, directeur-adjoint, direction des jeunes contrevenants et des services spécialisés
Laramée, André, direction des adolescents
Laurendeau Josée, psychoéducatrice en territoire
Maillé Gilles, chef de service, direction des adolescents
Major, Sylvie, éducatrice, direction des adolescentes
Motard, Christiane, chef de service territoire
Paquette, Francine, conseillère, DSPR
Paquette, Gaétan, adjoint, direction territoriale
Poupart, Pierre, coordination, DSPR
Renaud, Hélène, Accès
Turner, Alain, DPJ

Remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux groupes de travail :

Direction des adolescents :

Maillé, Gilles, chef de service et co-animateur des groupes
Bouchard, Diane, éducatrice
Dumas, Alain, conseiller clinique
Genest, Yvon , chef de service, foyer Rosemont
Goudrault, Benoît, éducateur, Émerillon
Langlois, Daniel, éducateur, Goéland
Merkx, Emma, infirmière
Renaud, Hélène, Accès
Lorraine Sullivan, chef de service, VISA

Encadrement intensif :

Boisvert, Alain, éducateur, La Montée et co-animateur des groupes
Bastien, Annie, éducatrice, Le Pont
Gagné, Louise, infirmière
Nepveu, Michèle, éducatrice, Le Relais
Lecours, Pierre, éducateur, l'Impact
Richelieu, Gilles, psychologue
St-Amour, Lyne, éducatrice, Le Phare
Bérubé, Richard, éducateur, VISA
Déry, Robert, réviseur
Le Blanc, Andrée, Accès
Larose Christine, chef de service, La Montée
Leduc, Michel, éducateur, Limites
Perreault, Pierre, éducateur, La Margelle
Soumie, Pierre, chef de service, La relance/Margelle

Territoire Nord-Ouest

Motard, Christiane, chef de service et co-animatrice des groupes
Bélanger, Marguerite, ARH, Adolescence 3, T5
Bélanger, Marie-Claude, ARH, Évaluation/Orientation, T5-T6
Bernier, Marylène, T.A.S., Adolescence 2, T7
Bernier, Suzanne, psychoéducatrice, Adolescence 1, T5
Bérubé, Richard, éducateur, VISA
Dancause, Johanne, éducatrice, IRI, T7
Durocher, Lise, conseillère, DSPR
Jacques, Thérèse, conseillère, Accès, T5-T7
Lauzon, Julie, chef de service, Adolescence 2, T7
Longval, Richard, éducateur, IRI, T5
Ouellette, Céline, ARH, Évaluation/Orientation, T5-T6
Trudeau-Leblanc, Pierrette, conseillère clinique, coordination du support à l'intervention

Territoire Sud-est

Laurendeau, Josée, psychoéducatrice et co-animatrice
Beauchamp, Francine, conseillère clinique
Bilodeau, Kathleen, ARH É/O
Daoust Michel, éducateur
Dugas, Serge, éducateur
Durocher, Lise, partenariat-réseau, DSPR
Labrecque, Bernard, chef de service
Lapierre, Lise, ARH
Lavallée, Alain, éducateur IRI
Le Blanc, André, conseillère à l'Accès
Makhlouf, Maroun, éducateur
Ménard, Suzanne, réviseuse
Papineau-Marois, Louise, ARH, adjointe clinique
Pépin, Ronald, soutien

Direction des adolescentes

Dagenais, Marie-Hélène, chef de service et co-animatrice des groupes

Major, Sylvie, éducatrice RVP et co-animatrice des groupes

Bergeron, Andrée, éducatrice, support scolaire

Dubé, Claudie, éducatrice projet réinsertion

Duguay, Sophie, DPJ, bureau de l'est

Ladouceur, Chantal, éducatrice foyer de groupe Lachine

Lajoie, Gérald, conseiller clinique

Lapointe, Claire, éducatrice Solstice/Archipel

Rivard, Carmen, éducatrice Boréal, arrêt d'agir

Services spécialisés

Gommier, Marc, chef de service, foyer Chambord et co-animateur des groupes

Jomphe, Michel, chef de service, Carrefour et co-animateur des groupes

Bernier, Danielle, Accès;

Desbiens, Yan, éducateur

Drolet, Céline, psychologue

Godin, Claire, éducatrice

Lanoue, Carmen, Accès

Maillot, Paul, éducateur

Malenfant, Michel, chef de service Accès

Masse, Daniel, éducateur

Pesant, Bernard, éducateur

Table des matières

Remerciements	p.2
Résumé	p.6
Introduction	p.9
Objectifs et échéancier	p.10
Principes	p.10
Méthode	p.10
Structure de travail	p.10
Participants	p.11
Mesures	p.11
Procédure	p.12
Analyses	p.12
Forces et limites de l'étude	p.12
Résultats	p.13
Recension des écrits	p.13
Recommandations pour l'intervention	p.23
Documents et avis	p.24
Analyse et interprétation des résultats des groupes de discussion	p.26
Problèmes plus importants perçus chez les jeunes	p.26
En territoire	p.26
Adolescentes en milieu globalisant	p.28
Adolescents en milieu globalisant	p.30
Services spécialisés	p.33
Analyses transversales des problèmes	p.35
Obstacles rencontrés face aux besoins des adolescents	p.38
Obstacles liés aux jeunes et des familles	p.38
Obstacles associés aux caractéristiques des intervenants et des gestionnaires	p.39
Obstacles associés au manque de partenariat	p.39
Obstacles associés aux conditions organisationnelles	p.40
Obstacles associés au manque d'outils cliniques	p.41

Les solutions envisagées pour mieux répondre aux besoins des jeunes et des familles	p.41
Recommandations visant le développement des programmes et des services	p.42
Recommandations visant le développement des processus cliniques	p.43
Recommandations visant l'amélioration du fonctionnement organisationnel	p.43
Mise à jour de l'inventaire des ressources	p.44
Conclusion	p.46
Questions prioritaires et prochaines étapes	p.48
Appendice I Structure de travail	p.50
Appendice II Plan d'animation	p.52
Appendice III Inventaire des ressources	p.55
Appendice IV Données clientèles	p.62

RÉSUMÉ

Cette étude s'inscrit dans le cadre de travaux visant à planifier le développement des programmes clientèle au Centre jeunesse de Montréal. Plus spécifiquement, cette étude avait pour objectif de déterminer les besoins prioritaires pour le développement de tels programmes auprès des adolescent(e)s de 12 à 17 ans. À cet effet, 70 intervenants, conseillers et gestionnaires ont été conviés à participer à des groupes de discussion structurés, portant sur l'identification des problèmes prioritaires affectant ces jeunes et leur famille. Ces groupes de travail ont également permis d'identifier les principaux obstacles aux interventions auprès de ces clients, ainsi que des pistes de solution afin de contrer ces obstacles et d'améliorer les interventions. À ces données qualitatives ont aussi été combinées des statistiques sur les caractéristiques des clients au CJM-IU et l'analyse d'études portant sur la population des jeunes en centre jeunesse. L'ensemble des ces données ont été examinées par différents groupes de travail afin d'en augmenter la validité.

De manière générale, l'étude met à l'évidence la lourdeur des problèmes qui affectent les adolescent(e)s et leur famille clients du CJM-IU. L'étude confirme également que les besoins des jeunes de 12 à 17 ans sont hétérogènes, elle questionne en ce sens les interventions visant desservir ces jeunes sous de mêmes programmes et dans de mêmes lieux. De l'avis de plusieurs participants il serait prioritaire de réviser ce modèle de service.

Cinq grands domaines de problèmes prioritaires, qui se particularisent selon l'âge des clients, leur genre, leur milieu de vie et le mode de dispensation des services, ont été identifiés dans le cadre de cette étude. Les problèmes sévères de santé mentale et la médication importante de psychotropes qui semblent de plus en plus prévalents chez les adolescent(e)s. L'absence de projet de vie chez les 12-17 ans (désespoir des jeunes et abandon) et l'intégration sociale difficile des 17 ans et plus. La lourdeur des problèmes vécus par les parents (santé mentale, isolement, toxicomanie, instabilité familiale). Les graves carences affectives des jeunes associées à leur passé de négligence, qui se traduisent notamment par de l'immaturité, de l'égoïsme et de l'intolérance à la frustration. Le manque d'habiletés sociales des jeunes qui posent obstacle à leur intégration sociale. Les problèmes graves de comportement, notamment la violence verbale et physique ainsi que l'impulsivité des jeunes ont aussi été décrits tout au cours de cette étude.

Au chapitre des obstacles à l'intervention, les participants soulignent le manque de formation et d'outils cliniques, entre autre afin d'intervenir sur les problématiques de santé mentale des jeunes et de leur famille. On rapporte également le manque de partenariats à l'interne et à l'externe du CJM-IU particulièrement avec la psychiatrie et les milieux communautaires. À l'interne, cette situation se traduirait entre autre, par l'insuffisance des échanges d'information entre les intervenants et les services, concernant le suivi clinique des jeunes. On pointe aussi l'insuffisance du partenariat entre

les intervenants de réadaptation et du psychosocial comme un obstacle important au succès des interventions. L'étude met aussi à l'avant plan la difficulté à bien évaluer la situation globale des jeunes et des familles, ce dès le début de l'intervention, et à assurer l'intensité nécessaire aux interventions. De manière générale les participants considèrent que l'intervention prévue en LPJ est de trop courte durée pour avoir des effets significatifs dans la vie des jeunes. On rapporte aussi la difficulté à associer les parents aux interventions. Ce problème relèverait en partie de la lourdeur des problématiques rencontrées chez les parents et aussi de l'insuffisance des moyens développés au CJM-IU en ce domaine. Il ressort aussi de cette étude, la perception d'une dérive chez les intervenants par rapport au sens de leur intervention, leur rôle et à ce qui compose leur identité même d'intervenant: les éducateurs semblent avoir oublié ce qui constitue le fondement même de leur intervention Ceci serait dû notamment aux nombreux et rapides changements qui ont affecté l'organisation des services au cours des dernières années et aux transformations dans le réseau des services aux jeunes et aux familles.

Enfin, en ce qui concerne les solutions identifiées par les participants dans le cadre de cette étude afin de mieux répondre aux besoins des jeunes elles sont de trois ordres. Celles qui visent le développement des programmes et l'organisation des services, celles qui visent l'amélioration des processus cliniques (outils cliniques, outils d'évaluation, continuité dans l'intervention) et celles qui visent l'amélioration du fonctionnement organisationnel général du CJM-IU (développement du partenariat externe et interne, clarification des mandats et assurer les conditions de base à une intervention de qualité).

En conclusion, cette étude a mis en évidence un certain nombre de problématiques prioritaires concernant les adolescents aux CJM-IU, telles que perçues par les professionnels et les gestionnaires en charge de l'intervention auprès de ces jeunes et de leur famille. Elle aura ainsi tracé rapidement un portrait d'ensemble des grandes problématiques que devraient cibler en priorité les programmes aux adolescent(e)s au CJM-IU. Partant de ces constats, des travaux ultérieurs seront toutefois nécessaires afin de préciser ces problématiques avec plus d'exactitude et de cerner leur ampleur, leurs causes et les moyens les plus efficaces afin d'en contrer les effets négatifs.



Résultats de l'étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les 12-17 ans au CJM-IU

Introduction

En décembre 2001, la direction générale du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire confirmait au Comité de planification stratégique des programmes, le mandat d'identifier les besoins prioritaires en matière de programmes clientèle au CJM-IU et de recommander les actions nécessaires afin de développer ces programmes. À cet effet, en février 2002 ce comité adoptait un plan de travail prévoyant une série d'études de besoins des clientèles devant mener au dépôt des résultats en décembre 2002¹. Dans le cadre de ces travaux, la direction des services professionnels et de la recherche, conjointement avec la direction des services à la jeunesse, telle que désignée à cette époque et devenue maintenant la direction des services clientèle, ont élaboré un plan de travail afin d'examiner plus spécifiquement les besoins des jeunes de 12-17 ans et d'intégrer ces données aux résultats des études en cours auprès des enfants de 0-5 ans et des 6-11 ans.

Les travaux furent par la suite retardés suite aux importantes transformations dans l'organisation des services annoncées par la direction générale en début 2002. Cette réorganisation impliquant des changements significatifs dans la désignation des gestionnaires affectés aux directions clientèle. C'est finalement en avril 2002 qu'un plan de travail final pour la réalisation de l'étude des besoins des 12-17 ans fut adopté par la direction générale. La cueillette de données fut réalisée entre septembre et la fin novembre 2002.

Ce document présente les résultats de l'étude de besoins concernant la clientèle des 12-17 ans. Les deux premières sections du rapport décrivent les objectifs de l'étude et les principes qui ont balisé son déroulement. La troisième section décrit la méthode; on y présente la stratégie de cueillette des données, les participants, les sources de données, les instruments ainsi que la procédure utilisée afin de recueillir les données. La troisième partie présente les résultats. On y dresse tout d'abord un portrait descriptif de la répartition de la population des 12-17 ans au CJM-IU selon les caractéristiques relatives à leur âge, statut légal, milieu de vie, modalité de dispensation des services et motifs de placement. Cette section présente aussi un survol des études qui ont examiné les problématiques vécues par les jeunes en centre jeunesse, ainsi que les principaux constats

¹ Proposition d'un plan de travail du prochain *Comité de planification stratégique du développement et de l'évaluation des programmes*

de celles portant sur la population des adolescents au Québec et au Canada. Par la suite les résultats de l'étude de besoins sont décrits selon les différents secteurs de la direction des services aux adolescents. On y retrouve aussi une analyse transversale des besoins retrouvés chez les 12-17 ans au CJM-IU. La dernière partie de cette section présente les conclusions de l'examen des ressources disponibles au CJM-IU et chez leurs principaux partenaires de l'intervention, en réponse aux besoins des adolescents. Enfin, la quatrième section du rapport discute des principaux constats trouvés dans cette étude, présente les questions prioritaires à poursuivre et propose des avenues pour la suite des travaux.

1 Objectif et échéancier

Cette étude avait pour objectif d'identifier les grands domaines de besoins prioritaires afin d'orienter le développement des programmes pour la clientèle des adolescent(e)s 12-17 ans. À cette fin, il était prévu que le Comité de planification stratégique des programmes, après avoir procédé à l'analyse des résultats de la présente étude en relation avec l'ensemble des besoins identifiés chez les autres clientèles (0-5 et 6-12 ans), dépose à la direction générale ses recommandations concernant les besoins prioritaires pour le développement des programmes.

2 Principes adoptés pour l'étude des besoins

Trois principes ont été adoptés par le Comité de planification stratégique des programmes au départ de l'étude² :

- les travaux déployés dans le cadre de l'étude des besoins des 12-17 ans devront viser à susciter la participation active des intervenants et des gestionnaires concernés, afin de mobiliser ces personnes et de favoriser leur appropriation de cette démarche;
- une attention sera portée afin d'éviter de répliquer les travaux en cours ou déjà entrepris et visant à identifier les besoins des jeunes de ce groupe d'âge ou expérimenter de nouvelles interventions, au contraire ils s'y associeront étroitement;
- sachant que des transformations importantes toucheront les ressources de la direction des services à la jeunesse durant le cours de ces travaux, il a été décidé que les personnes affectées à l'étude des besoins des 12-17 ans soient nommées en fonction de leur connaissance de cette clientèle et qu'elles demeurent associées à l'étude jusqu'à sa fin, soit décembre 2002.

3 Méthode

3.1 Structure de travail

Deux comités ont été composés aux fins de l'étude : (1) un **comité d'évaluation** composé de trois membres de la coordination de l'enseignement, du développement et de l'évaluation des programmes du Centre jeunesse de Montréal avait pour responsabilité la réalisation de l'évaluation; (2) un **comité plénier**, sous la responsabilité de la DSPR, et

² Compte-rendu de la rencontre du Comité de planification stratégique des programmes, 6 février 2002.

avec le soutien des directions clientèle, avait pour responsabilité de désigner les participants à l'étude et de procéder à l'intégration et à l'analyse des données recueillies concernant les besoins des adolescent(e)s. Ce comité regroupait des représentants de la DSPR et des directions clientèle et ce, en respectant un équilibre entre intervenants et gestionnaires : **5** représentants de la DSPR incluant 3 conseillers en évaluation et développement de programmes et 1 représentant du partenariat-réseau; **2** représentants des directions territoriales; **2** représentants de la direction des services aux adolescents; **2** représentants de la direction des services aux adolescentes; **1** représentant de l'accès; **1** représentant de la DPJ; **1** représentant de la direction des services spécialisés et aux jeunes contrevenants (*voir* tableau 1, appendice 1) .

3.2 Participants

Les participants ont été sélectionnés par le comité plénier sur la base de leur bonne connaissance des besoins de la clientèle, tout en assurant la représentativité des différentes directions de la direction des services aux adolescents. Cette méthode s'apparente à celle dite d'échantillonnage par informateurs clés (Pineault et Daveluy, 1995)³ et présentait l'avantage de recueillir rapidement les données et d'établir un contact direct avec les participants. Ceci ajoutait ainsi sur un plan qualitatif aux informations, en permettant de discuter en profondeur de la perception des participants et de recueillir des informations importantes pour le développement futur des programmes. L'échantillon final comprend 70 participants : 41 intervenants de toutes les directions clientèle à l'exclusion du secteur des jeunes contrevenants, 16 gestionnaires et 7 professionnels de la direction des services professionnels et de la recherche. Les participants se répartissent selon 6 groupes de travail (*voir* tableau 2, appendice 1) : (1) territoire sud-est n = 13; (2) territoire nord-ouest n = 13 ; (3) services aux adolescentes n = 10; (4) globalisant garçons n = 9; (5) encadrement intensif n = 14; (6) services spécialisés n = 11. La clientèle des jeunes contrevenants n'a pas été incluse dans le cadre de cette étude. Cependant, Des travaux complémentaires ont été menés en parallèle à partir des études et plans d'action réalisés auprès des jeunes contrevenants au cours des dernières années, afin de déterminer les besoins en matière de développement de programmes.

3.3 Mesures

3.3.1 *Recension des écrits.* Nous avons procédé à la revue des principales études produites concernant la clientèle des jeunes en centres jeunesse, ainsi que des études québécoises et canadiennes portant sur la santé mentale et le bien-être des jeunes.

3.3.2 *Données clientèle.* Les données informatisées au fichier central du CJM-IU ont été extraites avec l'aide de la coordination des services et technologies de l'information afin de tracer un portrait de la clientèle de la direction des services aux adolescents en date du 1^{er} avril 2002.

3.3.3 *Entrevues de groupe.* Des discussions structurées de groupes ont été réalisées auprès d'informateurs clés de la direction des services aux adolescents et de la direction des services professionnels et de la recherche. Ces discussions portaient spécifiquement

³ Pineault R., et Daveluy C. 1995. *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies.* Éditions Nouvelles, Montréal.

sur les problèmes perçus comme prioritaires et affectant les clients de la direction des services aux adolescents, les problèmes les plus importants concernant la prestation des services à ces personnes et les pistes de solution prioritaires afin de résoudre ces problèmes (*voir* appendice II).

3.3.4 *Ressources*. À partir d'un questionnaire structuré (*voir* appendice III), les participants aux entrevues de groupe ont procédé à une mise à jour des programmes, projets activités et ressources disponibles pour les adolescents et adolescentes au CJM-IU. Ce questionnaire recoupait les données recensées lors de l'inventaire produit en 1999 par madame Francine Paquette⁴.

3.4 Procédure

Chaque groupe de discussion a été rencontré 2 fois. Toutes les discussions étaient précédées d'une brève présentation des données clientèle ou de la littérature scientifique portant sur les problèmes vécus par les adolescents. Ces présentations servaient d'outil d'animation et de départ à la réflexion attendue par le groupe. Les rencontres ont eu une durée moyenne de 2.5 heures. Un représentant de la DSPR était chargé de prendre les notes durant les discussions et de rédiger un compte-rendu de la rencontre. Chaque compte-rendu était ensuite validé par le groupe de discussion lors de la deuxième rencontre.

3.5 Analyses

Des analyses descriptives ont été réalisées à partir des données clientèle. Des analyses de contenu ont été réalisées à partir des données recueillies lors des discussions de groupe. Ces données ont été transcrites et transférées sur le logiciel d'analyse Nvivo version 2. Une analyse de contenu par thèmes a ensuite été réalisée selon la méthode de Bardin (1996)⁵ comprenant deux étapes : (1) codification systématique des données; (2) regroupement des codes abordant les mêmes thèmes en vue de former les catégories finales. La validité des analyses est entre autres supportée par la triangulation des points de vue des différents acteurs selon la méthode de Lincoln et Guba (1985)⁶. Une relecture finale de la codification des données a été réalisée afin de vérifier la fidélité de la codification initiale. Les analyses finales ont également été validées par le comité plénier le 9 décembre 2002.

3.6 Forces et limites

Cette étude nous a permis de mieux documenter la manifestation des principaux problèmes vécus par les jeunes et des difficultés rencontrées par les intervenants pour y faire face. Elle nous a également permis d'identifier rapidement les problématiques sur lesquelles il semble le plus urgent d'agir. Bien qu'elle trace un portrait d'ensemble de la situation, cette étude ne nous permet pas cependant de documenter de façon très détaillée

⁴ Inventaire des programme, services et activités-clients aux Centres jeunesse de Montréal, Francine Paquette, septembre 1999.

⁵ Bardin, L. (1996). L'analyse de contenu. (8e ed.). Paris: P.U.F: le psychologue.

⁶ Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage Publications.

la manifestation des problématiques. Par ailleurs, les perceptions des intervenants, incontournables dans l'évaluation des besoins de la clientèle, ne nous permettent pas d'avoir un portrait de la prévalence plus « objective » de certaines difficultés qui sont rapportées. L'absence des jeunes et des parents dans l'échantillon final comporte une limite importante de la présente étude. En contrepartie, la présence d'un fort consensus entre les différents groupes de discussion relativement aux problématiques les plus importantes vécues par les jeunes suggère que les données recueillies sont représentatives de la réalité des 12-17 ans du CJM-IU. Plusieurs des perceptions des participants sont également confirmées par des écrits scientifiques, des données clientèle et des rapports publiés à l'interne du CJM-IU.

4 Résultats

4.1 Recension des écrits

4.1.1 *Bilan sur la situation de compromission des jeunes pris en charge par les centres jeunesse.*

Peu d'études nous permettent d'évaluer la prévalence des problématiques vécues par les jeunes âgés de 12 à 17 ans en Centre jeunesse et plus spécifiquement de ceux pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). L'étude québécoise d'incidence (ÉIQ) de Tourigny et ses collègues (2002)⁷, rapporte que la négligence est la problématique dominante chez les jeunes 0-17 ans, représentant 50 % des signalements retenus. Viennent ensuite les mauvais traitements psychologiques, les abus physiques et les abus sexuels (soit, 24 %, 24 % et 12 % des signalements retenus). L'analyse spécifique de l'échantillon CJM-IU des 12-17 ans de l'ÉIQ (n = 185) montre que la majorité des signalements retenus concernent les problèmes de comportement (60 %) et plus spécifiquement les problèmes relationnels avec les parents. Seulement 15 % des signalements retenus réfèrent à de la négligence. Cette différence entre les résultats généraux de l'ÉIQ et ceux du sous-échantillon des 12-17 ans du CJM-IU suggère que les motifs de placement varient selon les groupes d'âge. Il ne faudrait toutefois pas conclure que les problématiques de négligence ou d'abus sont nécessairement moins présentes chez les plus vieux : certains adolescents peuvent avoir été pris en charge par le CJM-IU durant leur petite enfance pour des raisons de négligence et recevoir aujourd'hui des services du CJM-IU en raison d'autres problématiques. L'analyse des données clientèle des 12-17 ans du CJM-IU nous permet également d'avoir un aperçu des situations de compromission vécues par ces jeunes. En avril 2002, on dénombrait 4246 jeunes pris en charge par le CJM-IU; dont 62 % étaient des garçons. Les motifs de prise en charge de cette clientèle suivie en vertu de la LPJ réfèrent dans :

-40 % des cas à de la négligence;

⁷ Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et M-C. Larrivée (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ) Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

- 38 % des cas à des problèmes de comportement;
- 7,4 % des cas à des abus physiques;
- 5,2 % des cas à des abandons et
- 3,8 % des cas à des abus sexuels.

La majorité des adolescents référés au CJM-IU sont suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Une proportion importante de ces jeunes résident dans leur milieu familial (56 %), 26 % sont hébergés en milieu institutionnel ou contractuel et 15 % vivent en famille d'accueil (incluant les familles élargies et les transitoires).

Tableau 1

Lieu de dispensation des services de la clientèle adolescente du CJM-IU (avril 2002)

Lieu de dispensation de services	%	N
MILIEU FAMILIAL	55,9	2375
CENTRE D'ACCUEIL HORS MONTRÉAL (en attente de placement)	3,0	129
PLACÉS EN CJM-IU ET SUIVIS PAR D'AUTRES CJ	2,3	97
PLACEMENTS DS RESS. HORS CJ (psychiatrie, toxico, surdité)	0,7	29
FOYER APPARTEMENT	0,9	39
FOYER DE GROUPE (Chambord, 16e Avenue)	0,1	5
FOYER DE GROUPE (12-17 ANS)	3,5	150
FOYER DE GROUPE (6-11 ANS)	0,1	3
FOYER DE GROUPE CONTRACTUEL	2,0	85
FOYER DE GROUPE MDA	0,2	10
GARDE DISCONTINUE	0,1	5
LOGEMENT SEMI-AUTONOME	0,2	7
PLACEMENTS � LA TRAVERS�E	0,6	24
FAMILLES D'ACCUEIL	10,3	439
FAMILLES ÉLARGIES	4,5	193
TRANSITION	0,4	16
UNITE D'ARRET D'AGIR	0,5	20
UNITE DE VIE (ENC. INTENSIF)	6,5	276
UNITE DE VIE INTERNE (GLOBALISANT)	7,8	333
URGENCE SOCIALE (Escale)	0,3	11
Total	100	4246

Toutes les données statistiques propres   chacune des directions sont pr sent es en appendice IV.

4.1.2 Les conséquences à court et à long terme des mauvais traitements sur les jeunes : une synthèse des recensions d'écrits scientifiques.

Sur la seule base des recensions des écrits les plus récentes portant sur les conséquences des mauvais traitements envers les jeunes⁸, il est impossible d'établir un lien de causalité direct entre les symptômes ou dysfonctions sociales, physiologiques et psychologiques des jeunes et leur expérience de mauvais traitements. En effet, certaines difficultés présentes chez les jeunes victimes d'abus ou de négligence parentale peuvent être des causes et/ou des conséquences des mauvais traitements infligés.

Des recherches prospectives pourraient permettre de vérifier si les symptômes étaient déjà présents avant que les mauvais traitements ne se produisent. Toutefois, ce type de recherche est très coûteux et on n'en dénombre très peu à l'heure actuelle dans la littérature scientifique. La plupart des études sont effectuées à partir de récits rétrospectifs : les biais cognitifs face à certains événements traumatiques, le déni et les effets du temps sur la mémoire peuvent donc invalider les informations recueillies. Plusieurs variables médiatrices pourraient aussi être responsables, du moins en partie, des conséquences négatives des mauvais traitements, tels que la maladie mentale des parents ou le niveau d'harmonie conjugale entre eux-ci. Il devient alors très difficile d'identifier si ce sont les mauvais traitements en soi qui sont les principaux responsables des problèmes observés chez les jeunes, ou si ce sont plutôt les caractéristiques familiales et socio-économiques. Finalement, il semble que ce soit le tiers des jeunes maltraités qui affichent des symptômes ou des problèmes qui soient détectables dans le cadre de telles études. Il arrive cependant que les effets des mauvais traitements ne soient visibles qu'au début de l'âge adulte, souvent au moment de fonder une famille ou d'établir des relations amoureuses stables.

Ainsi, considérant la complexité de cet objet d'étude et du petit nombre de recherches ayant généré le corpus de connaissances disponibles, il faut donc faire preuve d'une certaine réserve dans l'utilisation des résultats de recherches portant sur les conséquences des mauvais traitements. Les tableaux qui suivent résument les principales conséquences des mauvais traitements sur les jeunes⁹.

⁸ Peirson, L., Laurendeau, M.-C. et Chamberland, C. (2001) Context, contributing factors and consequences. Dans I. Prilleltensky, G. Nelson et L. Peirson , « Promoting family wellness and preventing child maltreatment » pp. 41-123. Toronto: University of Toronto Press.

Macdonald, G. (2001). Consequences of Maltreatment. Dans «Effective interventions for child abuse and neglect», pp 98-113. New York: John Wiley & Sons.

National Research Council (1993). "Understanding child abuse and neglect", pp. 208-252. Washington, D.C: National Academy Press.

⁹ Adaptation de Peirson, L., Laurendeau, M.-C. et Chamberland, C. (2001) Context, contributing factors and consequences. Dans I. Prilleltensky, G. Nelson et L. Peirson , « Promoting family wellness and preventing child maltreatment » pp. 51-55. Toronto: University of Toronto Press.

Tableau 2

Conséquences des abus physiques sur les jeunes ¹⁰

Fonctionnement du jeune	Conséquences
Physiologique	Brûlures, fractures, blessures abdominales et à la tête, dysfonctions corporelles sévères et mort
Émotif	Dépression, résignation, faible estime personnelle, désordre de stress post-traumatique et hypersensibilité aux stimuli négatifs de l'environnement
Psychosocial	Difficulté d'interaction avec les pairs et isolement social
Comportemental	Aggression, délinquance, comportements criminels
Cognitif	Faible niveau d'attention, peu de persévérance et peu de performance académique

Tableau 3

Conséquences de la négligence sur les jeunes ¹¹

Fonctionnement du jeune	Conséquences
Physiologique	Malnutrition, infections, faible tonus musculaire, blessures, ingestion de produits toxiques
Émotif	Apathie, affects négatifs, dépression, rage
Psychosocial	Difficulté d'interaction avec les pairs, isolement social et attachement anxieux et résistant
Comportemental	Aggression, délinquance, comportements criminels, passivité, troubles de conduite, problèmes de discipline à l'école
Cognitif	Retards scolaires et langagiers, troubles du langage et faible capacité de résolution de problèmes

Bien que peu nombreuses, les recherches indiquent que parmi l'ensemble des jeunes qui subissent des mauvais traitements, les jeunes vivant de la négligence sont ceux qui souffrent le plus intensément des conséquences adverses de cette problématique.¹²

Le tableau 4 réfère aux conséquences sur les enfants des comportements parentaux tels que le rejet, le dénigrement, la négligence émotive, physiologique et cognitive, l'exploitation, la corruption, le terrorisme et l'isolement de l'enfant.

¹⁰ Ibid.,

Macdonald, G. (2001). Consequences of Maltreatment. Dans «Effective interventions for child abuse and neglect», pp 98-113. New York: John Wiley & Sons.

¹¹ Ibid.

¹² Macdonald, G. (2001). Consequences of Maltreatment. Dans «Effective interventions for child abuse and neglect», p 102. New York: John Wiley & Sons.

Tableau 4

Conséquences des mauvais traitements psychologiques sur les jeunes

Fonctionnement du jeune	Conséquences
Physiologique	Manque d'appétit, encoprésie, énurésie, suicide
Émotif	Faible estime de soi, culpabilité, dépression, instabilité émotionnelle, manque de réponse émotionnelle aux stimuli de l'environnement, traits névrotiques
Psychosocial	Dépendance et retrait social, incapacité de faire confiance, difficulté à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes
Comportemental	Vols, mensonges, agression, prostitution, homicides
Cognitif	Retards de développement, incompétences académiques

Certaines études indiquent qu'il y a toujours de la maltraitance psychologique chez les enfants abusés physiquement. Cependant, il semble que ce soit la sévérité de la maltraitance psychologique qui prédit la sévérité des problèmes comportementaux et psychosociaux des victimes.¹³

Tableau 5

Conséquences des abus sexuels sur les jeunes

Fonctionnement du jeune	Conséquences
Physiologique	MTS, traumatismes génitaux, vaginites chroniques, grossesses, énurésie, encoprésie, auto-mutilation
Émotif	Faible estime de soi, culpabilité, dépression, syndrome stress post-traumatique, troubles alimentaires, personnalité limite, problèmes névrotiques, peur, cauchemars, sentiment de « powerlessness », d'être trahi, stigmatisé
Psychosocial	Retrait social Identité confuse
Comportemental	Fugues, comportements sexuels inappropriés, cruauté, délinquance

Les conséquences des abus sexuels sur les jeunes sont très diversifiées et peu d'études arrivent aux mêmes conclusions.

¹³ Ibid., p. 106

Tableau 6

Effets à long terme des différents mauvais traitements ¹⁴

Type de mauvais traitements	Effets à long terme observés (âge adulte)
Mauvais traitement physique	À l'âge adulte, les jeunes victimes d'abus physique sont plus à risque de : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se comporter de façon agressive et anti-sociale ➤ De souffrir de dépression, de désordre, de stress post-traumatique et d'anxiété (surtout les femmes)
Négligence	Peu de recherches nous renseignent sur cette question et les résultats disponibles sont contradictoires. On peut cependant penser que les mauvais traitements psychologiques accompagnant la négligence ont des effets importants sur la santé physique et mentale
Mauvais traitement psychologique	La seule étude disponible révèle que ce type d'abus, plus que les autres, serait associé à une grande détresse psychologique, surtout chez les femmes
Abus sexuel	Plus de risque de vivre des : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Problèmes sexuels, auto-mutilation et tentatives de suicide, troubles psychosomatiques (douleurs au ventre, maux de tête), difficulté à entrer en relation intime, dépression, abus d'alcool et de drogues, faible estime de soi, comportements agressifs et anti-sociaux

4.1.3 Les caractéristiques psychologiques et sociales des jeunes (12-17 ans) et de leurs familles suivies par les centres jeunesse.

Outre les données relatives aux situations de compromission vécues par les jeunes et à leurs conséquences, nous disposons également 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 Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Cyr et Frappier. (2000),¹⁵ 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.

¹⁴ Macdonald, G. (2001). Consequences of Maltreatment. Dans «Effective interventions for child abuse and neglect», pp 98-113. New York: John Wiley & Sons.

National Research Council (1993). "Understanding child abuse and neglect", pp.208-252. Washington, D.C: National Academy Press.

¹⁵ Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois.* (Les soins aux jeunes en difficulté-QC-411). Santé Canada.

Cette étude indique 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 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.

Les problèmes psychologiques et sociaux des parents des jeunes suivis par les Centres jeunesse :

En plus des problèmes de pauvreté et d'instabilité familiale (séparations et déménagements multiples), l'étude de Pauzé 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)¹⁶ effectuée à partir d'un sous-échantillon de l'étude de Pauzé 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 de drogue, 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.

4.1.4 Les caractéristiques psychosociales des adolescents suivis par les centres jeunesse.

Les troubles de santé mentale :

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et Forness et Knitzer (1992) (cités par Habimana, Éthier, Petot et Tousignant, 1999¹⁷), il y a présence d'un trouble de santé

¹⁶ 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*. Direction de la recherche et du développement, Centre jeunesse de Montréal.

¹⁷ Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D. et Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

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)¹⁸, 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 coll., 1994 et de Breton, Bergeron et coll., (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 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 est significativement moins lourd que celui de ceux suivis en vertu de la LPJ (Pauzé et al, 2000). L'étude de Paquette (1995) 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.

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 ¹⁹:

- 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 % de 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 nous 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)²⁰ 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

¹⁸ Gagnon, A. (2001). *Démystifier les maladies mentales : les troubles de l'enfance et de l'adolescence*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

¹⁹ Le DISC-II complété par le parent a été utilisé pour évaluer la présence de ces troubles chez les jeunes

²⁰ Drolet, C. (2002). *Recherche sur la population déficiente intellectuelle du Centre jeunesse de Montréal*. Document non publié.

jeunes présentent des doubles diagnostics de santé mentale-déficience; 60 % ont un diagnostic de déficience intellectuelle. De plus, plusieurs de ces jeunes affichaient des symptômes à des 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 sur l'ampleur de la médication de psychotropes chez les adolescents pris en charge par le CJM-IU. Lafortune et al, (2001)²¹ ayant examiné 100 dossiers de jeunes placés en internat ou en foyers de groupe, trouvent que 20 à 30 % des jeunes étaient sous médication et que la majorité était des garçons (79 %). Les ordonnances les plus fréquemment prescrites étaient, en ordre d'importance: (1) les psychostimulants (pour contrôler entre autres le TDA-H); (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.

Les problèmes psychologiques et la souffrance des jeunes suivis par les centres jeunesse

En plus de présenter des troubles de santé mentale, plusieurs jeunes souffrent de problèmes psychologiques ou présentent des symptômes associés à des troubles de santé mentale tels que définis dans le DSM-IV. Les recherches menées par Pronovost et al, (1998)²² et par Chagnon (1998)²³ indiquent que le taux de tentatives de suicides est de 4 à 10 fois plus élevés chez les jeunes des centres jeunesse que 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.

Les problèmes de comportement des jeunes suivis par les centres jeunesse

Pauzé et al, (2000) rapportent que 50 % des 12-17 ans des centres jeunesse manifestent des problèmes de comportement. Il semble que 34 % des adolescents présentent des

²¹ Lafortune, D. et al, (2001). Résultats préliminaires. *Nouvelles Express : le journal de l'Institut universitaire des Centres jeunesse de Montréal*. Vol, 6, no 18.

²² Pronovost, J., Leclerc, D. (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s en centres jeunesse : rapport final, faits saillants*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

²³ Chagnon, F. (1998). *Étude des manifestations suicidaires chez des adolescents admis en centres jeunesse dans la région de Montréal*.

problèmes de délinquance, 22 % des comportements agressifs. En ce qui concerne la consommation de drogues et d'alcool, 78,4 % des jeunes affirment consommer de la drogue assez régulièrement et 88 % avaient consommé en moyenne de l'alcool durant 2,6 jours sur une période d'un mois. La même étude révèle qu'environ 13 % des 12-17 ans ont abandonné l'école et que 60 % d'entre eux vivent des retards scolaires importants. Finalement, il semblerait qu'environ 15,7 % des adolescentes suivies par les CJ vivent des grossesses (comparativement à 4 % chez les canadiennes du même âge)²⁴.

L'étude de Paquette (1997)²⁵ nous permet d'avoir un portrait descriptif des troubles de comportement de la clientèle des services globalisants du CJM-IU. Parmi les 623 garçons pris en charge en 1995-1996, 27 % l'étaient pour des motifs d'agressivité envers les adultes, 15 % en raison de consommation de drogues et de délinquance, 10 % l'étaient pour des vols, 7,5 % pour l'absentéisme scolaire et 5,5 % en raison de leur appartenance à un gang. Fredette et al, (2000)²⁶ documentent plus en profondeur le profil psychologique et social de 22 adolescents en réadaptation au CJM-IU et membres actifs de gangs. Ces gangs, constitués de membres appartenant à des communautés culturelles très diversifiées, sont fortement criminalisés, armés et violents. Il ressort de cette étude que les garçons ont souvent abandonné l'école et que leur réseau est composé de plusieurs jeunes associés à la délinquance. Ces jeunes se dissocient des gangs lors de la première arrestation ou du placement en centre d'accueil, dépendamment de la protection qui leur est offerte par le système. La plupart viennent de familles monoparentales, ont connu des placements multiples et des abus psychologiques.

L'étude de Granger (1999)²⁷ nous permet quant à elle d'avoir un aperçu détaillé du nombre des délits qui ont été commis par les jeunes âgés de 12-17 ans qui sont suivis par le CJM-IU. Il semble que 45 % des adolescents pris en charge par le CJM-IU ont commis un vol et / ou des voies de faits, alors qu'en 1994, une étude rapportait qu'environ 6 % des jeunes de la région de Montréal-Centre avaient commis des infractions au code criminel²⁸. Les délits les plus fréquemment observés chez les jeunes du CJM-IU sont les vols de moins de 1000 \$ (n=867), les voies de fait (qui incluent des agressions armées, n=516) et l'introduction par infraction (n=366). Les offenses à caractère violent les plus fréquentes sont surtout observées chez les garçons, soit l'utilisation d'armes, d'explosifs et d'armes à feu (n=28) et les agressions sexuelles (n=21).

²⁴ King, A.J.C., Boyce, W.F. et King, M.A. (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada. (no de catalogue H39498/1999F)*. Ottawa : Santé Canada.

²⁵ Paquette, F. (1997). *Portrait de la clientèle services globalisants*. Direction de la Recherche et du Développement, Les Centres jeunesse de Montréal.

²⁶ Fredette, C; Proulx, J; Hamel, S (2000). *Le défi de la réadaptation des garçons membres de gangs. Une enquête-terrain menée auprès de garçons hébergés en centre de réadaptation et auprès d'intervenantes et d'intervenants des centres jeunesse*. Montréal : Université de Montréal, Centre International de criminologie comparée.

²⁷ Granger, R. (1999). Données statistiques concernant les usagers des Centres jeunesse de Montréal et du Centre jeunesse et de la famille Batshaw. Montréal : Les Centres jeunesse de Montréal.

²⁸ Direction des affaires policières du ministère de la Sécurité publique. (1995). *Statistique 1994, criminalité et application des règlements de la circulation au Québec*. Québec : Ministère de la sécurité publique.

4.2 Les recommandations pour améliorer l'intervention auprès des 12-17 ans et une meilleure gestion des services : synthèse des documents disponibles au CJM-IU

Plusieurs rapports et études produits au cours des dernières années et disponibles au CJM-IU indiquent des pistes d'amélioration à adopter dans le domaine de l'intervention auprès des jeunes.

5.1 *Survол des documents et avis provenant de diverses consultations pouvant servir à identifier les besoins des usagers suivis par la direction territoriale.*

En 2000 se menaient au CJM-IU diverses consultations impliquant des usagers, des parents, des intervenants et des gestionnaires, en vue d'évaluer la qualité et le fonctionnement général du CJM-IU, et ce dans le cadre de la démarche d'agrément menée dans l'établissement. Rappelons que l'agrément « est un système d'appréciation de la qualité des services reposant sur une démarche d'auto-évaluation des services, quant aux processus et aux résultats, au moyen de normes pré-établies ». Il s'agit aussi d'une certification de la qualité des services par un organisme extérieur, le Conseil québécois d'agrément, et l'évaluation de la capacité d'amélioration de l'établissement »²⁹. Le système d'agrément porte sur 6 objets d'évaluation : l'offre de services, le rapport avec les clients, le rapport avec les partenaires, les opérations, le climat organisationnel et les ressources. Le tableau 7 résume les grandes recommandations proposées dans le cadre de la démarche d'agrément en lien avec les clientèles desservies en territoire.³⁰

Tableau 7

Recommandations suite à la démarche d'agrément par rapport au suivi en territoire

- Améliorer et systématiser la qualité des processus cliniques (PI-PII), évaluation des besoins
- Impliquer les parents dans les diverses étapes de l'intervention (PI-PII, évaluation des besoins)
- Offrir des activités aux parents
- Privilégier une intervention de nature systémique afin de protéger les acquis de l'intervention auprès du jeune
- S'assurer que les parents et les jeunes sont bien renseignés sur leurs droits et leurs responsabilités et sur les ressources qui leur sont offertes (préparer un document qui sera systématiquement distribué aux familles)
- Être plus sensible à l'opinion des jeunes et des parents dans la planification de l'intervention
- Intervenir avec plus d'intensité auprès des clientèles
- Assurer une continuité dans les interventions (communication entre intervenants, réduction du nombre d'intervenants assignés au dossier, programmation clientèle)
- Porter une attention particulière au besoin d'intimité des jeunes, surtout dans les foyers de groupe
- Renforcer les règles de confidentialité des dossiers

²⁹ Demers, L. (2000). L'agrément aux centres jeunesse de Montréal. Présentation au conseil d'administration (25 janvier 2000). DSPR, les Centres jeunesse de Montréal.

³⁰ Demers, L., Laganière, M., Laframboise, J., Leclerc, J., Granger, R. (2002) *Démarche d'agrément : rapport avec le client et les opérations*. Les Centres jeunesse de Montréal.

4.3 Documents et avis provenant de consultations et pouvant servir à identifier les besoins des usagers suivis par la direction des services aux adolescent(es)

Le rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans, souligne l'importance de³¹ :

- favoriser en internat le développement global des adolescents et surtout de leur autonomie;
- développer un outil qui permettrait d'évaluer systématiquement les différents volets du développement du jeune et de faire en sorte que le jeune se donne les moyens de réaliser son projet de vie;
- travailler en continuité avec les ressources du milieu, dans le respect de la philosophie de l'approche milieu.

Ce rapport présente également les perceptions des intervenants concernant les services d'internat au CJM-IU. Selon eux, il s'agit d'un « fourre-tout », d'un dépannage, d'un service qui vient en bout de ligne et qui punit plus qu'il ne rééduque, un service qui doit retrouver sa place dans le continuum. Toujours du point de vue de ces intervenants, les jeunes en internat arrivent après avoir vécu beaucoup d'échecs de placements diversifiés et ils sont en très grande souffrance psychologique.³²

Ce rapport cite les propos d'experts dans le domaine de la réadaptation au Québec. Ainsi, selon Tremblay (1998), idéalement on ne devrait pas avoir recours à un internat, mais bien à une intervention intensive dans une ressource du milieu, avec un ratio un intervenant par jeune, considérant que le phénomène d'imitation entre les pairs est néfaste dans l'internat³³. Leblanc (1998) estime qu'il faut une période d'environ un an d'intervention pour atteindre une réelle rééducation chez les jeunes. Or, on tente de diminuer de plus en plus le temps de placement des jeunes³⁴. Achille, Foucault et Métivier (1998) estiment que le centre de réadaptation ne doit pas se limiter à des arrêts d'agir, puisque ces jeunes souffrent de rupture de relations. En agissant de la sorte, on ne fait que rendre les jeunes asymptomatiques et on ne travaille pas sur l'origine clinique du problème.³⁵

Le tableau 8 résume les principales recommandations effectuées dans le cadre de la démarche d'agrément en lien avec les clientèles filles adolescent(es)³⁶. De façon plus spécifique, nous présentons ci-dessous les principaux constats qui émergent de la

³¹ Rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans (1999). *Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*. Québec : Association des centres jeunesse du Québec

³² Ibid., p.10.

³³ Ibid, p.11

³⁴ Ibid, p.56

³⁵ Ibid., p. 59

³⁶ Demers, L., Laganière, M., Laframboise, J., Leclerc, J., Granger, R. (2002) *Démarche d'agrément : rapport avec le client et les opérations*. Les Centres jeunesse de Montréal.

démarche d'agrément³⁷ et du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans³⁸ qui portait sur le niveau de satisfaction de la clientèle. Les jeunes voudraient :

- Avoir un accès plus facile au système de plainte lorsque cela le nécessite
- Améliorer la relation avec leurs parents et augmenter le temps de présence de ces derniers dans l'internat
- Bénéficier d'une plus grande tranquillité dans les unités de vie avec des moments pour se retirer seul
- Avoir accès à de la nourriture de plus grande qualité
- Pouvoir compter sur des intervenants stables de façon plus intensive
- Avoir des contacts avec leurs milieux de vie durant le placement (école, organismes de loisirs...).

Tableau 8

Recommandations de la démarche d'agrément sur les services aux adolescent(es)

Synthèse des recommandations pour les adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'une plus grande concertation dans la planification de l'intervention (PI) <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'un meilleur arrimage entre l'intervention psychosociale et de réadaptation, la double-intervention n'est pas appropriée pour les jeunes en internat • Besoin d'un meilleur arrimage entre l'intervention des équipes, celle des milieux scolaire et de santé • Besoin d'une meilleure communication entre intervenants pour jeunes par rapport aux problèmes de violence • Besoin de mieux intégrer les parents au processus d'intervention • Besoin d'une plus grande continuité scolaire pour les adolescentes placées • Respecter davantage la confidentialité des dossiers des jeunes • Assurer une meilleure formation aux intervenants • Offrir un cadre de prise en charge où les filles se sentent plus en sécurité
Synthèse des recommandations pour le milieu globalisant garçons
<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les parents dans la démarche d'intervention • Assurer une continuité des services et préciser le mandat du service de la réadaptation <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une meilleure collaboration avec les territoires • Assurer une meilleure programmation en lien avec le besoins spécifiques du jeune et son développement global <ul style="list-style-type: none"> • Mettre plus d'emphasis sur l'insertion sociale des jeunes et diminuer la durée des séjours
Synthèse des recommandations pour l'encadrement intensif
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer davantage les parents à l'intervention (réalisation du PI) et aux activités parents-enfants • Besoin de soutien pour adapter les interventions à la diversité culturelle en matière de discipline

³⁷ Bouchard, C. (2000). *Résultats du sondage sur la satisfaction des usagers des Centres jeunesse de Montréal*. Québec : Conseil québécois d'agrément d'établissements de santé et de services sociaux. Et document inédit de Granger, R. (2002) sur les faits saillants de l'étude.

³⁸ Rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans (1999). *Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*. Québec : Association des centres jeunesse du Québec

5. Analyse et interprétation des résultats de l'étude de besoins des 12-17 ans

Dans cette section, nous présenterons d'abord pour chacune des directions rencontrées, les problèmes les plus importants vécus par les jeunes, tels que perçus par les répondants. Nous présenterons ensuite une analyse transversale (toute direction confondue) de ces problèmes. Dans un deuxième temps, nous présenterons aussi une analyse transversale des principales difficultés rencontrées par les intervenants lors de la réponse aux besoins des jeunes. Finalement, nous présenterons sous forme de tableaux synthèse, les recommandations formulées par chacun des groupes de travail concernant les problèmes clientèle et les difficultés d'intervention identifiées.

5.1 Les problèmes importants vécus par les jeunes

5.1.1 Les problèmes les plus importants vécus par les adolescents suivis en territoire

Au préalable à l'identification des problèmes les plus importants vécus par les jeunes, les membres des deux groupes territoriaux ont spécifié qu'il serait important de ne pas limiter l'exercice à une simple énumération de symptômes, mais de considérer aussi ce qui pourrait être à l'origine de telles manifestations. De l'avis de ces deux groupes de répondants, la négligence subie et la carence affective dont souffrent plusieurs jeunes expliqueraient en bonne partie les multi-problématiques vécues par les adolescents. Le groupe du sud-est identifie l'âge du jeune lors de son premier placement comme autre paramètre important à considérer dans l'évaluation des problèmes. Le placement en bas âge augmenterait la sévérité des troubles de l'attachement. Différemment, le placement à un âge plus élevé serait davantage associé à des problèmes relationnels parent-enfant.

La logique de détermination des priorités des participants du groupe du nord-ouest procède des critères suivants: 1) prévalence du problème; 2) importance du problème dans sa contribution à l'apparition d'autres problèmes; 3) conséquences du problème sur la vie du jeune; 4) défis pour l'intervention. Dans cette logique, les troubles de comportement, bien qu'ils soient très fréquents selon les participants (les données clientèle et l'étude de Pauzé et al, 2000 le confirment aussi), n'apparaissent pas parmi les trois problèmes les plus importants, puisqu'ils sont conçus comme le symptôme d'un malaise plus profond vécu par les jeunes.

Le tableau 9 en page résume les principaux problèmes perçus par les participants. De façon générale, les participants du territoire du sud-est ont mentionné les mêmes problèmes que ceux du nord-ouest (sans toutefois les classer en ordre d'importance) en mettant plus d'emphase sur la présence de désœuvrement des jeunes, souvent caractérisé par des affects dépressifs et d'absence de projet d'avenir, pouvant dans les cas les plus extrêmes aller jusqu'à la dépression clinique, les agirs et idéations suicidaires ainsi que l'auto-mutilation.

Tableau 9

Synthèse de l'exercice de priorisation des problèmes des jeunes effectués par le territoire nord-ouest

1^{er} : Les jeunes abandonnés et/ou rejetés (formellement ou informellement, sans réseau, sans modèle d'identification positif avec intégration sociale difficile (en raison de la négligence subie, de la pauvreté des relations familiales et des nombreuses reconfigurations familiales).

2^e : La dysfonction chronique de certaines familles (dynamiques conflictuelles, toxicomanie des parents, problèmes de santé mentale, négligence, instabilité émotionnelle et conjugale, pauvreté économique, culturelle et criminelle).

3^e : Les problèmes graves de santé mentale (tant chez les jeunes que chez les parents) : anxiété, idéations suicidaires, troubles de la conduite, hyperactivité, augmentation de diagnostics psychiatriques et de médicaments psychotropes.

Autres problèmes importants :

-Problèmes sévères de comportement : augmentation de la violence, intolérance à la frustration, recherche effrénée du plaisir immédiat, appartenance à des gangs criminalisés, hausse de la prostitution chez les filles, consommation de drogues, décrochage et absentéisme

-Problèmes socio-affectifs sévères : absence d'adulte significatif qui agit à titre de modèle positif : problèmes d'identité sexuelle, questionnement dans les rapports homme-femme, violence dans les relations amoureuses, méfiance à instaurer des relations affectives (peur du rejet) et besoin de s'identifier à des gangs. Problèmes d'intégration sociale de certaines communautés culturelles.

Les graves problèmes d'intégration sociale des jeunes, qui sont sans réseau et parfois abandonnés plus ou moins formellement par leur milieu familial, inquiétaient particulièrement les participants des deux groupes qui, face à une telle situation, se sentaient impuissants et peu outillés. Le groupe du nord-ouest a également fait mention de la situation de jeunes issus de communautés culturelles abandonnés par leur famille à la suite d'un placement. La situation des jeunes abandonnés soulève également de nombreuses questions pour les acteurs en protection de la jeunesse: que faire avec ces jeunes sans réseau et parfois sans projet de vie? qu'arrive-t-il à ces jeunes lorsqu'ils atteignent la majorité? à qui devons-nous les référer? La dysfonction chronique des familles des jeunes, ainsi que les troubles de santé mentale qui semblent affecter une proportion importante des adolescents ont aussi été décrits comme des problèmes très importants parmi les clients des territoires.

Tableau 10

Synthèse de l'exercice d'identification des problèmes importants vécus par les jeunes par le groupe du territoire du sud-est (sans ordre d'importance)

- **Problèmes graves de santé mentale** : auto-mutilation, idéations suicidaires et agirs suicidaires, symptômes dépressifs, phobies scolaires, troubles de la personnalité état-limite, consommation importante de psychotropes)
- **Problèmes sévères de comportement** : impulsivité, violence verbale et physique, adhésion à des gangs, consommation de drogues, absentéisme scolaire
- **Problèmes socio-affectifs graves : problèmes identitaires** (identité de genre et sexuelle et orientation sexuelle), **immaturité** (égocentrisme et recherche du plaisir à tout prix, fuite devant l'effort, difficulté à se prendre en main), **faibles habiletés sociales**, absence de liens significatifs avec un adulte
- **Absence de projet de vie et intégration sociale difficile** : surtout chez les 17 ans et plus (emploi, logement et réseau social difficiles à trouver)

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.

On pourrait penser que la liste des problèmes mentionnés réfère autant aux jeunes suivis dans leur milieu naturel qu'à ceux placés en internat. En effet, les participants trouvaient parfois difficile de parler uniquement des jeunes suivis dans le milieu naturel, bien que cela leur était indiqué d'en faire abstraction le plus possible (sachant que d'autres groupes de travail se penchaient sur la question). Cependant, en appui à la validité de ces données, les membres du comité plénier de la direction territoriale ont estimé que ce portrait était très représentatif des jeunes suivis dans leur famille ou dans des ressources de type familial.

5.1.2 Les 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). Les participants ont proposé une liste de problèmes ordonnés selon leur importance (voir tableau 10). Dans cette logique de détermination des priorités, étaient considérées comme plus importantes les problématiques qui ne se résorberaient pas avec le temps, ainsi que celles pouvant constituer la cause plus profonde des autres symptômes et problématiques affichés par les jeunes.

Tableau 10

Synthèse de l'exercice de priorisation des problèmes des adolescentes effectuée par le groupe de la direction des adolescentes

1^{er} Problèmes sévères de santé mentale : suicide, troubles de l'humeur, psychose, personnalité états limite et anorexie et problèmes associés à la carence affective (faible estime de soi, immaturité)

2^e Les problèmes associés à la carence affective : faible estime de soi, repli sur soi, immaturité, affective : pensée égocentrique, intolérance à la frustration

3^e La négligence parentale : caractérisée par un faible encadrement des enfants (dynamique de l'enfant-roi), faible investissement affectif des enfants et abandons dans certains cas

Autres problèmes importants :

-Problèmes graves de comportements (adhésion à des gangs, hausse de la violence physique et verbale, opposition à l'autorité, comportements excessifs (recherche de sensations fortes), comportements très sexualisés, abandons scolaires

-Problèmes socio-affectifs : *problèmes identitaires* (absence de modèles positifs), *immaturité* (difficulté de se prendre en main, fuite devant l'effort, recherche de plaisir), *absence de projet de vie et d'intégration sociale de plusieurs jeunes dont celles issues des communautés culturelles*

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

Tout comme l'ont rapporté les participants des groupes territoriaux, la négligence parentale constitue la situation de compromission qui engendre le plus de conséquences adverses sur le développement global des jeunes. Par ailleurs, on remarque que de plus en plus de jeunes filles provenant de milieux socio-économiques favorisés sont admises en hébergement. On explique cette situation entre autres, par le fait que les parents de ces jeunes sont aux prises avec des exigences professionnelles ne leur permettant pas d'encadrer convenablement leur enfant.

Les participants ont expliqué que le profil psychologique des adolescentes expliquerait plusieurs problèmes graves de comportement qu'elles affichent, tels que les agirs extrêmes, les comportements sexualisés, l'adhésion à des gangs et le manque d'assiduité scolaire. Les agirs extrêmes des jeunes et le désir quasi constant de vérifier où se situent leurs limites est un phénomène dont les participants ont parlé tout particulièrement. La recherche de sensations fortes pourrait être mise en lien avec le vide intérieur et l'absence de projet de vie ressentis par beaucoup d'adolescentes. On remarque aussi une banalisation de la violence et du sexe (par l'habillement de plus en plus « sexualisé » des jeunes). L'intolérance à la frustration des adolescentes de même que leur rejet de l'autorité constituent un défi important pour les intervenants : il est difficile d'établir des relations de confiance avec celles-ci. On observe aussi une augmentation de l'agressivité, non seulement verbale, mais aussi physique.

En ce qui concerne la catégorie des problèmes socio-affectifs, les participants ont mentionné l'absence de projets de vie chez des filles de plus en plus jeunes (11 ans). Cette situation fait en sorte notamment que ces jeunes sont peu motivées à s'investir dans les activités éducatives qu'on leur propose, n'y voyant que peu d'intérêt. Ceci peut aussi engendrer des conséquences importantes à long terme dans la vie de ces jeunes, il apparaît donc important de s'y attarder, même si cela ne concerne pas la majeure partie de la clientèle.

5.1.3 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). Selon les participants, une masse critique de jeunes présentement pris en charge en internat profiteraient davantage d'un autre milieu de vie, tel que les foyers de groupes en territoire.

Préalablement à l'analyse des problèmes importants vécus par les jeunes, les participants ont proposé une typologie de leur clientèle selon trois groupes. Soit, (1) les jeunes caractérisés par une grave problématique d'abandon, sans ressource familiale et sans projet de vie. (2) Un deuxième groupe composé de jeunes qui vivent du rejet parental et social, qui ont des troubles graves du comportement qui ont développé des rapports sociaux utilitaires et qui sont plus à risque de souffrir de problèmes de toxicomanie et de prostitution. (3) Un troisième groupe de jeunes qui ont connu des manques graves dans leur relation d'attachement, sans nécessairement avoir vécu du rejet chronique. Ces jeunes présentent aussi des troubles de comportement, de décrochage et de consommation d'alcool et de drogues. La sévérité des problèmes vécus par ces jeunes dépendrait notamment de leur histoire de placement : ceux qui sont placés à la suite d'une crise ponctuelle constitue la clientèle qui s'en sort le mieux et auprès de laquelle les interventions semblent les plus efficaces. À l'inverse, les jeunes placés depuis longtemps au CJM-IU et qui n'ont pas réussi à s'intégrer dans leurs milieux de vie constituent une clientèle lourde auprès de laquelle les intervenants se sentent impuissants et peu efficaces. Les participants précisent aussi que plusieurs jeunes de cette clientèle lourde ont en quelque sorte « brûlé » les moyens d'intervention dont disposent les intervenants.

Le tableau 11 présente en synthèse les problèmes les plus importants rapportés par les participants. La problématique des jeunes abandonnés semble particulièrement préoccupante pour les répondants. On rapporte à cet effet, comme cela l'a été dans les autres groupes, le défi important que pose la réintégration sociale des adolescents les plus âgés et sans réseau social. Ceci est particulièrement grave dans le cas des jeunes qui approchent l'âge de 18 ans.

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 ?

Tableau 11

Problèmes prioritaires perçus par la direction des adolescents
(globalisant et foyer de groupe)

<p>1^{er} : Les jeunes abandonnés et absence de projet de vie : jeunes qui ont connu placements récurrents, avec faibles habiletés sociales, habitudes de vie néfastes et absence de réseau</p> <p>2^e : Les problèmes graves de santé mentale : troubles de la personnalité état-limite, idéations suicidaires, détresse profonde consommation de psychotropes élevée</p> <p>3^e : Le manque d'habiletés sociales (dynamique de rejet)</p> <p>Autres problèmes importants :</p> <p>Troubles sévères de comportement : hausse de la violence verbale et physique, hausse de la consommation de drogues et d'alcool, fugues, prostitution, impulsivité, décrochage scolaire, délits</p> <p>Immaturité affective sévère : déni et fuite des problèmes, recherche du plaisir à tout prix, égocentrisme et intolérance à la frustration</p>

En ce qui concerne le manque important d'habiletés sociales observé chez les jeunes, les intervenants ont particulièrement mentionné qu'il était très difficile pour ces jeunes d'établir des relations sociales significatives. En effet, ces jeunes se positionnent souvent dans un rôle de « bouc-émissaire » et suscitent le rejet de la part de leur entourage. Ce patron comportemental augmente le risque d'abandon et la possibilité que ces jeunes se confrontent à leur majorité à l'absence de ressources sociales pouvant les accueillir.

Enfin, au chapitre des troubles graves du comportement, on remarque une augmentation des manifestations de violence (menaces de mort), de comportements de désorganisation subite chez les plus jeunes (11-12 ans). Selon les participants, plusieurs jeunes devraient être suivis en vertu de la LJC, considérant l'ampleur de la délinquance qu'ils affichent.

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. Ils ont préféré procéder à une description systématique des principaux problèmes vécus et perçus comme importants chez les jeunes clients (*voir* tableau 12).

Tableau 12

Synthèse des problèmes importants vécus par les jeunes selon le groupe de discussion de l'encadrement intensif

<p>-Problèmes graves de santé mentale : troubles d'opposition, structure psychotique, personnalité limite, idéations suicidaires, syndrome Gilles de la Tourette, abuseurs sexuels, médication de psychotropes</p> <p>-Problèmes graves de comportement : excitation excessive des plus jeunes, agirs sexuels inappropriés, abuseurs potentiels et réels, consommation d'alcool et de drogues, auto-mutilation et manque d'hygiène de base</p> <p>-Immaturité et habiletés sociales déficitaires : difficulté à entrer en relation (non-respect de la bulle des autres), immaturité affective (égocentrisme, carence, intolérance à la frustration), isolement social</p> <p>-Retards cognitifs sévères : difficulté de comprendre le langage, de suivre les programmes scolaires réguliers, capacité d'imiter plutôt que de réellement intégrer les apprentissages</p> <p>-Intégration sociale difficile : ils brûlent les ressources lorsqu'ils retournent dans leur milieu, intégration en emploi difficile car les habiletés sociales de base hors institution sont peu développées</p>
--

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 psychotrope³⁹.

En ce qui a trait aux troubles graves du comportement, on remarque que les 12-14 ans sont beaucoup plus effervescents que les plus vieux, moins capables de se contrôler et de mentaliser ce qu'ils vivent. Les agirs sexuels entre ces jeunes seraient fréquents et l'on observe une difficulté importante chez ces jeunes à respecter l'intégrité des autres.

Sur le plan du développement socio-affectif, on remarque que les jeunes qui sont en encadrement intensif de 12 à 17 ans sont beaucoup plus immatures et égocentriques, qu'ils contrôlent avec difficulté leur impulsivité et s'intègrent peu au plan social. Ces jeunes ont souvent brûlé les ressources dont ils disposaient dans leur milieu naturel. Ils souffrent d'isolement social de façon prononcée.

Au plan du développement cognitif, plusieurs jeunes affichent des retards importants, bien qu'ils demeurent tout de même capables d'apprendre des métiers techniques (par imitation) et de performer relativement adéquatement dans leur emploi. Le principal défi à l'intégration au monde du travail chez ces jeunes consiste en leur manque chronique d'habiletés sociales.

5.1.4 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)⁴⁰ et les analyses des dossiers clientèle effectuées par Gommier, Jomphe, Laporte en collaboration avec la DSPR (2002).

Il semble que la plupart des jeunes pris en charge par les services spécialisés le sont jusqu'à leur majorité et que plusieurs sont dans une situation d'abandon. Il est fréquent que les parents de ces jeunes présentent une déficience intellectuelle importante posant obstacle à leur capacité de s'occuper de leurs enfants.

³⁹ Perreault et Gagné (2002). Étude des dossiers médicaux des jeunes de CDP. Non publié.

⁴⁰ Drolet, C. (2002). Recherche sur la population déficiente intellectuelle du Centre jeunesse de Montréal. Document non publié.

Tableau 12

Synthèse de l'exercice d'identification des problématiques importantes effectuée par le groupe des services spécialisés

-Problèmes graves de santé mentale : troubles graves du comportement, hyperactivité, symptômes psychotiques : mauvais contact avec la réalité, problèmes perceptuels, sentiments d'irréalité, rapport au corps difficile

-Problèmes graves de fonctionnement cognitif : déficience, retards d'apprentissage, difficulté à se situer dans le temps et l'espace, difficulté à comprendre le langage, rigidité cognitive et difficulté à se concentrer

-Problèmes graves de comportement : (qui ne doivent pas être interprétés comme ceux des délinquants), surexcitation, difficulté à se concentrer, beaucoup d'agirs sexuels, impulsivité

-Immaturité affective et sociale très importante : difficultés à entrer en relation, insécurité affective, manque d'autonomie, intolérance au changement et souffrent d'un manque de contact parental

-Problèmes de langage sévères

-Malaises physiques et psychosomatiques importants : infections multiples, blessures

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 spécialisés⁴¹ 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.

Les participants ont tenu à préciser que les problèmes graves de comportement de ces jeunes ne peuvent être interprétés de la même façon que chez ceux de la clientèle

⁴¹ Cette étude s'est réalisée auprès de la clientèle du Foyer 16^e Avenue, Chambord et la Caravelle.

délinquante chez qui l'on retrouve une structure de personnalité beaucoup plus organisée. Les problèmes de comportement ne sont pas aussi intentionnels et ils se manifestent dans une logique d'action caractérisée par de l'immaturation affective, cognitive et sociale.

Le profil de cette clientèle varie quelque peu selon les milieux d'hébergement. L'étude de Drolet (2002) indique que les jeunes du foyer Chambord sont ceux qui présentent le profil le moins lourd. Ces jeunes seraient davantage autonomes et capables de suivre un programme scolaire spécialisé et ils s'intègrent bien aux activités dans la communauté. Bien qu'ils présentent des difficultés de comportement, ils n'ont pas besoin d'être encadrés au sein d'unités d'arrêt d'agir. Différemment, les jeunes de la Caravelle sont décrits comme étant les plus sévèrement atteints : certains présentent des troubles graves du comportement (nécessitant des retraits fréquents à l'unité d'arrêt d'agir) et d'autres des traits psychotiques importants (angoisses, contact avec la réalité instable et médication d'anti-psychotiques). Ces jeunes présentent également des lacunes importantes au plan de leur autonomie fonctionnelle.

5.2 Analyse transversale des problèmes les plus importants vécus par les adolescents suivis par le CJM-IU

Les groupes de discussion affichent une grande convergence en ce qui a trait aux constats généraux concernant la clientèle des adolescents:

- 1) les clientèles de chacune des directions ne constituent pas un tout homogène : plusieurs sous-groupes ont des besoins différents selon leur âge, leur problématique et la durée de leur placement;
- 2) plusieurs jeunes sont en situation d'abandon (informelle) sans que cela ne soit inscrit dans leur dossier;
- 3) les problèmes de comportement ou socio-affectifs graves des jeunes doivent être compris comme étant le symptôme de leur souffrance plus profonde (souvent engendrés entre autres par de la négligence et /ou le rejet parental dont ils font l'objet).

De manière générale on observe une forte convergence entre les groupes concernant les problématiques perçues comme étant les plus importantes (*voir* tableau 13). Ce évidemment, tout en tenant pour compte les nuances locales et les couleurs propres à chacune des directions concernant les manifestations plus particulières de ces grandes problématiques, ainsi qu'en ce qui a trait aux critères utilisés pour évaluer leur importance. Il est également important de mentionner que cet effort de détermination des priorités ne doit pas laisser dans l'oubli certaines problématiques moins fréquentes, mais qui semblent avoir des impacts importants dans la vie des jeunes (par exemple, les abuseurs sexuels dont seulement la direction des adolescents -et surtout l'encadrement intensif- a fait mention ou la question de l'intégration sociale des communautés culturelles dont trois groupes ont parlé sans les classer parmi les trois plus importantes).

Tableau 13

Synthèse des cinq problématiques des jeunes perçues comme les plus importantes par l'ensemble des groupes de discussion

- | |
|---|
| <p>1^{er}) Problèmes sévères de santé mentale et la médication importante de psychotropes : troubles de la conduite, de l'humeur, de la personnalité état-limite, idéations suicidaires, symptômes psychotiques, hyperactivité</p> <p>2^e) Absence de projet de vie chez les 12-17 ans (désespoir des jeunes et abandons) et intégration sociale difficile des 17 ans et plus</p> <p>3^e) Lourdeur des problèmes vécus par les parents (santé mentale, isolement, toxicomanie, instabilité familiale)</p> <p>4^e) Grave carence affective des jeunes associée à leur passé de négligence (qui se traduit par de l'immaturation, de l'égoïsme et de l'intolérance à la frustration)</p> <p>5^e) Manque d'habiletés sociales des jeunes ne favorisant pas leur intégration sociale</p> |
|---|

Certains résultats de recherche appuient la perception des participants tant qu'à l'importance des problèmes sévères de santé mentale. L'étude de Pauzé et al, (2000)⁴² indique que 52 % des jeunes de 12-17 ans du CJM présentent des troubles de santé mentale, 58 % des parents des adolescents du CJM-IU auraient connu au moins un trouble de santé mentale à vie (principalement la dépression) selon Laframboise (2001)⁴³. La plupart des études internes (Lafortune, 2001⁴⁴; Perrault et Gagné, (2002) indiquent qu'entre 20 à 30 % de la clientèle est sous médication de psychotropes. Ces résultats témoignent donc de l'ampleur de cette problématique chez les clients. Cette situation engendre de nombreux défis pour les intervenants au quotidien : ils doivent transiger avec des médicaments dont ils ne connaissent pas les effets sur le comportement des jeunes et intervenir auprès des jeunes, souvent sans profiter de l'appui nécessaire du milieu de la psychiatrie, et en l'absence d'outils et de connaissances cliniques adéquates.

La question de la situation d'abandon de certains jeunes dont plusieurs ont parlé n'est quant à elle pas très documentée dans les études actuelles. En effet, nous ne disposons que de données sur les situations formelles d'abandon (officiellement environ 3 à 5 % selon les directions clientèles du CJM-IU), ce qui représenterait une sous-estimation importante selon plusieurs participants de l'ampleur réelle de ce problème. L'abandon des jeunes confronte bon nombre d'intervenants à l'impuissance devant le manque de temps, de ressources et d'outils nécessaires afin de venir en aide aux jeunes abandonnés.

⁴² Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*. (Les soins aux jeunes en difficulté-QC-411). Santé Canada.

⁴³ 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*. Direction de la recherche et du développement, Centre jeunesse de Montréal.

⁴⁴ Lafortune, D. et al, (2001). Résultats préliminaires. *Nouvelles Express : le journal de l'Institut universitaire des centres jeunesse de Montréal*. Vol, 6, no 18.

Ce problème a des impacts importants à long terme : où iront ces jeunes après 18 ans si on ne réussit pas avant leur majorité à développer autour d'eux un réseau de soutien adéquat?

Les statistiques relatives aux tentatives de suicide des jeunes du CJ -entre 33 % et 39 % des jeunes en auraient fait une (Chagnon, 1998 et Pronovost et al, 1998)⁴⁵- constituent un des indicateurs qui appuie la perception des participants concernant l'ampleur du désespoir des jeunes et l'absence chez eux d'un projet d'avenir motivant. Cette situation crée également un fort sentiment d'impuissance chez les intervenants : plusieurs considèrent qu'il faudrait développer davantage d'interventions s'adressant spécifiquement à ce grave problème.

En ce qui concerne le constat relatif à la lourdeur des problèmes vécus par les parents, il est largement appuyé par les résultats de Pauzé (2000)⁴⁶. La majorité des parents des jeunes suivis par les CJ auraient souffert d'au moins un trouble de santé mentale à vie, vivent dans la pauvreté et ont connu des changements majeurs (ruptures fréquentes et recompositions familiales) au plan de leur vie conjugale et familiale. La perception des intervenants relativement à l'importance de la négligence se trouve aussi fortement appuyée par les études disponibles sur le sujet. En effet, comme l'indique l'ÉIQ (2002)⁴⁷, le principal motif de compromission est la négligence chez les jeunes de 0-18 ans. Aussi, la recension des écrits de Macdonald (2001)⁴⁸ nous indique que parmi l'ensemble des mauvais traitements, la négligence constitue celui qui fait souffrir le plus intensément les jeunes. Au nombre des obstacles à l'intervention face à cette problématique les intervenants rapportent notamment le fait que les parents sont souvent résistants à reconnaître qu'ils ont joué un rôle dans la souffrance vécue par leur enfant (car souvent ils en ont été victimes dans leur enfance) et le manque d'outils et/ ou de programmes spécialisés afin de mieux soutenir les familles.

Enfin, en ce qui concerne l'ampleur du manque d'habiletés sociales chez les jeunes, nous ne disposons pas de données nous permettant d'en évaluer son importance avec exactitude. Cependant, ce problème est perçu comme très important par un grand nombre de participants, puisqu'il pose obstacle à la capacité des jeunes à établir des liens

⁴⁵ Chagnon, F. (1998). *Étude des manifestations suicidaires chez des adolescents admis en centres jeunesse dans la région de Montréal*. Et Pronovost, J., Leclerc, D. (1998). *Le dépistage de adolescent(e)s en centres jeunesse : rapport final, faits saillants*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

⁴⁶ Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*. (Les soins aux jeunes en difficulté-QC-411). Santé Canada.

⁴⁷ Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et M.-C. Larrivée (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ) Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

⁴⁸ Macdonald, G. (2001). Consequences of Maltreatment. Dans «Effective interventions for child abuse and neglect», p. 102. New York: John Wiley & Sons.

significatifs avec leur environnement. Ceci augmente le risque d'isolement social (surtout lorsqu'ils ne seront plus pris en charge par le CJM-IU) et contribue à maintenir ces jeunes dans un univers de grande pauvreté affective. Ceci a aussi pour conséquence de limiter significativement leur capacité à s'intégrer dans le monde du travail. Cette dimension inquiétait d'ailleurs particulièrement les participants.

5.3 Les obstacles rencontrés pour répondre adéquatement aux besoins des adolescents

En plus de documenter les problèmes importants vécus par les jeunes, un des objectifs de l'étude visait à identifier les principaux obstacles à l'intervention en réponse aux besoins des jeunes. Cette question nous permettait également de continuer à documenter de façon indirecte les problèmes vécus par les jeunes. Elle devenait en ce sens une porte d'entrée privilégiée pour identifier ultérieurement les solutions à envisager afin de mieux répondre aux besoins des jeunes.

Cinq grands domaines d'obstacles à l'intervention ont émergé des groupes de discussion : 1) les caractéristiques des jeunes et de leur famille; 2) les caractéristiques des intervenants et des gestionnaires; 3) le manque de partenariat à l'interne et à l'externe; 4) les conditions organisationnelles et le manque de clarté des mandats du CJM-IU; 5) les outils d'intervention et d'évaluation dont disposent les intervenants. Considérant que la plupart des obstacles identifiés étaient similaires d'un groupe de travail à l'autre et afin d'éviter la redondance, nous présenterons une synthèse globale de ces obstacles en précisant au besoin les particularités propres à un groupe de discussion.

5.3.1 Les obstacles associés aux caractéristiques des jeunes et de leur famille

Selon tous les groupes rencontrés, par leur sévérité les problèmes de santé mentale des jeunes (tant ceux qui sont placés que ceux qui sont dans leur milieu naturel) et des parents, de même que les graves problèmes personnels de ceux-ci (histoire de mauvais traitements dans l'enfance, toxicomanie) entravent leur capacité parentale et posent un défi majeur en intervention. Les intervenants se sentent peu outillés pour faire face à la problématique de santé mentale et considèrent qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour faire une intervention de qualité auprès des jeunes et surtout de leurs parents.

À ce chapitre, les participants de la direction territoriale ont également décrit une certaine dépendance des parents et des jeunes à l'égard du système de protection « *comme si le Québec se trouvait toujours à l'ère de l'État providence* », ce qui pose obstacle de leur point de vue aux interventions visant à amener les individus à se prendre en main, à prendre conscience des comportements à modifier pour restaurer un meilleur équilibre familial.

Les participants ont également mentionné le défi important que représente l'intégration sociale des 18 ans et plus, que ce soit au plan du logement, de l'emploi qu'au plan social et affectif. Il semble y avoir trop peu de ressources ou d'activités qui visent à préparer le jeune à sa vie autonome.

5.3.2. *Les obstacles associés aux caractéristiques des intervenants et des gestionnaires*

Au chapitre des obstacles à l'intervention les participants ont fait mention des attentes, parfois élevées ou peu réalistes, qu'ils entretiennent à l'égard des jeunes :

« on s'attend à ce qu'ils soient autonomes à 17 ans, alors qu'ils sont souvent sans réseau et hypothéqués au plan affectif ».

Ils ont aussi mentionné le risque de contribuer à entretenir à certains égards la dépendance des jeunes au CJM-IU en ne travaillent pas suffisamment à créer des liens avec leur milieu de vie (organismes de loisirs, école, famille...). Les participants dénotent par ailleurs une tendance à trop s'attarder aux symptômes des jeunes, ce qui serait souvent lié à leur difficulté à faire face à la souffrance qui habite les adolescents. Cette situation témoigne du besoin de supervision des intervenants en lien avec la lourdeur des situations sur lesquelles ils doivent intervenir. Plusieurs groupes ont également abordé la résistance des intervenants à travailler avec les parents *« l'expérience nous montre pourtant clairement que lorsque les parents embarquent les enfants suivent »* et leurs difficultés à leur nommer *« les vraies choses »* notamment lors des tables d'orientation. Bien que tous les groupes rencontrés étaient en faveur de travailler plus étroitement avec les parents, certains ont souligné l'importance de bien évaluer les compétences parentales et leurs limites, afin d'éviter de maintenir des jeunes dans un contexte familial néfaste ou dans un espoir non fondé de retour dans sa famille.

5.3.3 *Les obstacles associés au manque de partenariat à l'interne et à l'externe*

De façon très saillante est décrié dans tous les groupes le manque de partenariat tant à l'interne du CJM-IU qu'à l'externe. À l'interne, cette situation se traduit par le manque d'échanges d'informations entre les différents services concernant le suivi clinique du jeune :

« une discontinuité à ce point présente que pour une forte proportion de jeunes seuls les réviseurs affectés à leurs dossiers sont capables de faire état de leur histoire personnelle ».

Plusieurs participants ont également souligné l'importance que les intervenants en réadaptation travaillent en plus étroite collaboration avec ceux du psychosocial. Les deux groupes de la direction des adolescents (garçons) considèrent très important la présence d'un travailleur social à temps plein dans les unités de vie pour assurer un meilleur suivi des dossiers. Enfin, on déplore la méconnaissance qu'ont les intervenants de l'ensemble des ressources et des activités qui sont disponibles au CJM-IU.

Au plan du partenariat externe, on mentionne l'insuffisance des collaborations avec le milieu hospitalier, psychiatrique, communautaire et les ressources d'hébergement. Certains avancent que ce problème de partenariat peut être expliqué par la culture organisationnelle du CJM-IU :

« Au CJM, nous avons la fâcheuse habitude de travailler seuls ou encore d'imposer nos règles à nos partenaires, nos demandes se font à sens unique ».

D'autres suggèrent plutôt que le CJM-IU a tendance à ne pas définir suffisamment son rôle et ses mandats en relation avec celui des ses principaux partenaires externes de l'intervention, notamment les CLSC. Enfin, certains soulignent que les protocoles de partenariat développés au CJM-IU sont méconnus et qu'il serait important de sensibiliser les intervenants à les utiliser davantage. L'insuffisance des partenariats avec la psychiatrie a été amplement discutée dans tous les groupes de travail. Plusieurs expliquent cette situation par le manque des ressources en pédopsychiatrie. Certains sont cependant d'avis que cette situation résulte davantage du fait que certains psychiatres se sentent insuffisamment outillés et peu interpellés à intervenir auprès des jeunes du CJM-IU (notamment en ce qui concerne la clientèle des services spécialisés). Le groupe d'encadrement intensif a documenté avec plus de précision le problème de désengagement du milieu psychiatrique lorsqu'il y a présence de troubles de santé mentale associés à des problèmes de comportement ou se traduisant par des problèmes de comportement. Face à de telles situations, on observe fréquemment un « bras de fer » entre les intervenants du CJM-IU et le milieu psychiatrique.

Les groupes de discussion ont parlé du manque de partenariats avec des ressources communautaires pouvant aider à préparer le jeune à sa vie autonome lorsqu'il aura 18 ans et plus. Quelques groupes ont souligné l'importance d'établir et de consolider des liens avec des ressources pour les sans-abri (tel le Bunker), car malheureusement certains jeunes en auront besoin une fois qu'ils ne seront plus pris en charge par les centres jeunesse. On mentionne également un grand besoin de développer des liens avec des ressources communautaires spécialisées en employabilité afin de préparer les jeunes à leur vie autonome.

5.3.4 Les obstacles associés aux conditions organisationnelles et au manque de clarté des mandats du CJM-IU

Plusieurs groupes ont mentionné l'importance de clarifier concrètement le rôle des intervenants au sein du CJM-IU, ce en lien avec les nombreuses transformations survenues au cours des dernières années dans l'organisation des services. À ce chapitre des questions ont été formulées par les intervenants. À titre d'exemple :

- doivent-ils agir à titre de spécialistes ou des généralistes de l'intervention?
- jusqu'où doivent-ils intervenir auprès des familles souffrant de troubles de santé mentale?
- doivent-ils travailler à construire des milieux de vie significatifs pour les jeunes ou des espaces transit d'hébergement?
- doivent-ils intervenir avec une centration sur le mandat de réadaptation ou se limiter à intervenir sur la situation de compromission?

De manière générale les participants considèrent que l'intervention prévue en LPJ est de trop courte durée pour avoir des effets significatifs dans la vie des jeunes. De plus, l'instabilité du personnel et le sentiment de ne pas être reconnus et valorisés dans le travail qu'ils accomplissent au quotidien apparaissent être pour les intervenants deux facteurs mettant en péril la qualité de leur intervention.

5.3.5 Les obstacles associés au manque d'outils cliniques et d'évaluation

Les participants des deux groupes déplorent également que l'établissement planifie ses services dans une logique davantage guidée par la réponse aux urgences engendrées suite aux nombreuses transformations de l'organisation (ex : réduire le nombre de placements, réduire l'engorgement) plutôt qu'en tenant compte des besoins de la clientèle. Le groupe du sud-est précise aussi que les programmes actuels donnent l'impression d'être morcelés et sans liens véritables entre eux :

« IRI et VISA, voilà deux exemples de bulles non reliées entre elles (...) les programmes nous sont présentés comme des menus à la carte, où les jeunes passent de l'un à l'autre sans trop savoir ce qu'ils y font...La continuité est défaillante lors du passage d'un programme à l'autre. »

Enfin, ce même groupe exprime l'avis que l'intervention rapide et intensive et celle qui vise à favoriser la réinsertion sociale d'un jeune doivent faire partie intégrante de toutes les interventions menées par les éducateurs et non pas seulement être l'apanage de ceux qui oeuvrent dans les programmes spécifiques tels que VISA ou IRI.

La majorité des groupes de discussion ont déploré le fait que les éducateurs semblent avoir oublié ce qui constitue le fondement même de leur intervention : l'animation de groupe et l'utilisation d'activités partagées au quotidien avec le jeune. Certains croient que cette situation est attribuable au fait qu'on ne valorise plus cette dimension de leur travail, que leur coffre à outils mis à part le counselling individuel- est plutôt dégarni et que le temps court alloué à leur intervention ne leur permet pas de bien identifier le besoin du jeune et de l'inscrire à certaines activités offertes dans la communauté. Ils seraient en faveur de développer une expertise en intervention de groupe et de redécouvrir leur expertise (perdue au fil des ans) en intervention systémique. L'intervention systémique leur apparaît un bon outil clinique pour intervenir avec plus d'efficacité sur les dynamiques familiales. Cela leur permettrait d'inclure davantage les parents dans leurs interventions et de développer une compréhension plus globale des problématiques, en conséquence moins centrée sur les symptômes immédiats.

Au plan des processus cliniques, plusieurs décrivent le besoin de se doter d'outils pour évaluer et baliser avec plus de rigueur leur intervention, ainsi que de critères plus précis pour estimer le risque de récurrence particulièrement en DPJ. D'un autre côté, on déplore la tendance des intervenants à ne pas compléter de façon exhaustive leur plan d'intervention ce qui ne facilite pas le suivi rigoureux du jeune. On mentionne également l'urgence de mieux évaluer les besoins du jeune et ce de façon continue -et comme le précise le groupe du nord-ouest- tout en conservant un équilibre entre les causes profondes du problème du jeune et de sa famille et le motif initial de la référence au CJM-IU.

5.4 Les solutions envisagées pour mieux répondre aux besoins des jeunes

Les solutions proposées par les participants pour mieux répondre aux besoins des jeunes sont de trois ordres : 1) celles qui visent le développement des programmes et l'organisation des services, 2) celles qui visent l'amélioration des processus cliniques

(outils cliniques, outils d'évaluation, continuité dans l'intervention) et 3) celles qui visent l'amélioration du fonctionnement organisationnel général du CJM-IU (développement du partenariat externe et interne, clarification des mandats et assurer les conditions de base à une intervention de qualité).

Les solutions spécifiques de chacun des groupes de travail concernant le développement des programmes et des services seront présentées à l'appendice V.

5.4.1 *Les recommandations visant le développement des programmes et des services*

Les participants ont souligné l'importance d'assurer le développement des programmes selon des problématiques bien ciblées telles : (1) les problèmes graves de santé mentale; (2) l'absence de projet de vie et l'intégration sociale des jeunes de 17 ans et plus; (3) la violence; (4) le soutien aux habiletés parentales⁴⁹. Ces recommandations sont directement en lien avec les problématiques clientèles jugées les plus importantes par les participants.

Bien que la majorité des participants soient en faveur d'un développement de programmes plus spécialisés selon des clientèles bien ciblées (tout comme le recommandaient aussi les participants à l'étude de besoins pour le développement des pratiques de pointe)⁵⁰, certains soulignent aussi l'importance d'assurer une cohérence et un suivi du jeune entre ces programmes (afin d'éviter le morcellement de l'intervention). On mentionne aussi l'importance de se donner des conditions de base avant de les implanter : du temps pour intervenir avec une bonne intensité, de la formation et des outils adéquats. Ainsi, aux yeux des participants, le développement de bons programmes se fait en étroite collaboration avec la mise en place de processus cliniques efficaces.

Concernant les services offerts, plusieurs ont souligné la nécessité de mieux adapter les programmes scolaires à la réalité des jeunes. En effet, il apparaît qu'une proportion substantielle de jeunes vivent des retards scolaires et affectifs importants, le programme du MEQ ne semble pas convenir à tous (surtout pour les clientèles en encadrement intensif et des services spécialisés).

En ce qui a trait à l'organisation des lieux d'hébergement, plusieurs suggèrent une allocation des services déployée selon les groupes d'âges (12-14 et 15-17 ans) et le regroupement de certains jeunes qui vivent des problèmes similaires. Ce découpage se justifie par le fait que des différences importantes caractérisent certaines problématiques selon l'âge des jeunes et que les besoins d'encadrement ne sont pas les mêmes : les plus vieux sont plus autonomes et davantage capables de « mentaliser » ce qu'ils vivent.

Finalement, quelques uns ont parlé de l'importance de se doter de milieux de vie chaleureux et conviviaux pour les jeunes abandonnés qui seront pris en charge par le CJM-IU jusqu'à leur majorité.

⁴⁹ Cette recommandation avait été également formulée par les participants de l'étude de besoins des pratiques de pointe. Voir Chagnon, F., Gaudet, J., Laframboise, J. (2001). Besoins prioritaires pour le développement des pratiques de pointe aux Centres jeunesse de Montréal. DSPR : CJM.

⁵⁰ Ibid

5.4.2 *Les recommandations visant le développement des processus cliniques*

Les participants ont tout particulièrement parlé de l'importance de :

(1) Regarnir le coffre à outils des intervenants

En ce qui concerne les outils d'intervention, plusieurs souhaiteraient développer leur compétence en animation de groupe et faire davantage d'activités psychoéducatives avec les jeunes. Aussi, plusieurs seraient en faveur de se spécialiser ou de redécouvrir l'approche systémique en intervention, d'inclure davantage les parents dans l'intervention, de se donner un cadre d'intervention clair au plan clinique, de pouvoir compter sur des supervisions et des formations cliniques pour enrichir leur pratique professionnelle.

(2) Assurer une plus grande rigueur dans la gestion des dossiers et des PII

Au plan de la gestion des dossiers et des PII, tous seraient en faveur de se doter d'un mode de fonctionnement plus rigoureux (des PII assidûment complétés) afin d'assurer une continuité à l'intervention et d'avoir accès au bon service au bon moment. Il apparaît nécessaire non seulement de développer plus de rigueur à cet effet, mais d'inscrire le PII dans un contexte d'animation clinique et d'activités de supervision.

(3) Développer des outils d'évaluation plus rigoureux de la situation globale du jeune

Tous les groupes rencontrés ont parlé de l'importance de développer des outils d'évaluation plus rigoureux concernant la situation globale du jeune (incluant sa dynamique familiale) et qui devraient être utilisés dès le début de l'ouverture du dossier du jeune. Ces outils devraient permettre aux intervenants de mieux comprendre dès le début de l'intervention ce qui a engendré la situation de compromission dans laquelle se trouve le jeune. Cette recommandation rejoint d'ailleurs celle qui avait été formulée par une majorité de participants qui ont participé à l'étude de besoins pour prioriser le développement des pratiques de pointe au CJM-IU.⁵¹

5.4.3 *Les recommandations visant l'amélioration du fonctionnement organisationnel général du CJM-IU*

Concernant l'amélioration du fonctionnement organisationnel, les participants ont tout particulièrement recommandé les éléments qui suivent :

(1) Développer le partenariat à l'externe

En ce qui a trait au développement des partenariats, il est fortement recommandé de développer ou animer les protocoles de partenariat existants (tel que celui sur le suicide) avec la pédopsychiatrie puisque plusieurs jeunes affichent des problèmes graves de santé mentale. Les liens avec les organismes communautaires sont jugés très importants à développer surtout en ce qui concerne les jeunes abandonnés qui sont sans réseau et sans ressource et ceux qui doivent se préparer à la vie autonome (organismes en employabilité et ressources pour les sans-abris). Le partenariat attendu avec le Tribunal concerne plus

⁵¹ Ibid

particulièrement le besoin d'avoir des ordonnances qui incluent spécifiquement les actions des parents dans l'intervention (lorsque cela est jugé approprié).

(2) Assurer les conditions de base pour une intervention de qualité

Au plan des conditions de base associées à une intervention de qualité, plusieurs ont souligné l'importance de disposer davantage de temps direct en intervention et d'augmenter la stabilité des intervenants afin de pouvoir créer des relations de confiance avec les jeunes et les familles. Tous les groupes ont souligné l'importance de développer une collaboration plus étroite entre les intervenants du secteur psychosocial et de la réadaptation afin de permettre un meilleur suivi de l'évolution du jeune. Cette collaboration apparaît particulièrement cruciale en début d'intervention, lors de l'évaluation de la situation du jeune et de sa famille.

Les recommandations formulées à l'égard du développement du partenariat, du travail plus étroit avec les parents, d'une intervention plus intensive dans une perspective systémique, du recours à des outils d'évaluation de la situation globale du jeune plus rigoureux, du développement d'outils cliniques plus spécialisés, du meilleur arrimage à l'interne entre les différents services pour assurer une continuité à l'intervention sont également des préoccupations qui avaient été soulevées lors de la démarche d'agrément tenue en 2000-2001⁵² et lors des consultations menées par le groupe de travail sur la réadaptation en internat en 1999⁵³. Force est donc de constater que les préoccupations des participants de l'étude semblent bien représentatives de l'ensemble des acteurs du CJM-IU.

(3) Clarifier les mandats du CJM-IU

Cette recommandation s'inscrit plus particulièrement en lien avec la problématique des troubles de santé mentale mentionnée dans le cadre de cette étude. On suggère fortement à cet effet de préciser concrètement les limites de l'intervention du CJM-IU en contexte de problématiques de santé mentale. Quelle est la contribution attendue des intervenants du CJM-IU face aux jeunes qui ont des troubles psychiatriques sévères, doit-on développer des programmes de traitement spécialisés, qui sont les partenaires de ces interventions?

Les constats relatifs à l'hétérogénéité et la lourdeur de la clientèle suggère l'importance de développer des outils spécialisés en intervention, d'assurer une intensité d'intervention suffisante pour engendrer des effets significatifs et de bénéficier de formations de pointe (surtout si l'établissement conservait la même clientèle composée de jeunes qui vivent des troubles de santé mentale).

⁵² Demers, L., Laganière, M., Laframboise, J., Leclerc, J., Granger, R. (2002) *Démarche d'agrément : rapport avec le client et les opérations*. Les Centres jeunesse de Montréal.

⁵³ Rapport du comité sur la réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans (1999). *Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*. Québec : Association des centres jeunesse du Québec

5.5 Mise à jour de l'inventaire des ressources disponibles au CJM-IU pour les 12-17 ans

En vue de préciser les besoins de la clientèle en matière de ressources, d'activités ou de programmes, il a été proposé dans le cadre de cette étude de faire une mise à jour de l'inventaire des ressources dont nous disposions pour les 12-17 ans à partir de celui produit par madame Francine Paquette en 1999. À cette fin, il a été demandé à chaque participant de procéder à l'examen de cet inventaire en y ajoutant s'il y avait lieu les activités qui n'y apparaissaient pas et en indiquant celles qui n'existaient plus. Au total 25 questionnaires ont été complétés. (voir appendice III). Ce relevé demeure partiel et nous savons que certaines activités et ressources (par exemple la Traversée) n'ont pas été rapportées par les intervenants.

Un commentaire général formulé par les intervenants au sortir de cet exercice est que peu d'intervenants connaissent bien les ressources disponibles au CJM-IU. Afin d'enrichir la réflexion concernant les secteurs d'activités à développer de façon prioritaire, nous avons procédé à une analyse de contenu des données en les croisant avec les problèmes rapportés par les participants dans le cours de cette étude. Le tableau qui suit présente en synthèse ces résultats.

Tableau 14

Croisement des données relatives aux ressources et aux problèmes clientèle les plus importants tels que perçus par les participants à l'étude

Problèmes perçus comme les plus importants	Ressources disponibles
1) Les troubles de santé mentale et/ou problèmes psychologiques graves des jeunes et la médication importante de psychotropes	-Aucun programme pour les troubles de santé mentale sauf 2 activités pour les problèmes de perception temporelle et retards cognitifs des clientèles des services spécialisés -Protocole d'action concerté sur le suicide -Activité pour la toxicomanie de jeunes
2) Absence de projet de vie chez les 12-17 ans (désespoir des jeunes et abandon) et intégration sociale difficile des 17 ans et plus	-6 activités visent à développer l'employabilité -3 activités visent à favoriser la réintégration des jeunes dans leur milieu de vie ou leur vie autonome
3) Lourdeur des problèmes vécus par les parents (santé mentale, isolement, toxicomanie, instabilité familiale)	Il existe deux ateliers parents-ados et une activité pour les parents (Parent'aise). Il n'existe aucun programme ou ressource pour la toxicomanie et les troubles de santé mentale
4) Grave carence affective des jeunes associée à leur passé de négligence (qui se traduit par de l'immatrité, de l'égoïsme et de l'intolérance à la frustration)	-1 atelier d'expression céramiste pour l'estime de soi -2 ressources pour les problèmes de comportement (arrêt d'agir et activités cognitivo-comportementales) -4 activités sur la prévention de la violence ou alternatives à la violence (incluant JC)
5) Manque d'habiletés sociales des jeunes ne favorisant pas leur intégration sociale	-6 activités qui visent le développement de l'expression adéquate de ses besoins, de sa colère et la résolution de conflits et ou problèmes.

Cette analyse nous permet de constater qu'il existe peu de ressources pour les troubles de santé mentale des jeunes et pour les parents qui vivent des difficultés importantes. Bien que l'on dénombre plus d'activités pour les autres problématiques identifiées, on peut se demander si leur intensité et leur contenu coïncident avec les besoins spécifiques des jeunes, question à laquelle pour l'instant nous ne pouvons répondre. En effet nous disposons de très peu de données sur l'efficacité de ces activités à atteindre leurs objectifs. De plus, considérant les importants changements qui ont eu cours au sein de l'établissement depuis novembre 2002 et ceux à venir d'ici avril 2003, il est fort possible que bon nombre de ces activités soient confrontées à d'importantes pertes d'expertise suite à des changements de personnel, ou encore qu'elles aient cessé d'exister. Ainsi, il faut demeurer prudent tant qu'aux conclusions à tirer de cet inventaire et considérer qu'il témoigne d'un bassin potentiel d'activités et d'initiatives cliniques tels que perçus par les intervenants et qui devront être examinées plus en profondeur.

6 Conclusion

Cette étude avait pour objectif de déterminer rapidement les grands domaines de besoins prioritaires sur lesquels devrait s'ériger la planification des programmes au CJM-IU. À cet effet, nous avons privilégié une méthodologie utilisant des groupes de discussion regroupant des informateurs clés et le croisement de diverses sources de données d'archives.

Un premier constat qui se dégage suite à ces travaux est la forte convergence entre les problématiques perçues par les différents groupes d'informateurs, ainsi qu'entre ces travaux et les résultats d'études et d'autres consultations menées antérieurement concernant la situation des jeunes en centre jeunesse et leur famille.

Un second constat est la lourdeur des problèmes qui affectent les adolescents référés au CJM-IU et conséquemment le défi que présente l'intervention auprès de ces jeunes et de leur famille. Ce défi se pose à de multiples niveaux.

D'abord, sur un plan clinique, il apparaît crucial de préciser notre connaissance des problématiques qui ont été mises à l'évidence dans le cadre de cette étude afin de comprendre comment se particularisent ces problèmes selon l'âge des jeunes, leur milieu de vie et les lieux de dispensation des services. Nous pensons ici plus particulièrement aux troubles mentaux, à l'abandon, aux graves carences affectives et sociales à l'absence de projets de vie ainsi qu'aux difficultés d'intégration sociale. Des problèmes aussi lourds, lorsqu'ils se manifestent chez des adolescents, exigent que l'on assure l'intensité nécessaire aux interventions afin d'obtenir un impact significatif. Ceci requiert aussi de comprendre comment se développent ces problèmes au cours de la trajectoire de vie des jeunes et de leur famille, afin de déterminer les moments stratégiques où doivent se déployer avec intensité les interventions nécessaires. D'où l'importance d'assurer la continuité des interventions et des programmes auprès des clientèles 0-5, 6-11 et 12-17 ans tout en ciblant des interventions intensives spécifiques selon ces groupes d'âge. La problématique d'abandon et l'absence de projet de vie sont exemplaires à cet effet, elles traversent les groupes d'âges en se chronicisant à chaque étape, de telle sorte qu'en bout de ligne elles confrontent l'institution à son échec au moment où les jeunes atteignent

l'âge de 18 ans et quittent le réseau jeunesse. À ce chapitre cette étude souligne l'importance de développer nos interventions afin de favoriser l'intégration sociale des adolescents et d'accroître la collaboration des parents aux interventions et ce, à l'intérieur de leurs capacités.

Toujours sur le plan clinique, cette étude révèle l'importance du point de vue des professionnels, d'augmenter la rigueur et la qualité des processus cliniques notamment en précisant notre instrumentation clinique et nos évaluations de la situation des jeunes et des familles dès le début de l'intervention. Enfin, l'étude révèle la très grande diversité des besoins des jeunes de 12 à 18 ans et questionne la pertinence de regrouper ces jeunes dans les mêmes lieux de service.

Sur un plan organisationnel, les participants ont souligné l'urgence d'assurer les conditions de base nécessaires à une qualité minimale des interventions, soit du temps, de la stabilité du personnel et du soutien clinique. Les effets négatifs de l'absence de continuité des interventions ont été décrits tout au cours de l'étude. À cet effet, il apparaît déterminant d'accroître la qualité du partenariat interne au CJM-IU, notamment entre les intervenants psychosociaux et de réadaptation et de définir clairement les rôles attendus des intervenants.

Enfin, au plan stratégique l'étude met à l'évidence l'importance de préciser l'offre de service du CJM-IU en balisant concrètement les mandats des intervenants, et les limites de leurs actions en lien avec celles des partenaires externes de l'intervention auprès des adolescents. L'intervention auprès des jeunes et des parents qui ont des troubles mentaux graves en est une illustration : elle exige que l'on précise notre mandat, les limites de nos interventions ainsi que les partenariats à développer avec les intervenants médicaux. Il apparaît crucial d'accentuer les partenariats externes notamment avec les partenaires des CLSC, des établissements médicaux et les groupes communautaires. En effet, la lourdeur et la complexité des problèmes décrits dans le cadre de cette étude exigent une intervention concertée et interdisciplinaire.

7 Questions prioritaires et prochaines étapes

Cette étude a mis en évidence un certain nombre de problématiques prioritaires concernant les adolescents au CJM-IU, telles que perçues par les professionnels et les gestionnaires en charge de l'intervention auprès de ces jeunes et de leur famille. Nous avons ainsi tracé rapidement un portrait d'ensemble des grandes problématiques que devraient cibler en priorité les programmes aux adolescent(e)s au CJM-IU. Partant de ces constats, des travaux ultérieurs seront toutefois nécessaires afin de préciser ces problématiques avec plus d'exactitude et de cerner leur ampleur, leurs causes et les moyens les plus efficaces afin d'en contrer les effets négatifs. À cette fin, des questions doivent prioritairement obtenir des réponses plus précises, notamment:

- Préciser la nature et l'ampleur des troubles mentaux chez les adolescents au CJM-IU selon les groupes d'âge, le sexe, le milieu de vie et le lieu de dispensation des services;
 - préciser les problèmes spécifiques liés à l'intervention auprès de ces jeunes et leurs parents, notamment en ce qui a trait aux partenariats, à la formation des intervenants et la mise en place de programmes spécialisés;
 - préciser l'ampleur de la consommation de médicaments neurologiques et psychiatriques et les problèmes qui y sont associés.

- Préciser l'ampleur des problématiques d'abandon chez les adolescents et l'absence de projet de vie;
 - mieux définir quelles dimensions de cette problématique doivent être ciblées en priorité chez les adolescents;
 - préciser les liens à établir avec les projets interventions en matière de problématiques d'abandon au CJM-IU chez les clientèles 0-5 et 6-11 ans.

- Préciser les besoins en matière d'intégration sociale;
 - préciser l'ampleur du manque d'habiletés sociales des adolescent(e)s et les interventions prioritaires à mettre en place afin de contrer ces lacunes;
 - préciser les besoins des parents et les collaborations à développer en matière d'intégration sociale.
 - mieux définir quelles dimensions de l'intégration sociale doivent être soutenues en priorité;
 - identifier les interventions les plus susceptibles d'engendrer des effets sur la problématique.

- Préciser les problèmes graves de comportements chez les adolescent(e)s selon les groupes d'âge, le sexe, le milieu de vie et le lieu de dispensation des services;
 - préciser les problématiques de violence et d'impulsivité chez les adolescent(e)s;
 - déterminer les interventions les plus pertinentes afin d'intervenir sur ces problématiques.

Nous croyons que la prochaine étape de cette étude devrait être le dépôt du rapport à la table clientèle 12-17 ans pour un examen en profondeur des résultats. Sur la base de ces résultats, la table clientèle devrait valider et corriger si nécessaire les recommandations et les questions prioritaires à poursuivre. La table clientèle devrait par la suite établir un plan de travail afin d'intégrer les résultats de cette étude dans leurs travaux. L'ensemble de ces éléments devraient être déposés au comité de planification stratégique des programmes pour validation et par la suite diffusés auprès des participants à l'étude et à l'ensemble du personnel concerné par l'intervention auprès des adolescent(e)s.

Appendice I

Tableau 1 : Structure de travail

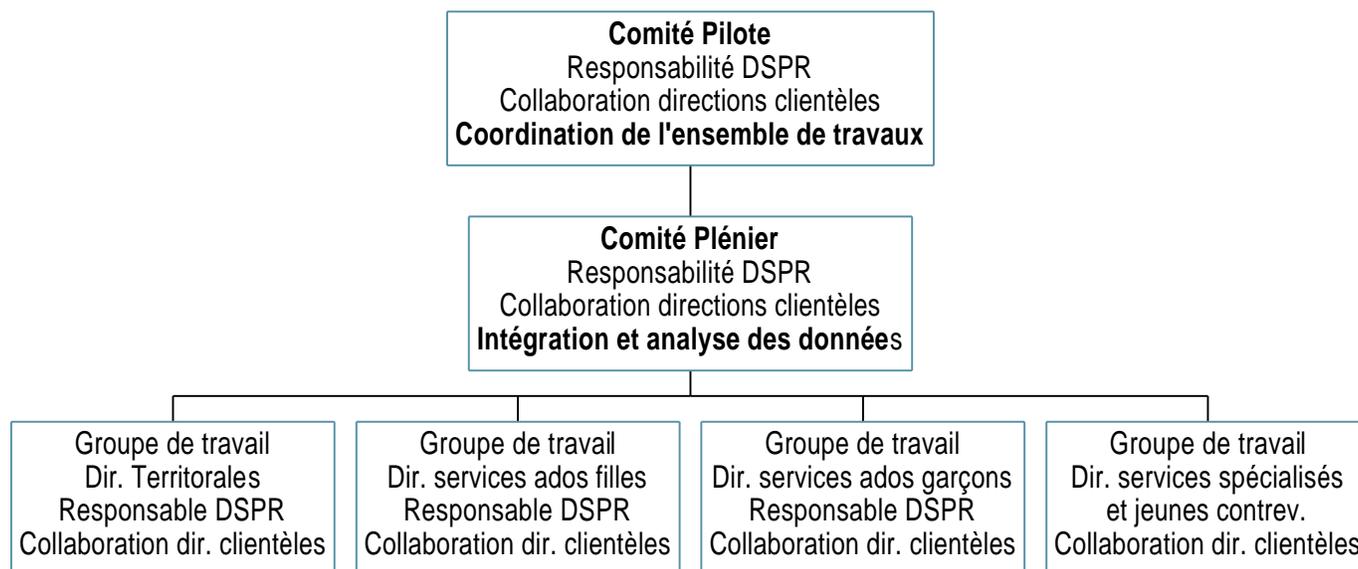


Tableau 2 :
Composition des groupes de travail

Composition des groupes		
Direction	Dates des rencontres	Composition des groupes
Territoire Sud-Est	15 et 22 octobre Participation moyenne= 10 personnes sur 13	Co-animatrice: Josée Lauredeau -5 éducateurs; 2 ARH; 1 chef de service; 1 Accès; 1 réviseur; 1 É-O; 1 soutien; 1 conseiller clinique (n=13)
Territoire Nord-Ouest	21 et 28 octobre Participation moyenne= 10,5 personnes sur 13	Co-animatrice: Christiane Motard -3 éducateurs; 1 TAS; 1 É-O, 1 réviseur; 2 chefs de service; 1 Accès; 1 conseiller clinique, 1 DSPR (n=13)
Adolescentes	22 octobre et 5 novembre Participation moyenne=7,5 personnes sur 10	Co-animatrices: Sylvie Major et Marie-Hélène Dagenais (n=10) -6 éducatrices, 1 chef de service, 1 conseiller clinique, 1 Accès, service de santé

Appendice I (suite)

Direction	Dates des rencontres	Composition des groupes
Garçons (globalisant)	15 octobre et 12 novembre Participation moyenne= 6 personnes sur 9	Co-animateur: Gilles Maillé - 4 éducateurs, 2 chefs de service; 1 Accès; 1 service de santé; 1 conseiller clinique (n=9)
Garçon (encadrement intensif)	29 octobre et 19 novembre Participation moyenne= 8 personnes sur 14	Co-animateur: Alain Boisvert 8 éducateurs, 1 Accès, 1 réviseur, 2 chefs de service, 1 service santé, 1 conseiller clinique(n=14)
Services spécialisés	21 et 28 novembre Participation moyenne= 10 personnes sur 11	Co-animateurs: Marc Gommier et Michel Jomphe -5 éducateurs, 3 chefs de service, 1 conseiller clinique, 2 accès (n=11)

Apendice II :

Plan d'animation des groupes



Le Centre jeunesse de
Montréal

Institut universitaire dans le domaine
de la violence chez les jeunes

Direction des services professionnels et de la recherche

Montréal, 17 novembre 2002

Bonjour!

La présente a pour but de vous inviter à titre d'expert à participer à deux rencontres d'une durée de 3 heures qui visent à identifier quels sont les besoins prioritaires de la clientèle adolescente du Centre jeunesse de Montréal. Ces rencontres devraient se dérouler entre la mi-octobre et la fin novembre 2002. La direction générale a confié à la direction des services professionnels et de la recherche (DSPR) le mandat d'identifier les besoins les plus importants des jeunes (0-18 ans) dans le but de guider le développement des programmes à offrir à ces jeunes et à leur famille. Afin d'avoir un aperçu le plus complet du profil de notre clientèle adolescente et des défis qu'elle suscite au quotidien pour les intervenants, nous visons à réunir autour d'une table une diversité d'experts provenant de différentes instances (milieu de l'intervention, gestion, services de santé, accès, DPJ, consultants et autres).

Cette réflexion est essentielle afin de développer ou améliorer des programmes cohérents qui répondent aux besoins les plus importants de notre clientèle actuelle. L'étude de besoins permettra de déterminer les stratégies d'intervention les plus pertinentes à adopter pour les prochains mois.

Dans le but de vous préparer à la première rencontre, nous vous invitons à prendre connaissance des questions en annexe qui seront reprises lors de nos échanges. Nous joignons aussi un plan du déroulement de la discussion. N'hésitez pas à consulter vos collègues si nécessaire afin de bonifier les informations. ***Nous discuterons ensemble de vos réponses en groupe de travail et nous enrichirons la discussion à l'aide de données statistiques sur les clientèles adolescentes et sur les écrits scientifiques et la documentation disponible qui traitent des problèmes rencontrés par les jeunes en CJM-IU.***

Ce premier travail nous permettra de faire en sorte que cette rencontre soit productive et enrichissante pour tous!

N'hésitez pas à nous contacter pour toutes informations supplémentaires. Au plaisir de vous y rencontrer et merci à l'avance de votre généreuse participation!

Pour la coordination du développement des programmes, de l'enseignement et de la recherche,

Judith Gaudet, professionnelle de recherche
896-3428, judith.gaudet@mtl.centresjeunesse.qc.ca

Questions de préparation aux groupes de travail

Question 1 :

Quels sont selon vous les problèmes les plus importants que présentent les adolescents que vous desservez?

Afin de vous guider dans la réponse à cette question, voici quelques sous-questions qui pourraient guider votre réflexion:

- a) Ce problème touche-t-il une proportion importante des adolescents auprès desquels vous intervenez? (*ex : il y a environ 9 jeunes sur 12 qui ont un problème de comportement*).
- b) Comment ce problème se manifeste-t-il (*ex : le problème de comportement des jeunes se manifeste souvent lorsque les intervenants tentent de leur mettre des limites et prend la forme de violence verbale envers l'intervenant, de fugue et de violence physique envers les autres jeunes*).
- c) Quelles sont les causes principales de ce problème (*ex : manque d'encadrement du parent et d'investissement affectif de son jeune; absence de soutien dans l'environnement social du jeune et de sa famille*).
- d) Quelles sont les conséquences du problème du jeune à court et à long terme pour le jeune et son environnement social? (*ex : à court terme, ce problème fait en sorte que le jeune a de la difficulté à se faire un réseau d'amis, à développer une estime personnelle et à performer dans le système scolaire, à long terme cela pourrait avoir des conséquences sur sa capacité à devenir actif dans le monde du travail et à développer des relations amicales et amoureuses saines*).
- e) Est-ce qu'il appartient à la mission du CJM-IU de répondre à ce problème? Si ce problème fait partie de la mission du CJM-IU avec quels partenaires doit-on collaborer pour faire face au problème? (*ex : CLSC; écoles*).

Question 2 : *Quels sont les principaux obstacles ou difficultés rencontrés dans vos interventions face à ces problèmes?*

Ex : Manque de concertation entre les divers intervenants; méconnaissance de la problématique; manque de stabilité du personnel...

Déroulement de la première rencontre

- 1. Accueil et présentation des membres du groupe et rappel du contexte dans lequel s'inscrit l'étude de besoins (15 minutes)*
- 2. Brève présentation de la littérature scientifique traitant des problèmes vécus par les jeunes en CJM-IU vs ceux de la population générale (10 minutes)*
- 3. Tour de table concernant les réponses à la question 1 (les problèmes vécus par les jeunes) (45 minutes)*

PAUSE (10 minutes)

- 4. Tour de table concernant les réponses à la question 2 (difficultés rencontrées dans la réponse aux besoins des jeunes) (45 minutes)*
- 5. Présentation et discussion des données clientèle de la direction visée (20 minutes)*
- 6. Vote sur les problèmes perçus comme les plus importants (10 minutes)*
- 7. Synthèse de la réflexion et définition du plan de travail pour la prochaine rencontre*

Appendice III : Inventaire des ressources (mise à jour)



**Les Centres jeunesse
de Montréal**

Institut universitaire dans le domaine
de la violence chez les jeunes

Direction de la recherche et du développement

Inventaire des activités/ressources/services/programmes s'adressant aux 12-17 ans offerts par le CJM-IU et ses partenaires

**Dernière mise à jour : 7 janvier 2002,
Effectuée par Judith Gaudet, professionnelle de recherche, DSPR**

Dans le tableau suivant, le « 1 » apparaissant à côté de certaines activités indique que la majorité des répondants affirment que cette activité existe toujours. Le « 2 » signifie quant à lui qu'il n'y a pas consensus relativement à l'existence de cette activité. Le « 3 » signifie que la majorité des répondants ne connaissent pas cette activité. Les nouvelles activités qui ont été ajoutées apparaissent en caractère gras et celles qui n'existent plus ont été supprimées du tableau.

1= à ma connaissance l'activité existe toujours

2= à ma connaissance l'activité n'existe plus

3= je ne connais pas cette activité

		1	2	3
RELATION PARENTENFANT	<p>-Groupe de rencontres pour parents et ados hispanophones (communication et loisirs) (14-17 ans).</p> <p>-Atelier de communication parent-ados (14-18 ans) AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION) :</p> <p>-Entre parents'aise (maison des parents CLSC O.G) -Parents en marge de la rue (itinérance, 849-5632) -Activités parents-ados approche comportementale, déjà implantée dans un service de la direction enfance-adolescence qui sera implanté de façon plus généralisée sous peu.</p>	X	X	
INTÉGRATION SCOLAIRE	<p>-Programme de réadaptation scolaire en contexte de réadaptation (6-17 ans)</p> <p>-Nous Autres: activités/programmes (nom et brève description) on embarque (prévention du décrochage scolaire) 14-16 ans</p> <p>-Programme d'aide et de soutien au raccrochage scolaire et social (15-18 ans)</p> <p>-L'école –milieu de vie (intervention globale et concertée et prévention)(15-20 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION) :</p> <p>-Drop in -Rev-Dec -Accès Est-Ouest -Entre la rue et l'école (355-4589)</p>	X		X
		X		X
		X		X
		X		X
		X		X

		1	2	3
HABILETÉS SOCIALES	<p>-Communicatif : apprendre à exprimer ses besoins et négocier en situations de conflits et arriver à compromis (12-17 ans)</p> <p>-Activités de résolution de problèmes /négociation (12-17 ans)</p> <p>-Entraide en pair : paier deux jeunes qui vivent diff. relationnelles sous supervision d'éducateur. (12-17 ans)</p> <p>-Gestion du stress (12-17 ans)</p> <p>-Développement de la compétence sociale selon l'approche cognitivo-comportementale (régler des dilemmes, arriver à des compromis équitables) (13-18 ans)</p> <p>-Entraînement aux habiletés sociales (15-18 ans)</p> <p>-Résolution de problèmes (15-20 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p>	X		
SITUATION DE CRISE	<p>-Projet «IRI» (0-18 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Projet maîtrise de la colère</p>	X		
PLACEMENT	<p>-Préparation et support au placement (12-17 ans)</p> <p>-La prévention du remplacement (12-17 ans)</p> <p>-Groupe de rencontres avec les collaborateurs (familles accueil du territoire 3).</p>			X
			1	2
				3

DÉLINQUANCE	<p>-Opération taxage (prévention concertée du taxage) (12-17 ans)</p> <p>-Groupe contact (rencontre sur gang de rues avec parents d'ados) 12-17 ans</p> <p>-Séquence délictueuse (amène jeune à comprendre son délit et à y trouver de solutions alternatives (12 –18 ans)</p> <p>-Groupe vol à l'étalage (12-17 ans)</p> <p>-Moral development training (13-18 ans)</p> <p>-Programme de probation intensive AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Garde discontinuée</p> <p>-Projet « cendrillon » (en lien avec gangs de rue et filles) à venir</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>1</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>2</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>3</p>
TOXICOMANIE	<p>-Toxicomanie (soutien et formation aux intervenants scolaires (12-17 ans)</p> <p>-Toxiplus (consommateurs abusifs de psychotropes) (14-18 ans) AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Guide « être jeune »</p> <p>-Prévention toxico au projet « aide jeune » du T2. (Eric Quevillon)</p> <p>-Dollard-Cormier</p> <p>-Maison Jean-Lapointe</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>

VIOLENCE	<p>-Intervalle (12-17 ans) : services scolaires et cliniques vers des jeune suspendus de l'école ou en voie de l'être.</p> <p>-Groupe Intervention Violence (pour jeunes violence agie) (GIV) 14-18 ans</p> <p>-Groupe de thérapie ados violents (13-17 ans) T6 (J-François Renaud)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Activité Brisons les chaînes sur prévention de violence et promotion conduites pacifiques, centre de jour et de soir (T4) en collabo avec le G « La violence »</p> <p>-Alternative à la violence (JC)</p> <p>-Option mère violente</p> <p>-violence conjugale : options (527-1657)</p>	X X X X X	1 2 3	X
VICTIMISATION SEXUELLE	<p>Prévention des abus sexuels (12-17 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Groupes pour enfants victimes d'abus et parents abuseurs et parents d'enfants victimes d'abus (T1 et T2), activités non disponibles, mais tout est en place pour repartir</p>	X	X	
AGRESSION SEXUELLE	<p>-Projet AIDAA –prévention de la récidence au niveau des abus. (14-18 ans)</p>			X
ÉDUCATION SEXUELLE	<p>-Programme d'éducation sexuelle (12-17 ans)</p> <p>-Activités d'éducation sexuelle (12-17 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>Programme d'éducation sexuelle au centre de jour et de soir (T4)</p>	X X X	1 2 3	
SANTÉ : MTS/VIH	<p>-Projet MTS/VIH (RAPVIH) 12-17 ans</p> <p>-Programme d'action communautaire en prévention des MTS/VIH dans les Centres jeunesse de Montréal (12-17 ans)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Activités soins éducatifs où chaque adolescente se prenne en main dans sa responsabilité d'hygiène personnelle</p>	X X X		

SUICIDE	<p>-Projet d'intervention concerté sur le suicide (formation des intervenants à mieux intervenir auprès des jeunes à risque suicidaire) AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Suicide-action -Tel-Jeunes</p>	X X X		
ESTIME DE SOI	<p>-Atelier d'expression céramiste 12-17 ans AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Activités physique, de loisirs ou autres dans laquelle la jeune vit des succès</p>	X X		
CONTEXTE INTERCUTUREL	<p>-Service d'accompagnement par des membres de la communauté haïtienne (amélioration des habiletés parentales) 0-18 ans</p> <p>-Comment éduquer nos enfants sans utiliser la violence physique (5-18 ans) AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p>	X X		
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	<p>-Activité d'insertion sociale pour de jeunes présentant une déficience légère (13-17 ans)</p> <p>-Éducation sexuelle pour la clientèle déficience CJM -Habilités sociale pour clientèle déficiente CJM (expression des émotions activités dans les organismes communautaires pour la socialisation et intégration sociale)</p> <p>AUTRES: ACTIVITÉS/PROGRAMMES (NOM ET BRÈVE DESCRIPTION)</p> <p>-Cyprès : soutien (252-0444) -Développement de la notion du temps -Développement d'aptitudes cognitives à travers un médium visuel (services spécialisés) inspiré de Tintintologie -Pré-employabilité basée sur VISA (janvier 2003) -Sécurité communautaire -Activité poterie (carrefour)</p>	X X X X X X X X X		X

Appendice IV : Les données clientèle selon les 4 directions

La clientèle des territoires (tous territoires confondus)

- Les usagers des 2 territoires dans la tranche des 12-18 ans;
- Garçons et filles;
- En LSSSS, LPJ;
- Pris en charge en date du 1^{er} avril 2002;
- Recevant des services psychosociaux ou de réadaptation;
- Vivant dans leur milieu naturel, hébergés dans une ressources de type familial ou une ressource de réadaptation.

Tableau 6a. La clientèle territoriale des 12-18 ans selon les lois

Lois		Garçons		Filles		Total
		12-14 ans	15-17 ans	12-14 ans	15-17 ans	
Âge						
LSSS		98	82	74	72	326
Évaluation / Orientation (LPJ)		28	6	22	9	65
LPJ À l'application des mesures	Volontaires	66	58	54	67	245
	Ordonnées	400	607	302	586	1895
Total		592	753	452	734	2531

Tableau 6b. Nombre de jeunes 12-18 ans en situation de collaboration inter centres jeunesse

Garçons	Filles	Total
122	105	227

Appendice IV : Les données clientèle selon les 4 directions (suite)

Tableau 7. La clientèle territoriale des 12-18 ans selon les missions

Mission		Garçons		Filles		Total
		12-14 ans	15-17 ans	12-14 ans	15-17 ans	
Psychosociale	Usagers non placés	165	212	130	222	729
	Usagers placés (RTF)	113	101	135	131	480
Psychosociale et réadaptation	Usagers non placés et inscrits	45	59	31	55	190
	Usagers placés et inscrits	16	16	17	20	69
	Usagers admis seulement	139	263	73	212	687
	Usagers admis et inscrits	17	23	9	18	67
Réadaptation	Usagers inscrits seulement	71	40	49	29	189
	Usagers admis					
	Usagers inscrits et autorisation	85	102	56	104	347
Total		651	816	500	791	2758

Tableau 8. La clientèle territoriale des 12-18 ans selon les milieux de vie

Milieux de vie	Garçons		Filles		Total
	12-14 ans	15-17 ans	12-14 ans	15-17 ans	
Milieu naturel	327	372	242	362	1303
RTF	145	129	162	168	604
RI résidence de groupe (contractuel)	32	42	10	45	129
Foyer de groupe institutionnel	47	40	29	42	158
Internat	100	231	57	169	557
Logement semi-autonome		2		5	7
Total	651	816	500	791	2758

Tableau 9. Âge des adolescents pour la clientèle territoriale

Âge	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Garçons	185	236	230	272	285	235	23	1		
Filles	145	169	186	261	255	253	19	1	1	1
Total	330	405	416	533	540	488	42	2	1	1

Appendice IV : Les données clientèle selon les 4 directions

La clientèle des garçons en hébergement

- Les garçons dans la tranche des 12-18 ans⁵⁴;
- En LSSSS, LPJ;
- Pris en charge en date du 1^{er} avril 2002;
- Recevant des services psychosociaux ou de réadaptation;
- Vivant dans une ressource de réadaptation institutionnelle (foyer de groupe institutionnel ou internat).

Tableau 1. La clientèle des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les lois

Lois		Garçons		Filles		Total
Âge		12-14 ans	15-17 ans	12-14 ans	15-17 ans	
LSSS et collaboration PJ		51	53	29	20	153
LPJ À l'application des mesures	Volontaires	27	26	14	10	77
	Ordonnées	125	246	46	104	521
Évaluation / Orientation LPJ		11	3	5	5	24
LJC		8	15	1	2	26
Total		222	343	95	141	801

Tableau 2. Âge des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel

Âge	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Filles	18	36	41	47	49	38	7			236
Garçons	29	89	104	122	120	95	6			565
Total	47	125	145	169	169	133	13			801

Tableau 28. La clientèle des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les problématiques

	Abandon PJ	Négligence PJ	Abus physique PJ	Abus sexuel PJ	Troubles de comportement PJ	LSSSS	LJC	Total

⁵⁴ Ces statistiques incluent également des filles, car au moment de la saisie des données en avril 2002, il y avait encore des filles dans les hébergements qui sont dirigés maintenant par la direction des adolescents. Les gestionnaires de la base de données clientèle du CJM n'avaient donc pas eu à ce moment le temps de reconfigurer leurs fichiers informatiques en fonction de la nouvelle structure administrative.

12-14 ans	5	99	18	11	95	80	9	317
15-17 ans	16	107	20	8	243	73	17	484
Total	21	206	38	19	338	153	26	801

Tableau 3. La clientèle des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les milieux de vie

Milieux de vie		12-14 ans	15-17 ans	Total
Foyer de groupe institutionnel	Inscrits	120	163	283
	Admis	81	122	203
Internat	Globalisant	73	113	186
	Encadrement intensif	43	86	129
Total		317	484	801

Tableau 4. La durée moyenne de la prise en charge de la clientèle des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel

	Âge	Portrait de la cohorte (durée en cours)	Durée réelle année 2001-2002
	12- 14 ans	1,014 jours	792 jours
	15-17 ans	1,005 jours	1,159 jours
Total		1,008 jours	1,101 jours

Remarque : Au 31 mars 2002, 6 applications des mesures étaient en attente d'assignation à la direction des services aux adolescents. Compte tenu que dans ces cas, l'application des mesures n'est pas officiellement commencée, le calcul des durées a porté sur les 592 prises en charge sur 598.

Tableau 5. La durée moyenne de la prise en charge de la clientèle des garçons de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les problématiques (en jours)

	Abandon PJ	Négligence PJ	Abus physique PJ	Abus sexuel PJ	Troubles de comportement PJ	Total
12-14 ans	2218	1477	686	1666	374	1014
15-17 ans	2132	1653	1602	1777	563	1005
Total	2152	1570	1156	1715	515	1008

La clientèle des filles en hébergement institutionnel

- Les filles dans la tranche des 12-18 ans⁵⁵;
- En LSSSS, LPJ;
- Prise en charge en date du 1^{er} avril 2002;
- Recevant des services psychosociaux ou de réadaptation;
- Vivant dans une ressource de réadaptation institutionnelle (foyer de groupe institutionnel ou internat).

Tableau 6. La clientèle des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les lois

Lois		Garçons		Filles		Total
Âge		12-14 ans	15-17 ans	12-14 ans	15-17 ans	
LSSS et collaboration PJ		11	8	16	16	51
LPJ À l'application des mesures	Volontaires	7	14	14	19	54
	Ordonnées	40	73	57	173	343
Évaluation / Orientation LPJ		5	1	12	5	23
LJC				1	1	2
Total		63	96	100	214	473

Tableau 7. Âge des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel

Âge	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
Filles	17	30	53	87	72	54	1			314
Garçons	14	18	31	33	29	32	2			159
Total	31	48	84	120	101	86	3			473

Tableau 8. La clientèle des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les problématiques

	Abandon PJ	Négligence PJ	Abus physique PJ	Abus sexuel PJ	Troubles de comportement PJ	LSSSS	LJC	Total
12-14 ans	5	57	18	10	45	27	1	163
15-17 ans	9	88	18	9	161	24	1	310
Total	14	145	36	19	205	51	2	473

⁵⁵ Ces statistiques incluent également des garçons, car au moment de la saisie des données en avril 2002, il y avait encore des garçons dans les hébergements qui sont dirigés maintenant par la direction des adolescentes. Les gestionnaires de la base de données clientèle du CJM n'avaient donc pas eu à ce moment le temps de reconfigurer leurs fichiers informatiques en fonction de la nouvelle structure administrative.

Tableau 9. La clientèle des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les milieux de vie

Milieux de vie		12-14 ans	15-17 ans	Total
Foyer de groupe institutionnel	Inscrits	50	104	154
	Admis	45	69	114
Internat	Globalisant	42	93	135
	Encadrement intensif	26	44	70
Total		163	310	473

Tableau 10. La durée moyenne de la prise en charge de la clientèle des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel

	Âge	Portrait de la cohorte (durée en cours)	Durée réelle année 2001-2002
	12- 14 ans	1049 jours	792 jours
	15-17 ans	874 jours	1159 jours
Total		926 jours	1101 jours

Remarque : Au 31 mars 2002, 1 application des mesures étaient en attente d'assignation à la direction des services aux adolescentes. Compte tenu que dans ces cas, l'application des mesures n'est pas officiellement commencée, le calcul des durées a porté sur les 396 prises en charge sur 397.

Tableau 11. La durée moyenne (en jours) de la prise en charge de la clientèle des filles de 12-18 ans en hébergement institutionnel selon les problématiques

	Abandon	Négligence	Abus physique	Abus sexuel	Troubles de comportement	Total
Filles 12-14 ans	500	1,497	1,193	679	406	1,049
Filles 15-17 ans	1,319	1,528	726	583	515	874
Total	1,114	1,514	953	628	495	926

Appendice V : Les solutions exprimées par les différents groupes de travail pour répondre encore mieux aux besoins des adolescents

Tableau 1 : Solutions exprimées par les groupes des directions territoriales

Au plan du développement des services et des programmes :

- Ö Se donner les conditions de base pour intervenir -au-delà de l'implantation de nouveaux programmes ou activités - se donner le temps de créer lien de confiance avec les jeunes et les familles et de leur offrir une plus grande disponibilité en intervention
- Ö Travailler avec les parents : développer des programmes de soutien au développement des compétences parentales
- Ö Développer des activités qui visent à diminuer le phénomène de la violence chez les jeunes (groupe du sud-est)
- Ö Favoriser le développement de programmes qui préparent les jeunes à leur vie autonome à 18 ans et plus (entre autres, en les initiant à des ressources dans la communauté qui pourraient les aider pour le logement et l'employabilité)
- Ö S'outiller pour mieux intervenir auprès des clientèles qui ont des troubles de santé mentale, si on continue à accepter ces clientèles au sein de l'établissement
- Ö Développer et utiliser les expertises en place en intervention systémique
- Ö Développer davantage les compétences en animation de groupe
- Ö Offrir des activités planifiées, éducatives et amusantes pour les jeunes après les heures d'école en utilisant des locaux disponibles dans le quartier
- Ö Développer des centres de jour et de soir (groupe du sud-est)
- Ö Besoin de développer des ressources pour les adolescents abandonnés jusqu'à leur 21 ans (groupe du nord-est)

Tableau 2: Solutions exprimées par les groupes de la direction des adolescentes

Au plan du développement des services et des programmes :

- Ö Redécouvrir les activités éducatives en groupe, le « faire-avec » au quotidien avec les jeunes tels que la poterie, les arts et les sports
- Ö Avoir plus de temps pour agir sur les causes des problèmes (carence affective et souffrance psychologique des jeunes)
- Ö Développer des interventions pour des jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale
- Ö Intervenir davantage auprès des parents

Tableau 3 : Solutions exprimées par les groupes de la direction des adolescents
(garçons)

Au plan du développement des services et des programmes :

Milieu globalisant :

Offrir des programmes spécialisés, car sinon ils ne répondent pas aux besoins de la clientèle :

Ö Planifier les services et les ressources en hébergement en fonction des sous-groupes d'âge : 12-14 ans et 15-17 ans. Travailler à développer l'autonomie chez les plus vieux et offrir un encadrement plus serré aux plus jeunes avec des routines et des activités ludiques

Ö Mieux adapter les programmes scolaires au profil de la clientèle (par groupe d'âge et problématiques)

Ö Développer une expertise et des programmes pour les jeunes souffrant de troubles de santé mentale et s'assurer d'un meilleur suivi médical de la consommation de médicaments des jeunes

Ö Développer des programmes pour les problèmes de violence, de toxicomanie et d'abus sexuels

Ö Développer de « vrais milieux de vie » en internat pour les jeunes abandonnés tout en travaillant à les intégrer au plan social

Ö Inclure les parents dans tout le processus d'intervention

Encadrement intensif:

Ö Considérant que plusieurs jeunes en encadrement intensif présentent des handicaps majeurs on aurait besoin de programmes et services encore plus adaptés dans le domaine scolaire, de l'arrêt d'agir (besoins d'unités spéciales) et de la réinsertion sociale (surtout pour les 15-18 ans) et des abus sexuels : le CJM ne fournit pas).

Ö Besoin d'implanter des activités éducatives plus diversifiées tant au plan artistique que sportif

Ö Besoin de développer une culture d'intervention en encadrement intensif et de se questionner sur l'importance d'offrir des services et des milieux d'hébergement plus spécialisés en fonction des problématiques et des types de clientèles : ceux qui resteront jusqu'à leur majorité vs ceux qui sont là de façon transitoire

Ö Développer des milieux de vie se rapprochant d'un milieu familial « normal » pour les jeunes abandonnés

Ö Besoin d'un spécialiste de la santé présent en permanence dans les unités pour assurer le suivi (surtout au plan psychiatrique et de la médication psychotrope)

Ö Besoin d'un travailleur social en permanence sur place afin d'assurer un meilleur arrimage entre la réadaptation et l'intervention psychosociale

Tableau 4 : Solutions exprimées par les groupes de la direction des services spécialisés

Au plan du développement des services et des programmes :

- √ Avoir accès à des unités d'arrêt d'agir adaptées en collaboration avec Cité des Prairies pour avoir une ou deux places réservées
- √ Avoir accès à une infirmière permanente pour gérer les dossiers médicaux et planifier les rencontres médicales
- √ Réserver des places en appartement supervisés
- √ Développer une programmation qui inclut les parents
- √ Regrouper les filles entre elles, car elles ont des agirs spécifiques
- √ Développer des interventions en lien avec l'intégration du jeune dans le milieu à ses 18 ans en : lui donnant accès à des ateliers de travail, en lui faisant connaître les ressources pour itinérants, en lui montrant à ne pas se mettre en danger
- √ Outiller les intervenants pour mieux faire face aux troubles perceptuels des jeunes (souvent accentués par les médicaments)
- √ Développer un programme de gestion de conflits et en développement des habiletés sociales adaptées à leur réalité
- √ Développer des programmes en développement du langage en collaboration avec un orthophoniste
- √ Développer davantage d'activités ludiques (arthérapie, céramique) afin de faire vivre aux jeunes des petits succès