



**Proposition d'orientations
relatives aux services
de réadaptation pour
les jeunes présentant,
outre des problèmes
de comportement ou
un besoin de protection,
des troubles mentaux
et qui sont hébergés
dans les ressources
des centres jeunesse
du Québec.**

**RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL
SUR LA SANTÉ MENTALE
DES JEUNES SUIVIS
PAR LES CENTRES JEUNESSE**

**Proposition d'orientations
relatives aux services
de réadaptation pour
les jeunes présentant,
outre des problèmes
de comportement ou
un besoin de protection,
des troubles mentaux
et qui sont hébergés
dans les ressources
des centres jeunesse
du Québec.**

**RAPPORT DU COMITÉ DE TRAVAIL
SUR LA SANTÉ MENTALE
DES JEUNES SUIVIS
PAR LES CENTRES JEUNESSE**

AVIS

Le présent rapport ne constitue pas les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.
Il représente l'opinion des membres du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse.
Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-51425-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, mêmes partielles sont interdites sans l'autorisation des Publications du Québec.

© Gouvernement du Québec, 2007

Le 10 avril 2007

Madame Marie-Josée Guérette,
Sous-ministre adjointe à la direction générale
des services sociaux
Ministère de la santé et des services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 6^e étage
Québec, Québec G1S 2M1

Docteur Michel A. Bureau,
Directeur général des services de santé et
médecine universitaire
Ministère de la santé et des services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 9^e étage
Québec, Québec G1S 2M1

Madame la Sous-ministre adjointe,
Monsieur le Directeur général,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux confiait en octobre 2005 à un comité de travail le mandat de :

- ✓ Recenser les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse;
- ✓ Proposer des orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des problèmes de santé mentale, et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse.

Les travaux du comité sont aujourd'hui complétés grâce à la collaboration de plusieurs acteurs du réseau interpellés par la situation de jeunes en difficulté hébergés en centres jeunesse et présentant également des troubles mentaux. C'est avec enthousiasme que nous vous transmettons aujourd'hui le rapport final du comité qui permet de mieux apprécier le nombre de jeunes concernés et de présenter des recommandations qui, selon nous, si elles étaient actualisées, contribueraient significativement à améliorer la qualité des services qui leur sont rendus.

Veuillez agréer, Madame la Sous-ministre adjointe, Monsieur le Directeur général, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Les membres du comité,

The block contains two columns of handwritten signatures. The left column has four signatures: 'B. J. Guérette', 'Marie-Josée Guérette', 'René St-Amant', and 'Lise Aré'. The right column has two signatures: 'Michel A. Bureau' and 'Johnnie Babin'. There is also a small, illegible signature at the bottom left.

Rédaction : M^{me} Christiane Goyette, ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Pierre Charest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Membres du Comité de travail de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse :

M^{me} Louise April, ministère de la Santé et des Services sociaux
D^{re} Johanne Boivin, Hôpital Sainte-Justine
M. Pierre Charest, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
D^r Paul-André Desmarais, Hôtel-Dieu de Lévis
M^{me} Marie-Hélène Gariépy, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
M^{me} Christiane Goyette, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Danièle Riverin, Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean
M^{me} Marie-Thérèse Roberge, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
M^{me} Renée St-Amand, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

D'autres personnes se sont jointes, à divers moments, au Comité de travail :

M^{me} Claire Amyot, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
M^{me} Manon Duhamel, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Louise Gagné, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
M^{me} Mireille Perreault, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal

Traitement informatique : Som Inc.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	6
1. <i>Le contexte</i>	7
2. <i>La démarche du comité de travail</i>	8
3. <i>La méthodologie utilisée pour le recensement</i>	9
3.1 <i>La population étudiée</i>	9
3.2 <i>Les variables retenues</i>	9
3.3 <i>La collecte des données</i>	10
3.4 <i>Les limites de l'étude</i>	10
4. <i>Les concepts</i>	13
5. <i>Recensement des jeunes hébergés sous la responsabilité des centres jeunesse du Québec et présentant des troubles mentaux : principaux constats</i>	14
6. <i>Les orientations et les recommandations relatives aux services de réadaptation et à l'hébergement</i>	16
6.1 <i>Les valeurs qui ont guidé le Comité de travail</i>	16
6.2 <i>Les besoins des jeunes</i>	16
6.3 <i>Les recommandations</i>	18
6.3.1 <i>Le dépistage</i>	18
6.3.2 <i>Des services de réadaptation et des modalités d'hébergement adaptés</i>	18
6.3.3 <i>La poursuite des travaux sur les programmes de réadaptation adaptés</i>	18
6.3.4 <i>La formation continue des intervenants</i>	19
6.3.5 <i>L'achèvement de la mise en place des équipes de deuxième niveau en santé mentale</i>	19
6.3.6 <i>La participation essentielle des médecins omnipraticiens et des pédopsychiatres ou psychiatres</i> ..	19
6.3.7 <i>L'implantation de ressources de traitement individualisé dans chacune des régions</i>	19
6.3.8 <i>La collaboration nécessaire avec les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie, les CSSS et les autres ressources de la communauté</i>	20
6.3.9 <i>La réalisation d'études sur la santé mentale des jeunes dans les centres jeunesse</i>	20
6.3.10 <i>Les ressources financières nécessaires à la réalisation des recommandations</i>	20
6.3.11 <i>Le suivi des recommandations du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse</i>	21
6.3.12 <i>La tenue des dossiers des jeunes hébergés</i>	21
<i>Conclusion</i>	22
<i>Annexe 1 - Présentation du questionnaire et du lexique des diagnostics de trouble du DSM-IV</i>	23
<i>Annexe 2 - Résultats détaillés du recensement des jeunes hébergés dans les centres de réadaptation, les foyers de groupe et les ressources intermédiaires sous la responsabilité des centres jeunesse du Québec</i>	28
<i>Annexe 3 - Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale (Adolescence 12-17 ans – Enfance 6-12 ans)</i>	56
<i>Bibliographie</i>	68

INTRODUCTION

Au printemps 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rendait public le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, plan d'action ayant pour but de « canaliser les énergies de l'ensemble des intervenants qui œuvrent dans le secteur de la santé mentale¹ » afin d'améliorer l'accès, la continuité et la complémentarité des services aux personnes atteintes d'un trouble mental.

Le plan d'action accorde une place importante aux services destinés aux jeunes atteints de troubles mentaux et, de façon particulière, à la nécessité de déterminer des orientations pour les services aux jeunes hébergés dans les ressources des centres jeunesse et qui sont, pour la majorité d'entre eux, en besoin de protection.

Ce rapport est le fruit des travaux d'un comité qui avait d'abord pour mandat de dresser un portrait des jeunes² souffrant de troubles mentaux, dont la condition nécessite des services de réadaptation et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse. Le Comité devait, par la suite, proposer des orientations relatives aux services destinés à ces jeunes.

Le comité a voulu établir, dès le départ, que les jeunes suivis par les services externes des centres jeunesse et ceux qui sont en famille d'accueil (ressources de type familial) doivent obtenir les services dont ils ont besoin dans la communauté, par les équipes de santé mentale jeunesse des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Conformément au Plan d'action en santé mentale, les CSSS constituent le guichet d'accès pour les services de santé mentale jeunesse de première et de deuxième ligne. Les CSSS procéderont à l'évaluation des jeunes et de leurs besoins, puis au traitement par l'équipe de santé mentale jeunesse du CSSS ou à l'orientation des jeunes vers les services de deuxième ligne de pédopsychiatrie ou de psychiatrie³.

Par ailleurs, dans les situations où le jeune est retourné dans sa famille ou que l'orientation en famille d'accueil s'inscrit dans un continuum de services, en vertu duquel le jeune passe d'une ressource d'hébergement plus lourde à une ressource d'hébergement plus légère, les services requis continuent d'être donnés par le centre jeunesse. Cette façon de faire vise à assurer la continuité des interventions, et ce, jusqu'à ce que la situation du jeune soit stabilisée.

-
1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 5.
 2. Le vocable « jeunes » comprend les enfants et les adolescents.
 3. « Le MSSS reconnaît aux psychiatres généralistes une compétence de base en pédopsychiatrie et s'attend donc à ce qu'ils participent aux soins des jeunes ayant un problème de santé mentale, en particulier dans les régions où il y a pénurie de pédopsychiatres. » MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, p. 33.

1. LE CONTEXTE

Un premier comité de travail, formé de représentants de la Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire et de la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec, a été mis sur pied au printemps 2005, avec le mandat de proposer des mesures pour répondre aux besoins particuliers des jeunes aux prises avec des troubles mentaux et hébergés dans les ressources des centres jeunesse. Ce comité devait tenir compte des orientations proposées dans le document de consultation sur le plan d'action en santé mentale. Parmi les mesures qu'il a recommandées, deux ont été intégrées au Plan d'action en santé mentale, soit :

- 1) l'achèvement de la mise en place d'équipes de deuxième niveau pour les problématiques de suicide et de santé mentale dans les centres jeunesse;
- 2) l'analyse des besoins en ressources d'hébergement adaptées.

Le comité de travail a en outre proposé de procéder à un recensement de ces jeunes, non seulement pour en connaître le nombre, mais également pour être en mesure de dresser un portrait des troubles mentaux dont ils souffrent. C'est ainsi qu'en octobre 2005, un second comité de travail a été mis sur pied avec le mandat suivant :

- recenser les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse;
- proposer des orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des problèmes de santé mentale, et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse.

2. LA DÉMARCHE DU COMITÉ DE TRAVAIL

Pour réaliser le premier volet de son mandat, le Comité de travail a choisi de procéder par recensement, et non sur la base d'un échantillonnage.

Pour le second volet de son mandat et aux fins de ses travaux, le Comité a voulu différencier les troubles mentaux afin de préciser l'offre de service. Il s'est ensuite intéressé à des travaux de recension sur les programmes d'intervention en santé mentale et aux modalités d'hébergement existant dans certains centres jeunesse du Québec pour les jeunes souffrant de troubles mentaux.

En ce qui concerne les programmes d'intervention, le comité a choisi de procéder sommairement, estimant que des intervenants experts seraient plus aptes à procéder à la recension des meilleures pratiques et à l'élaboration de programmes d'intervention adaptés. Le Comité fait d'ailleurs une recommandation en ce sens.

À la lumière des résultats du recensement et de leur interprétation, le Comité a aussi réfléchi sur la pertinence de mettre en place des ressources d'hébergement dédiées aux jeunes présentant des troubles mentaux associés à de graves difficultés d'adaptation et, le cas échéant, sur les critères qui devraient mener à l'orientation d'un jeune dans ce type de ressource.

3. LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE RECENSEMENT

3.1 La population étudiée

Par définition, un recensement s'adresse à toute une population. La population qui fait l'objet de la présente étude est constituée de tous les jeunes qui, au cours de la semaine du 30 janvier au 5 février 2006, étaient hébergés dans des ressources des centres jeunesse : centres de réadaptation, foyers de groupe et ressources intermédiaires. Les jeunes hébergés dans des familles d'accueil ne sont pas visés par ce recensement. Les jeunes recensés représentent environ 14 % de la clientèle totale des centres jeunesse. De tous les jeunes orientés vers les centres jeunesse, ils sont ceux qui présentent les plus graves difficultés d'adaptation. Pour les décrire, on les désigne souvent sous l'appellation de « clientèle de bout de ligne ».

3.2 Les variables retenues

Pour la collecte des données, les membres du comité de travail voulaient un outil qui réponde aux objectifs de ce recensement en plus d'être simple, concis, ainsi que facile et rapide à remplir. Dans cette perspective, il a fallu limiter le nombre de variables analysées.

L'outil choisi est une fiche conçue pour chaque jeune, qui comprend des renseignements sociodémographiques (l'âge, le sexe, la loi commandant à l'hébergement et le type d'hébergement) d'une part et, d'autre part, des renseignements portant plus particulièrement sur les problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, les membres du comité de travail ont décidé de colliger l'information à partir des cinq éléments suivants : la présence d'un diagnostic (ou d'une impression diagnostique) posé par un médecin, la nature du diagnostic, la prise de médicaments, le besoin d'évaluation psychiatrique et enfin, le suivi professionnel. Les personnes qui ont rempli la fiche avaient en main une liste des diagnostics les plus fréquents posés par les médecins de même qu'une liste des médicaments les plus prescrits. Ces diagnostics sont ceux de la classification des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie, et décrits dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). L'abus de substances, les troubles envahissants du développement et la déficience intellectuelle ont été intégrés à la liste, car leur association avec d'autres troubles peut modifier considérablement les comportements des jeunes et, par conséquent, exiger des services spécifiques.

Le choix de ne colliger que les diagnostics ou les impressions diagnostiques posés par les médecins et inscrits au dossier du jeune permettait de s'assurer que le même concept serait utilisé par tous les répondants. Comme les jeunes sont en période de développement, les médecins hésitent parfois à poser un diagnostic ferme dans leur cas, et rédigent plutôt des impressions diagnostiques. C'est pourquoi l'impression diagnostique est considérée au même titre que le diagnostic.

Les répondants devaient également indiquer si un besoin d'évaluation psychiatrique avait été établi et, dans l'affirmative, si une demande d'évaluation avait été faite. Cette question a été posée pour identifier les jeunes pour lesquels une expertise psychiatrique serait nécessaire.

Une question portait sur le type de médicaments consommés. La liste proposée aux répondants comprenait les catégories suivantes : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les stimulants du système nerveux central, les anxiolytiques, les anticonvulsivants, la clonidine et le lithium. Pour chaque catégorie de médicaments, une liste des noms commerciaux a été fournie.

La dernière question de la fiche avait trait au suivi professionnel. Avec cette question, on cherchait à connaître quelles catégories de professionnels offraient un suivi aux jeunes. Enfin, la personne répondante devait préciser sa fonction.

Le questionnaire et les autres documents utilisés pour le recensement sont présentés à l'annexe 1.

3.3 La collecte des données

Afin de s'assurer de la compréhension des questions contenues dans la fiche, une préexpérimentation a eu lieu dans deux centres jeunesse en décembre 2005. Cela a permis d'apporter des modifications mineures à la fiche d'information.

En janvier 2006, tous les directeurs de l'organisation des services des agences de la santé et des services sociaux ont reçu une lettre du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette lettre leur demandait de transmettre au centre jeunesse de leur région un fichier comprenant la liste des consignes, la fiche à remplir pour chaque jeune hébergé, une liste de diagnostics et une liste de médicaments. Dans chaque centre jeunesse, une ou des personnes ont été désignées pour remplir les fiches des jeunes vivant en unité de réadaptation, en foyer de groupe et en ressource intermédiaire.

La semaine de référence pour le recensement était celle du 30 janvier au 5 février 2006. Les centres jeunesse devaient retourner les fiches dûment remplies au ministère, qui s'est chargé d'en faire l'analyse en collaboration avec une firme de sondage, pour le 15 février. Des données ont été recueillies pour 3591 jeunes au total.

3.4 Les limites de l'étude

Le contexte social actuel

Il importe de situer ce recensement dans son contexte. La société actuelle a tendance à beaucoup médicaliser certains comportements, ce qui se vérifie, entre autres, dans le nombre croissant de diagnostics classifiés dans le DSM-IV. Les problèmes de comportement fréquents chez les jeunes des centres jeunesse sont parfois définis en termes de diagnostics médicaux. À titre d'exemple, on peut mentionner l'hyperactivité, les troubles de l'opposition et les troubles des conduites qui, à une autre époque, étaient considérés comme des troubles de comportement. Par ailleurs, des spécialistes et des professionnels ne sont pas sans mettre en question la consommation de

médicaments psychotropes chez les jeunes⁴. L'interprétation des résultats obtenus dans ce recensement doit tenir compte de ce contexte.

La procédure

Le choix de la procédure utilisée dans cette étude limite la portée de l'interprétation des résultats. D'abord, l'étude ne permet pas de savoir quand ont été posés les diagnostics. Ainsi dans les cas où plus d'un diagnostic est inscrit au dossier, il n'est pas possible de savoir si un diagnostic est plus récent qu'un autre ou si un diagnostic a été remplacé par un autre. De plus, l'étude ne permet pas de distinguer un diagnostic d'une impression diagnostique. Comme nous l'avons souligné, les impressions diagnostiques ont été considérées au même titre que les diagnostics parce que le fait d'inscrire une impression diagnostique plutôt qu'un diagnostic est une pratique courante chez les pédopsychiatres⁵. Ignorer cette pratique aurait eu pour effet d'occulter une partie importante de la réalité. Une autre limite réside dans l'absence de distinction entre un diagnostic posé par un médecin omnipraticien et celui posé par un médecin spécialiste. Au moment de lancer cette étude, les membres du comité de travail étaient conscients des limites de la procédure utilisée.

Le diagnostic médical et la médication

L'utilisation du seul critère de diagnostic médical est en elle-même une limitation si l'on s'interroge sur la santé mentale des jeunes en centre jeunesse. La notion de santé mentale englobe une réalité plus vaste que celle reflétée par le diagnostic. Un diagnostic est un jugement posé par un professionnel sur la base, essentiellement, de la présence de certains symptômes. Il a toujours une portée limitée, car il ne tient pas compte des caractéristiques propres de la personne, ni de son histoire singulière. L'utilisation du DSM-IV comporte donc des limites puisque cette classification ne tient pas compte de l'origine des troubles mentaux. Un même syndrome peut avoir des causes différentes et inversement, une même cause peut être à l'origine de plusieurs troubles. Il importe de rappeler que les jeunes qui sont sous la responsabilité des centres jeunesse sont des jeunes en difficulté; leur histoire familiale et leur histoire personnelle en font déjà des personnes vulnérables.

Par ailleurs dans le cas des jeunes, le diagnostic médical est un des critères qui permettent d'inférer certains besoins en matière de services, mais il n'est pas le seul. Les besoins des jeunes varient, et ne sont pas directement associés à un diagnostic donné. Aussi faut-il être prudent lorsque l'on prend la présence ou l'absence d'un diagnostic médical comme critère d'analyse.

De plus, l'étude ne permet pas de mesurer la gravité des symptômes. Ainsi des enfants peuvent avoir reçu le même diagnostic : celui d'un déficit d'attention, par exemple. Mais ce déficit ne présentera pas le même degré de gravité chez tous les enfants, et sera accompagné ou non d'hyperactivité. Les données recueillies n'ont cependant pas ce degré de précision.

4. À ce sujet, voir Denis LAFORTUNE, et autres, « Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse », *Revue de psychoéducation*, vol. 33, n° 1, 2004, p. 157-176.

5. Afin d'alléger le texte, le mot diagnostic est souvent utilisé seul. Il comprend les impressions diagnostiques dans tous les cas.

L'information sur la médication a été obtenue à partir d'une liste de catégories de médicaments, accompagnée des noms commerciaux. Ainsi, si un jeune consomme deux médicaments de la même catégorie, par exemple des antidépresseurs, il est considéré dans l'étude comme n'en consommant qu'un. Aucune information sur le dosage n'a été recueillie.

La fréquence des problèmes de santé mentale, l'accessibilité aux services médicaux et l'organisation des ressources dans les centres jeunesse

Les résultats de cette étude doivent être replacés dans le contexte des ressources disponibles dans les différentes régions.

Les données obtenues sont basées sur la présence d'un diagnostic médical de trouble mental inscrit au dossier du jeune. Cela pose la question de la disponibilité et de l'accessibilité des services médicaux dans les différentes régions du Québec. Là où il y a une pénurie de médecins, on peut s'attendre à ce que moins d'enfants soient vus par un médecin; par conséquent il est possible que dans ces régions, moins d'enfants aient un diagnostic. L'inverse est aussi vrai. La disponibilité médicale peut faire en sorte que le nombre de jeunes diagnostiqués soit plus élevé. Autrement dit, l'absence de diagnostic médical dans un milieu donné n'est pas nécessairement une indication de l'absence de problèmes de santé mentale. La même remarque s'applique aux données relatives à la médication.

Les résultats obtenus dans ce recensement sont influencés par le type de ressources mises en place dans l'ensemble des régions du Québec. En effet, selon les régions, le rapport entre les places disponibles en familles d'accueil et celles étudiées dans le recensement peut varier. Par exemple si, dans une région donnée, il y a peu de places en centre de réadaptation, on a tout lieu de croire que les jeunes qui y sont placés éprouvent davantage de difficultés. C'est le cas pour certaines unités qui accueillent des enfants de 6 à 11 ans. Les données du recensement sont donc tributaires, aussi, de l'organisation des services dans chacun des centres jeunesse.

Le fait d'avoir exclu du recensement les jeunes suivis en externe et ceux qui vivent en famille d'accueil donne une image partielle de l'ensemble des jeunes qui sont sous la responsabilité des centres jeunesse.

4. LES CONCEPTS

L'Organisation mondiale de la santé définit les troubles mentaux comme « des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement de mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales⁶ ».

Dans le but de cerner avec précision les besoins des jeunes et les services requis, le Comité a convenu de classer les troubles mentaux sur une échelle de gravité. Toutefois, le Comité considère que la gravité d'un trouble ne peut être appréciée sans tenir compte des caractéristiques de l'environnement familial et social. Par exemple, un trouble déficitaire de l'attention ou un trouble anxieux peut être léger, mais aggravé si le jeune vit dans une famille dysfonctionnelle.

Le Comité a donc regroupé, dans la catégorie « trouble mental léger à modéré », le trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité, le trouble de l'adaptation, le trouble relationnel parent-enfant, le trouble de l'opposition, les troubles des conduites et les troubles anxieux.

Le trouble réactionnel grave de l'attachement, les traits ou troubles de la personnalité, la dépression, les troubles psychotiques, le trouble bipolaire, les troubles des conduites alimentaires et le syndrome de Gilles de la Tourette ont été regroupés, quant à eux, dans la catégorie « trouble mental grave ».

La déficience intellectuelle, les troubles envahissants du développement et l'abus de substances n'ont pas été retenus aux fins du classement. Le Comité a cependant jugé bon de les inclure dans le cadre du recensement, afin de pouvoir apprécier la présence de ces diagnostics dans les cas de comorbidité. Ce concept de « comorbidité » renvoie au cumul de plusieurs diagnostics concomitants qui peuvent augmenter la complexité et la gravité du trouble.

À la lumière de cet exercice, le Comité peut affirmer qu'un trouble mental ne commande pas, en soi, l'intervention d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre. C'est la gravité du trouble mental, dont la comorbidité, qui doit déterminer si le recours aux services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie est nécessaire. À cet égard, la portée des résultats du recensement, qui révèlent que 45 % des jeunes ont un diagnostic de trouble mental inscrit à leur dossier, doit être nuancée, surtout si l'on considère que le diagnostic le plus fréquent est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 5.

5. RECENSEMENT DES JEUNES HÉBERGÉS SOUS LA RESPONSABILITÉ DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC ET PRÉSENTANT DES TROUBLES MENTAUX : PRINCIPAUX CONSTATS⁷

Voici les principaux constats qui se dégagent des résultats du recensement.

- La population recensée est composée de 3591 jeunes; deux tiers sont des garçons et un tiers, des filles. La très grande majorité de ces jeunes (85,4 %) sont âgés entre 12 et 17 ans et sont hébergés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.
- Près de un jeune sur deux, soit 45 %, a un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier. Indépendamment des différences constatées selon le sexe et l'âge, ces jeunes se répartissent ainsi : 14,26 % ont un trouble mental léger à modéré, 13,37 % ont un trouble mental grave combiné à d'autres troubles mentaux ou à un abus de substances, 8,5 % ont plusieurs troubles mentaux légers à modérés, 4,29 % ont un trouble mental grave, 3,9 % souffrent de déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, et 0,56 % ont comme diagnostic unique au dossier un abus de substances.
- Le diagnostic le plus fréquent est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, en diagnostic unique ou en combinaison avec un autre diagnostic.
- Un jeune sur quatre (25 %) affiche un cumul de diagnostics. On constate une très forte hétérogénéité parmi les jeunes qui ont plus d'un diagnostic.
- Les jeunes de 6 à 11 ans constituent le groupe le plus touché par les troubles mentaux. C'est d'ailleurs ce groupe qui enregistre la plus forte proportion de troubles mentaux graves, la plus grande fréquence de troubles mentaux combinés et la plus forte proportion de jeunes médicamenteux.
- Les garçons et les filles présentent des différences importantes, tant pour la nature du diagnostic que pour la médication. Les filles sont plus sujettes aux troubles mentaux graves que les garçons, ceux-ci présentant davantage, en comparaison, des troubles mentaux légers à modérés.
- Près de deux jeunes sur cinq prennent un ou des médicaments psychotropes, et ce, indépendamment de la gravité de leurs troubles. En effet, la proportion de jeunes médicamenteux est la même chez ceux présentant des troubles graves et chez ceux présentant des troubles légers à modérés, indépendamment du caractère unique ou combiné du trouble qui les affecte.
- D'importantes différences régionales sont constatées quant à la proportion de jeunes qui ont un diagnostic et à la proportion de jeunes qui prennent des médicaments psychotropes.

7. Les résultats détaillés du recensement sont présentés à l'annexe 2 du rapport.

- Parmi les jeunes qui n'ont pas de diagnostic médical inscrit à leur dossier, 107 prennent au moins un médicament : 67 consomment un stimulant du système nerveux central, 35 un antipsychotique, 9 un antidépresseur, 6 de la clonidine, 3 un anxiolytique, 4 un anticonvulsivant et 14, un autre type de médicament. Il est possible que parmi eux se trouvent les 57 jeunes suivis par un pédopsychiatre ou un psychiatre, mais qui n'ont pas de diagnostic médical de trouble mental. Il est également possible que ces jeunes soient parmi les 175 sans diagnostic pour qui un besoin d'évaluation psychiatrique a été établi par le répondant, ou parmi les 105 pour qui une demande d'évaluation a été faite.
- La grande majorité (78,5 %) des jeunes ayant un diagnostic de trouble mental sont suivis par un professionnel de la santé qui, dans 61,3 % des cas, est un pédopsychiatre ou un psychiatre.

6. LES ORIENTATIONS ET LES RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX SERVICES DE RÉADAPTATION ET À L'HÉBERGEMENT

6.1 Les valeurs qui ont guidé le Comité de travail

Dans la réalisation de son mandat, le Comité de travail s'est appuyé continûment sur des valeurs qui devront se refléter tant dans les pratiques que dans l'organisation des services aux jeunes. Ces valeurs sont :

- le caractère indispensable de l'engagement de la famille, à titre de partenaire, et ce, tout au long du processus de réadaptation;
- la prise en compte des besoins des parents et de la fratrie afin de les aider à acquérir les habiletés permettant la réinsertion du jeune dans sa famille;
- la cohérence des interventions et la continuité des services, y compris les interventions et services dont a besoin le jeune au moment de son passage à l'âge adulte;
- la hiérarchisation des services, qui vise l'adéquation des services aux besoins des jeunes, et qui permet d'assurer le bon service au bon jeune et au bon moment.

6.2 Les besoins des jeunes

Le classement des troubles mentaux auquel le Comité a procédé, selon qu'il s'agit d'un trouble mental léger à modéré ou d'un trouble mental grave, permet de préciser l'offre de service, selon un principe de hiérarchisation, dans le cadre d'un continuum, afin d'assurer les meilleures interventions, au bon jeune et au bon moment.

Ainsi, les jeunes qui présentent des troubles mentaux légers à modérés associés à des problèmes d'adaptation ont généralement la capacité de vivre en groupe, et peuvent tirer profit de la dynamique de groupe. Ces jeunes, qui ont besoin de services de réadaptation, sont alors hébergés dans des ressources d'hébergement régulières. Ils peuvent cependant avoir besoin, aussi, d'interventions spécifiques, et les intervenants doivent pouvoir compter sur le soutien d'une équipe de deuxième niveau en santé mentale du centre jeunesse⁸.

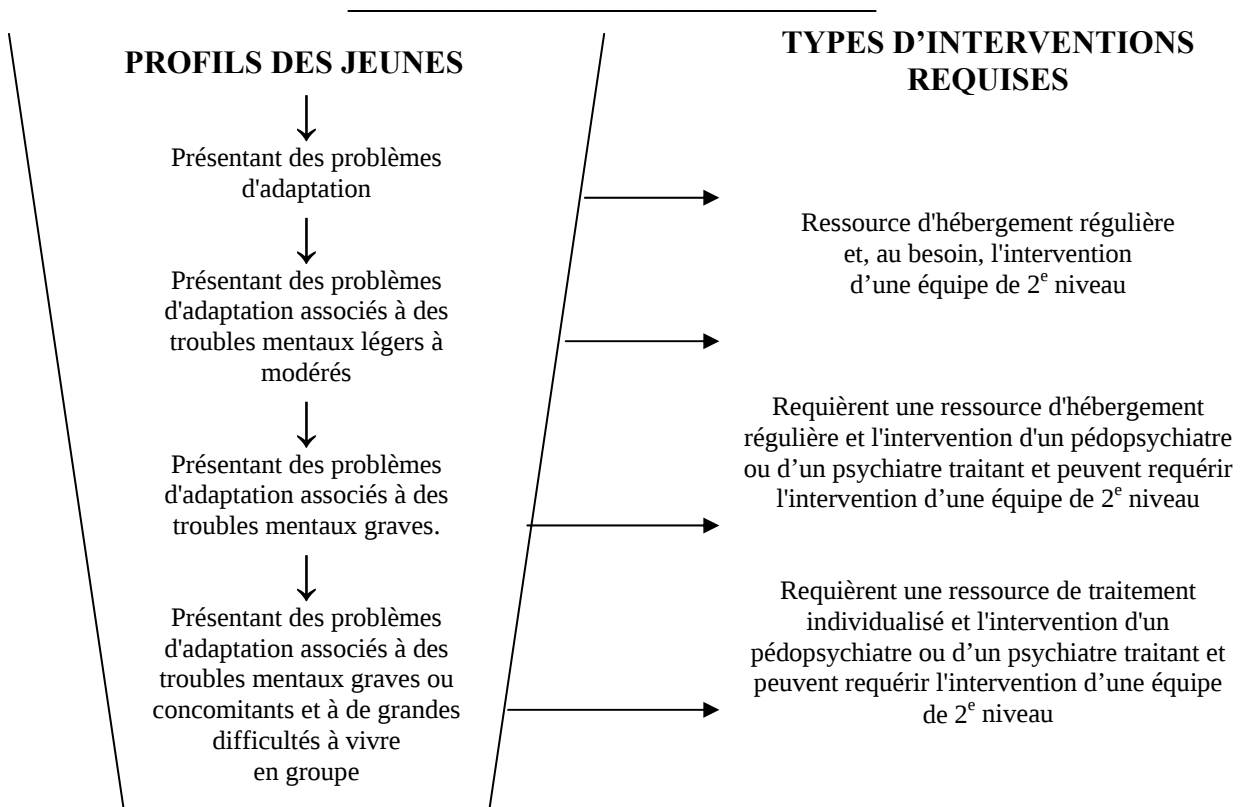
Parmi les jeunes qui souffrent de troubles mentaux graves, un certain nombre ont aussi la capacité de vivre en groupe et peuvent être maintenus dans des ressources d'hébergement régulières, avec des interventions individualisées. Ces jeunes ont besoin du suivi d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre traitant, voire du soutien d'une équipe de deuxième niveau du centre jeunesse.

8. Cette équipe, prévue dans le *Plan d'action en santé mentale*, est la même que l'équipe de deuxième niveau sur le suicide constituée en vertu du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse* (2000). Toutefois, cette équipe possède en outre une expertise en santé mentale.

Cependant, pour un petit nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux graves ou concomitants, la vie en groupe se révèle anxiogène au point de provoquer une augmentation des symptômes et une désorganisation qui peuvent se traduire, notamment, par des réactions d'impulsivité, de fuite ou d'agression. Il faut donc prévoir des programmes de traitement individualisés, « à la carte, pour chacun de ces jeunes⁹ ». De plus, les réactions de ces jeunes risquent de perturber les autres jeunes et de diminuer les bienfaits escomptés par les interventions centrées sur la vie de groupe. Les grandes difficultés à vivre en groupe éprouvées par certains jeunes commandent le recours à une ressource de traitement individualisé, le suivi d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre traitant et, si nécessaire, le soutien d'une équipe de deuxième niveau, selon le modèle retenu par le centre jeunesse.

Le schéma qui suit présente une synthèse des profils des jeunes et des types d'interventions requises.

LES PROFILS DES JEUNES ET LES TYPES D'INTERVENTIONS REQUISES



9. LES CENTRES JEUNESSE DE LANAUDIÈRE, *Une approche personnalisée pour des jeunes présentant un double diagnostic*, candidature posée aux Prix d'excellence 2002 du réseau de la santé et des services sociaux, Joliette, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2003, p. 5.

6.3 Les recommandations

Au terme de son mandat, le Comité de travail formule les recommandations suivantes.

6.3.1 Le dépistage

- Que chaque jeune hébergé dans une unité de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire fasse l'objet d'une évaluation médicale et d'une évaluation psychologique à l'aide d'une grille de psychopathologie¹⁰, le plus tôt possible après son admission ou son inscription dans la ressource, avant ou pendant l'élaboration du plan d'intervention.

6.3.2 Des services de réadaptation et des modalités d'hébergement adaptés

Outre l'élaboration et la réalisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés déjà prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

- Que les jeunes présentant des troubles mentaux, hébergés dans des ressources d'hébergement régulières ou dans des ressources de traitement individualisé, bénéficient d'interventions spécifiques ou de programmes de traitement individualisés.
- Qu'un jeune présentant un ou des troubles mentaux associés à ses problèmes d'adaptation soit orienté vers une ressource d'hébergement régulière, à moins qu'une évaluation objective démontre qu'il éprouve de grandes difficultés à vivre en groupe.
- Qu'un jeune qui présente un ou des troubles mentaux associés à ses problèmes d'adaptation et qui éprouve de grandes difficultés à vivre en groupe bénéficie d'un milieu offrant des programmes de traitement individualisés, dans un groupe restreint, préférentiellement de six jeunes et d'un maximum de huit.
- Que les ressources de traitement individualisé ne soit pas identifiées comme des ressources « en santé mentale » afin d'éviter la stigmatisation des jeunes qui y sont hébergés.
- Que les besoins des parents soient pris en compte et que ceux-ci soient orientés vers les ressources adéquates (CSSS et services de psychiatrie pour les parents présentant aussi des troubles mentaux, associations de parents, etc.).

6.3.3 La poursuite des travaux sur les programmes de réadaptation adaptés

- Qu'un comité d'experts poursuive l'élaboration de programmes de réadaptation adaptés à ces jeunes, dans la lignée de ceux réalisés par les centres jeunesse de Québec, de Lanaudière, de la Montérégie, des Laurentides et du Bas-Saint-Laurent.

10. Voir l'annexe 3.

6.3.4 La formation continue des intervenants

- Que les intervenants reçoivent une formation leur permettant d’acquérir les habiletés nécessaires à l’intervention individuelle et les compétences spécifiques de réadaptation, dans le cadre de programmes d’intervention adaptés à des jeunes présentant des troubles mentaux, et ce, selon les prévalences constatées. La formation devra comporter des aspects ayant trait aux valeurs et aux croyances relatives à la maladie mentale et viser l’acquisition de connaissances sur le dépistage des jeunes qui souffrent de troubles mentaux, sur les manifestations des différents troubles mentaux et sur la médication, particulièrement celle relative au trouble déficitaire de l’attention. Les caractéristiques ethnoculturelles des jeunes et des familles qui reçoivent les services devront également être prises en compte.

6.3.5 L’achèvement de la mise en place des équipes de deuxième niveau en santé mentale

- Que chaque centre jeunesse mette sur pied une ou des équipes de deuxième niveau en santé mentale¹¹. Cette équipe, prévue au *Plan d’action en santé mentale*, sera celle constituée en vertu du *Protocole d’intervention en situation de problématique suicidaire* (2000) à laquelle on demandera, de plus, de couvrir le champ de la santé mentale. Une telle équipe comprendra au minimum une infirmière, un psychologue et un omnipraticien possédant une expertise en santé mentale. De plus, elle devra pouvoir compter sur la présence d’un pédopsychiatre ou psychiatre répondant.

6.3.6 La participation essentielle des médecins omnipraticiens et des pédopsychiatres ou psychiatres

- Que le Département régional de médecine générale de chacune des régions du Québec assure une présence médicale auprès des jeunes hébergés et au sein de chaque équipe de deuxième niveau en santé mentale de sa région;
- Que la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de chacune des régions du Québec assure la présence d’un pédopsychiatre ou d’un psychiatre répondant à chaque équipe de deuxième niveau en santé mentale de sa région.

6.3.7 L’implantation de ressources de traitement individualisé dans chacune des régions

- Que chaque centre jeunesse dispose d’au moins une ressource de traitement individualisé (ressource dédiée), de façon à ce qu’un jeune dont la condition requiert ce type de ressource puisse être hébergé dans sa région et qu’ainsi, les interventions avec la famille soient facilitées. Cette ressource pourra être une unité de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource intermédiaire, et sera conçue pour accueillir un groupe restreint, préférentiellement de six jeunes et d’un maximum de huit.

11. Le modèle peut varier, selon le choix des régions.

6.3.8 La collaboration nécessaire avec les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie, les CSSS et les autres ressources de la communauté

- Que la collaboration entre les centres jeunesse et les services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie s'inscrive dans une logique de responsabilité partagée;
- Que la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux destinés aux adultes (services de psychiatrie adulte, hébergement, etc.) se prépare avant que le jeune atteigne l'âge de 18 ans;
- Que le jeune et sa famille soient orientés, dans le cadre d'un transfert personnalisé, vers les services de première ligne du CSSS lorsque ceux de deuxième ligne ne sont plus nécessaires, conformément au *Plan d'action en santé mentale*;
- Que des collaborations soient établies avec les organismes communautaires œuvrant dans les secteurs visés, notamment ceux de la santé mentale, de la jeunesse et de la famille.

6.3.9 La réalisation d'études sur la santé mentale des jeunes dans les centres jeunesse

- Que des études soient réalisées sur :
 - o le portrait des jeunes qui présentent des troubles d'adaptation associés à des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse;
 - o les solutions de rechange à la médication, particulièrement pour les jeunes âgés de 6 à 11 ans qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité;
 - o l'application des lignes directrices prévues dans le plan d'action ministériel sur le trouble déficitaire de l'attention *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*¹²;
 - o l'efficacité des programmes de réadaptation adaptés aux jeunes qui présentent des troubles d'adaptation associés à des troubles mentaux.

6.3.10 Les ressources financières nécessaires à la réalisation des recommandations

- Que les ressources financières nécessaires soient prévues pour la mise en place de programmes de réadaptation et de ressources d'hébergement adaptés, ainsi que pour la formation des intervenants.

12. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*, Québec, ministère de l'Éducation éditeur, 2003.

6.3.11 Le suivi des recommandations du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse

- Qu'un comité soit mis en place pour assurer le suivi des recommandations formulées dans le rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse.

6.3.12 La tenue des dossiers des jeunes hébergés

- Que l'information liée au trouble mental et à la condition physique d'un jeune hébergé dans les ressources des centres jeunesse soit rigoureusement documentée et mise à jour.

CONCLUSION

Le Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse a d'abord procédé au recensement des jeunes souffrant de troubles mentaux hébergés dans les ressources des centres jeunesse. On connaît mieux ces jeunes maintenant. On sait qui ils sont, combien ils sont, quelle est la nature de leurs problèmes, quels médicaments ils prennent et quel suivi professionnel leur est offert. Cependant, ce recensement n'éclaire qu'une partie de la réalité de ces jeunes. D'autres études devront être réalisées pour avoir un meilleur portrait de ces jeunes et de leurs besoins. C'est donc une invitation aux chercheurs.

À la lumière des résultats de ce recensement, le Comité a fait des recommandations. Certaines ont trait aux actions à poser auprès des jeunes; c'est le cas du dépistage et de la nécessité d'adapter des programmes d'intervention et les modalités d'hébergement. Les autres sont davantage de l'ordre de l'organisation des services à mettre en place; c'est le cas, notamment, de la disponibilité de ressources de traitements individualisés, de l'achèvement de l'implantation des équipes de deuxième niveau, de la participation essentielle des médecins omnipraticiens et des pédopsychiatres ou psychiatres, et de la nécessaire collaboration avec les services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie, les CSSS et les autres ressources de la communauté.

Le Comité a jugé important, aussi, de faire une recommandation sur la formation des intervenants. Les intervenants, particulièrement les éducateurs, accompagnent ces jeunes au quotidien; c'est sur eux que repose la responsabilité de les amener à développer leurs habiletés relationnelles, la tolérance, la coopération, la communication, la responsabilisation, la résolution de conflit ainsi que le respect des autres¹³. Généralement formés et habilités à intervenir sur la dynamique de groupe, les éducateurs sont maintenant appelés à changer leur pratique pour faire des interventions individuelles et spécifiques de réadaptation auprès de jeunes qui peuvent être agressifs ou présenter des comportements susceptibles de les déstabiliser et de les placer face aux limites de leurs interventions. Pour quiconque doit modifier sa pratique, le passage est exigeant. Le soutien et la formation prennent alors une importance capitale.

Le mandat du comité a pris fin avec le dépôt de ce rapport aux autorités ministérielles. Il reste maintenant une étape essentielle : celle d'assurer le suivi des recommandations en consacrant à cette fin les budgets nécessaires.

13. LES CENTRES JEUNESSE DE LANAUDIÈRE, *op.cit.*, p. 2.

- b) Si **OUI**, quels sont le ou les diagnostics ou la ou les impressions diagnostiques inscrits? (utiliser la grille de cotation ci-jointe et inscrire le numéro qui correspond à chacun des diagnostics)

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

7. a) S'il n'y a pas de diagnostic ou d'impression diagnostique inscrits au dossier, a-t-on identifié un besoin d'évaluation psychiatrique ?

☐ Oui (passer à la question 7b) ☐ Non (passer à la question 8)

- b) Si **OUI**, a-t-on fait une demande d'évaluation psychiatrique ?

☐ Oui ☐ Non

8. Le jeune prend-il un ou des médicaments psychotropes ou liés aux troubles psychiatriques ?

☐ Oui ☐ Non

Si **OUI**, lequel ou lesquels ? (se référer à la liste jointe et inscrire le numéro qui correspond à chaque catégorie de médicament; par exemple, inscrire le n° 3 si le médicament prescrit est le Ritalin, le Concerta, la Dexédrine, l'Adderal ou le Strattera)

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

9. Le jeune est-il actuellement suivi par professionnel pour des problèmes de santé mentale ?

☐ Oui ☐ Non

Si **OUI**, par quel type de professionnel ? (inscrire tous les professionnels)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Médecin | ☐ Psychologue |
| ☐ Pédopsychiatre | ☐ Pédiatre |
| ☐ Psychiatre | ☐ Neurologue |

Fonction de la personne qui a complété la fiche :

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Chef d'unité | ☐ Infirmier |
| ☐ Psychoéducateur | ☐ Éducateur |
| ☐ Psychologue | |

Date : _____

GRILLES DE COTATION

Diagnostiques et impressions diagnostiques

1. Dépression (dépression majeure, dysthymie)
2. Syndrome Gilles de la Tourette
3. Traits ou troubles de la personnalité (personnalité narcissique, personnalité limite, personnalité antisociale, personnalité histrionique, personnalité schizoïde, personnalité schizotypique, personnalité paranoïde, personnalité obsessionnelle-compulsive, personnalité passive-agressive)
4. Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
5. Trouble d'opposition
6. Trouble de la conduite
7. Troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, agoraphobie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble d'anxiété généralisée, anxiété de séparation, stress post-traumatique)
8. Trouble réactionnel de l'attachement
9. Trouble relationnel parent-enfant
10. Trouble psychotique (psychose toxique, trouble bipolaire psychotique, schizophrénie)
11. Trouble de l'adaptation (avec humeur dépressive, anxieuse et trouble de la conduite)
12. Trouble des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
13. Trouble envahissant du développement (autisme, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié)
14. Abus de substances
15. Déficience intellectuelle
16. Trouble bipolaire

Médication

1. Antipsychotique (Risperdal, Haldol, Seroquel, Zyprexa)
2. Antidépresseur (Celexa, Effexor, Paxil, Prozac, Luvox, Wellbutrin, Zolof)
3. Stimulant du système nerveux central (Ritalin, Concerta, Dexedrine, Adderall, Strattera)
4. Anxiolytique (Ativan, Rivotril)
5. Anticonvulsivant (Tegretol, Epival, Dilantin, Lamictal)
6. Clonidine (Catapres, Dixarit)
7. Lithium
8. Autres

LEXIQUE DES TROUBLES MENTAUX

Dépression : À l'adolescence, on retrouve 3 grandes entités, soit le trouble d'adaptation, la dépression majeure unipolaire et la dépression bipolaire. La dépression majeure se présente avec un changement de l'humeur, de l'insomnie (ou hypersomnie), une perte de l'estime de soi, de la fatigue, de la difficulté de concentration, un changement de l'appétit et une rumination suicidaire.

Déficience intellectuelle : Le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans¹⁴.

Syndrome de Gilles de la Tourette : Trouble caractérisé par des tics moteurs multiples et par un ou plusieurs tics vocaux, survenant à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, mais pas nécessairement de façon simultanée. Dans la plupart des cas, les tics apparaissent dans l'enfance ou à l'adolescence (OMS, page 40)¹⁵.

Traits ou troubles de la personnalité : Les différents troubles de la personnalité comprennent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles de natures très variées. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée (OMS, page 153).

Trouble bipolaire : Trouble caractérisé par plusieurs épisodes (au moins deux) au cours desquels l'humeur et le niveau d'activités du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression) avec habituellement guérison complète entre les épisodes (OMS, page 83).

Troubles anxieux : Les troubles anxieux représentent une pathologie dont la prévalence est élevée. On parle ici d'anxiété généralisée, de phobie sociale, de trouble obsessionnel-compulsif et de trouble panique. L'anxiété de séparation se retrouve chez les enfants. Il est important de reconnaître ces pathologies, car leurs conséquences sur le développement sont considérables. Les troubles anxieux évoluent naturellement d'exacerbations en accalmies.

Trouble de l'adaptation : États de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant (OMS, page 110).

14. R. LUCKASSON, et autres, *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Support*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 2002 (traduction réalisée sous la direction de Diane Morin, 2003).

15. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Masson, 2001, 269 p.

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité : Trouble caractérisé principalement par un mode persistant d'inattention avec ou sans hyperactivité, plus fréquent et plus grave que ce qui est observé typiquement chez des enfants d'un niveau comparable de développement. Selon la dominance de l'inattention ou de l'hyperactivité, on peut distinguer trois sous-groupes : le type « inattention prédominante », le type « hyperactivité/impulsivité prédominantes », le type mixte¹⁶.

Trouble de l'opposition : Trouble des conduites se manifestant habituellement chez les enfants âgés de moins de 9 ou 10 ans. Il est caractérisé par la présence d'un comportement provocateur ou désobéissant et par l'absence de conduites agressives ou dyssociales graves enfreignant la loi ou les droits d'autrui (OMS, page 27).

Troubles des conduites : Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes. Ces troubles, dans leur forme extrême, conduisent l'enfant à enfreindre les règles sociales correspondant à son âge. Ils dépassent ainsi largement le cadre des « mauvais tours » ou « mauvaises blagues » des enfants et des attitudes habituelles de rébellion des adolescents (OMS, page 23).

Troubles des conduites alimentaires : Ces troubles comprennent deux syndromes spécifiques importants : l'anorexie mentale et la boulimie. L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. La boulimie est un syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive concernant le contrôle du poids corporel, conduisant le sujet à adopter des mesures extrêmes pour neutraliser la prise de poids liée à la nourriture (OMS, pages 134 et 136).

Troubles envahissants du développement : Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication ainsi qu'un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif (OMS, page 12).

Troubles psychotiques : Les troubles psychotiques comprennent le prodrome de schizophrénie, le premier épisode dépressif, psychotique et psychotoxique.

Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance : Trouble survenant chez le nourrisson et le jeune enfant, caractérisé par la présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations émotionnelles et se manifestant à l'occasion de changements dans l'entourage. La présence d'une inquiétude et d'une hypervigilance ne cédant pas aux tentatives faites pour rassurer l'enfant est caractéristique de ce trouble (OMS, page 35).

Trouble relationnel parents/enfants : Ceci n'est pas un diagnostic comme tel, mais il met en évidence que les difficultés présentées par l'enfant sont en grande partie liées à des interactions parents-enfant déficientes, à des difficultés de communication, à des problèmes autour de la discipline et à de la surprotection avec comme conséquence une atteinte importante du fonctionnement de l'enfant et de sa famille.

16. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, 2000.

ANNEXE 2 - RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU RECENSEMENT DES JEUNES HÉBERGÉS DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION, LES FOYERS DE GROUPE ET LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES SOUS LA RESPONSABILITÉ DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

L'objet de ce recensement était de dresser le portrait des jeunes hébergés sous la responsabilité des centres jeunesse et présentant des troubles mentaux, afin de proposer des orientations sur les services de réadaptation que requiert leur condition. Des données sur 3591 jeunes ont été recueillies, au moyen de fiches remplies principalement par les chefs d'unité et les éducateurs; ces informations ont été compilées en collaboration avec une firme de sondage.

Seize types de trouble sont répertoriés. Ce nombre se traduit théoriquement par plusieurs dizaines de milliers de combinaisons possibles de troubles différents (des jeunes présentent deux, ou plusieurs troubles). Cette particularité a commandé aux choix méthodologiques du Comité de travail, qui n'a pas jugé pertinent, par exemple, de chercher à déterminer la prévalence de chacun des 16 troubles ou de telle ou telle combinaison de troubles.

Compte tenu du nombre souvent élevé de diagnostics inscrits au dossier de chaque jeune (jusqu'à neuf dans certains cas), le Comité a plutôt choisi de répertorier les données en fonction de la nature, de la gravité et du caractère unique ou combiné du diagnostic en cause. Ainsi, les cas de déficience intellectuelle et de trouble envahissant du développement sont comptabilisés séparément, selon qu'il s'agit d'un diagnostic unique ou d'un diagnostic combiné à d'autres diagnostics médicaux de trouble mental. Dans les autres cas, la priorité est donnée au trouble mental grave lorsqu'il se trouve combiné à un ou plusieurs diagnostics de trouble mental léger à modéré ou à un abus de substances. Lorsque le jeune a deux diagnostics de trouble mental grave ou plus, la priorité est donnée au syndrome de Gilles de la Tourette, puis au trouble bipolaire, et en troisième lieu au trouble psychotique. Dans les autres cas, la priorité est donnée au premier trouble mental inscrit par le répondant sur la fiche de collecte de données. Lorsque aucun diagnostic de trouble mental grave n'est indiqué sur la fiche mais que plusieurs diagnostics de trouble mental léger à modéré sont présents, nous avons choisi de compiler le nombre de cas où deux, trois, quatre ou cinq diagnostics et plus de trouble léger à modéré sont combinés. Ce choix méthodologique découle du fait que nous ne voulions compter chaque jeune qu'une seule fois, afin d'avoir une meilleure idée de la lourdeur des services de santé mentale que réclame leur condition.

1. Données sociodémographiques

1.1 Répartition géographique

Comme on peut le constater au tableau 4, la répartition régionale de la population recensée ne correspond pas tout à fait à la répartition des jeunes de moins de 18 ans sur le territoire de la province. Certaines régions sont surreprésentées, d'autres sous-représentées. Ainsi la région de Montréal, qui abrite 23,4 % de l'ensemble des jeunes du Québec, regroupe 33,9 % des jeunes qui font l'objet de cette étude. À l'inverse, la région de l'Outaouais abrite 4,9 % des jeunes de la province, mais seulement 1,9 % de la population recensée ici.

Tableau 4
Répartition régionale des jeunes recensés et de la population totale des jeunes de moins de 18 ans¹⁷

	Jeunes recensés		Population totale des 0-17 ans	
	n	%	n	%
Bas-Saint-Laurent	74	2,1	37 134	2,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	113	3,1	54 126	3,5
Capitale-Nationale	239	6,7	117 744	7,7
Mauricie et Centre-du-Québec	143	4,0	92 201	6,0
Estrie	121	3,4	61 194	4,0
Montréal	1217	33,9	358 116	23,4
Outaouais	70	1,9	74 666	4,9
Abitibi-Témiscamingue	80	2,2	31 684	2,1
Côte-Nord	49	1,4	20 370	1,3
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	28	0,8	16 995	1,1
Chaudière-Appalaches	126	3,5	80 239	5,2
Laval	189	5,3	77 304	5,1
Lanaudière	291	8,1	93 678	6,5
Laurentides	314	8,7	113 901	7,5
Montréal	537	15,0	294 102	19,2
Total	3591	100	1 528 454	100

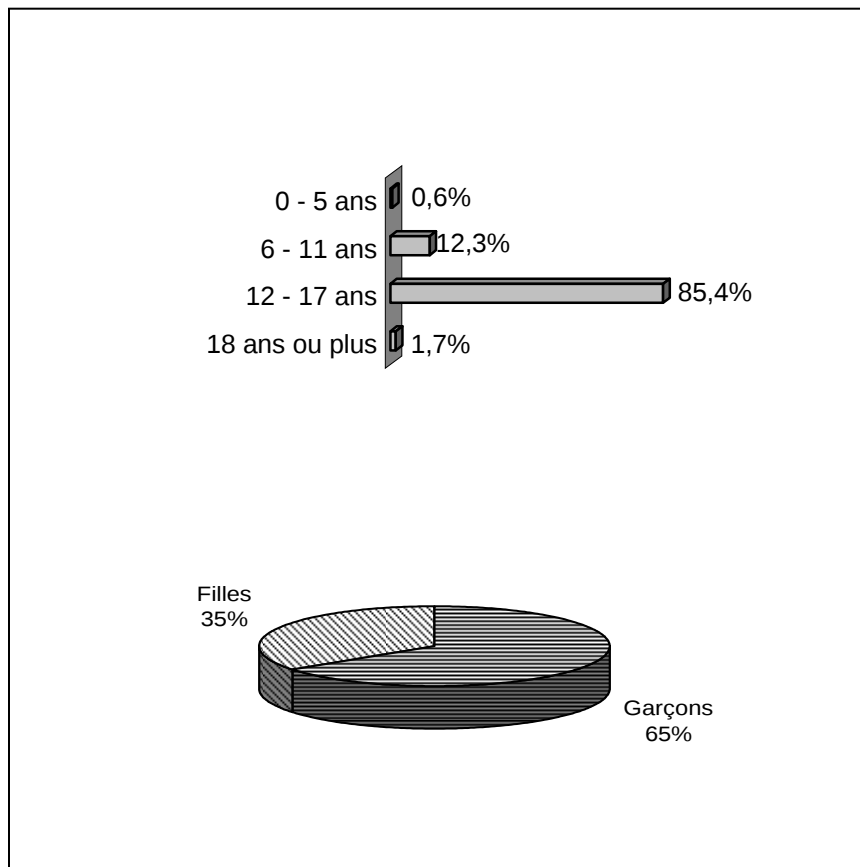
1.2 Âge et sexe des jeunes¹⁸

Le graphique 1 présente la distribution selon l'âge de la population recensée. La très grande majorité des jeunes, soit 85,4 % (n = 3053), sont âgés de 12 à 17 ans. Les autres se répartissent comme suit : 21 appartiennent au groupe des 0-5 ans, 440 ont entre 6 et 11 ans et 61, 18 ans ou plus. Près des deux tiers des 3591 jeunes recensés, soit 64,6 % (n = 2613), sont des garçons.

17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Projections de la population du Québec, selon la région sociosanitaire (RSS), le sexe et certains groupes d'âge*, au 1^{er} juillet 2005.

18. L'âge du sujet n'était pas inscrit sur 16 fiches, alors que le sexe n'était pas indiqué sur 12 fiches.

Graphique 1
Répartition des jeunes selon l'âge et le sexe



1.3 Répartition des jeunes en vertu de la loi sous laquelle ils sont hébergés¹⁹

La majorité des jeunes, soit 87 % (n = 3090), sont hébergés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, 5,8 % (n = 207) le sont en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et 6,9 % (n = 243) le sont en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents ou de la Loi sur les jeunes contrevenants. Dans ce dernier cas, 95 % (n = 231) sont de sexe masculin et 63 % sont âgés de 17 ans ou plus.

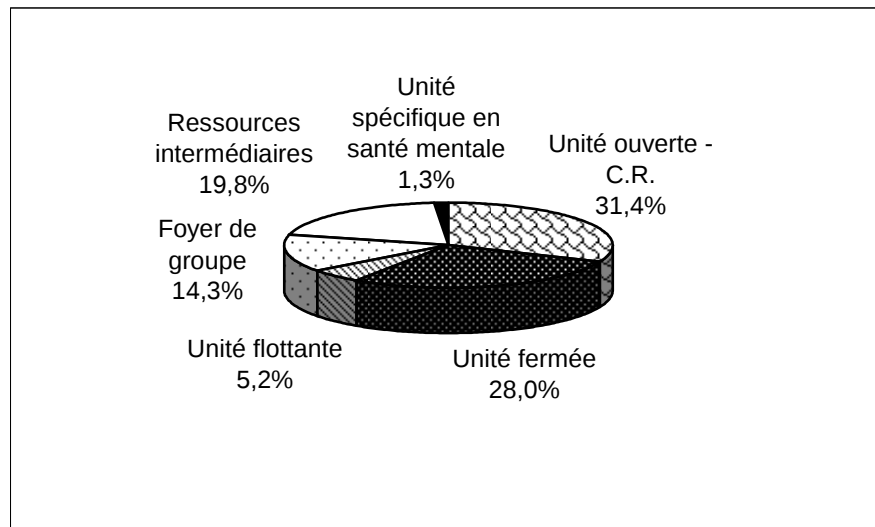
1.4 Type d'hébergement²⁰

Comme le montre le graphique 2, près des deux tiers des jeunes recensés, soit 65,9 % (n = 2354), sont hébergés dans un centre de réadaptation, 19,8 % (n = 708) sont hébergés dans une ressource intermédiaire et 14,3 % (n = 509) vivent en foyer de groupe. En centre de réadaptation, 47,58 % des jeunes sont dans des unités ouvertes, 42,48 % dans des unités fermées, 7,82 % dans des unités flottantes et un petit nombre (n = 50) vivent dans des unités spécifiques en santé mentale (2,12 %).

19. Cette donnée était manquante sur 51 fiches. Par ailleurs, un jeune peut être hébergé en vertu de plus d'une loi.

20. Cette donnée était manquante sur 20 fiches.

Graphique 2
Répartition des jeunes selon le type d'hébergement



Les garçons et les filles se répartissent de la même manière dans les différentes ressources d'hébergement, sauf dans les ressources en santé mentale. Ces ressources abritent une majorité de filles, soit 54,2 % (n = 26), alors que les filles ne représentent que 35 % de la population recensée.

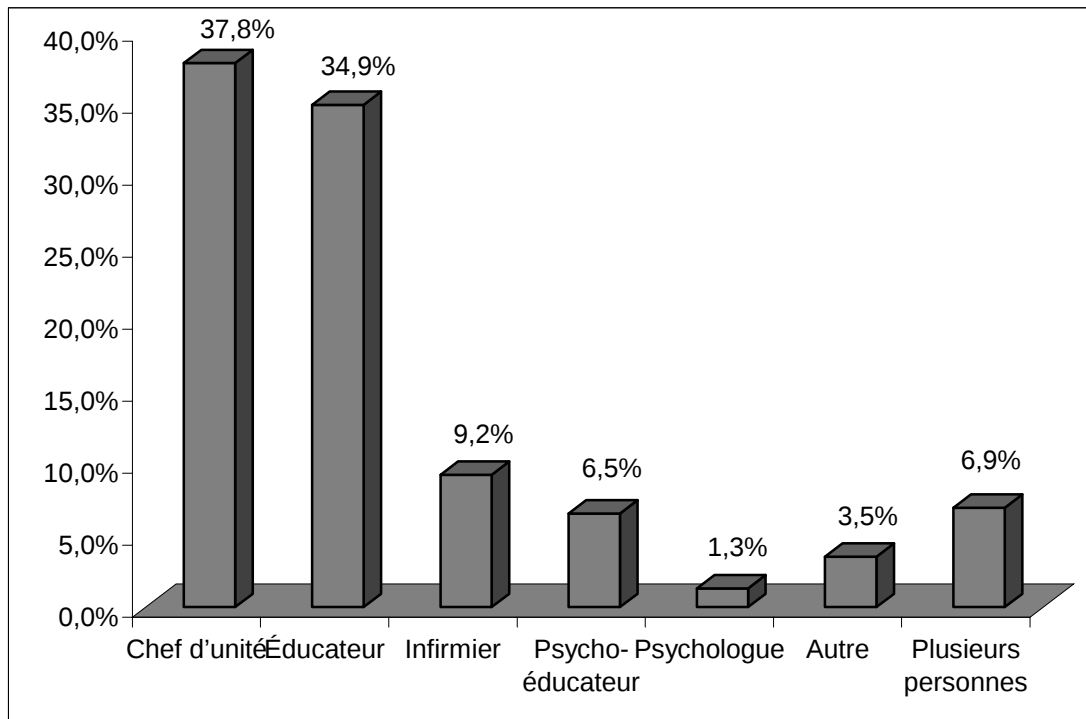
C'est dans les régions de la Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale que se trouvent les plus fortes proportions de jeunes hébergés dans des foyers de groupe, avec 34,9 % et 33,1 % respectivement. Cette proportion est légèrement inférieure dans Lanaudière, à 26,3 %. La région des Laurentides se distingue avec la plus grande proportion de jeunes dans des ressources intermédiaires, soit 46,2 % (n = 145). La région de Montréal compte la plus grande proportion de jeunes dans des unités fermées d'un centre de réadaptation (50,8 %) alors que dans les régions de l'Outaouais et de la Côte-Nord, un peu plus de 80 % des jeunes vivent dans des unités ouvertes.

1.5 Fonction de la personne répondante²¹

Les trois quarts des fiches ont été remplies par les chefs d'unité et les éducateurs. Le graphique 3 présente la répartition des questionnaires selon la fonction de la personne répondante.

21. Cette donnée était manquante sur 59 fiches.

Graphique 3
Répartition des questionnaires selon la fonction du répondant



2. Résultats détaillés du recensement des jeunes ayant un diagnostic de trouble mental

2.1 La présence d'un ou plusieurs diagnostics médicaux en santé mentale²²

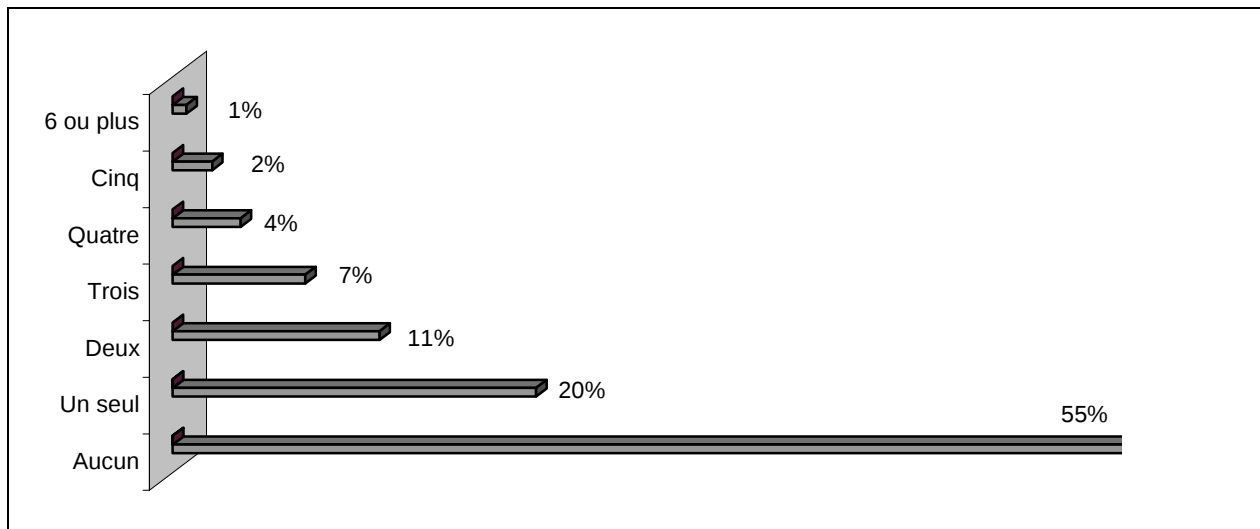
La majorité des jeunes (55 %) n'ont aucun diagnostic inscrit à leur dossier, 20 % ont un diagnostic, 11 % en ont deux et 14 % en ont trois ou plus (graphique 4).

Les données révèlent des différences importantes selon l'âge, le sexe et les régions.

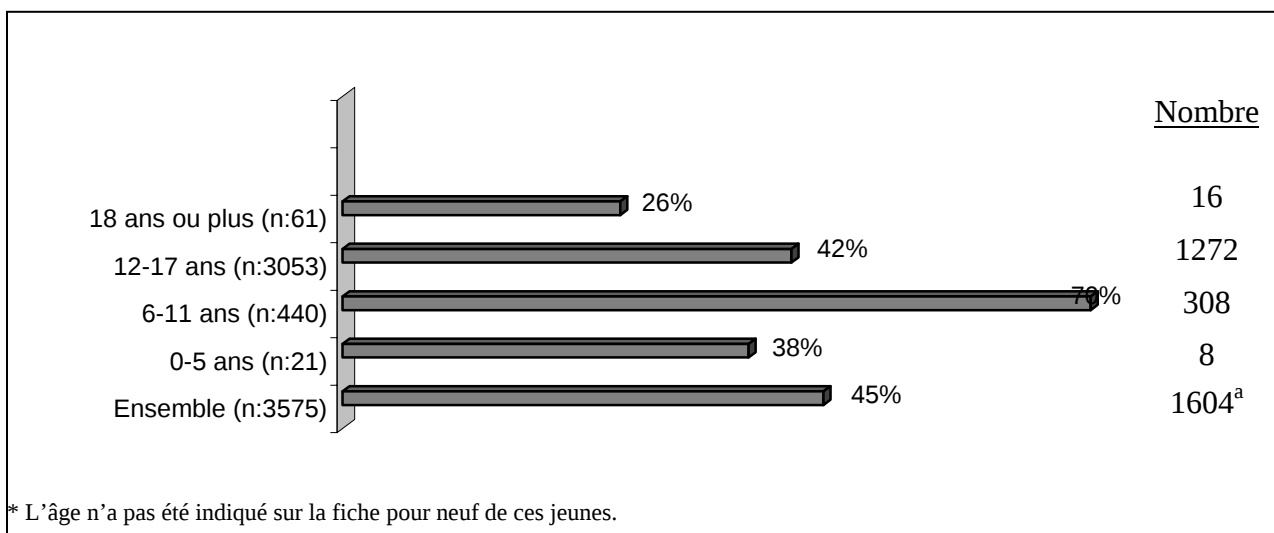
C'est dans le groupe des 6-11 ans qu'on trouve à la fois la plus forte proportion de jeunes ayant au moins un diagnostic inscrit à leur dossier, soit 70 %, et celle des jeunes avec plus de un diagnostic (41 %). À l'inverse, la grande majorité des 18 ans ou plus, soit 70 %, n'ont aucun diagnostic inscrit au dossier.

22. Dans huit cas, on a indiqué la présence d'un diagnostic sans en préciser la nature. Ces cas ont été considérés comme n'ayant aucun diagnostic inscrit à leur dossier.

Graphique 4
Répartition des jeunes selon le nombre de diagnostics



Graphique 5
Proportion de jeunes avec un diagnostic selon le groupe d'âge*



Les données sur la répartition selon le sexe montrent que 37,6 % des filles (n = 476) ont un diagnostic inscrit au dossier, comparativement à 48,9 % des garçons (n = 1132).

À l'exception des ressources d'hébergement en santé mentale, où tous les jeunes ont un diagnostic (n = 50), la proportion de jeunes avec un diagnostic est sensiblement la même dans les trois autres types de ressources, soit 44,3 % (n = 1020) dans les centres de réadaptation, 43,4 % (n = 221) dans les foyers de groupe et 43,8 % (n = 310) dans les ressources intermédiaires.

Les données relatives à la répartition régionale (tableau 5) montrent que la proportion de jeunes avec un diagnostic varie de 34,3 % dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, à 86,8 % en Estrie. Cette proportion est élevée, aussi, dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (82,1 %)

Tableau 5
**Répartition régionale des jeunes selon la présence
d'un diagnostic au dossier**

	Avec dx		Sans dx	
	n	%	n	%
Bas-Saint-Laurent	33	44,6	41	55,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	46	40,7	67	59,3
Capitale-Nationale	149	62,3	90	37,7
Mauricie et Centre-du-Québec	49	34,3	94	65,7
Estrie	105	86,8	16	13,2
Montréal	482	39,6	735	60,4
Outaouais	37	52,9	33	47,1
Abitibi-Témiscamingue	33	41,3	47	58,8
Côte-Nord	23	46,9	26	53,1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23	82,1	5	17,9
Chaudière-Appalaches	45	35,7	81	64,3
Laval	71	37,6	118	62,4
Lanaudière	131	45,0	160	55,0
Laurentides	139	44,3	175	55,7
Montréal	247	46,0	290	54,0
Total	1613	44,9	1978	55,1

2.2. La catégorie, la gravité et le caractère unique ou combiné des diagnostics

Cent dix jeunes souffrent de déficience intellectuelle et 30, d'un trouble envahissant du développement. Dans leur cas, huit fois sur dix, le diagnostic est combiné à d'autres diagnostics de trouble mental ou à un abus de substances. Par ailleurs, 20 jeunes ont pour seul diagnostic un abus de substances. Ces 160 jeunes comptent pour près de 10 % de l'ensemble des jeunes diagnostiqués et pour 4,45 % de la population recensée; 82 % d'entre eux sont âgés de 12 à 17 ans et 73,8 % sont des garçons (tableau 6).

Tableau 6

Nombre de jeunes avec un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement comme diagnostic unique ou combiné et nombre de jeunes avec un abus de substances comme diagnostic unique, selon la région, le groupe d'âge et le sexe

	Diagnostic					
	DI	DI co	TED	TED co	SUB	Total
Nombre de cas	17	93	9	21	20	160
% de la population totale	0,47	2,59	0,25	0,58	0,56	4,46
Région						
Bas-Saint-Laurent	0	0	0	0	1	1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0	2	0	2	4
Capitale-Nationale	1	4	0	0	0	5
Mauricie et Centre-du-Québec	0	1	0	0	1	2
Estrie	0	15	0	1	2	18
Montréal	5	42	0	7	8	62
Outaouais	0	4	1	0	0	5
Abitibi-Témiscamingue	0	0	0	2	2	4
Côte-Nord	0	2	0	0	0	2
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0
Chaudière-Appalaches	0	2	0	1	0	3
Laval	0	1	1	2	2	6
Lanaudière	1	6	0	3	0	10
Laurentides	0	0	4	1	1	6
Montréal	10	16	1	4	1	32
Âge						
0-5	0	0	0	1	0	1
6-11	1	19	0	4	0	24
12-17	16	71	9	16	19	131
18 et +	0	3	0	0	1	4
Sexe						
M	8	71	8	17	14	118
F	9	22	1	4	6	42

DI : déficience intellectuelle en diagnostic unique.

DI co : déficience intellectuelle combinée à d'autres diagnostics.

TED : trouble envahissant du développement en diagnostic unique.

TED co : trouble envahissant du développement combiné à d'autres diagnostics.

SUB : abus de substances en diagnostic unique.

Quant aux autres jeunes diagnostiqués (n = 1453, ou 40,3 % de la population totale), les tableaux 7, 8 et 9 présentent leur distribution selon la catégorie diagnostique, la gravité et le caractère unique ou combiné du trouble inscrit au dossier, en fonction de la région, du groupe d'âge et du sexe.

Comme le montre le tableau 7, 819 jeunes ont un diagnostic de trouble mental léger à modéré inscrit à leur dossier. Ils comptent pour 51 % des jeunes diagnostiqués et 22,8 % de la population totale recensée. Dans ce groupe, près des deux tiers (63 %, ou 512 jeunes) ont un seul diagnostic de trouble léger à modéré, le quart en ont deux, et 12,8 % en ont trois ou plus.

Tableau 7
Nombre de jeunes selon le diagnostic unique ou le nombre de diagnostics combinés de trouble mental léger à modéré en fonction de la région, du groupe d'âge et du sexe

	Diagnostic de trouble mental léger à modéré										
	Diagnostic unique						Nombre de diagnostics combinés, y compris l'abus de substances				Total
	TDA	ADA	RE P-E	OPP	CON	ANX	2	3	4	5 et +	
Nombre de cas	394	34	9	22	19	34	202	72	28	5	819
% de la population totale	10,97	0,95	0,25	0,61	0,53	0,95	5,63	2,01	0,78	0,14	22,82
Région											
Bas-Saint-Laurent	7	0	0	2	0	0	6	0	0	0	15
Saguenay-Lac-Saint-Jean	9	0	0	0	1	0	9	1	0	0	20
Capitale-Nationale	40	1	1	3	1	5	30	14	3	0	98
Mauricie et Centre-du-Québec	25	3	0	4	1	2	2	1	0	0	38
Estrie	17	0	0	0	1	0	18	8	2	4	50
Montréal	115	12	5	5	6	15	52	17	7	0	234
Outaouais	4	1	0	2	0	0	3	3	3	0	16
Abitibi-Témiscamingue	2	5	1	1	0	0	1	2	1	0	13
Côte-Nord	3	1	0	0	0	0	5	3	1	0	13
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	8	0	0	0	2	0	2	4	0	0	16
Chaudière-Appalaches	5	0	0	0	0	2	6	1	2	1	17
Laval	18	0	0	1	5	2	9	2	0	0	37
Lanaudière	40	5	0	2	1	3	14	0	1	0	66
Laurentides	45	1	2	1	0	5	18	4	0	0	76
Montréal	56	5	0	1	1	0	27	12	8	0	110
Âge											
0-5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
6-11	97	1	1	6	2	4	37	20	11	0	179
12-17	294	32	8	16	17	30	164	48	17	4	630
18 et +	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5
n.p. ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Sexe											
M	317	13	4	11	14	19	163	51	21	4	617
F	77	21	5	11	5	15	38	20	7	1	200
n.p. ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2

(1) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

TDA : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité;
 ADA : trouble de l'adaptation;
 RE P-E : trouble relationnel parent-enfant;
 OPP : trouble de l'opposition;
 CON : troubles des conduites;
 ANX : troubles anxieux.

Ces 819 jeunes représentent 41 % des 6-11 ans et 20,64 % des 12-17 ans. Par ailleurs, 26,68 % des garçons recensés, comparativement à 15,8 % des filles, ont un diagnostic de trouble mental léger à modéré.

Comme le montrent les tableaux 8 et 9, 634 jeunes ont un diagnostic de trouble mental grave inscrit à leur dossier. Ce groupe représente près de 40 % des jeunes avec un diagnostic, soit 17,7 % de la population recensée; 24 % des 6-11 ans et 17 % des 12-17 ans s'y trouvent et les filles y sont proportionnellement un peu plus nombreuses que les garçons (18,48 % des filles

recensées contre 17,17 % des garçons). Dans ce groupe, seulement le quart des jeunes (n = 154) ont un diagnostic unique (tableau 8), les 480 autres ayant un diagnostic combiné (tableau 9).

En bref, les données recueillies montrent que 45 % des jeunes recensés ont un diagnostic médical de trouble mental inscrit au dossier. Ces jeunes se répartissent ainsi : 14,26 % ont un diagnostic unique de trouble léger à modéré, 8,5 % ont plusieurs diagnostics de trouble léger à modéré, 4,29 % ont un diagnostic unique de trouble grave, 13,37 % ont un diagnostic de trouble mental grave combiné à d'autres diagnostics de trouble mental ou à un abus de substances, 3,9 % souffrent de déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, et 0,56 % ont comme diagnostic unique au dossier un abus de substances.

Ce portrait s'applique plus particulièrement aux garçons de 12 à 17 ans, qui comptent pour la majorité (53,33 %) de la population recensée. Pour les filles du même groupe d'âge, la situation est légèrement différente. En effet, 62,4 % n'ont aucun diagnostic de trouble mental inscrit au dossier, 10,58 % ont un seul diagnostic de trouble léger à modéré, 5,21 % ont plusieurs diagnostics de trouble léger à modéré, 5,69 % ont un diagnostic de trouble mental grave, 12,79 % ont un diagnostic de trouble mental grave combiné à d'autres diagnostics de trouble mental ou à un abus de substances, et 3,32 % présentent soit une déficience intellectuelle, comme diagnostic unique ou combiné à d'autres diagnostics de trouble mental, soit, beaucoup plus rarement, un trouble envahissant du développement ou un abus de substances.

Le portrait des enfants de 6 à 11 ans est tout autre. Seulement 30 % n'ont pas de diagnostic de trouble mental inscrit au dossier, 25,22 % ont un diagnostic de trouble léger à modéré, 15,45 % ont plusieurs diagnostics de trouble léger à modéré, 4,32 % ont un seul diagnostic de trouble mental grave, 19,55 % ont un diagnostic de trouble mental grave combiné à d'autres diagnostics de trouble mental, et 5,45 % ont soit une déficience intellectuelle, soit, plus rarement, un trouble envahissant du développement qui, dans ce cas, est toujours combiné à d'autres diagnostics de trouble mental.

On constate également d'importantes différences régionales quant à la répartition des jeunes recensés dans telle ou telle catégorie de diagnostics (tableau 10). Ainsi la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine n'enregistre aucun cas d'abus de substances seul, de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement, alors qu'en Estrie ces cas, au nombre de 18, comptent pour 14,88 % des jeunes recensés dans cette région. La proportion de jeunes ayant un diagnostic unique de trouble léger à modéré varie de 5,55 % en Chaudière-Appalaches, à 35,71 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Les proportions de diagnostics combinés de trouble léger à modéré vont de 2,1 % en Mauricie et Centre-du-Québec, à 26,45 % en Estrie. L'Estrie, la Chaudière-Appalaches et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne comptent aucun jeune avec diagnostic unique de trouble mental grave alors qu'avec un taux de 8,11 %, le Bas-Saint-Laurent est la région affichant la plus forte proportion de cas. Enfin les proportions de diagnostics combinés de trouble mental grave varient de 4,19 % en Mauricie et Centre-du-Québec, à 30,58 % en Estrie.

Tableau 8
Nombre de jeunes selon le diagnostic unique de trouble mental grave en fonction de la région, du groupe d'âge et du sexe

	Diagnostic unique de trouble mental grave							Total
	ATTA	PERS	DEPR	PSYC	BIPO	ALIM	TOUR	
Nombre de cas	31	44	29	17	7	2	24	154
% de la population totale	0,86	1,23	0,81	0,47	0,2	0,06	0,67	4,29
Région								
Bas-Saint-Laurent	3	3	0	0	0	0	0	6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	4	1	0	0	0	1	7
Capitale-Nationale	0	1	1	1	1	2	0	6
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0	1	1	1	0	0	3
Estrie	0	0	0	0	0	0	0	0
Montréal	14	12	12	7	1	0	2	48
Outaouais	0	1	1	1	0	0	1	4
Abitibi-Témiscamingue	0	1	0	0	0	0	1	2
Côte-Nord	0	1	0	0	1	0	0	2
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0	0	0
Chaudière-Appalaches	0	0	0	0	0	0	0	0
Laval	0	5	4	1	0	0	3	13
Lanaudière	4	4	0	3	0	0	5	16
Laurentides	1	5	3	2	2	0	4	17
Montréal	8	7	6	1	1	0	7	30
Âge								
0-5	2	0	0	0	0	0	0	2
6-11	10	1	2	0	0	0	6	19
12-17	19	41	27	15	7	2	16	127
18 et +	0	2	0	2	0	0	0	4
n.p. ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	2	2
Sexe								
M	17	18	11	14	3	0	19	82
F	14	26	18	3	4	2	5	72
n.p. ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

ATTA : trouble réactionnel grave de l'attachement.

PERS : traits ou troubles de la personnalité.

DEPR : dépression.

PSYC : troubles psychotiques.

BIPO : trouble bipolaire.

ALIM : troubles des conduites alimentaires.

TOUR : syndrome de Gilles de la Tourette.

Tableau 9
Nombre de jeunes selon le diagnostic combiné de trouble mental grave en fonction de la région, du groupe d'âge et du sexe

	Trouble mental grave combiné à un ou plusieurs autres diagnostics de trouble mental ou à un abus de substances							
	ATTA	PERS	DEPR	PSYC	BIPO	ALIM	TOUR	Total
Nombre de cas	130	145	64	23	22	8	88	480
% de la population totale	3,62	4,04	1,78	0,64	0,61	0,22	2,45	13,37
Région								
Bas-Saint-Laurent	2	8	1	0	0	0	0	11
Saguenay–Lac-Saint-Jean	4	8	0	1	0	0	2	15
Capitale-Nationale	7	19	2	1	3	3	5	40
Mauricie et Centre-du-Québec	1	2	1	1	0	0	1	6
Estrie	11	16	7	0	1	0	2	37
Montréal	42	38	22	6	4	3	23	138
Outaouais	5	4	2	0	0	1	0	12
Abitibi-Témiscamingue	1	10	0	1	1	0	1	14
Côte-Nord	1	3	1	0	1	0	0	6
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	4	0	0	0	0	2	7
Chaudière-Appalaches	5	8	2	4	4	0	2	25
Laval	3	4	3	0	1	0	4	15
Lanaudière	6	3	4	2	2	0	22	39
Laurentides	9	3	8	3	1	1	15	40
Montréal	32	15	11	4	4	0	9	75
Âge								
0-5	3	0	0	0	0	0	0	3
6-11	47	4	7	2	4	2	20	86
12-17	79	138	56	20	18	6	67	384
18 et +	1	1	0	1	0	0	0	3
n.p. ⁽¹⁾	0	2	1	0	0	0	1	4
Sexe								
M	97	77	32	17	14	0	78	315
F	32	68	32	5	8	7	10	162
n.p. ⁽¹⁾	1	0	0	1	0	1	0	3

(1) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

ATTA : trouble réactionnel grave de l'attachement.

PERS : traits ou troubles de la personnalité.

DEPR : dépression.

PSYC : troubles psychotiques.

BIPO : trouble bipolaire.

ALIM : troubles des conduites alimentaires.

TOUR : syndrome de Gilles de la Tourette.

Tableau 10
Répartition par région du nombre de jeunes
selon la gravité et le caractère unique ou combiné des diagnostics inscrits au dossier

Région	Diagnostics inscrits au dossier					
	Aucun	Autres dx ⁽¹⁾	1 dx unique de trouble léger à modéré	2 dx et plus de trouble léger à modéré	1 dx unique de trouble grave	Dx combiné de trouble grave ⁽²⁾
Bas-Saint-Laurent (n = 74)	41	1	9	6	6	11
% ⁽³⁾	55,41	1,35	12,16	8,11	8,11	14,86
Saguenay–Lac-Saint-Jean (n = 113)	67	4	10	10	7	15
% ⁽³⁾	59,29	3,54	8,85	8,85	6,19	13,27
Capitale-Nationale (n = 239)	90	5	51	47	6	40
% ⁽³⁾	37,66	2,09	21,34	19,66	2,51	16,74
Mauricie et Centre-du-Québec (n = 143)	94	2	35	3	3	6
% ⁽³⁾	65,73	1,40	24,48	2,10	2,10	4,19
Estrie (n = 121)	16	18	18	32	0	37
% ⁽³⁾	13,22	14,88	14,88	26,45	0,00	30,58
Montréal (n = 1217)	735	62	158	76	48	138
% ⁽³⁾	60,39	5,09	12,98	6,24	3,94	11,34
Outaouais (n = 70)	33	5	7	9	4	12
% ⁽³⁾	47,14	7,14	10,00	12,86	5,71	17,14
Abitibi-Témiscamingue (n = 80)	47	4	9	4	2	14
% ⁽³⁾	58,75	5,00	11,25	5,00	2,50	17,50
Côte-Nord (n = 49)	26	2	4	9	2	6
% ⁽³⁾	53,06	4,08	8,16	18,37	4,08	12,24
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (n = 28)	5	0	10	6	0	7
% ⁽³⁾	17,86	0,00	35,71	21,46	0,00	25
Chaudière-Appalaches (n = 126)	81	3	7	10	0	25
% ⁽³⁾	64,29	2,38	5,55	7,94	0,00	19,84
Laval (n = 189)	118	6	26	11	13	15
% ⁽³⁾	62,43	3,17	13,76	5,82	6,88	7,94
Lanaudière (n = 291)	160	10	51	15	16	39
% ⁽³⁾	54,98	3,44	17,53	5,15	5,50	13,4
Laurentides (n = 314)	175	6	54	22	17	40
% ⁽³⁾	55,73	1,91	17,20	7,01	5,41	12,74
Montréal (n = 537)	290	32	63	47	30	75
% ⁽³⁾	54,00	5,96	11,73	8,75	5,59	13,97

- (1) Soit : déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement, en diagnostic unique ou combiné, ou abus de substances en diagnostic unique.
- (2) Diagnostic de trouble mental grave combiné à d'autres diagnostics de trouble mental ou à un abus de substances.
- (3) Il s'agit du pourcentage par rapport au nombre total de jeunes recensés dans la région en cause.

2.3 Prévalence des diagnostics

Il convient de rappeler que le quart des jeunes recensés ont entre deux et neuf diagnostics différents inscrits à leur dossier. Parmi tous les diagnostics, et indépendamment de leur caractère unique ou combiné, le trouble de déficit de l'attention est nettement le plus fréquent puisqu'il se trouve inscrit au dossier de 27,2 % des jeunes recensés. Vient ensuite le trouble de l'opposition, inscrit au dossier de 12,1 % des jeunes. Les troubles réactionnels de l'attachement, les troubles des conduites, les traits ou troubles de la personnalité touchent 7 % des jeunes et les troubles anxieux, 6 % d'entre eux. Le tableau 11 présente, pour chacun des 16 diagnostics, le nombre de dossiers où ce diagnostic est inscrit.

Tableau 11
Nombre de dossiers où le diagnostic est inscrit

	n	% des jeunes avec dx	% des jeunes recensés
Trouble déficitaire de l'attention	978	60,7	27,2
Trouble de l'opposition	435	27,0	12,1
Trouble réactionnel de l'attachement	262	16,3	7,3
Troubles des conduites	257	16,0	7,2
Traits ou troubles de la personnalité	254	15,8	7,1
Troubles anxieux	224	13,9	6,2
Trouble relationnel parent-enfant	175	10,9	4,9
Trouble de l'adaptation	169	10,5	4,7
Abus de substances	139	8,6	3,9
Syndrome de Gilles de la Tourette	123	7,6	3,4
Déficience intellectuelle	110	6,8	3,1
Dépression	101	6,3	2,8
Troubles psychotiques	54	3,4	1,5
Troubles envahissants du développement	43	2,7	1,2
Trouble bipolaire	36	2,2	1,0
Troubles des conduites alimentaires	20	1,2	0,6
Autre	3	0,2	0,1

Note : certains dossiers comportent deux diagnostics ou plus.

L'analyse comparative entre les 6-11 ans et les 12-17 ans révèle des similitudes et des différences (les 0-5 ans et les 18 ans ou plus sont trop peu nombreux à avoir un diagnostic au dossier pour que les données soient significatives). Ainsi chez les jeunes âgés entre 6 et 17 ans, le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est nettement le diagnostic le plus fréquent.

Parmi les 308 jeunes de 6 à 11 ans avec un diagnostic inscrit au dossier, 79,5 % ont celui de trouble de déficit de l'attention, 34,7 % ont celui de trouble de l'opposition, 25,6 % souffrent d'un trouble réactionnel de l'attachement et 16 %, de troubles anxieux. Quant aux 1272 jeunes de 12 à 17 ans avec un diagnostic, plus de la moitié (56,3 %) présentent un trouble de déficit de l'attention et le quart, un trouble de l'opposition. La présence de traits ou troubles de la personnalité est ce qui différencie le plus les deux groupes d'âge. En effet, 18,3 % des 12-17 ans avec un diagnostic en sont affectés, contre 4,5 % des 6-11 ans avec un diagnostic. Le tableau 12 présente la répartition du nombre de jeunes avec un diagnostic dans chacun des deux groupes d'âge.

Tableau 12
Répartition selon le diagnostic en fonction du groupe d'âge

	6-11 ans (n = 308)		12-17 ans (n = 1272)	
	n	%	n	%
Trouble déficitaire de l'attention	245	79,5	716	56,3
Trouble de l'opposition	107	34,7	318	25,0
Trouble réactionnel de l'attachement	79	25,6	175	13,8
Troubles des conduites	37	12,0	212	16,7
Traits ou troubles de la personnalité	14	4,5	233	18,3
Troubles anxieux	50	16,2	173	13,7
Trouble relationnel parent-enfant	32	10,4	140	11,1
Trouble de l'adaptation	14	4,5	148	11,7
Abus de substances	0	0,0	135	10,7
Syndrome de Gilles de la Tourette	28	9,1	92	7,3
Déficiência intellectuelle	20	6,5	85	6,7
Dépression	9	2,9	91	7,2
Trouble psychotique	3	1,0	46	3,6
Troubles envahissants du développement	8	2,6	33	2,6
Trouble bipolaire	7	2,3	29	2,3
Troubles des conduites alimentaires	4	1,3	16	1,3
Autre	0	0,0	3	0,2

Note : certains dossiers comportent deux diagnostics ou plus.

L'analyse des résultats selon le sexe révèle aussi des différences (tableau 13). D'abord comme on l'a déjà souligné, davantage de garçons (48,9 %, n = 1132) que de filles (37,6 %, n = 476) ont un diagnostic inscrit au dossier. Les filles diagnostiquées sont aussi moins nombreuses à présenter un déficit de l'attention (41,4 %, comparativement à 68,7 % des garçons). En revanche, elles sont trois fois plus à avoir un diagnostic de dépression (11,3 %, contre 4,3 % des garçons), et deux fois plus à avoir un diagnostic de traits ou troubles de la personnalité (24 %, contre 12 % des garçons) ou de trouble de l'adaptation (16 % contre 8 %). Les troubles des conduites alimentaires touchent les filles en très grande majorité. Toutefois, une même proportion de filles et de garçons ont un diagnostic de trouble de l'opposition ou de trouble réactionnel de l'attachement.

Tableau 13
Répartition des jeunes diagnostiqués, selon le diagnostic et le sexe

	Filles (n = 476)		Garçons (n = 1132)	
	n	%	n	%
Trouble déficitaire de l'attention	197	41,4	778	68,7
Trouble de l'opposition	112	23,5	321	28,4
Trouble réactionnel de l'attachement	77	16,2	185	16,3
Troubles des conduites	70	14,7	187	16,5
Traits ou troubles de la personnalité	115	24,2	139	12,3
Troubles anxieux	76	16,0	148	13,1
Trouble relationnel parent-enfant	71	14,9	104	9,2
Trouble de l'adaptation	78	16,4	90	8,0
Abus de substances	48	10,1	89	7,9
Syndrome de Gilles de la Tourette	17	3,6	106	9,4
Déficiência intellectuelle	31	6,5	79	7,0
Dépression	54	11,3	47	4,2
Trouble psychotique	12	2,5	41	3,6
Troubles envahissants du développement	6	1,3	37	3,3
Trouble bipolaire	12	2,5	24	2,1
Troubles des conduites alimentaires	16	3,4	3	0,3
Autre	0	0,0	3	0,3

Note : certains dossiers comportent deux diagnostics ou plus.

2.4 Les diagnostics uniques et les combinaisons de diagnostics

Comme nous l'avons déjà souligné, le groupe de jeunes qui ont au moins un diagnostic inscrit au dossier se divise en deux sous-groupes : 20 % ont un seul diagnostic et 25 % en ont deux ou plus. Il peut être intéressant, aussi, de voir comment se répartissent les diagnostics uniques et les combinaisons de diagnostics. C'est l'objet de cette section. Le tableau 14 présente les situations les plus fréquentes, c'est-à-dire qui regroupent au moins 10 jeunes. Selon ce critère, il est possible de relever 25 situations différentes, dont 12 avec diagnostic unique et 13 avec combinaison de diagnostics. Dans ce tableau, un jeune ne peut appartenir à deux catégories différentes; c'est pourquoi les fréquences qui y sont présentées diffèrent de celles du tableau 11.

Ces 25 situations ne couvrent que 60 % des jeunes qui ont un diagnostic. Cela signifie que la situation de 40 % des jeunes diagnostiqués est singulière, puisqu'on la retrouve chez moins de 10 jeunes. Cela traduit aussi la très grande hétérogénéité de ce groupe de jeunes. En effet, à l'exception du trouble de déficit de l'attention, tous les autres troubles ou chaque combinaison particulière de troubles touchent moins de 2 % de tous les jeunes recensés.

Tableau 14
Diagnostics uniques et combinaisons de diagnostics les plus fréquents

	n	% de tous les jeunes	% jeunes avec dx	% cumulatif
1. Trouble déficitaire de l'attention (TDA)	394	10,9	24,4	24,4
2. TDA et trouble de l'opposition	68	1,9	4,2	28,6
3. Traits ou troubles de la personnalité (PERS)	44	1,2	2,7	31,3
4. Troubles anxieux (ANX)	34	0,9	2,1	33,4
5. Trouble de l'adaptation (ADA)	34	0,9	2,1	35,5
6. TDA et ANX	32	0,9	2,0	37,5
7. Trouble réactionnel de l'attachement (AHA)	31	0,9	1,9	39,4
8. Dépression (DEPR)	29	0,8	1,8	41,2
9. TDA et ATTA	27	0,8	1,7	42,9
10. TDA et syndrome de Gilles de la Tourette	25	0,7	1,5	44,4
11. Syndrome de Gilles de la Tourette (TOUR)	24	0,7	1,5	45,9
12. Trouble de l'opposition (OPP)	22	0,6	1,4	47,3
13. TDA et troubles des conduites	21	0,6	1,3	48,6
14. Abus de substances	20	0,6	1,3	49,9
15. Troubles des conduites	19	0,5	1,2	51,1
16. TDA, OPP et ATTA	18	0,5	1,1	52,2
17. TDA, OPP et CON	18	0,5	1,1	53,3
18. Déficience intellectuelle (DI)	17	0,5	1,1	54,4
19. Troubles psychotiques	17	0,5	1,0	55,4
20. TDA, TOUR et OPP	12	0,3	0,8	56,2
21. TDA et PERS	12	0,3	0,8	57,0
22. TDA et DI	11	0,3	0,7	57,7
23. OPP et ATTA	10	0,3	0,6	58,3
24. TDA et ADA	10	0,3	0,6	58,9
25. TDA et OPP et trouble relationnel parent-enfant	10	0,3	0,6	59,5

3. Le besoin d'évaluation et la demande d'évaluation

À la question 7 du questionnaire, les répondants devaient indiquer, dans les cas où aucun diagnostic n'était inscrit au dossier du jeune, si un besoin d'évaluation psychiatrique avait été établi et dans l'affirmative, si une demande d'évaluation avait été faite. Cette question avait pour but de repérer les jeunes qui, tout en n'ayant aucun diagnostic au dossier, présentaient un comportement suffisamment inquiétant pour qu'une évaluation soit jugée nécessaire. Il appert que 175 (4,87 % de tous les jeunes recensés) auraient besoin d'une évaluation psychiatrique; 70 d'entre eux, soit 40 %, sont déjà suivis par un professionnel pour un problème de santé mentale.

Les besoins d'évaluation sont estimés différemment par les répondants, selon l'âge et le sexe des jeunes. Ainsi dans le groupe des 6-11 ans, près du quart des enfants sans diagnostic (23,48 %, n = 31) devraient être évalués, comparativement à 7,8 % des jeunes sans diagnostic âgés de 12 à 17 ans. Et un peu plus de garçons non diagnostiqués que de filles, soit 10,2 % contre 6,2 %, présenteraient un tel besoin.

Dans les trois quarts des cas (131 sur 175) où un besoin d'évaluation a été établi, une demande d'évaluation a été faite. Toutes proportions gardées, ces demandes d'évaluation touchent légèrement plus de garçons que de filles, et un peu plus les jeunes de 6 à 11 ans que ceux plus âgés. Cela s'accorde au fait que c'est dans ces groupes qu'on a repéré le plus souvent un besoin d'évaluation.

4. La consommation de médicaments psychotropes²³

Deux questions portaient sur la médication. La première se rapportait à la consommation ou non de médicaments psychotropes et la seconde, à la catégorie de médicaments consommés. Aux fins du recensement, les médicaments psychotropes ont été classés en sept catégories : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les stimulants du système nerveux central, les anxiolytiques, les anticonvulsivants, la clonidine et le lithium. Les noms commerciaux des médicaments associés à chacune de ces catégories étaient indiqués sur la liste remise aux répondants (voir annexe 1). Ces derniers devaient donc indiquer quelle était la catégorie de médicaments consommés par le jeune. Cette méthode présupposait que le jeune ne prenait pas deux médicaments de la même catégorie.

Un peu plus du tiers (37 %, n = 1323) des jeunes recensés prennent au moins une catégorie de médicaments psychotropes. On ne s'étonnera pas que 92 % d'entre eux (n = 1216) aient un diagnostic médical de trouble mental inscrit à leur dossier et que la grande majorité (87,5 %, n = 1161) soient suivis par un professionnel pour des problèmes de santé mentale. Un peu plus de la moitié de ces jeunes, soit 54,3 % (n = 721), sont suivis par un pédopsychiatre ou un psychiatre et le quart (n = 337), par un médecin omnipraticien.

La proportion de jeunes médicamentés varie selon l'âge. Les deux tiers des 6-11 ans (67,5 %, n = 297) consomment des médicaments, comparativement au tiers des jeunes de 12 à 17 ans (n = 991). Ces données s'accordent au fait que c'est aussi dans le groupe des 6-11 ans que l'on trouve la plus forte proportion de jeunes ayant un diagnostic inscrit au dossier.

La proportion de jeunes sous médication varie également selon les régions (tableau 15). Elle se situe entre 30 et 50 % dans la plupart des régions. La région de Montréal affiche la proportion la plus basse, avec 27,5 %, alors que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine enregistre la plus élevée, avec 85,7 %, suivie de l'Estrie, à 62,8 %.

Parmi les jeunes médicamentés, la majorité, soit 55,9 % (n = 739), prennent une seule catégorie de médicaments psychotropes, près du tiers (32 %, n = 423) en prennent deux, 10,7 % (n = 142) en prennent trois et un très petit nombre, soit 1,1 % (n = 14), en prennent quatre.

23. Cette donnée était manquante sur 18 fiches. Par ailleurs, sur trois autres fiches, le répondant a indiqué que le jeune refusait de prendre la médication prescrite.

Tableau 15
Répartition des jeunes médicamentés par région

	n	%
Bas-Saint-Laurent (n = 74)	24	32,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean (n = 113)	45	39,8
Capitale-Nationale (n = 239)	105	43,9
Mauricie et Centre-du-Québec (n = 143)	44	30,8
Estrie (n = 121)	76	62,8
Montréal (n = 1217)	335	27,5
Outaouais (n = 70)	33	47,1
Abitibi-Témiscamingue (n = 80)	21	26,3
Côte-Nord (n = 49)	16	32,7
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (n = 28)	24	85,7
Chaudière-Appalaches (n = 126)	40	31,7
Laval (n = 189)	69	36,5
Lanaudière (n = 291)	140	48,2
Laurentides (n = 314)	137	43,6
Montréal (n = 537)	214	39,9
Total (n = 3591)	1323	36,8

Tableau 16
Répartition des jeunes selon la catégorie de médicaments consommés

	n	% des jeunes avec médication	% du total des jeunes recensés
Stimulants du système nerveux central	931	70,4	25,9
Antipsychotiques	588	44,4	16,4
Antidépresseurs	184	13,9	5,1
Clonidine	136	10,3	3,8
Anxiolytiques	51	3,9	1,4
Anticonvulsivants	51	3,9	1,4
Lithium	19	1,4	0,5
Autres	99	7,5	2,8

Note : un jeune peut prendre plus d'une catégorie de médicaments psychotropes.

Le tableau 16 présente la répartition des jeunes selon les catégories de médicaments qu'ils prennent. Les stimulants du système nerveux central (Ritalin, Concerta, Dexédrine, Adderall, Strattera) sont de loin les médicaments les plus prescrits. En effet, 70,4 % des jeunes sous médication en prennent. Cela représente le quart de l'ensemble des jeunes recensés. Les antipsychotiques, comme le Risperdal, l'Haldol, le Séroquel et le Zyprexa, constituent l'autre catégorie de médicaments prescrite le plus fréquemment; ils sont consommés par 44,6 % des jeunes médicamentés, soit 16,4 % de tous les jeunes recensés. Les autres catégories de médicaments sont prescrites à 5 % et moins de la population recensée.

La combinaison de médicaments la plus fréquente est celle d'un stimulant du système nerveux central avec un antipsychotique. Deux cent dix-huit jeunes prennent ces deux types de

médicaments. Ils représentent 16,7 % des jeunes médicamentés et 6,1 % de la population recensée. Chacune des autres associations de catégories de médicaments touche 54 jeunes ou moins, c'est-à-dire 4,1 % et moins des jeunes médicamentés. C'est donc dire que les patrons de consommation sont très variables d'un jeune à l'autre et qu'il est difficile de dégager des constantes.

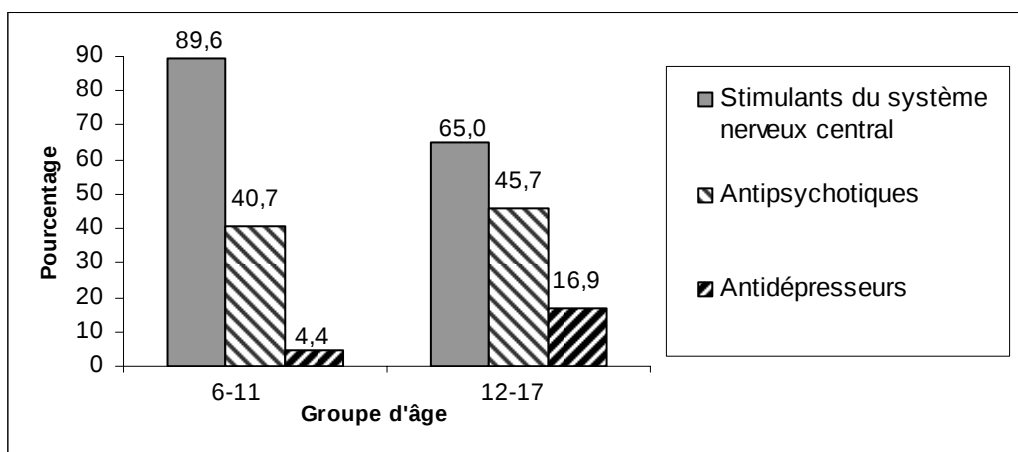
Les catégories de médicaments consommés varient selon l'âge et le sexe (graphiques 6 et 7). Aux fins de cette analyse n'ont été considérés que les deux groupes d'âge où les jeunes sont les plus nombreux ainsi que les trois catégories de médicaments consommés le plus fréquemment.

Dans le groupe des 6-11 ans, 89,6 % des enfants médicamentés ont une prescription de stimulants du système nerveux central, 40,7 % prennent des antipsychotiques et 4,4 % ont une prescription d'antidépresseurs.

Par comparaison une plus faible proportion des 12-17 ans, soit 65 %, prennent des stimulants du système nerveux central. Ils sont en revanche plus nombreux, soit 16,9 %, à prendre des antidépresseurs. Les antipsychotiques sont consommés dans une proportion semblable dans les deux groupes d'âge.

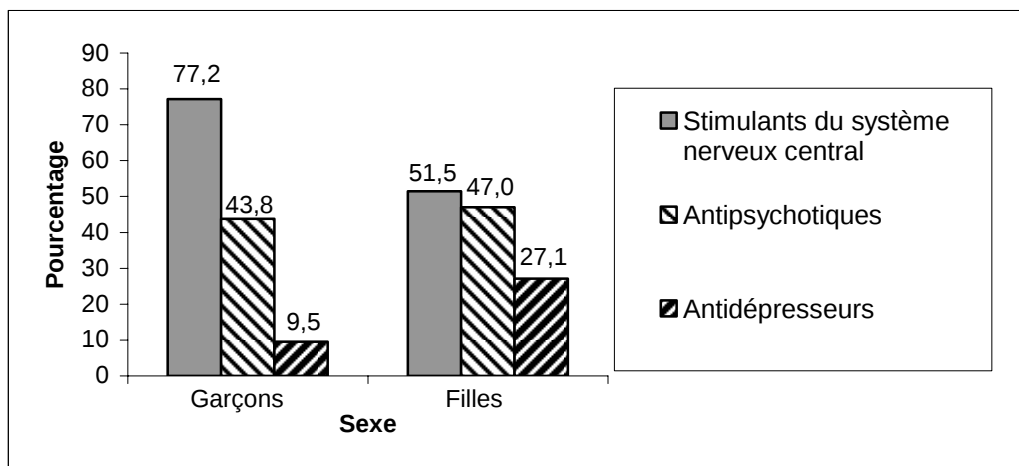
La clonidine est prescrite davantage aux enfants de 6 à 11 ans : 17 % en consomment, comparativement à 8,2 % des 12-17 ans.

Graphique 6
Répartition des jeunes selon l'âge et la catégorie de médicaments consommés



Le patron de consommation de médicaments varie également selon le sexe. Une proportion plus grande de garçons prennent des stimulants du système nerveux central, soit 77,2 %, comparativement à 51,5 % des filles. Toutefois, une plus grande proportion d'entre elles prennent des antidépresseurs. En effet, dans le groupe des filles médicamentées, 27,1 % ont une prescription d'antidépresseurs, contre 9,5 % des garçons qui prennent des médicaments.

Graphique 7
Répartition des jeunes selon le sexe et la catégorie de médicaments consommés



5. Le suivi professionnel²⁴

Pour chaque jeune recensé, les répondants devaient indiquer s'il était suivi par un professionnel pour un problème de santé mentale et si oui, par quel type de professionnel. Les choix proposés étaient les suivants : médecin, pédopsychiatre, psychiatre, psychologue, pédiatre et neurologue. Un jeune pouvait être suivi par plus d'un professionnel. La notion de suivi professionnel n'a pas été précisée. Nous ne pouvons donc savoir à quelle fréquence se fait ce suivi. Ce que la réponse indique toutefois, c'est qu'il y a ou non un professionnel qui connaît le jeune et qui assure un certain suivi.

Parmi tous les jeunes recensés, 1466, soit 4 sur 10, bénéficient d'un suivi professionnel. Dans 86,4 % de ces cas, au moins un diagnostic médical de trouble mental est inscrit au dossier. Cela signifie que 78 % (n = 1266) des jeunes diagnostiqués bénéficient d'un suivi professionnel, qui le plus souvent (61,4 %) est assuré par un pédopsychiatre ou un psychiatre. Par ailleurs, les psychologues assument le suivi de 60 % (n = 119) des jeunes suivis qui n'ont pas de diagnostic inscrit à leur dossier (n = 200), ce qui veut dire que 51 jeunes sans diagnostic sont tout de même suivis par un pédopsychiatre.

La proportion de jeunes suivis par un professionnel varie selon l'âge et le sexe. Près des deux tiers (n = 282) des 6-11 ans bénéficient d'un tel suivi alors que chez les 12-17 ans, la proportion est de 37,9 % (n = 1157). Davantage de garçons (44,2 %, n = 1023) que de filles (34,7 %, n = 439) bénéficient d'un suivi professionnel.

La proportion de jeunes suivis par un professionnel varie aussi selon les régions, comme le montre le tableau 17. La Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Estrie affichent les plus fortes proportions de jeunes bénéficiant d'un suivi, avec respectivement 82,1 % et 76,9 %, alors que l'Abitibi-Témiscamingue et Montréal se situent à l'autre extrémité du spectre. La probabilité d'obtenir un suivi professionnel n'est pas liée à la densité de la population ni à l'éloignement de

24. Cette donnée était manquante sur 4 fiches alors que sur 11 autres, le type de professionnel assurant le suivi n'est pas précisé.

la région. En effet, dans des régions aussi différentes que le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec et la Côte-Nord, entre 40 % et 45 % des jeunes sont suivis par un professionnel, alors que dans les régions de l’Abitibi-Témiscamingue, de Montréal et de Laval, la proportion de jeunes qui sont suivis varie entre 34 % et 38 %.

Tableau 17
Répartition des jeunes avec un suivi professionnel selon les régions

	n	%
Bas-Saint-Laurent (n = 74)	31	41,9
Saguenay–Lac-Saint-Jean (n = 113)	50	44,2
Capitale-Nationale (n = 239)	137	57,3
Mauricie et Centre-du-Québec (n = 143)	58	40,6
Estrie (n = 121)	93	76,9
Montréal (n = 1217)	416	34,2
Outaouais (n = 70)	38	54,3
Abitibi-Témiscamingue (n = 80)	27	33,8
Côte-Nord (n = 49)	20	40,8
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (n = 28)	23	82,1
Chaudière-Appalaches (n = 126)	47	37,3
Laval (n = 189)	68	36,0
Lanaudière (n = 291)	128	44,0
Laurentides (n = 314)	141	44,9
Montréal (n = 537)	189	35,2

Le type de professionnel qui assure le suivi des jeunes est également variable selon les régions (tableau 18). C’est ainsi qu’une majorité de jeunes sont suivis par un médecin omnipraticien en Estrie (89,9 %) et dans la Capitale-Nationale (52,6 %). Dans toutes les autres régions, cette proportion est inférieure à 50 %. Elle est la plus faible dans les régions de la Côte-Nord (5 %) et de l’Abitibi-Témiscamingue (7,4 %). La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine arrive en tête de lice pour les suivis assurés par un psychiatre ou un pédopsychiatre (91 % des jeunes); à ce chapitre se distinguent également Laval (87 %), la Côte-Nord (85 %) et l’Outaouais (79 %). Seulement 18,3 % des jeunes ont un suivi psychiatrique en Estrie, alors que cette région affiche la plus forte proportion de diagnostics combinés de trouble mental. En ce qui concerne le suivi psychologique, 59,3 % des jeunes de l’Abitibi-Témiscamingue y ont accès, contre moins de 10 % dans les régions de Laval et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. On rappellera enfin que les catégories ne sont pas exclusives, un jeune pouvant être suivi par plus d’un professionnel.

Tableau 18
Répartition régionale des jeunes bénéficiant d'un suivi professionnel
selon le type de professionnel

	Omnipraticiens		Pédopsychiatres et psychiatres		Autres médecins (pédiatres ou neurologues)		Psychologues	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bas-Saint-Laurent (n = 31)	4	12,9	15	48,4	8	25,8	10	32,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean (n = 50)	6	12,0	30	60,0	1	2,0	20	40,0
Capitale-Nationale (n = 137)	72	52,6	47	34,3	6	4,4	58	42,3
Mauricie et Centre-du-Québec (n = 58)	15	25,9	26	44,8	8	13,8	21	36,2
Estrie (n = 93)	83	89,2	17	18,3	9	9,7	10	10,8
Montréal (n = 416)	61	14,7	255	61,3	83	20,0	128	30,8
Outaouais (n = 38)	6	15,8	30	78,9	4	10,5	9	23,7
Abitibi-Témiscamingue (n = 27)	2	7,4	15	55,6	5	18,5	16	59,3
Côte-Nord (n = 20)	1	5,0	17	85,0	2	10,0	6	30,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (n = 23)	3	13,0	21	91,3	2	8,7	2	8,7
Chaudière-Appalaches (n = 47)	18	38,3	25	53,2	5	10,6	17	36,2
Laval (n = 68)	8	11,8	59	86,8	6	8,8	4	5,9
Lanaudière (n = 128)	40	31,3	64	50,0	14	10,9	15	11,7
Laurentides (n = 141)	22	15,6	82	58,2	57	40,4	21	14,9
Montréal (n = 189)	52	27,5	131	69,3	21	11,1	35	18,5
Total (n = 1466)	393		834		231		372	

Note : un jeune peut être suivi par plus d'un professionnel.

5. Le lien entre le diagnostic, la médication et le suivi professionnel

Les données présentées dans cette section ont trait aux liens pouvant être établis entre le diagnostic (sa nature, son degré de gravité et son caractère unique et combiné) d'une part et, d'autre part, la consommation de médicaments psychotropes de même que le suivi professionnel. La situation d'ensemble est assez complexe puisque dans plusieurs cas, les jeunes ont plus d'un diagnostic, prennent plus qu'une catégorie de médicaments et sont suivis par plus d'un professionnel.

Comme le montre le tableau 19, la très grande majorité des jeunes atteints de déficience intellectuelle combinée à d'autres troubles mentaux (73 %) ou de trouble envahissant du développement (86 %), que celui-ci soit présent en diagnostic unique ou combiné, sont médicamenteux et bénéficient d'un suivi professionnel, particulièrement par des pédopsychiatres (64 % des cas suivis). Les jeunes présentant une déficience intellectuelle en diagnostic combiné se voient prescrire principalement des stimulants du système nerveux central et des antipsychotiques, alors que les jeunes ayant un trouble envahissant du développement prennent surtout des antipsychotiques (63,3 %). Quant aux 20 jeunes qui ont pour seul diagnostic un abus de substances, la majorité (70 %) ne sont pas médicamenteux, 35 % ont un suivi médical et le quart bénéficient d'un suivi par un psychologue.

Tableau 19
Répartition des jeunes selon le diagnostic (nature et caractère unique ou combiné) en association avec la médication et le suivi

	Diagnostic					
	DI	DI co	TED	TED co	SUB	Total
Nombre de cas	17	93	9	21	20	160
Médication						
Oui	2	79	7	19	6	113
Non	14	13	2	2	14	45
Refus ⁽¹⁾	0	1	0	0	0	1
n.p. ⁽²⁾	1	0	0	0	0	1
Catégorie de médicaments⁽³⁾						
Antipsychotiques	1	48	6	13	4	72
Antidépresseurs	1	8	21	3	2	35
Stimulants SNC	1	55	4	8	2	70
Anxiolytiques	0	7	0	0	0	7
Anticonvulsivants	0	6	1	2	0	9
Clonidine	1	8	1	4	0	14
Lithium	0	1	0	1	0	2
Autres	1	11	0	5	0	17
n.p. ⁽²⁾	0	1	0	0	0	1
Suivi						
Oui	3	75	7	18	11	114
Non	14	17	2	2	9	44
Refus ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0
n.p. ⁽²⁾	0	1	0	1	0	2
Type de professionnel⁽³⁾						
Omnipraticien	0	24	1	2	2	29
Pédopsychiatre	0	41	5	18	3	67
Psychiatre	1	9	0	1	0	11
Psychologue	2	12	2	3	5	24
Autres médecins	0	16	2	1	2	21
n.p. ⁽²⁾	0	1	0	0	0	1

(1) Le refus signifie que le jeune refuse de prendre la médication prescrite ou de collaborer au suivi professionnel.

(2) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

(3) Un jeune peut prendre plus d'une catégorie de médicaments et être suivi par plus d'un professionnel.

DI : déficience intellectuelle en diagnostic unique.

DI co : déficience intellectuelle combinée à d'autres diagnostics.

TED : trouble envahissant du développement en diagnostic unique.

TED co : trouble envahissant du développement combiné à d'autres diagnostics.

SUB : abus de substances en diagnostic unique.

Comme le montre le tableau 20, 84,3 % des jeunes avec un déficit d'attention comme seul diagnostic prennent des médicaments qui sont essentiellement des stimulants du système nerveux central (96,4 % des TDA médicamentés). Les trois quarts d'entre eux bénéficient d'un suivi professionnel assuré, dans des proportions à peu près équivalentes, par un pédopsychiatre (40,5 %) ou un omnipraticien (34,8 %). En ce qui concerne les jeunes ayant pour diagnostic unique un trouble d'adaptation, la moitié prennent des médicaments et les deux tiers bénéficient d'un suivi professionnel, assuré principalement par un pédopsychiatre. Chez ceux qui sont médicamentés, la moitié prennent un antidépresseur et l'autre moitié, un antipsychotique. Chez les jeunes souffrant uniquement d'anxiété, 70 % sont médicamentés et 85 % ont un suivi professionnel. Ces jeunes prennent principalement des antipsychotiques et des antidépresseurs, et le suivi professionnel est assuré par un pédopsychiatre dans 45 % des cas, par un psychologue dans 35 % des cas, puis par un omnipraticien pour le quart d'entre eux. Les jeunes ayant pour seul diagnostic un trouble des conduites prennent des médicaments dans une proportion de 58 %, et 84,2 % d'entre eux sont suivis par un professionnel qui, la plupart du temps, est un pédopsychiatre (62,5 % des cas suivis). Les jeunes souffrant exclusivement d'un trouble de l'opposition ou d'un trouble de la relation parent-enfant sont les moins médicamentés : dans des proportions de 41 % et 33,3 % respectivement.

En outre, une moins grande proportion d'entre eux ont un suivi professionnel (60 % et 55 % respectivement). Les jeunes qui ont des diagnostics combinés de trouble mental léger à modéré prennent des médicaments dans les proportions suivantes : 76 % pour ceux qui ont deux diagnostics, 79 % pour ceux qui en ont trois, 85 % pour ceux qui en ont quatre et 80 % pour ceux qui en ont cinq ou plus. La combinaison de médicaments la plus fréquente chez ces jeunes est un stimulant du système nerveux central avec un antipsychotique. Près de 80 % (79,2 %) de ces jeunes bénéficient d'un suivi professionnel assuré par un pédopsychiatre dans la moitié des cas et par un omnipraticien dans 30 % des cas.

Au total, 77,5 % des jeunes ayant un ou plusieurs diagnostics de trouble mental léger à modéré prennent des médicaments qui, dans 65,3 % des cas, sont des stimulants du système nerveux central, alors que le quart (24,1 %) consomment un antipsychotique. À peu près la même proportion de ces jeunes (76,7 %) bénéficient d'un suivi professionnel assuré par un pédopsychiatre ou un psychiatre dans la moitié des cas, et par un omnipraticien dans près du tiers des cas (31,8 %).

Comme le montre le tableau 21, les jeunes qui ont un diagnostic unique de trouble mental grave sont médicamentés dans une proportion de 69,5 %, et les trois quarts bénéficient d'un suivi professionnel. Le quart de ceux qui prennent des médicaments consomment des stimulants du système nerveux central. En revanche, un peu plus des deux tiers des jeunes médicamentés de ce groupe prennent des antipsychotiques, et 28 % sont sous antidépresseurs. Comparativement au groupe de jeunes présentant un trouble léger à modéré, le suivi professionnel est chez eux assuré plus souvent (74,1 % des cas suivis) par un pédopsychiatre ou un psychiatre. En fait, tous les jeunes ayant un diagnostic unique de trouble psychotique ou de trouble bipolaire sont suivis par un professionnel qui, le plus souvent, est un pédopsychiatre. À l'opposé, la moitié de ceux qui ont un diagnostic unique de trouble réactionnel de l'attachement ne sont ni suivis ni médicamentés. Dans le cas des jeunes ayant pour diagnostic unique un trouble de la personnalité, 45,5 % ne sont pas médicamentés et 31,8 % ne sont pas suivis professionnellement. Quant à ceux qui souffrent de dépression uniquement, 82,8 % sont médicamentés, le plus souvent avec un antidépresseur, et 93 % ont un suivi professionnel.

Tableau 20
Répartition des jeunes selon le type ou le nombre de trouble mental léger à modéré,
la médication et le suivi professionnel

	Trouble mental léger à modéré										
	Diagnostic unique						Diagnostics de trouble léger à modéré en combinaison, y compris l'abus de substances				Total
	TDA	ADA	REL P-E	OPP	CON	ANX	2	3	4	5 et +	
Nombre de cas	394	34	9	22	19	34	202	72	28	5	819
Médication											
Oui	332	17	3	9	11	24	154	57	24	4	635
Non	60	17	6	13	7	10	47	14	4	1	179
Refus ⁽¹⁾	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
n.p. ⁽²⁾	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Catégorie de médicaments⁽³⁾											
Antipsychotiques	54	8	2	3	7	13	73	30	7	0	197
Antidépresseurs	8	9	1	3	1	11	15	5	4	0	57
Stimulants SNC	320	3	0	3	8	4	128	44	21	4	535
Anxiolytiques	6	0	0	0	0	6	7	0	2	0	21
Anticonvulsivants	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4
Clonidine	27	0	0	1	0	1	14	4	3	0	50
Lithium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	13	2	0	0	0	1	7	3	0	0	26
n.p. ⁽²⁾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Suivi											
Oui	299	23	5	13	16	29	159	56	23	5	628
Non	95	11	3	9	3	5	41	16	5	0	188
Refus ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
n.p. ⁽²⁾	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Type de professionnel⁽³⁾											
Omnipraticien	104	4	1	3	4	7	50	17	5	5	200
Pédopsychiatre	121	15	3	6	10	13	78	31	12	0	289
Psychiatre	8	0	1	2	0	2	10	4	2	0	29
Psychologue	38	6	1	10	4	10	30	12	8	0	119
Autres médecins	78	0	1	1	0	1	30	8	7	0	126
n.p. ⁽²⁾	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	4

(1) Le refus signifie que le jeune refuse de prendre la médication prescrite ou de collaborer au suivi professionnel.

(2) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

(3) Un jeune peut prendre plus d'une catégorie de médicaments et être suivi par plus d'un professionnel.

TDA : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité;

ADA : trouble de l'adaptation;

RE P-E : trouble relationnel parent-enfant;

OPP : trouble de l'opposition;

CON : troubles des conduites;

ANX : troubles anxieux.

Tableau 21
Répartition des jeunes selon le diagnostic unique de trouble mental grave,
la médication et le suivi professionnel

	Diagnostic unique de trouble mental grave							Total
	ATTA	PERS	DEPR	PSYC	BIPO	ALIM	TOUR	
Nombre de cas	31	44	29	17	7	2	24	154
Médication								
Oui	16	24	24	16	6	1	20	107
Non	15	18	5	1	1	1	3	44
Refus ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
n.p. ⁽²⁾	0	2	0	0	0	0	1	3
Catégorie de médicaments⁽³⁾								
Antipsychotiques	11	19	6	16	5	0	15	72
Antidépresseurs	3	6	13	2	1	1	4	30
Stimulants SNC	9	5	0	0	1	0	11	26
Anxiolytiques	0	2	2	2	0	1	0	7
Anticonvulsivants	0	1	0	3	4	0	0	8
Clonidine	2	0	0	0	0	0	2	4
Lithium	1	1	0	1	2	0	0	5
Autres	1	0	3	3	1	0	4	12
n.p. ⁽²⁾	1	0	0	0	0	0	0	1
Suivi								
Oui	15	30	27	17	7	2	18	116
Non	15	14	2	0	0	0	6	37
Refus ⁽¹⁾	1	0	0	0	0	0	0	1
n.p. ⁽²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
Type de professionnel⁽³⁾								
Omnipraticien	1	8	10	3	2	1	4	29
Pédopsychiatre	12	16	10	13	5	0	13	69
Psychiatre	2	7	5	3	0	0	0	17
Psychologue	2	9	5	3	0	1	0	20
Autres médecins	2	0	3	2	0	1	4	12
n.p. ⁽²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) Le refus signifie que le jeune refuse de prendre la médication prescrite ou de collaborer au suivi professionnel.

(2) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

(3) Un jeune peut prendre plus d'une catégorie de médicaments et être suivi par plus d'un professionnel.

ATTA : trouble réactionnel grave de l'attachement.

PERS : traits ou troubles de la personnalité.

DEPR : dépression.

PSYC : troubles psychotiques.

BIPO : trouble bipolaire.

ALIM : troubles des conduites alimentaires.

TOUR : syndrome de Gilles de la Tourette.

Comme le montre le tableau 22, 75,2 % des jeunes qui ont un diagnostic de trouble mental grave combiné à d'autres diagnostics de trouble mental sont médicamentés, et 85 % bénéficient d'un suivi professionnel. Contrairement au groupe ayant un diagnostic unique de trouble mental grave, les jeunes de ce groupe qui sont médicamentés sont nombreux à prendre des stimulants du système nerveux central (65,1 %). En revanche, ils sont proportionnellement moins nombreux à prendre des antipsychotiques (58,4 %) et des antidépresseurs (19,4 %). Ceux qui souffrent d'un

trouble bipolaire combiné à d'autres troubles mentaux sont les plus nombreux à être médicamentés (91 %) et tous bénéficient d'un suivi professionnel, assuré principalement par un pédopsychiatre (72,7 % des cas). Viennent ensuite les jeunes atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, médicamentés dans une proportion de 90,9 % et dont 93,2 % bénéficient d'un suivi professionnel. À l'opposé, ceux qui ont un diagnostic de traits ou troubles de la personnalité combiné à d'autres diagnostics constituent la plus faible proportion de jeunes médicamentés (60,7 %) et de jeunes suivis par un professionnel (77,2 %).

Tableau 22
**Répartition des jeunes selon le diagnostic combiné de trouble mental grave,
la médication et le suivi professionnel**

	Trouble mental grave en combinaison avec un ou plusieurs autres diagnostics de trouble mental ou l'abus de substances							
	ATTA	PERS	DEPR	PSYC	BIPO	ALIM	TOUR	Total
Nombre de cas	130	145	64	23	22	8	88	480
Médication								
Oui	103	88	47	20	20	3	80	361
Non	26	56	16	3	2	5	8	116
Refus ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
n.p. ⁽²⁾	1	1	1	0	0	0	0	3
Catégorie de médicaments⁽³⁾								
Antipsychotiques	47	48	23	19	11	1	62	211
Antidépresseurs	11	20	27	1	4	1	6	70
Stimulants SNC	87	53	22	6	8	1	58	235
Anxiolytiques	1	2	3	1	3	0	2	12
Anticonvulsivants	3	1	4	6	5	0	7	26
Clonidine	24	4	7	1	3	0	25	64
Lithium	0	0	0	2	7	0	2	11
Autres	5	5	7	6	2	1	8	34
n.p. ⁽²⁾	1	1	0	0	0	0	1	3
Suivi								
Oui	110	112	53	22	22	7	82	408
Non	20	32	11	1	0	1	6	71
Refus ⁽¹⁾	0	1	0	0	0	0	0	1
n.p. ⁽²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
Type de professionnel⁽³⁾								
Omnipraticien	23	34	18	0	6	2	12	95
Pédopsychiatre	78	52	33	14	16	3	61	257
Psychiatre	8	13	4	6	1	1	4	37
Psychologue	23	38	10	2	5	3	10	91
Autres médecins	20	7	6	2	0	1	17	53
n.p. ⁽²⁾	1	0	1	0	0	0	4	6

(1) Le refus signifie que le jeune refuse de prendre la médication prescrite ou de collaborer au suivi professionnel.

(2) Non précisé; il s'agit de données manquantes sur les fiches.

(3) Un jeune peut prendre plus d'une catégorie de médicaments et être suivi par plus d'un professionnel.

ATTA : trouble réactionnel grave de l'attachement.

PERS : traits ou troubles de la personnalité.

DEPR : dépression.

PSYC : troubles psychotiques.

BIPO : trouble bipolaire.

ALIM : troubles des conduites alimentaires.

TOUR : syndrome de Gilles de la Tourette.

**ANNEXE 3 - GRILLE DE SOUTIEN À L'OBSERVATION DES INDICES
DE PSYCHOPATHOLOGIE ET DE DÉTRESSE
EN VUE D'UNE CONSULTATION CLINIQUE ET MÉDICALE
(ADOLESCENCE 12-17 ANS – ENFANCE 6-12 ANS)**



GRILLE DE SOUTIEN À L'OBSERVATION DES INDICES DE PSYCHOPATHOLOGIE ET DE DÉTRESSE EN VUE D'UNE CONSULTATION CLINIQUE ET MÉDICALE (Adolescence 12-17 ans)

IDENTIFICATION	
Nom de l'organisme ou de l'établissement : _____	
Service concerné : _____	
Nom de l'intervenant : _____	Téléphone : _____
Date : _____	
Nom du jeune : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date de naissance : _____	
Motif de référence au Centre jeunesse de Montréal : _____	
Date : _____	
Problématique dominante ou motif de référence en protection (article 38, alinéa _____) : _____	

Les éléments qui suivent sont proposés en soutien au dépistage des indices de psychopathologie et de détresse psychologique. D'autres indices plus spécifiques à la situation particulière du jeune et ne figurant pas au sein de cette liste peuvent également se manifester. La 1^{ère} section présente des indices de psychopathologie ou de détresse psychologique, la 2^e propose des éléments contextuels qui peuvent ajouter à l'interprétation des indices par le professionnel, la 3^e permet de décrire la situation de crise, la 4^e réfère à une problématique suicidaire tandis que la 5^e permet de colliger évaluations et suivis.

✓ Cochez la case appropriée uniquement si le symptôme est présent.
Indiquez si ce symptôme présente un changement significatif par rapport au fonctionnement habituel du jeune.

I – LES INDICES DE PSYCHOPATHOLOGIE					
A) PRÉSENCE DU SYMPTÔME					
	Changement significatif			Changement significatif	
	OUI	Depuis quand		OUI	Depuis quand
☐ Fluctuation de l'humeur au cours des dernières semaines			☐ Augmentation des absences scolaires / abandon		
☐ Préoccupations morbides ou macabres / idéations suicidaires			☐ Baisse de la performance scolaire		
☐ Peurs			☐ Modifications des habitudes de sommeil (dort plus ou dort moins)		
☐ Irritabilité ou agressivité			☐ Modification des habitudes alimentaires (pertes ou gains de poids)		
☐ Tristesse et pleurs / se sent vide			☐ Fatigue / apathie		
☐ Anxiété / angoisse			☐ Hyperactivité, agitation		
☐ Impulsivité			☐ Plaintes de douleurs ou de malaises physiques		
☐ Perte d'intérêt et de plaisir pour ce qui l'entoure			☐ Le jeune délaisse ses biens, donne ses effets aux autres		
☐ Difficultés de concentration / indécisions			☐ Le jeune modifie ses attitudes dans ses relations avec ses proches		
☐ Retrait social / isolement			☐ Surconsommation		
☐ Abandon de la participation aux activités autrefois intéressantes			▪ Semble intoxiqué :		
☐ Idées délirantes, bizarres			▪ Substances :		
☐ Désespoir, grande souffrance psychologique			▪ Comportements observés suite à la consommation :		
☐ Absence d'émotions démontrées			☐ Confusion (désorientation, incohérence dans les propos, perte de jugement)		
			☐ Sentiment de dévalorisation / culpabilité		

B)

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES (qualifiez l'évolution des symptômes)

☐

Le jeune présente des changements importants par rapport à son fonctionnement habituel

Nombre :

☐

L'humeur ou les comportements du jeune changent rapidement

☐

Le jeune présente des périodes d'accalmie dans l'apparition des symptômes

☐

Le nombre de symptômes, leur intensité et leur fréquence ont augmenté au cours des derniers temps

Commentaires :

C)

COLLABORATION DU JEUNE

☐

Le jeune est collaborant

☐

Le jeune demande de l'aide

☐

Le jeune refuse de l'aide

Commentaires :

II – LES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

A)

ANTÉCÉDENTS DU JEUNE

☐

Indices sur la santé mentale :

☐

Épisodes antérieurs :

▪

Idéations suicidaires

▪

Tentatives de suicide chez le jeune

☐

Consommation antérieure de :

▪

Drogues

▪

Alcool

▪

Médicaments

▪

Autres substances

B)

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS (au cours des 12 derniers mois)

☐

Pertes relationnelles importantes (décès / abandon / coupure de contact / séparation des parents et de la fratrie)

☐

Rupture amoureuse

☐

Suicide ou tentative de suicide d'un proche ou d'une connaissance

☐

Date anniversaire d'une perte relationnelle ou d'un suicide

☐

Victime d'agression ou de menaces

☐

Le jeune a été victime d'abus physique

☐

Le jeune a été victime d'abus sexuel

☐

Avortement

☐

Placement en centre jeunesse, déplacement

☐

Problèmes légaux ou disciplinaires :

▪

Comparution au Tribunal

▪

Mesures disciplinaires

▪

Coupures de sortie

☐

Conflit interpersonnel, familial ou impliquant d'autres personnes significatives (exemple : rejet)

☐

Scolaire :

▪

Échec

▪

Décrochage

▪

Suspension

▪

Renvoi

☐

Autres :

Commentaires :

C)

ÉVÉNEMENTS LOINTAINS (PLUS D'UN AN)

☐

Pertes relationnelles importantes (décès / abandon / coupure de contact / rupture amoureuse / séparation des parents et de la fratrie)

☐

Agression ou violence du sujet envers les autres

☐

Le jeune a été victime de violence ou d'agression

☐

Le jeune a été victime d'abus physique (ponctuel / répétitif)

☐

Le jeune a été victime d'abus sexuel (ponctuel / répétitif)

☐

Placement(s)

Nombre :

(si possible)

☐

Hospitalisation :

☐

Autres :

Commentaires :

D)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Concernant les problèmes suicidaires, les maladies mentales et les problèmes de consommation de substances

	Problèmes suicidaires	Maladies mentales	Drogues	Consommation Alcool	Médicaments
Père					
Mère					
Frère(s)					
Sœur(s)					
Grand(s)-parent(s)					
Oncle(s)					
Tante(s)					

Commentaires :

E)

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE DU JEUNE

NORMAL

☐

▪

Apprentissage

Retard

Troubles d'apprentissage

Précisez, s'il y a lieu :

▪

Comportement :

Adapté

Troubles de comportement

Précisez, s'il y a lieu :

▪

Histoire scolaire très succincte (si possible) :

Commentaires :

III – LE CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE (crise autre que suicidaire)

A)

DESCRIPTION DE LA SITUATION / CRISE

Qui, quoi, quand, comment, où ?

Cette période s'étend habituellement des derniers jours jusqu'aux derniers mois. Il s'agit surtout de décrire la dernière crise et ses circonstances : début, événement précipitant, interventions et leurs effets, etc.

IV – PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE

A) INDICES DE L'INTENTIONNALITÉ

Le jeune :

- ☐ Se met en danger
- ☐ Pense à se tuer
- ☐ Verbalise son intention de se tuer
- ☐ A fait des menaces suicidaires
- ☐ A rédigé des notes, dessins ou poèmes morbides
- ☐ A fait allusions ou propos inquiétants sur sa disparition, sur la mort, sur ce qui arriverait s'il n'était plus là

Commentaires : _____

Commentaires : _____

B) INDICES DE LA PLANIFICATION

☐ Le jeune a un plan (précisez) : _____

☐ Le jeune a décidé d'un moyen pour se suicider (précisez) : _____

☐ Le moyen est accessible (précisez) : _____

☐ Le jeune est en possession du moyen (précisez) : _____

☐ Le jeune a prévu le moment ou le lieu de son suicide (précisez) : _____

Commentaires : _____

Commentaires : _____

C) RAPPORT CIRCONSTANCIEL

☐ S'il y a eu **tentative récente de suicide**, décrire le contexte où l'événement s'est produit (date, heure, moyen utilisé pour la tentative, présence ou absence de tiers, circonstances précipitantes) :

Les parents ou responsables légaux sont-ils avisés ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels : _____

V – ÉVALUATIONS ET SUIVIS ANTÉRIEURS ET ACTUELS JUGÉS PERTINENTS SELON LES INFORMATIONS DISPONIBLES (ex. : évaluations et suivis au scolaire, au CLSC, en neurologie, etc.)

A) PSYCHOLOGIQUES

Date : _____
Psychologue : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Psychologue : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

B) PSYCHIATRIQUES

Date : _____
Psychiatre : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Psychiatre : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

MÉDICATION (pour chaque type de médicament pris par le jeune, veuillez indiquer) :

Nom du médicament : _____
Raison de la prescription : _____
Posologie : _____
Depuis quand : _____
Médecin : _____

Nom du médicament : _____
Raison de la prescription : _____
Posologie : _____
Depuis quand : _____
Médecin : _____

C) MÉDICALES

Date : _____
Médecin : _____
Raison : _____
Médication : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Médecin : _____
Raison : _____
Médication : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

ALLERGIES

	Nom du produit	Réactions (rougeur, bouton, difficulté à respirer)
☐ À des médicaments		
☐ À des aliments		
☐ Autres		

Médicament prescrit en situation d'urgence ? ☐ OUI ☐ NON

Nom du médicament : _____

D) AUTRES ÉVALUATIONS

Précisez : _____
Date : _____
Professionnel : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Professionnel : _____
Impression diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

CES DONNÉES SONT RÉSERVÉES À L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS



GRILLE DE SOUTIEN À L'OBSERVATION DES INDICES DE PSYCHOPATHOLOGIE ET DE DÉTRESSE EN VUE D'UNE CONSULTATION CLINIQUE ET MÉDICALE (Enfance 6-12 ans)

IDENTIFICATION	
Nom de l'organisme ou de l'établissement : _____	
Service concerné : _____	
Nom de l'intervenant : _____	Téléphone : _____
Date : _____	
Nom de l'enfant : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date de naissance : _____	
Motif de référence au Centre jeunesse de Montréal : _____	
Date : _____	
Problématique dominante ou motif de référence en protection (article 38, alinéa _____) : _____	

Les éléments qui suivent sont proposés en soutien au dépistage des indices de psychopathologie et de détresse psychologique. D'autres indices plus spécifiques à la situation particulière de l'enfant et ne figurant pas au sein de cette liste peuvent également se manifester. La 1^{ère} section présente des indices de psychopathologie ou de détresse psychologique, la 2^e propose des éléments contextuels qui peuvent ajouter à l'interprétation des indices par le professionnel, la 3^e permet de décrire la situation de crise, la 4^e réfère à une problématique suicidaire tandis que la 5^e permet de colliger évaluations et suivis.

✓ Cochez la case appropriée uniquement si le symptôme est présent.
Indiquez si ce symptôme présente un changement significatif par rapport au fonctionnement habituel de l'enfant.

I – LES INDICES DE PSYCHOPATHOLOGIE					
A) PRÉSENCE DU SYMPTÔME					
	Changement significatif			Changement significatif	
	OUI	Depuis quand		OUI	Depuis quand
☐ Fluctuation de l'humeur au cours des dernières semaines			☐ Augmentation des absences scolaires / abandon / retrait de l'école		
☐ Préoccupations morbides ou macabres (à travers des jeux, dessins ou histoires)			☐ Baisse de la performance scolaire / de participation		
☐ Peurs envahissantes			☐ Modifications des habitudes de sommeil (dort plus ou dort moins)		
☐ Jeux répétitifs ou idées intrusives			☐ Modification des habitudes alimentaires (pertes ou gains de poids)		
☐ Irritabilité, agressivité ou opposition excessive (fait souvent des crises pour raisons mineures)			☐ Apathie		
☐ Tristesse et pleurs non reliés à une perte récente			☐ Hyperactivité, agitation, nervosité, désorganisation		
☐ Anxiété / angoisse dans sa vie quotidienne d'enfant			☐ Plaintes de douleurs ou de malaises physiques / fatigue		
☐ Impulsivité / caractère imprévisible de ses réactions / perte de contrôle / fait des gestes sans réfléchir			☐ L'enfant détruit et délaisse ses biens, donne ses effets aux autres		
☐ Perte d'intérêt et de plaisir pour ce qui l'entoure / ne prend pas intérêt à jouer			☐ L'enfant modifie ses attitudes dans ses relations avec ses proches		
☐ Difficultés de concentration / d'attention			☐ Consommation Substances (colle, liquide à effacer, cigarettes, «pot», dissolvant à ongles, etc.) _____		
☐ Retrait social / isolement / n'a plus le goût de jouer / parler à ses amis					
☐ Abandon de la participation aux activités autrefois intéressantes			☐ Comportements observés suite à la consommation : _____		
☐ Idées délirantes, bizarres / contact étrange / fixation sur un thème répétitif			☐ Confusion (désorientation, incohérence dans les propos, perte de jugement)		
☐ Désespoir, grande souffrance psychologique, détresse (tout paraît noir et sans issue)			☐ Sentiment de dévalorisation		

☐ Absence d'émotions démontrées / se coupe très rapidement de ses émotions			☐ Faible tolérance à la frustration		
☐ En quête d'attention / avidité affective			☐ Autres :		
☐ Séquelles dues à une situation traumatique / reviviscence					

B)

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES (qualifiez l'évolution des symptômes)

☐ L'enfant présente des changements importants par rapport à son fonctionnement habituel

Nombre : _____

☐ L'humeur ou les comportements de l'enfant changent rapidement

☐ L'enfant présente des périodes d'accalmie dans l'apparition des symptômes

☐ Le nombre de symptômes, leur intensité et leur fréquence ont augmenté au cours des derniers temps

Commentaires :

C)

COLLABORATION

De l'enfant :

☐ L'enfant reconnaît ses problèmes

☐ L'enfant est collaborant

☐ L'enfant demande de l'aide

☐ L'enfant refuse de l'aide

☐ L'enfant coupe le contact, se montre détaché de la relation avec l'adulte

Des parents :

Peu

Moyen

Beaucoup

☐ Reconnaissance des problèmes

☐ Capacités

☐ Mobilisation

☐

☐

☐

Des adultes du milieu de vie de l'enfant (s'il ne vit pas avec ses parents) :

☐ École

☐ Famille d'accueil

☐ Foyer de groupe

☐ Internat

Peu

Moyen

Beaucoup

☐ Reconnaissance des problèmes

☐ Capacités

☐ Mobilisation

☐

☐

☐

Commentaires :

II – LES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

A)

ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT

☐ Indices de détresse et psychopathologie (ex. : perte de contact, épisode dépressif, hyperactivité, voir énumération des symptômes à la page 1)

☐ Épisodes antérieurs :

▪ Idéations suicidaires / verbalisations

▪ Se met en danger

▪ Tentatives de suicide chez l'enfant

☐ Consommation antérieure de :

▪ Drogues

▪ Alcool

▪ Médicaments

▪ Autres substances

B)

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS (au cours des 12 derniers mois)

☐ Séparation des parents / séparation de la fratrie (précisez) :

☐ Pertes relationnelles importantes :

☐ décès

☐ abandon

☐ coupure de contact

☐ Rupture amoureuse

☐ Suicide ou tentative de suicide d'un proche ou d'une connaissance

☐ Date anniversaire d'une perte relationnelle ou d'un suicide

☐ Victime d'agression ou de menaces

☐ L'enfant a été victime d'abus physique

63

Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec

- ☐ L'enfant a été victime d'abus sexuel
- ☐ Placement en centre jeunesse, déplacement

B) ÉVÉNEMENTS RÉCENTS (au cours des 12 derniers mois) - SUITE

- ☐ Problèmes légaux ou disciplinaires :

▪ Comparution au Tribunal

▪ Mesures disciplinaires

▪ Coupures de sortie

- ☐ Conflit interpersonnel, familial ou impliquant d'autres personnes significatives (exemple : rejet)
- ☐ Scolaire :

▪ Échec

▪ Décrochage / désinvestissement

▪ Suspension

▪ Renvoi

- ☐ Hospitalisation (motif) :

- ☐ Autre :

- Commentaires :

C) ÉVÉNEMENTS LOINTAINS (plus d'un an)

- ☐ Pertes relationnelles importantes :

☐ décès

☐ abandon

☐ coupure de contact

☐ rupture amoureuse

☐ séparation des parents

☐ séparation de la fratrie

☐ Agression ou violence de l'enfant envers les autres☐ L'enfant a été victime de violence ou d'agression☐ L'enfant a été victime d'abus physique (ponctuel / répétitif)☐ L'enfant a été victime d'abus sexuel (ponctuel / répétitif)☐ Placement(s) Nombre : _____ (si possible)☐ Hospitalisation :

☐ Autre :

Commentaires :

D) ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Concernant les problèmes suicidaires, les maladies mentales et les problèmes de consommation de substances

	Problèmes suicidaires	Maladies mentales	Consommation		
			Drogues	Alcool	Médicaments
Père					
Mère					
Frère(s)					
Sœur(s)					
Grand(s)-parent(s)					
Oncle(s)					
Tante(s)					

Commentaires :

E)

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE DE L'ENFANT

NORMAL☐

▪

Apprentissage

Retard

Troubles d'apprentissage

Précisez, s'il y a lieu :

▪

Comportement :

Adapté

Troubles de comportement

Précisez, s'il y a lieu :

▪

Histoire scolaire très succincte (si possible) :

Commentaires :

III – LE CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE ACTUELLE (autre que suicidaire)

A)

DESCRIPTION DE LA SITUATION / CRISE

Qui, quoi, quand, comment, où ?

Cette période s'étend habituellement des derniers jours jusqu'aux derniers mois. Il s'agit surtout de décrire la dernière crise et ses circonstances : début, événement précipitant, interventions et leurs effets, etc.

IV – PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE

A)

CONTEXTE

☐

Contexte dans lequel les verbalisations et les gestes ont lieu :

☐

Identification d'un ou plusieurs déclencheurs extérieurs, observables :

B)

INDICES DE L'INTENTIONNALITÉ

L'enfant :

☐

Se met en danger

☐

Pense à se tuer

☐

Verbalise son intention de se tuer

☐

A fait des menaces suicidaires

☐

A rédigé des notes, dessins ou poèmes morbides

☐

A fait allusions ou propos inquiétants sur sa disparition, sur la mort, sur ce qui arriverait s'il n'était plus là

Commentaires :

C)

INDICES DE PRÉOCCUPATION FACE À SA MORT

☐

Suffisamment envahi que l'enfant associe sur des moyens possibles de mourir (précisez) :

☐

L'enfant a un plan (précisez) :

☐

L'enfant a décidé d'un moyen pour se suicider (précisez) :

65

Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec

C)

INDICES DE PRÉOCCUPATION FACE À SA MORT – SUITE

☐ Le moyen est accessible (précisez) :

☐ L'enfant est en possession du moyen (précisez) :

☐ L'enfant a prévu le moment ou le lieu de son suicide (précisez) :

Commentaires :

D)

RÉACTIONS ET CONSÉQUENCES ANTICIPÉES PAR L'ENFANT

☐ À l'égard de l'entourage :

☐ Dans sa vie même :

E)

RÉACTIONS ÉMOTIVES SUSCITÉES CHEZ L'INTERVENANT PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT DANS CETTE CRISE

Expliquez :

V – ÉVALUATIONS ET SUIVIS ANTÉRIEURS ET ACTUELS JUGÉS PERTINENTS SELON LES
INFORMATIONS DISPONIBLES (ex. : évaluations et suivis au scolaire, au CLSC, en neurologie, etc.)

A) PSYCHOLOGIQUES

Date : _____
Psychologue : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Psychologue : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

B) PSYCHIATRIQUES

Date : _____
Psychiatre : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Psychiatre : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

MÉDICATION (pour chaque type de médicament pris par l'enfant, veuillez indiquer) :

Nom du
médicament : _____
Raison de la
prescription : _____
Posologie : _____
Depuis quand : _____
Médecin : _____

Nom du
médicament : _____
Raison de la
prescription : _____
Posologie : _____
Depuis quand : _____
Médecin : _____

C) MÉDICALES

Date : _____
Médecin : _____
Raison : _____
Médication : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Médecin : _____
Raison : _____
Médication : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

ALLERGIES

	Nom du produit	Réactions (rougeur, bouton, difficulté à respirer)
☐ À des médicaments		
☐ À des aliments		
☐ Autres		

Médicament prescrit en situation d'urgence ? ☐ OUI ☐ NON

Nom du médicament : _____

D) AUTRES ÉVALUATIONS

Précisez : _____
Date : _____
Professionnel : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi antérieur : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

Date : _____
Professionnel : _____
Impression
diagnostique : _____
Suivi actuel : ☐ Oui ☐ Non
Par qui : _____

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

CES DONNÉES SONT RÉSERVÉES À L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, et autres. *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire*, Montréal, Association des centres jeunesse du Québec, 2000.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES SUIVIS PAR LES CENTRES JEUNESSE. *Prévalence des troubles mentaux chez les jeunes hébergés dans les centres de réadaptation, les foyers de groupe et les ressources intermédiaires des centres jeunesse*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

LES CENTRES JEUNESSE DE LANAUDIÈRE. *Une approche personnalisée pour des jeunes présentant un double diagnostic*, candidature posée aux Prix d'excellence 2002 du réseau de la santé et des services sociaux, Joliette, Les Centres jeunesse de Lanaudière, 2003.

LES CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Apprivoiser les différences. Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite*, Québec, Les Centres jeunesse de la Montérégie, 2004.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC-INSTITUT UNIVERSITAIRE. *La protection des jeunes aux prises avec des troubles mentaux : organisation des services d'hébergement*, Québec, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*, Québec, ministère de l'Éducation, 2003.

www.msss.gouv.qc.ca