



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

Actes des journées professionnelles
organisées par le conseil multidisciplinaire du
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
tenues à Montréal les 6 et 7 juin 2007

Viens jouer dans mon monde...
Actes des journées professionnelles
2007

Textes colligés par Danièle Gauthier, rédactrice en chef
Revue *Défi jeunesse* du Conseil multidisciplinaire
en collaboration avec Murielle Bouchard et Vicky Bouchard
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN - 978-2-89218-203-3

© Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2008
Tous droits réservés

Texte intégral à l'adresse : www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/cmulti

Disponible à la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
Téléphone : 514 896-3396 ; Télécopieur : 514 896-3483
Courriel : bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Les Actes des journées professionnelles 2007 sont une occasion de garder en mémoire les différents contenus et réflexions que les animateurs des ateliers vous ont livrés. Dans un esprit de rigueur et afin de signifier l'importance du transfert des connaissances, à l'initiative du comité exécutif du conseil multidisciplinaire et des membres du comité scientifique des journées professionnelles, nous sommes heureux de vous offrir ce document qui devient une source supplémentaire d'information, mais également le reflet de l'implication des membres de la communauté clinique dans l'établissement. Nous espérons renouveler chaque année ce type de publication afin de garder trace du travail de ceux qui nous livrent par le biais de cette activité professionnelle leur expertise et leurs réflexions.

Table des matières

	Allocution de la présidente du conseil multidisciplinaire	1
A-01	Les défis de l'accompagnement des jeunes et des parents souffrant de troubles mentaux - le point de vue de la communauté clinique	3
A-02	Psychopathie à l'adolescence	4
A-03	Principaux médicaments utilisés en psychiatrie	5
A-04	TDA/H et troubles de l'attachement : défis et pistes d'intervention	8
A-05	Le Programme d'aide aux employés (PAE), un outil de soutien pour aider la santé psychologique des intervenants dans l'organisation	9
A-06	Cadre conceptuel et organisation des services de réadaptation à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.....	13
A-07	Vous avez dit... : « Santé mentale »?	14
A-08	Évaluation du risque : entrevue et outils psychométriques	15
AB-09	Immigration, santé mentale et résilience, les enjeux d'une intégration	16
AB-10	Si tu viens dans mon monde, sauras-tu parler ma langue?	22
AB-11	L'intervention auprès des jeunes en voie de développer un trouble de la personnalité limite : un partenariat entre le clinique et la recherche	23
AB-12	Différent dans le même monde... Un « anthropologue sur Mars » : l'importance du regard de l'intervenant sur la crise avec les jeunes dits multiproblématiques.....	24
B-13	Répercussions des traumatismes chez l'enfant.....	28
B-14	Ça vaut son pesant « d'art » : les arts et la culture au service des jeunes	30
B-15	Santé mentale et délinquance : quels liens, quelle prévention?	32
B-16	Un modèle de services qui intègre les expertises en pédopsychiatrie (HRDP) et en réadaptation (CJM-IU)	36
B-17	Une équipe multi pour la prise en charge des problématiques de santé mentale	37
B-18	Services spécialisés en employabilité	41
B-19	L'autorégulation par les activités d'aventure.....	42
B-20	Santé mentale, transformations réciproques et résilience.....	43
B-21	Trouble sévère du comportement à l'adolescence : pharmacothérapie?	44
B-22	La trajectoire des ados à travers le service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost	45
C-23	Violence au travail ; aliénation des intervenants	48
C-24	L' <i>empowerment</i> et le groupe, pourquoi pas!	49
C-25	Intégration sociale et autonomie communautaire au Foyer Chambord.....	56
C-26	Jouer avec l'autre par le psychodrame	59
C-27	Santé mentale? Résilience? Des concepts compatibles avec GANGS et délinquance?	63
C-28	Les doubles ou triples stigmas : être jeune, être mère et avoir un problème de santé mentale.....	66
CD-29	À fleur de peau.....	70

CD-30	Le dépistage des troubles psychotiques	71
CD-31	L'estime de soi, quand l'Oiseau moqueur s'en moque	72
CD-32	Traitement des troubles sévères de l'attachement	75
CD-33	Soutenir le rôle parental chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux.....	79
D-34	Perturbation et usure... Croissance et enthousiasme.....	83
D-35	L'acquisition et l'intégration d'habiletés sociales de jeunes délinquants ayant des troubles sévères en santé mentale	84
D-36	Un modèle de services conjoints l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le CJM-IU pour une clientèle de 16 à 20 ans	85
D-37	<i>Vidéo Paradiso</i> à la Cité des Prairies	89
D-38	<i>Faire Face</i> : Programme de développement des habiletés de <i>coping</i> chez des adolescents en difficulté	90
D-39	Le judo, un combat pour la prévention	94
D-40	L'intervention post-traumatique au CJM-IU : une histoire, des engagements.....	95
D-41	Au carrefour de la santé mentale et de l'intégration.....	96
D-42	Santé mentale v/s éléments culturels	97
	Ille séminaire GANGS et délinquance	98
	Allocution du directeur général	103

Allocution de la présidente du conseil multidisciplinaire

Allocution de madame Nathalie Turgeon
Présidente du conseil multidisciplinaire
Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

« VIENS JOUER DANS MON MONDE », UNE INVITATION AU PARTAGE DES EXPERTISES SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA RÉSILIENCE

La détresse psychologique, les problèmes de santé mentale, les passages à l'acte multiples et destructeurs allant jusqu'au suicide... Des mots (maux) qui font peur, qui dérangent... Pourquoi certains enfants s'en sortent-ils mieux que d'autres? Comment pouvons-nous, dans notre quotidien, mieux équiper ces jeunes et leurs familles à faire face à la vie? Comment les parents sont-ils mis à contribution? Quelle est l'influence des problèmes de santé de mentale des parents sur le parcours de vie de leurs enfants? Sommes-nous compétents et en mesure de répondre adéquatement à leurs besoins? Comment utiliser les nouvelles connaissances dans notre intervention? Comment peut-on mieux travailler ensemble face à cette détresse? Avons-nous suffisamment de ressources? Comment, comme « soignants », pouvons-nous être une caisse de résonance aux souffrances de l'enfant et, à la fois, prendre soin de nous? Comment consolider notre accompagnement en interdisciplinarité? Des questions, beaucoup de questions...

« **Viens jouer dans mon monde** » est une invitation à réfléchir et à partager différentes avenues, à nous donner la possibilité de développer un langage commun, à poursuivre et à enrichir notre partenariat. Il faudra bien admettre que seul, chacun dans notre secteur, il nous est impossible de répondre à l'ensemble des besoins de ces jeunes et de leur famille. Savez-vous que chaque jour, nous contribuons à augmenter les facteurs de protection chez nos jeunes? Savez-vous qu'il existe une multitude de projets d'interventions qui sont issus des liens avec nos différents partenaires?

« **Viens jouer dans mon monde** » est une illustration de cette complémentarité qui constitue la pierre angulaire de la qualité des services offerts aux jeunes et à leurs familles. Cette perspective bonifie réciproquement le champ de l'intervention auprès des jeunes et des familles les plus vulnérables de notre société.

« **Viens jouer dans mon monde** » se veut une main tendue, une invitation à jeter un regard différent sur cette réalité. C'est la nécessité de réfléchir à cet espace thérapeutique qu'il faut créer. C'est également la possibilité de se questionner sur ce que nous mettons en place quotidiennement afin que cette souffrance trouve et fasse un sens et permette ainsi à l'enfant, au jeune et à ses parents de rebondir.

C'est avec grand plaisir que nous vous attendons lors de ces journées professionnelles. En espérant que celles-ci deviennent pour vous l'occasion de créer des liens, de partager vos expertises et ainsi, une rencontre du possible...

Au plaisir,

Nathalie Turgeon

« L'enfant était là... Calme et triste... regardant son ballon... L'adulte s'est approché et lui a tendu la main... »

Atelier A-01

Les défis de l'accompagnement des jeunes et des parents souffrant de troubles mentaux - le point de vue de la communauté clinique

Pierre Charest, Anne Duret (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Cet atelier vise à mettre en perspective ce qui se fait présentement dans notre établissement et à faire connaître les projets et les développements récents concernant cette problématique. Le renforcement des compétences, le soutien clinique, le développement de programmes et l'accompagnement au quotidien... ne sont que quelques-unes des actions que commande l'accompagnement de cette clientèle. Où en sommes-nous? Quels sont les besoins des intervenants? Quelles devraient être les priorités d'action du CJM-IU? Voilà des questions que nous souhaitons aborder à cette occasion.

Atelier A-02

Psychopathie à l'adolescence

Catherine Basque (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Les études montrent que l'évaluation de la psychopathie au cours de l'adolescence permet d'améliorer l'identification des délinquants chroniques. L'atelier est une introduction au concept de la psychopathie à l'adolescence. Les thèmes suivants seront abordés : définition de la psychopathie, diagnostic différentiel, mesure de la psychopathie, importance des traits de personnalité psychopathiques, intérêt de l'étude de la psychopathie à l'adolescence, controverses liées à l'application du construit à l'adolescence et prédiction du risque.

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans la revue

Défi jeunesse, vol. XIII, no 2, (mars 2007)

(www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Atelier A-03

Principaux médicaments utilisés en psychiatrie

Diane Robidoux (Hôpital Rivière-des-Prairies)

Présentation de l'atelier

L'atelier s'adresse aux intervenants néophytes dans le domaine de la psychiatrie. Il présente les différentes classes de médicaments utilisés en psychiatrie, les propriétés thérapeutiques qui y sont rattachées et les différents effets secondaires à observer chez la clientèle.

Résumé de l'atelier

Cet atelier s'adresse aux intervenants qui ont peu de connaissance de la médication utilisée en pédopsychiatrie et qui se questionnent sur le rôle de celle-ci pour l'amélioration de l'état de santé des jeunes qu'ils côtoient.

La première partie aborde la physiologie du cerveau dans le but de revoir quelques notions essentielles pour comprendre les mécanismes d'action des médicaments. La transmission des influx nerveux passe par les terminaisons axonales des neurones qui sont les cellules du cerveau. Le rôle du médicament est de modifier ces transmissions lorsqu'elles sont déficientes en agissant au niveau des synapses.

La deuxième partie décrit les différentes classes de médicaments pouvant être utilisées en pédopsychiatrie.

Les psychostimulants dont le Ritalin, Concerta, Dexedrine sont indiqués dans les cas de troubles de l'attention et ciblent l'hyperactivité et la distractibilité. Ils permettent ainsi l'augmentation de la vigilance et la capacité de concentration. Le médicament Strattera est également utilisé pour ces indications quoiqu'il ne fasse pas partie de cette classe. Ces médicaments présentent des effets secondaires comme la perte d'appétit et les difficultés d'endormissement. Certaines interventions peuvent diminuer ces effets indésirables. À cet effet, il faut éviter de donner la médication après 16 h et surveiller le poids pour éviter une trop grande perte pondérale.

Les stabilisateurs de l'humeur sont prescrits dans les cas de troubles bipolaires. Le Lithium et quelques anticonvulsivants sont souvent utilisés (Épival, Dépakène, Tégrétol...). Un suivi médical et des tests hématologiques sont nécessaires durant tout le temps que dure le traitement. Une bonne alimentation et de saines habitudes de vie sont primordiales car ces médicaments occasionnent souvent une prise de poids.

Les antipsychotiques se divisent en deux groupes, dont les **anciens** (Haldol, Largactil, Loxapac...) dits de première génération et les **nouveaux** (Zyprexa, Risperdal, Séroquel, Clozaril...) appelés les atypiques. Ils sont utilisés pour traiter les psychoses. Les antipsychotiques de la première génération sont moins prescrits à cause des effets indésirables parfois permanents qu'ils peuvent causer à long terme tels que les mouvements involontaires et les tremblements associés à la dyskinésie tardive. Les antipsychotiques atypiques provoquent moins d'effets secondaires indésirables. Par ailleurs, certains effets secondaires sont plus insidieux comme le syndrome métabolique qui consiste en une augmentation des triglycérides, du poids, de la tension artérielle et du taux de glucose. De saines habitudes de vie et un contrôle médical régulier sont nécessaires pour aider à prévenir ces effets. Le Clozaril peut être prescrit lorsque les autres antipsychotiques n'ont pas donné de résultats attendus. Cependant, il se donne uniquement sous surveillance pharmacologique et des prises de sang régulières sont nécessaires car ce médicament peut provoquer des problèmes hématologiques graves.

Les antidépresseurs se classent en deux catégories : les **anciens** ou tricycliques (Élavil, Tofranil, Anafranil...) et les **nouveaux** dont le Paxil, Zoloft, Célexa, Prozac, Réméron et Effexor. Ils sont donnés, entre autres, lors d'épisodes dépressifs majeurs et pour traiter les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques, les phobies sociales. Les effets anticholinergiques dont la sécheresse de la bouche, la constipation sont les principaux effets secondaires des antidépresseurs. Des comportements agressifs et violents peuvent être observés en cours de traitement. Le surdosage de médicaments tricycliques peut entraîner des complications

cardiaques alors qu'avec les nouveaux, ce phénomène est très rare parce que les effets anticholinergiques sont beaucoup moins importants.

Les anxiolytiques (Xanax, Rivotril, Ativan...) sont indiqués en cas d'agitation, de convulsions, d'insomnie, de troubles paniques ou de spasmes musculaires. Certaines personnes peuvent présenter des réactions paradoxales à ces médicaments et devenir alors encore plus agitées. Dans un tel cas, on doit en aviser le médecin rapidement.

Les antiparkinsoniens (Cogentin, Kémadrin...) ont comme action de contrer les réactions extrapyramidales induites par les antipsychotiques de la première génération. Ces réactions sont la rigidité du corps, les mouvements involontaires, les spasmes... Ils peuvent provoquer des effets anticholinergiques soulagés par différentes interventions à savoir sucer des glaçons, instiller des gouttes ophtalmiques... Le Bénédryl et l'Indéral sont parfois prescrits pour les mêmes indications que les antiparkinsoniens.

La troisième et dernière partie de cet atelier traite de certains aspects légaux et cliniques reliés à la médication. Les intervenants travaillant auprès des jeunes qui sont sous traitement médicamenteux doivent connaître les façons d'administrer les médicaments et de les enregistrer. Par exemple, ils doivent respecter les heures de distribution ainsi que les doses maximales prescrites. Ils doivent observer les effets thérapeutiques et les effets secondaires et en faire part au professionnel de la santé concerné. Les erreurs de médicaments telles que : dose oubliée, administration de la médication à la mauvaise personne doivent être rapportées. L'intervenant qui fait l'erreur ou la constate doit compléter un formulaire d'accident/incident. En conclusion de cette présentation, des stratégies d'intervention pour améliorer l'adhésion à la médication pour les jeunes sont proposées dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux jeunes.

Atelier A-04

TDA/H et troubles de l'attachement : défis et pistes d'intervention

Isabelle Laviolette, Geneviève Lemelin (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) et le trouble de l'attachement sont des problématiques omniprésentes auprès de la clientèle CJM-IU. Cet atelier vise à démystifier ces deux diagnostics, en termes de similitudes et de différences. Nous nous attarderons aux pistes d'interventions.

Résumé de l'atelier

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans *Défi jeunesse*, vol. XIV, no 2 (mars 2008) (www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Atelier A-05

Le Programme d'aide aux employés (PAE), un outil de soutien pour aider la santé psychologique des intervenants dans l'organisation

Ginette Berthiaume (PAE)

Présentation de l'atelier

Cet atelier abordera le rôle spécifique du PAE dans l'organisation. Nous identifierons les différents stressors dans le milieu de travail et leurs conséquences sur les intervenants. Nous dégagerons les principaux impacts des changements organisationnels des dernières années. Finalement, nous échangerons sur les stratégies d'adaptation personnelles et organisationnelles à mettre en place dans le monde du travail.

Résumé de l'atelier

QU'EST-CE QU'UN PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS (PAE)?

Il est intéressant de se rappeler que les travailleurs sociaux sont à l'origine du service social en milieu de travail. Nous connaissons les pionnières, Mesdames Marie-Roy Brisebois, Frema Engel et Diane Bernier de l'Université de Montréal. En ce qui concerne plus particulièrement Madame Bernier, celle-ci a été la représentante de la maîtrise en service social en milieu de travail à partir des années '80.

« La définition d'un PAE consiste en un ensemble de services d'aide individuelle ou d'activités collectives offerts par une entreprise, une organisation, pour prévenir et diminuer les problèmes personnels qui peuvent avoir un effet négatif sur le rendement ou le comportement au travail ». (A.H.Q., 1988, *Guide sur les PAE*, p. 18)

Au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU), le PAE se compose de deux conseillères, travailleuses autonomes qui offrent à elles deux, 5 jours de consultation-semaine aux employés de l'établissement.

- Ginette Berthiaume, M.S.S., M. Psy.-Ed., recevant les employés soit au Mont St-Antoine des CJM ou à son bureau privé à Verdun (3 jours-semaine) ;
- Denise Bilodeau, M.Psy., recevant les employés à son bureau privé à Ahuntsic ; (2 jours-semaine).

De plus, Françoise Ross, M.Psy., s'est jointe à l'équipe en septembre 2007, et reçoit les employés dans son bureau privé au Centre-Ville (1 jour-semaine).

La principale activité d'un PAE est de recevoir des employés en souffrance et de les aider à mettre en place des stratégies pouvant les aider à traverser leurs difficultés. Un PAE prendra la couleur que la Direction des ressources humaines (DRH) veut bien lui donner, c'est-à-dire soit exclusivement des interventions individuelles ou des interventions individuelles avec des activités préventives.

RÉSUMÉ DES COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS SUITE À L'ATELIER

L'atelier fut choisi par 17 participants. Ce qui a fait la richesse de la participation à l'atelier, c'est qu'il y a eu présence de cadres, de consultants, d'éducateurs, de travailleurs sociaux qui représentaient chacune des directions de l'organisation à savoir autant de la direction générale, des directions territoriales des programmes d'adolescents ou d'enfance et d'adolescentes que du service de la formation soit une représentation assez significative de la population des intervenants du CJM-IU.

Nous vous partagerons les principaux commentaires rapportés à la fin de l'atelier ceux-ci ont leur importance car ils présentent plusieurs éléments de solution pour améliorer la ressource de consultation individuelle et organisationnelle, qu'est le Programme d'aide aux employés au CJM-IU.

- L'importance de faire beaucoup de publicité autour de ce programme dans l'organisation. Le PAE est une ressource de soutien psychologique mais n'est pas assez connu dans l'organisation.

- De développer différentes stratégies pour mieux faire connaître la ressource de soutien et d'aide, qu'est le PAE, comme par exemple :
 - Écrire des articles préventifs dans les *Petites Nouvelles* du CJM-IU ;
 - rencontrer les différentes directions afin que les gestionnaires connaissent le service du PAE et le proposent à leurs intervenants ;
 - rencontrer les intervenants dans leurs équipes de travail ;
 - élaborer une meilleure collaboration avec les autres services des CJM-IU, comme par exemple avec l'équipe d'intervention en situation post-traumatique, le service de la formation, l'équipe de soutien des jeunes professionnelles de la liste de rappel ;
 - insister sur l'importance de la **confidentialité** des rencontres avec les intervenants du PAE, aucun contenu n'étant transmis à la DRH, ni à aucune direction. La confidentialité, mur à mur est assurée au PAE ;
 - poursuivre différentes formes de publicité du PAE.
- D'outiller les gestionnaires de façon qu'ils invitent les intervenants à utiliser le PAE de façon à mieux régler les tensions personnelles et organisationnelles que l'employé peut vivre dans son équipe de travail.
- Normaliser le fait que d'aller au PAE peut être très positif pour l'employé puisque le fait de nommer les difficultés que l'on vit aide à voir différentes alternatives de solution. Accepter de recevoir de l'aide et de partager avec quelqu'un d'extérieur à notre situation peut donner une meilleure analyse du problème et offrir des éléments de solution à la problématique.
- Élaborer des stratégies complémentaires entre les différents moyens de soutien que l'organisation met en place pour aider les intervenants, comme par exemple :
 - La supervision clinique du personnel par les chefs de services ;
 - les différentes ressources pour chacune des problématiques cliniques; comme par exemple, les abus sexuels, les troubles de l'attachement, la violence, la toxicomanie...

- l'équipe d'intervention en situation post-traumatique qui rencontre chacun des intervenants qui subit une agression physique, verbale ou psychologique soit avec la clientèle, les parents ou malheureusement avec des collègues de travail ;
 - l'équipe de conseillers cliniques de la liste de rappel qui soutiennent les jeunes intervenants de l'organisation.
-
- L'importance de se donner du soutien mutuellement entre collègues de travail, car ce soutien est une ressource importante dans l'organisation. Un exemple fut donné lors de l'atelier. Avant chaque comité d'équipe, le responsable trouve important de prendre quelques minutes afin de donner la parole à ses intervenants pour souligner un bon coup clinique de la semaine. Les intervenants nous ont partagé que le fait de revenir sur un événement positif permet de voir que le travail d'intervenant comporte aussi de beaux succès. Le fait de partager un événement positif donne une énergie positive à la réunion d'équipe, et crée dans l'équipe une synergie positive. Le soutien mutuel entre collègues est très important dans un travail d'équipe. Cette façon de se donner du soutien permet d'identifier plus facilement les collègues qui vivent des moments difficiles.
 - Réaliser que notre choix de carrière d'aidant n'est pas le fruit du hasard. Dans notre histoire personnelle, il y a eu des situations qui nous ont affectés et le choix d'aider d'autres personnes est pour nous une façon de mieux trouver notre équilibre.
 - Le fait de travailler avec une clientèle extrêmement souffrante nous amène à l'occasion d'être confronté à nos propres souffrances. Il est donc important d'apprendre à identifier ce qui nous appartient et ce qui appartient à la clientèle.
 - Il y a eu sûrement d'autres commentaires mais le plus important fut de publiciser le PAE, de normaliser le fait de demander de l'aide afin de retrouver l'équilibre physique et psychologique que nous avons besoin pour être un intervenant avec tout le potentiel d'aidant.

Atelier A-06

Cadre conceptuel et organisation des services de réadaptation à la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

Présentation de l'atelier

Cet atelier présente les principaux éléments du cadre de référence en réadaptation psychosociale. La présentation, comme le cadre de référence, est structurée en trois parties : un modèle d'intervention centré sur la connaissance et l'application des meilleures pratiques, des valeurs et des principes de la réadaptation psychosociale ; une organisation de services et une infrastructure de recherche, d'évaluation, de soutien clinique et de développement des pratiques.

N.B. : Cet atelier a été annulé.

Atelier A-07

Vous avez dit... : « Santé mentale »?

Denis Lafortune (Université de Montréal)

Présentation de l'atelier

Depuis 30 ans, au Québec du moins, la santé mentale des jeunes desservis par les centres jeunesse, de même que les défis qu'elle pose aux intervenants, ont été des questions régulièrement discutées. Il s'agirait même d'une des grandes priorités de l'heure. Or, une question fondamentale reste assez peu discutée... mais qu'entend-on par « problème de santé mentale »? La réponse à cette question risque d'être fort complexe dans la mesure où les tableaux cliniques présentés par les jeunes sont généralement qualifiés de « mixtes, complexes ou multiproblématiques ». Cette réponse risque d'avoir d'importantes conséquences sur l'organisation des services.

Évaluation du risque : entrevue et outils psychométriques

Atelier A-08

Tiziani Costil, Dr Martin Gignac, Dr Louis Morissette,
Dr Pierre-Olivier Nadeau (Institut Philippe Pinel)

Présentation de l'atelier

Urgence S.V.P.! évaluer le risque d'impulsivité suicidaire, de dangerosité contre les personnes, dans la communauté, danger en termes d'agression sexuelle, présence de maladie mentale. Discussion sur l'entrevue et les outils psychométriques disponibles.

Atelier AB-09

Immigration, santé mentale et résilience, les enjeux d'une intégration

Collette Boulanger (CJM-IU), Hayette Boubnan (Transit jeunesse)

Présentation de l'atelier

L'atelier abordera la question de l'impact de la migration chez les nouveaux arrivants. Les difficultés vécues par les familles immigrantes et leurs enfants sont parfois liées à leur adaptation au nouveau pays d'accueil. Parfois, suite aux difficultés d'adaptation, nous pouvons retrouver de la psychopathologie qui n'est pas toujours en lien avec l'immigration. Comment départager le tout? Nous aborderons le sujet d'une part, dans un volet théorique et d'autre part, dans un volet sur le type d'intervention à préconiser auprès de ces familles.

Résumé de l'atelier

SANTÉ MENTALE, PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE, TROUBLE MENTAL ET RÉSILIENCE

Le sujet, que nous allons traiter, réfère à des notions cliniques différentes, ce qui entraîne beaucoup de confusion. Il est important avant de commencer de s'entendre sur des définitions pour s'assurer d'une compréhension commune.

La santé mentale : Un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie communautaire.

Un problème de santé mentale : résulte d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Cette perturbation peut être due à des facteurs inhérents à l'individu ou à une capacité d'adaptation inadéquate.

Un trouble mental : manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique d'un individu.

La résilience : capacité chez l'individu de réussir, de vivre et de se développer positivement de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative.

Pour aborder le thème de l'immigration et de la santé mentale, nous avons volontairement choisi de partir d'un constat actuel : On retrouve très peu d'immigrants dans les services publics de santé mentale. Pourquoi? Est-ce que les personnes immigrantes ont une meilleure santé mentale que les Québécois? Est-ce que la résilience des nouveaux arrivants est telle qu'elle leur permet de passer à travers toutes les difficultés vécues dans le pays d'accueil ? La réponse est mitigée. Une enquête faite auprès des immigrants démontre qu'à leur arrivée ils sont souvent en meilleure santé que la population québécoise compte tenu des exigences gouvernementales pour être acceptés comme immigrants, mais que la situation se détériore avec le temps. De plus, beaucoup d'immigrants se méfient des services gouvernementaux en santé mentale, car les soins qu'on y dispense tiennent rarement compte de leur culture et de leurs valeurs. Plusieurs immigrants viennent de pays où l'on conçoit les problèmes de santé mentale de façon différente. Pour eux « la psychiatrie c'est pour les fous ». Une vaste étude dans le quartier Côte-des-Neiges auprès des immigrants révèle que pour plusieurs, se sentir déprimé ou anxieux, être malheureux au travail ou avoir des difficultés conjugales ne sont pas, dans leurs cultures, des problèmes de santé mentale mais des problèmes moraux, religieux ou sociaux (Noémie Mercier). Notre modèle de soins offerts par la psychiatrie est surtout centré sur les symptômes sans tenir compte des particularités culturelles, c'est pourquoi à la clinique culturelle de l'Hôpital général juif, il n'est pas rare de voir des changements de diagnostic (25 % des cas) et la médication et le traitement (70 % des cas).

La santé mentale est sans doute le domaine où il est le plus important de tenir compte de l'environnement du patient à savoir le revenu, le logement, la famille, le travail et le réseau social. Tous ces facteurs sont cruciaux selon Dr Luc Blanchet, président du Comité de la santé mentale du Québec. Pour les familles immigrantes où l'on retrouve des problèmes de santé mentale tous ces facteurs sont très importants et l'histoire de leur parcours migratoire vient teinter leur vécu. Les familles immigrantes ont leur propre histoire telle que le contexte sociopolitique de leur pays, leur rang social, le porteur du projet migratoire, la préparation et

l'implication dans le projet (parfois les enfants savent la veille de leur départ), les attentes d'espoir de la famille élargie, l'histoire de maladies de la famille, le statut au pays d'accueil (les réfugiés politiques sont les familles plus vulnérables).

À travers les différentes étapes de la migration, des processus de déracinement et d'enracinement s'opèrent de façon dynamique ce qui interpelle des états émotionnels tels que la rupture, l'ambivalence et l'innovation (Boudman). La migration entraîne des changements dans les rôles de chacun des membres de la famille, ce qui fragilise la structure familiale comme lieu d'intégration, de socialisation et d'enracinement. Pour les parents, leur rôle traditionnel est remis en question, ils doivent apprendre à négocier leurs nouveaux rôles. S'ils sont ouverts à recevoir de l'aide et du soutien de leur famille ou de la communauté, ils pourront passer à travers des différentes étapes telles que rupture, ambivalence et être à l'aise à composer avec l'innovation et s'enraciner dans le pays d'accueil. Sinon, certaines familles se referment sur elles-mêmes, s'isolent et s'accrochent aux valeurs de leur pays et voient les valeurs du pays d'accueil comme une menace au maintien de leur culture. Les enfants sont souvent prêts à accueillir les valeurs du pays d'accueil, mais à l'adolescence, parfois, viennent remettre en question le système familial.

Des recherches auprès des jeunes immigrants nous montrent qu'ils ne semblent pas avoir plus de problèmes de santé mentale que les jeunes québécois (Rousseau). L'anthropologue Gilles Bibeau a rencontré des jeunes afro-antillais de Montréal, et il constate qu'ils ont une réponse différente des jeunes québécois face à leur mal d'être : leur appartenance à un gang de rue est vue comme une stratégie de lutte contre les comportements autodestructeurs des jeunes (suicide) tout en étant porteuse de risque d'induire certaines conduites antisociales.

TROUBLES MENTAUX

Lorsque nous parlons de troubles mentaux ou maladie mentale, on parle de dépression majeure, anxiété, psychose, schizophrénie. Nous faisons référence à une pathologie qui trouve son origine d'une prédisposition génétique et qui est aggravée par les conditions sociales, la pauvreté et le manque de soins. Une recherche multiethnique récente a tenté de démontrer l'universalité des troubles mentaux chez les enfants et adolescents. Elle s'est fait conjointement dans 31 pays. Les chercheurs ont retrouvé les mêmes troubles mentaux, sauf que les prévalences varient d'un pays à l'autre. L'explication se trouve peut-être dans les différences culturelles. C'est un premier pas vers une compréhension commune des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

L'adolescence est une période très trouble à cause du bouillonnement des changements au niveau neurologique, biologique et psychosocial. Une période pendant laquelle les troubles mentaux peuvent se développer. Pour plusieurs ethnies, l'adolescence est perçue comme un passage entre l'enfance et l'âge adulte. Ce n'est pas facile pour les jeunes immigrants qui doivent se retrouver à travers leurs doubles identités, vivre les valeurs auxquelles ils croient tout en conservant les valeurs familiales. Pour certains, ils vivent un point de rupture avec leur familles. Les adolescents immigrants peuvent être très vulnérables dans leur quête identitaire.

L'INTERVENTION

Lorsque nous parlons d'intervention auprès des autres cultures, il faut se positionner avant tout sur notre capacité de vouloir interagir auprès d'eux. Travailler auprès des gens d'autres cultures, c'est aussi accepter de remettre en question nos façons de faire, nos croyances, nos perceptions... C'est accepter que l'autre peut nous apporter quelque chose et confronter nos valeurs dans cette nouvelle relation qui se construit à travers notre intervention. Le premier contact est pour le moins important car c'est l'occasion de créer une base relationnelle qui influencera notre rapport de collaboration avec les nouveaux parents. Lors de ce contact, non seulement il est important de prendre le temps de parler avec la famille du sens de l'intervention du DPJ, mais il est aussi essentiel de se donner le temps pour comprendre comment cette famille voit notre intervention et comment elle la comprend.

La dimension des problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux demeure des questions complexes et difficiles car chaque culture a son langage pour exprimer indirectement ses problèmes et ses manifestations. La complexité des situations nous confronte rapidement aux limites de notre intervention ; nous intervenons à partir de nos propres références culturelles. Nous avons souvent besoin de prendre un recul de notre propre culture pour s'imprégner de celle de l'autre. Plusieurs moyens s'offrent à nous comme intervenants : consultation ethnoculturelle du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) à la Direction des services territoriaux Nord-Ouest (DSTNO), séminaires ethnoculturels interétablissements entre csss-cjm-pédo, équipes transculturelles de l'Hôpital Jean-Talon, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital général juif. Ces ressources sont d'un grand soutien dans des dossiers dans lesquels on rencontre de problèmes de santé mentale ou bien des troubles mentaux.

VIGNETTE CLINIQUE

Mathieu, 7 ans

Mathieu est un jeune garçon originaire de la Côte d'Ivoire qui vit au Canada avec sa famille depuis plus de 5 ans. Dès sa naissance, Mathieu a des problèmes de santé : absence d'un rein, problème de malformation au dos, au cœur. À la maison, Mathieu est un enfant turbulent qui fait des crises à répétition et qui refuse de respecter l'autorité de ses parents. À l'école, il a des retards scolaires et il est dérangeant. En classe, il nécessite de nombreuses interventions et parfois des interventions physiques. Malgré sa petite taille, il est craint des adultes. La situation de Mathieu est signalée au DPJ suite à de nombreuses absences scolaires, au manque de suivi concernant sa santé par ses parents et à l'absence d'encadrement à la maison. Les intervenants tentent d'obtenir la collaboration des parents, sans résultats. Mathieu est finalement placé en réadaptation. Suite aux nombreuses crises de colère et de désorganisation de Mathieu, ce dernier est rencontré par un pédopsychiatre de l'Hôpital de Montréal pour enfants qui diagnostique un trouble de développement avec hyperactivité (TDA/H). La prise du Ritalin s'impose. Les parents collaborent minimalement avec nous. Ils ne comprennent pas le sens de nos interventions. Nous sommes devant un cul-de-sac

Nous proposons à la famille d'enclencher un travail auprès de la clinique transculturelle du CJM-IU ; ce que la famille accepte. Pour préparer la rencontre à la clinique, nous amorçons avec la famille des échanges sur leur famille élargie, leur pays, leur projet migratoire. Discrètement, les parents acceptent de nous divulguer que, dans leur famille, il y a des histoires de sorcellerie. Ainsi, nous apprenons le sens du nom de chacun des enfants.

L'intervention de la clinique transculturelle du CJM-IU a été déterminante pour l'évolution du dossier, et elle a permis de dénouer l'impasse dans lequel nous étions. Au début de la rencontre, les parents expriment leur colère face à nos interventions et nos institutions. Pour eux, ils ont la perception de bien prendre soin de la santé de leur fils. Et ils ne comprennent pas notre harcèlement à leur égard. Progressivement, les parents acceptent de nous parler d'eux, du pays, du frère de monsieur ; ce dernier, un sorcier influent qui semble avoir des pouvoirs de vie et de mort sur les gens de son village. Suite aux maladies de Mathieu à la naissance, les parents ont trouvé l'explication des problèmes de santé de Mathieu par le mauvais sort lancé à leur fils. Pour bloquer le sort envoyé par l'oncle, sa famille lui a donné le même nom que son oncle, mais ce nom lui confère aussi du pouvoir. Il va sans dire que dans sa famille Mathieu a un traitement privilégié ; il est parvenu à vaincre le sort envoyé par son oncle. Tous les membres de sa famille doivent être à son service à défaut de quoi il fait une crise. Mathieu est le cadet avec sa sœur jumelle. Mais il est le seul à avoir ce statut. Mathieu n'a qu'à demander pour obtenir tout ce qu'il veut auprès de sa famille.

Après avoir écouté tout ce que ses parents ont dit, Mathieu exprime comment il est triste de ne pas être comme les autres et que cette situation génère beaucoup d'anxiété chez lui. L'intervention visait à aider les parents à recadrer la place de Mathieu dans sa famille tout en redéfinissant leur rôle comme parent dans l'intérêt de leur fils.

La suite de l'intervention visait à travailler avec la famille à remettre Mathieu dans un cadre d'enfant en regard de son âge que cela soit à l'école, à la maison ou au centre de réadaptation où il a séjourné durant un an. Dans le cadre du suivi médical de Mathieu, nous avons accompagné les parents aux différents rendez-vous et nous avons démystifié avec eux les questions d'ordre médical et les aspects de leurs croyances. Lorsque nous avons quitté le dossier de la famille, Mathieu était de retour auprès des siens et jouissait de la place d'un enfant de 8 ans.

Si tu viens dans mon monde, sauras-tu parler ma langue?

Atelier AB-10

Pascal De Lorimier, Sarah Ferrer, Sabrina Gosselin, Françoise
Hébert, Gérald Lajoie, Dominic Sauvé (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Quand ta langue à toi me parle de moi, je m'enfuis et tu monologues. Et je m'isole avec mes terreurs. Pour jeter un pont entre nos deux solitudes, parlons par images, par allégories, par histoires, par dessins, par jeux de rôles... Pour que j'apprivoise mes réalités, dessine-moi un espoir et nous bâtirons sur mes maux dits. Comment dialoguer avec ces personnes afin d'arriver à une bonne compréhension de leurs besoins, sera l'objectif de cet atelier. Les intervenants feront part de leur découverte à travers divers médiums.

Atelier AB-11

L'intervention auprès des jeunes en voie de développer un trouble de la personnalité limite : un partenariat entre le clinique et la recherche

Louise Baillargeon, Alain Dumas (CJM-IU),
Lise Laporte (IRDS)

Présentation de l'atelier

L'atelier portera sur l'intervention possible en vue de prévenir la consolidation d'un trouble de personnalité limite chez des adolescents hébergés en centre de réadaptation. Il portera aussi sur le travail nécessaire à réaliser auprès des parents du jeune ou de leurs substituts. Enfin, cet atelier soulignera l'importance du travail en partenariat des intervenants en réadaptation et ceux liés à la mission psychosociale.

Résumé de l'atelier

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans la revue *Défi jeunesse*, vol. XIII, no 2, (mars 2007) (www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Atelier AB-12

Différent dans le même monde... Un « anthropologue sur Mars » : l'importance du regard de l'intervenant sur la crise avec les jeunes dits multiproblématiques...

Steven Desbiens, Yann Desbiens (CRDI Normand Laramée)

Alain Desprès, Yolande Hogue (CJ Laval)

Présentation de l'atelier

Le regard que l'on pose sur une situation de crise détermine bien souvent son issue. Les intervenants du Service régional jeunesse multiproblématique, par des exemples concrets, tenteront d'illustrer le fait que de porter un regard écosystémique sur un jeune « identifié » comme multiproblématique permet de mieux saisir le sens et la fonction des comportements qui contribuent à maintenir le problème en place. Tel « un anthropologue sur Mars », ils tentent dans chaque situation de comprendre le langage unique du jeune et de sa famille afin qu'il puisse faire du sens... Dans un atelier qui se veut interactif, nous tenterons d'exposer comment nous utilisons les situations de crises qui nous sont référées pour comprendre le contexte qui les génère et comment ces crises deviennent des opportunités de créer quelque chose de nouveau.

Résumé de l'atelier

Le présent texte se veut un résumé du contenu présenté dans le cadre d'un atelier de trois heures. Par conséquent, nous sommes conscients qu'il ne pourra, dans le cadre de cet exercice, rendre parfaitement justice à l'ensemble du contenu ainsi qu'à la richesse des échanges qui ont eu cours lors de cet atelier.

Comme nous le faisons avec les familles avec lesquelles nous travaillons, notre atelier ne vise pas à donner aux intervenants des trucs ou des moyens pour travailler avec une clientèle dite multiproblématique. Ce que nous proposons plutôt, c'est une réflexion à partir de notre façon de concevoir le travail avec ces jeunes et leurs familles, inspirée de l'approche écosystémique¹.

Pour faire un lien avec notre titre, lorsque nous rencontrons une famille nous tentons à chaque fois de poser un regard d'anthropologue non blâmant, comme si on observait pour la première fois une nouvelle « tribu » vivant sur Mars et qu'on tentait de comprendre comment cette famille vit, quelles sont ses us et coutumes, ses façons de régler les problèmes, ses interactions... Concrètement cela se traduit en lien avec trois croyances : chaque famille possède un langage unique qui lui est propre ; ce que nous percevons de l'extérieur comme étant des problèmes, sont plutôt des solutions trouvées par les familles pour résoudre ce qu'ils considèrent eux être des problèmes dans leur réalité ; et, les gens ont des bonnes raisons de faire ce qu'ils font, selon leurs propres valeurs et croyances et ce, même si cela peut nous paraître inadéquat ou incompréhensible. Lorsqu'une personne ou une famille est coincée dans un problème, celui-ci est souvent la solution la moins contraignante qu'ils ont choisie. Conséquemment, il nous faut éviter de nous précipiter pour faire disparaître les symptômes et tenter de prendre le temps d'analyser, chercher la fonction et le sens de ces symptômes. Dans cette logique, il nous est indispensable de réfléchir à l'impact de la disparition du symptôme. C'est pourquoi nous ne travaillons pas à faire disparaître à tout prix le comportement dérangeant, ce qui nous priverait d'une source d'information qui nous aiderait à comprendre la fonction et le sens de ces comportements. **Nous travaillons plutôt sur la façon dont les gens vont composer avec ce problème.** Qu'est-ce que cet apparent dysfonctionnement contribue à maintenir ou permet d'éviter? À quoi sert-il? À qui sert-il?... En fait, nous ne concentrons pas nos efforts à faire changer les choses, mais plutôt à mettre les conditions en place pour que le changement se produise. **« Nous ne sommes jamais responsables du changement, mais des conditions d'ouverture pour que survienne l'imprévisible. »**²

L'approche écosystémique nous amène à porter notre regard sur les communications, où tout comportement est une communication, ce qui oriente nos observations et par la suite nos interventions sur les interactions et les relations entre les personnes. Cela amène une autre façon de voir les problèmes qui nous éloigne de la perception que leurs causes sont de nature individuelle. En nous centrant sur les interactions, nous tentons d'être conscients de comment toutes les personnes dans un système correspondent ensemble (*fit*) et sont connectées. Personne n'est perçu comme la cause ou comme ayant du contrôle sur un autre. **« Bateson ne s'est pas demandé pourquoi cette personne-ci se comporte de manière folle. Il s'est demandé dans quel système humain, dans quel contexte humain, ce comportement pouvait faire du sens. »**³ En fait, nous tentons toujours de comprendre le comportement dérangeant ou perturbateur comme une communication qui a une fonction et un sens selon le contexte dans lequel il surgit.

Plutôt que de recevoir un « TED », un « déficient intellectuel », un « tourette », nous considérons toujours la personne comme ne se limitant pas seulement à ses diagnostics. Nous cherchons à éviter de poser des étiquettes sur les gens puisque nous considérons que le diagnostic est une hypothèse réductrice et que le jeune, lui, est une vérité. Le diagnostic porte un regard photographique⁴ sur le jeune, ce qui a pour effet de le figer dans une définition statique. De plus, en se centrant sur les diagnostics, les jeunes finissent par s'y identifier et à se définir par rapport à ça. Il faut donc éviter de « réduire » l'enfant à sa pathologie, à son diagnostic et par conséquent, faire attention pour ne pas trop s'attarder sur le symptôme parce que cela peut contribuer à le fixer de façon permanente. Dans une vision écosystémique, le diagnostic se veut plutôt une redéfinition conjointe du problème avec toutes les personnes impliquées. C'est une occasion de définir autrement, donner un autre sens, donner un éclairage nouveau au problème de manière à ce qu'il devienne « travaillable ». Dans cette logique, nous percevons le jeune comme porteur du symptôme familial plutôt que comme le problème, parce qu'à notre avis il est probablement le plus sensible à ce qui se passe dans sa famille. Si nous travaillons avec la famille à cause de lui, nous considérons que c'est grâce à lui que nous sommes arrivés à parler du problème.

Généralement, nous observons que ce n'est pas le jeune qui est complexe, mais la situation. Les comportements qui apparaissent dans un système familial ont une complémentarité générale, ils correspondent (*fit*) ensemble. En considérant le jeune comme inséparable de son contexte relationnel, nous considérons que le problème est partagé par tout le monde, le jeune, ses parents, sa fratrie, sa famille élargie, l'école, le référent et nous-même dès que nous entrons dans une famille. En entrant chez les gens, l'intervenant devient une partie du système et par sa présence et ses comportements, il ajoute aux événements et aux interactions, participant ainsi à réaliser ce que les gens cherchent à atteindre. Il coévolve et coconstruit avec eux.

Pour ce qui est des familles, nous considérons que plusieurs modèles de familles permettent le développement d'enfants et d'adultes sains (Cochran et Henderson, 1986)⁵. Nous considérons les parents comme des éducateurs naturels et les experts de leur enfant. Étant nos principaux partenaires et non, nos clients, ils ont le choix de leur participation ainsi que de leur implication. Par conséquent, nous ne travaillons pas sur la famille (sur le système), mais dans la famille (dans le système). Nous tentons d'éviter de mettre les gens dans une situation où ils sont perçus comme de bons parents lorsqu'ils prennent nos conseils et comme résistants lorsqu'ils les refusent. Nous croyons qu'il faut laisser tomber la notion de résistance, considérée de façon générale comme un trait qui appartient au client ou à la famille. À notre avis, le système ne résiste pas, il ne fait que se comporter en « accordage » avec sa propre cohérence. Ainsi, lorsque nous disons d'une famille qu'elle est difficile, c'est par rapport à nous qu'elle est difficile. Si nous percevons plutôt la famille comme étant en difficulté, nous pouvons l'aider. En fait, il faut

éviter d'imposer nos idées de ce qu'une famille doit être et considérer que chaque famille a un univers de solutions possibles (Elkaïm).

En résumé, nous croyons qu'il faut éviter de blâmer les gens pour leurs comportements ou supposer que leurs symptômes ont seulement des causes individuelles. On devrait plutôt considérer les symptômes comme des communications métaphoriques à propos de l'écologie du système relationnel de la personne qui nous est référée. Le changement ne repose pas sur la connaissance du « pourquoi » le problème existe ou subsiste, mais sur le « comment » il subsiste. Qu'est-ce qui dans l'interaction entretient le problème? Ensuite, il faut se rendre disponible à l'imprévisible, ce qui veut dire arrêter de mettre l'emphasis sur les objectifs et les buts et porter plus attention à l'inattendu...

Ça ne sera jamais comme avant, ça sera toujours comme après⁶.

Notes bibliographiques

¹ Réfère à l'attention portée aux enjeux et au sens des interactions entre un individu et ses environnements familiaux, sociaux et physiques ainsi qu'à la façon dont ces composantes sont interreliées entre elles.

² Guy Ausloos (communication personnelle)

³ Elkaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Éditions du Seuil, 629 p.

⁴ Ausloos G. (1995). *La compétence des familles. Temps, Chaos et processus*, Toulouse, Érès, Collection relations.

⁵ Cochran, M. et C.R. Jr. Henderson (1986). *Family Matters : Evaluation of the Parental Empowerment Program, A Summary of a Final Report to the National Institute of Education*, Ithaca, NY, Cornell University Department of Human Development.

⁶ Guy Ausloos (communication personnelle)

Répercussions des traumatismes chez l'enfant

Atelier B-13

Thérèse Nadeau, Dr Albert Roche (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Les situations de violence, d'abandon, de négligence sévère dans l'enfance ont des impacts à long terme sur le développement de l'enfant. La prise en charge et le suivi social de ces jeunes doivent tenir compte de ces répercussions dans son devenir tant neurologique, psychologique et cognitif.

Résumé de l'atelier

La situation des enfants qui vivent de graves traumatismes suscite l'attention surtout depuis la Seconde Guerre mondiale et les travaux d'Anna Freud sur le sujet. Les recherches des trente dernières années (L.Terr) portent principalement sur les réactions des enfants et adolescents selon diverses variables liées à l'événement traumatique.

Que ce soit un événement unique comme une catastrophe naturelle ou un accident ou, des situations répétées de violence, on observe chez les sujets des réactions intenses de détresse avec hyperactivité neurovégétative. Bien entendu, les symptômes vont s'exprimer de façon différente compte tenu, entre autres, de l'âge de l'enfant, de son état physique et affectif antérieur, de la qualité des relations familiales et du soutien offert à la dyade parent-enfant.

De tous les types d'événements traumatiques étudiés, il ressort clairement que ceux impliquant la violence humaine sont les plus destructeurs, particulièrement si des liens affectifs sont en jeu. Les traumatismes relationnels sont effectivement les plus dommageables. L'enfant témoin ou victime de violence familiale, d'abus et de négligence grave est particulièrement vulnérable et à risque de développer des fragilités psychiques à long terme.

La violence familiale quelle qu'en soit la forme est des plus délétères pour l'enfant qui dépend totalement des parents : le parent ne joue pas son rôle de gardien et de protecteur. De plus, la violence familiale est invisible : il n'y a pas de témoin, de sorte que le soutien à l'enfant est impossible alors qu'il est dans un état de totale impuissance.

Les études en neurobiologie ont également démontré (Schoore et De Bellis) les liens entre la maltraitance et le développement neurologique et affectif de l'enfant. Nous savons maintenant que le développement du cerveau est modifié par l'environnement (bienveillant ou hostile). Certains chercheurs parlent même de **sculpture** du cerveau immature par l'environnement.

Un milieu familial hostile, désorganisé ou qui ne répond pas adéquatement aux besoins du bébé crée ainsi une situation de stress soutenu ce qui va augmenter la réactivité de l'enfant au stress. Cette réponse neuronale **apprise** peut devenir chronique, comme un trait de la personnalité de l'enfant : on notera souvent des difficultés dans le décodage et l'attention sélective, le rappel et l'interprétation des situations, la régulation des affects ; ce qui augmente les vulnérabilités de l'enfant en contexte d'apprentissage et dans l'adaptation à des environnements nouveaux.

Atelier B-14

Ça vaut son pesant « d'art » : les arts et la culture au service des jeunes

Manon Alarie, Johanne Boivin (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Des intervenants de différents services ont expérimenté avec la clientèle du CJM-IU des outils et des approches différentes en lien avec les arts et la culture. L'apprentissage de la musique et l'expérimentation de diverses formes d'art permettent aux jeunes d'explorer d'autres modes d'expression et de communication. Ces divers médiums donnent accès à la détresse et la solitude de certains jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Lors de cet atelier, il sera question de ces différents projets. L'atelier permettra également d'expérimenter diverses formes d'art (percussions, pastels).

Résumé de l'atelier

« Le besoin de créer est inné chez tout être humain. Il est aussi un des moyens les plus nécessaires à l'expression de son "individualité" » (Irène Sénécal).

La créativité chez l'individu l'aide à développer des aptitudes à gérer le changement et à inventer des réponses à toutes sortes de situations qui se présentent à lui. Elle autorise à trouver plusieurs solutions à un même problème. L'apprentissage des arts, sous toutes ses formes, privilégie le développement du potentiel créateur.

Dans le cadre des journées professionnelles du conseil multidisciplinaire du CJM-IU 2007, nous avons présenté un atelier *Ça vaut son pesant d'art*. Lors de cet atelier, nous avons partagé nos divers approches et outils utilisés auprès de la clientèle du CJM-IU : dans

l'expérimentation de diverses formes d'art qui ont été utilisées auprès de jeunes ou de groupe parents-ados.

Dans un premier temps, nous leur avons présenté les divers projets expérimentés :

- ***En chanté***, projet en lien avec le chant ou le chant choral ;
- ***Faire des pieds et des mains***, projet percussions et danse ;
- ***Mine de rien***, projet en lien avec l'écriture, la poésie ;
- ***Pièce d'identité***, projet en lien avec le théâtre ;
- ***Veux-tu que je te fasse un dessin?***, ateliers parent/ado.

Appuyées d'une présentation *power point* nous avons abordé l'origine de ces ateliers, les objectifs visés à travers eux, les diverses approches utilisées, les médiums explorés, les constats et les effets positifs observés chez la clientèle.

Dans un deuxième temps, les participants ont eu l'occasion d'expérimenter deux formes d'art : les percussions et la peinture. L'expérimentation de ces médiums leur ont permis de constater l'impact immédiat que peuvent avoir ces modes d'expression et de communication sur « soi ».

Chaque individu possède, en lui, la capacité de s'adapter. L'expression par l'art peut défaire certains blocages en amenant une plus grande flexibilité et favoriser le développement de meilleures habiletés pour gérer les stress.

Atelier B-15

Santé mentale et délinquance : quels liens, quelle prévention?

Simon Dubé, Marc Landry (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Maladie mentale latente ou en émergence, traumatismes, toxicomanies graves ou troubles sévères de la personnalité contribuent trop souvent à une dégradation des capacités sociales des adolescents. À travers la famille, l'environnement social et la trajectoire migratoire, nous tenterons de mieux comprendre comment cette dégradation peut se transformer en délinquance. Tout en soulevant divers enjeux entourant cette comorbidité, nous souhaitons dégager des pistes d'intervention préventives.

Résumé de l'atelier

Tenter d'établir un lien entre la santé mentale et la délinquance pourrait être perçu d'emblée comme une tentative de minimiser la responsabilité individuelle dans la commission de gestes antisociaux, ou encore comme une malveillance à l'endroit des malades mentaux qui, justement, sont rarement dangereux, encore moins criminels. Or, ce qui nous intéresse ici, c'est l'action en elle-même comme point de départ. Jean-Paul Sartre, dans *L'existentialisme est un humanisme*¹, l'explique avec justesse lorsqu'il dit : « L'homme n'est rien d'autre que son projet, il n'existe que dans la mesure où il se réalise, il n'est donc rien d'autre que l'ensemble de ses actes, rien d'autre que sa vie ». Il résume de façon succincte en ajoutant « qu'il n'y a de réalité que dans l'action ». L'objectif est donc de mieux saisir dans quelle mesure ces deux problématiques peuvent interagir ou cohabiter, en particulier dans les cas d'hétéro agression où l'intégrité physique d'autrui est menacée. Par ailleurs, nous supposons que cette démarche est susceptible

de favoriser une meilleure compréhension de la dynamique de passage à l'acte et, par conséquent une amélioration des pratiques de réadaptation et de prévention.

Pour éviter toute confusion, sans aucune prétention médicale toutefois, nous avons utilisé les définitions issues du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, 4^e édition (DSM-IV)². Les principaux concepts retenus à la base sont la psychose, le trouble de la personnalité, l'affect et l'humeur. Ces quatre dimensions permettent en effet un premier positionnement à l'égard de l'état mental du sujet. Ensuite, il importe de se documenter sérieusement et plus longuement. L'observation directe et les symptômes rapportés par le client sont centraux. Toutefois, l'histoire psychosociale inscrite au dossier ou recueillie auprès des proches est une source non négligeable d'informations. Cette démarche aide à éliminer certaines pistes et à en explorer d'autres. Rappelons-nous que l'objectif n'est pas de poser un diagnostic, mais de mieux comprendre la personne devant nous et, possiblement, d'avoir des communications plus pertinentes avec les professionnels concernés. D'ailleurs, la complexité est bien réelle lorsqu'il s'agit de poser des balises en santé mentale. Par exemple, plusieurs jeunes contrevenants sont aux prises avec divers troubles anxieux tels que l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique ou encore les attaques de panique. Ceux-ci peuvent se confondre, ou être confondus, avec un réel trouble du sommeil, une dépression, même une toxicomanie. Nous rencontrons également des problématiques liées aux impulsions telles que l'explosivité ou la cleptomanie, sans oublier toute la gamme des paraphilies, en particulier lorsqu'il y a une victime directe non consentante. Finalement, les troubles de personnalité du groupe B, soit la personnalité antisociale, la personnalité *borderline* et la personnalité narcissique, s'observent de manière récurrente au sein de la clientèle contrevenante. Cela dit, ils ne sont pas exclusifs, ni purs. D'une part, un trouble de la personnalité peut très bien interagir avec un trouble de l'humeur, dégénérer en épisode psychotique ou se traduire par une instabilité importante des affects. D'autre part, des traits appartenant à divers type de personnalités se recoupent et contribuent à la complexité qui s'exprime parfois à travers des perceptions totalement erronées voire incompréhensibles.

Au niveau criminologique, Marcel Fréchette et Marc Leblanc s'imposent comme des figures de proue au Québec, notamment au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU). Leblanc³ propose d'abord une structure de la conduite déviante qui s'organise sur un continuum passant par les conduites à risque, rebelles, délinquantes clandestines et délinquantes manifestes. Ensuite, il suggère un autre continuum spécifique aux conduites délinquantes. Il peut s'agir de délinquance commune ou d'occasion, de conduite délinquante de transition ou encore de conduite délinquante persistante/de condition. Environ 5 % de la population se retrouve dans la dernière catégorie, dont 50 % de mineurs. Cette mince tranche de la société est responsable d'environ 60 % des délits, dont les deux tiers impliquent de la violence. Jean-Pierre Piché⁴ apporte ici une contribution en présentant sa typologie, proche toutefois de celle de ses

collègues. Il considère quatre types de délinquants, soit le structuré autonome, l'inadéquat régressif, le conflictuel explosif et le marginal sporadique. Finalement, *l'Inventaire des risques et besoins criminogènes (IRBC)*, propose une série d'indicateurs à considérer dans l'évaluation de la délinquance. Cet outil s'articule autour de huit zones : les antécédents, la situation familiale/rôle parental, l'éducation ou l'emploi, les relations avec les pairs, la toxicomanie, les loisirs, la personnalité et l'attitude. Ces deux derniers axes sont approfondis à travers le *JESNESS*, un inventaire de personnalité américain servant à l'évaluation des délinquants, adapté au Québec par Fréchette et Leblanc.

Sur le plan théorique et probablement pratique, la meilleure façon d'établir un lien direct entre santé mentale et délinquance réside dans la mise en commun des continuums d'intégration personnelle et sociale qui prévalent dans les deux domaines. Fréchette et Leblanc parlent pour leur part d'allocentrisme et d'égocentrisme. En général, chez les délinquants, la capacité de s'intéresser aux autres pour eux-mêmes est faible, alors que l'utilitarisme ou la propension à favoriser son intérêt avant tout est élevée. L'égocentrisme se reconnaît à travers des déficits interpersonnels, soit psychosocial et psychorelationnel, et/ou intrapersonnel, soit psychocognitif et psychoaffectif. Les axes interpersonnel et intrapersonnel constituent la personnalité qui s'exprime et compose de manière plus ou moins harmonieuse avec l'environnement. L'axe 5 de l'évaluation diagnostique du *DSM-IV* se nomme quant à lui *Évaluation globale du fonctionnement*. Cette échelle évalue le niveau de fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie. Elle peut-être avantageusement combinée à l'échelle *Évaluation globale du fonctionnement relationnel* qui elle, s'étale d'un niveau de fonctionnement relationnel adéquat et harmonieux à un mode de relation en rupture et dysfonctionnel. Finalement, il est clair que les adolescents délinquants présentent des lacunes au niveau de leurs mécanismes d'adaptation. Ceux-ci se révèlent à travers les outils d'évaluation criminologiques, mais le recours à l'*Échelle de fonctionnement défensif* du *DSM-IV* peut fournir de précieuses informations pour mener à bien des interventions avec les clients les plus résistants.

En terminant, notons que les motifs de détention sont limités. Actuellement, la personne privée de liberté présente soit un risque important et immédiat pour elle-même, soit un risque actualisé et/ou immédiat pour autrui. Même dans le cas des délinquants, il ne s'agit plus de punir : il faut réadapter, réintégrer. L'enfermement et le temps sont des leviers. L'évaluation et les pratiques conséquentes sont les véritables outils pour modifier des trajectoires brisées et dysfonctionnelles. L'hiatus séparant la santé mentale et la délinquance n'est qu'une entrave supplémentaire pour les intervenants qui doivent composer avec cette comorbidité trop fréquente. Pour conclure, n'oublions pas l'environnement et l'histoire. Pauvreté, immigration, exclusion, violence familiale et autres problèmes structurels contribuent souvent au développement de difficultés

personnelles et sociales qui résultent, de toute façon, en une prise en charge par la collectivité. Seules des pratiques préventives, axées sur des interventions précoces et globales, pourront permettre des améliorations à cet égard.

Notes bibliographiques

¹ Sartre, Jean-Paul (1996). *L'existentialisme est un humaniste*, Folio Essais, Éditions Gallimard, Paris.

² American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition*, Masson, Paris.

³ Leblanc, Marc (1994). Extrait de : *Traité de criminologie empirique, chapitre 11 : La conduite délinquante des adolescents : son développement et son explication*, Presses de l'Université de Montréal.

⁴ Piché, Jean-Pierre (1997). Extrait de : *Typologie de la gravité délinquantielle*, Québec, 1997.

Un modèle de services qui intègre les expertises en pédopsychiatrie (HRDP) et en réadaptation (CJM-IU)

Atelier B-16

Alain Boisvert (CJM-IU), Lucie Thibault (Hôpital Rivière-des-
Prairies)

Présentation de l'atelier

Cette offre de services conjoints avec hébergement, impliquant l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, s'adresse à des garçons et à des filles de 6 à 17 ans qui présentent à la fois des problèmes sévères en santé mentale et des besoins de réadaptation. Deux ordres de besoins qui interpellent l'intégration de nos services et de nos expertises.

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans la revue *Défi jeunesse*, vol. XIV, no 2, (mars 2008) (www.centrejeunesse.demontreal.qc.ca/publications)

Une équipe multi pour la prise en charge des problématiques de santé mentale

Atelier B-17

Gilles Cypihot, Daniel Masse (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Les jeunes qui présentent une problématique de santé mentale sont de plus en plus nombreux au CJM-IU. Afin de mieux répondre à leurs besoins de protection et d'intégration sociale, une équipe spécialisée (travailleurs sociaux, spécialistes en réadaptation psychosociale et intervenants en réinsertion) est mise en place et se définit progressivement. Le développement d'un réseau de partenaires s'avère nécessaire pour prévenir et contrer les risques de rupture de fonctionnement dans toutes les sphères de vie de ces jeunes. Quels sont les défis à relever? Quels outils devrions-nous utiliser?

Résumé de l'atelier

Cela fait plusieurs années, dans le cadre de son mandat de réadaptation, que le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) répond aux besoins de réadaptation d'une clientèle dite spécialisée (présentant un déficit cognitif et/ou une problématique en santé mentale) et ce, à travers des services adaptés à celle-ci comme les Foyers St-Vital et Chambord, ainsi que l'unité Le Carrefour. Il s'avère qu'avec le temps, le portrait de l'ensemble de la clientèle du CJM-IU se modifie. On se rend ainsi compte de l'ampleur grandissante de la problématique dite « spécialisée ».

Au niveau des services spécialisés sont venues se greffer, tout récemment, trois résidences pour la clientèle en santé mentale 6-17 ans et une résidence 16-20 ans, mises sur pied suite à des

ententes entre CJM-IU, Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) (résidences Jean Darcet, Léon Ringuet et Drolet) et Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) (résidence Paul-Pau).

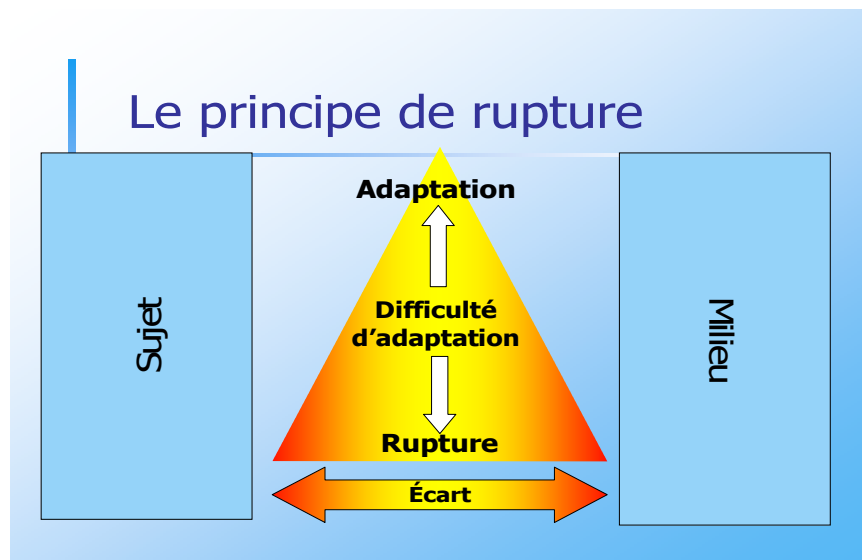
C'est dans ce contexte que l'équipe multidisciplinaire s'est mise en place. L'équipe est composée du chef de service, de deux agents de relations humaines (ARH) santé mentale et déficit cognitif, de deux ARH en déficience auditive, de quatre spécialistes en réadaptation psychosociale, d'un éducateur de réinsertion et une consultante clinique.

Selon les besoins identifiés, les différents membres de l'équipe sont mis à contribution, eu égard à leur champ d'action spécifique, dans une collaboration basée sur l'échange, la recherche de solutions et la mise en place d'une offre de services.

La clientèle des services spécialisés est regroupée sous trois grandes caractéristiques, soit la santé mentale, les déficits cognitifs et la surdité. Étant donné l'ampleur et la spécificité de ces problématiques ainsi que des besoins qui en découlent, il s'avéra justifié de les regrouper sous l'appellation des services spécialisés.

De plus, l'expérience nous démontre que les jeunes que nous recevons ne vivent pas nécessairement une crise « situationnelle » en lien avec un élément déclencheur unique, mais davantage liée à une histoire de développement et de services fortement teintée de difficultés et d'échecs, ce qui fait d'eux des jeunes vulnérables. Autrement dit, nous avons à considérer un ensemble de facteurs contributifs, aggravant ou précipitant la rupture de fonctionnement.

Pour nous, la rupture est le résultat d'un trop grand écart entre le potentiel d'adaptation du sujet et le potentiel expérientiel de l'environnement, en fait les exigences du ou des milieux.



Nous constatons que plus l'écart entre les capacités du jeune et les exigences du milieu est grand, et plus le risque de difficultés d'adaptation augmente, tout comme le risque de rupture.

Ainsi, le profil des jeunes que nous recevons met, très souvent, en évidence des tableaux forts complexes (éléments de comorbidité, nombreux déficits, troubles instrumentaux, longue histoire de services et symptomatologie en évolution...). Cela a comme conséquence d'exacerber les difficultés des jeunes dans plusieurs secteurs de leur vie ainsi que dans plusieurs milieux (familial, scolaire ou communautaire). Pour bien comprendre et intervenir sur un jeune en rupture de fonctionnement, l'expérience nous démontre la nécessité de bien identifier et considérer un ensemble de facteurs qui créent ou maintiennent l'écart, nous amenant ainsi à avoir une vision dite multifactorielle. Cela favorise également la mise en perspective des symptômes et de leurs impacts sur le fonctionnement au quotidien.

La complexité des tableaux soulève en soi la nécessité d'adjoindre une **équipe multidisciplinaire**, associée à de nombreux partenaires, pour faire une évaluation la plus complète possible, mieux cibler l'ensemble des besoins qui s'y rattachent et obtenir une vision intégrée du client (par opposition à un fonctionnement en silo). La lecture des différents membres de l'équipe multidisciplinaire, avec leur spécifique, vient alimenter et soutenir tout le processus de mise en place d'une offre de services adaptée. Nous continuons de penser que les forces combinées de chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire constituent un angle de prise favorable à la gestion de cette clientèle.

L'expérience actuelle est probante, mais pour une efficacité accrue il nous faudra poursuivre notre développement tant au plan des instruments que des processus afin que les actions professionnelles et spécifiques de chacun des membres ne soient pas seulement une addition des points de vue mais une **synergie de services**.

Références bibliographiques

Chagnon F. et J. Laframboise (2005). *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Montréal, CJM-IU.

Équipe de réadaptation psychosociale (2005). *La réadaptation psychosociale - Offre de services*, Document interne, DSSSJC, CJM-IU.

Équipe de réadaptation psychosociale (2005). *Tableau des caractéristiques de la clientèle des services spécialisés*, Document interne, DSSSJC, CJM-IU.

Keable P. (2006). *Présentation du projet de cadre de référence sur la réadaptation avec hébergement au groupe de développement 3.15, 3.16*, Document Power point, DSP-AU, CJM-IU.

CJM-IU (2006). *Rapport annuel 2005-2006*, CJM-IU.

Atelier B-18

Services spécialisés en employabilité

Linda Casey assistée par France Breton (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Les jeunes qui présentent des symptômes reliés à des problèmes de santé mentale ne sont pas tous suivis par les services spécialisés du CJM-IU. Des intervenants de tous les services accompagnent ces jeunes dans leur quotidien et tentent de les aider à définir des projets de vie adulte. L'atelier comportera trois volets. Le premier volet présentera le profil des besoins d'insertion sociale et professionnelle de jeunes aux prises avec un problème de santé mentale. Le deuxième volet fera un survol des prérequis à connaître pour préparer les jeunes à la référence aux organismes spécialisés. Le troisième volet vise à faire connaître trois organismes spécialisés en employabilité en se centrant sur leur approche, les caractéristiques de la clientèle et le type de services qui y sont offerts.

N.B. : Cet atelier a été annulé.

L'autorégulation par les activités d'aventure

Atelier B-19

Michel Caouette, Tommy Chevette (Hôpital Rivière-des-Prairies)

Présentation de l'atelier

La thérapie d'autorégulation par les activités d'aventure créée à l'HRDP fait l'objet d'une évaluation visant à mesurer son efficacité. Les résultats préliminaires semblent très prometteurs. Les évaluations faites auprès des jeunes ont révélé des capacités d'adaptation physiologiques aux stress tant cognitifs, émotifs que physiques. Cet atelier a pour but de mieux comprendre pourquoi et comment certains jeunes ont des réactions physiologiques inappropriées en rapport avec la réalité. Des mises en situation seront proposées, permettant ainsi d'améliorer les observations au niveau corporel.

Santé mentale, transformations réciproques et résilience

Atelier B-20

Christophe Gaignon (Campus des Quatre Vents)

Présentation de l'atelier

À partir de travaux de recherche sur le concept de « réciprocité transformatrice », cet atelier propose que la relation d'aide en santé mentale puisse être une opportunité pour l'intervenant d'être alimenté sans avoir l'impression de donner uniquement. L'atelier abordera des éléments favorisant une relation « donnant – donnant » en contexte de santé mentale. Il sera ainsi question des façons de mobiliser les capacités de résilience des enfants et de leur famille et des conditions à mettre en place afin de prévenir l'épuisement professionnel des intervenants.

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans la revue *Défi jeunesse*, vol. XIII, no 3, (juin 2007) (www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Atelier B-21

Trouble sévère du comportement à l'adolescence : pharmacothérapie?

Dr Martin Gignac, Dr Louis Morissette, Dr Pierre-Olivier Nadeau
(Institut Philippe Pinel)

Présentation de l'atelier

Dans cet atelier, nous tenterons de répondre aux questions suivantes : Nos jeunes prennent-ils trop de pilules? En faisons-nous de futurs drogués? Que dire de l'efficacité de la médication? Que penser de la réadaptation versus le contrôle pharmacologique?

Atelier B-22

La trajectoire des ados à travers le service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost

Catherine Boily, Dr Charles Bedwani (Hôpital du Sacré-Coeur)

Présentation de l'atelier

Cet atelier vise à comprendre la structure d'organisation et les services de la pédopsychiatrie (urgence, interne, hôpital de jour, clinique externe). Il sera question de la trajectoire des jeunes à travers cette structure selon la clientèle, les problématiques, la présence ou l'absence de soutien familial et des partenaires du réseau. Plus spécifiquement, nous nous intéresserons aux services offerts et déployés pour les jeunes des centres jeunesse ainsi qu'aux différents enjeux de partenariat. Enfin, par des études de cas, nous échangerons sur l'amélioration des interventions conjointes pédo-CJ afin de mieux soutenir les jeunes étant aux prises avec un problème de santé mentale.

Résumé de l'atelier

Cet atelier visait de façon générale à saisir l'opportunité pour notre établissement de vous familiariser à nos services déployés pour les jeunes, de permettre de mieux se connaître comme équipes d'intervenants et de favoriser un travail de collaboration pour nos cas communs. Pour cela, nous avons visité plusieurs thèmes, certains, davantage de base et concrets et d'autres, suscitant la réflexion et la discussion. La structure d'organisation du Pavillon Albert-Prévost (PAP), la trajectoire des adolescents à travers nos services et la clientèle des centres jeunesse furent des points abordés, décrits et détaillés. Les enjeux de partenariat et la présentation de trois cas types nous amenèrent plus loin dans notre souci commun de comprendre, de travailler efficacement et d'aider la clientèle des adolescents suivis par les centres jeunesse.

Le PAP dessert la clientèle 13-17 ans de la région de Laval, d'Ahuntsic, de Bordeaux-Cartierville, de Ville St-Laurent et de Pierrefonds, à l'exception des jeunes hébergés en réadaptation au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU). La pédopsychiatrie vise, premièrement, à évaluer la présence ou non de psychopathologie, en tenant compte des symptômes et des facteurs de risque génétiques et environnementaux, et par la suite, à offrir le traitement et/ou l'orientation privilégié(s). Le dispositif de soins du PAP permet d'accéder de façon très variable selon les situations et l'état des jeunes et des familles aux services. La clinique externe du Centre des adolescents (CDA) est une porte d'entrée pour l'évaluation. L'urgence est également une autre porte d'entrée en situation de crise. L'unité interne du CDA permet une hospitalisation avec traitement intensif. L'hôpital de jour est soit une alternative à l'interne ou une posthospitalisation pour permettre la continuité ou la reprise du quotidien. Il existe aussi une unité de soins intensifs pour les désorganisations graves ou les risques suicidaires ou de fugues.

Les principaux types de problématiques que l'on retrouve auprès de la clientèle des centres jeunesse sont les idées et tentatives suicidaires, l'automutilation, les traits ou troubles de personnalité (antisocial, limite, histrionique, dépendant), le syndrome de Gilles de la Tourette, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles de l'attachement, les troubles de conduite et oppositionnels, l'abus de substance. Il est à noter qu'il y a beaucoup de comorbidité des diagnostics. La compromission semble souvent justifiée si les jeunes ayant un problème de santé mentale ont un double diagnostic de trouble de conduite, d'abus de substance ou d'acting-out chroniques. Nous avons défini trois catégories, non scientifiques, il va sans dire, de profils chez les jeunes des centres jeunesse. Succinctement, nous retrouvons les jeunes **fragiles et mal équipés** (troubles de personnalité, trouble d'attachement, parfois lenteur intellectuelle), qui font des pseudotentatives, en recherche d'attention ou qui vivent un rejet ou une déception. Ils fréquentent plus souvent les cliniques externes et visitent l'urgence de façon répétée. Les **agissants** (TDAH, Tourette, trouble de conduite, abus de substances) sont les jeunes qui menacent, agressent, font des crises de colère. Ils peuvent vivre aussi le phénomène de la porte tournante à l'urgence s'il n'y a pas de placement en centre jeunesse. Finalement, les **vrais malades** (décompensation psychotique associée à l'abus de substance ou l'arrêt de médication) sont des jeunes dysfonctionnels et vulnérables qui font des séjours à l'urgence et en unité d'hospitalisation et qui sont suivis en clinique externe.

Nous rencontrons réciproquement plusieurs difficultés qui peuvent devenir des embûches et même des irritants face au traitement des jeunes. Les listes d'attente, la non-collaboration des jeunes et des familles, les signalements non retenus à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), les cas complexes, les cas chroniques, les cas sans appartenance institutionnelle, la vision et les attentes non communes avec les partenaires et les pressions institutionnelles sont sans

aucun doute des facteurs déterminants. Tout cela nous amène à vivre des frustrations importantes de part et d'autre. Nous pouvons ressortir quatre enjeux de partenariat incontournables : les critères de rétention des signalements à la DPJ nous apparaissent hors réalité ; les délais de placement sont parfois très longs malgré les congés médicaux des jeunes hospitalisés ; le mandat d'hébergement en santé mentale relève du centre jeunesse, qui n'a pas encore toutes ses ressources développées pour recevoir cette clientèle ; et enfin, les cas complexes de zones grises entre les établissements du réseau (centre jeunesse, centre de réadaptation en déficience intellectuelle, neurologie, pédopsychiatrie...) à qui on ne donne pas toujours les bons services aux bons moments.

Les réactions et les préoccupations à la fin de l'atelier pointaient surtout les enjeux de partenariat. Peut-être est-ce un signe qu'il serait important qu'on se connaisse mieux, que nous apprenions à travailler ensemble et à nous faire confiance? Revoir les procédures interétablissements, prendre des ententes et trouver des moyens pour un travail harmonieux permettraient de suivre conjointement et plus aisément les jeunes des centres jeunesse souffrant de problèmes de santé mentale.

Violence au travail ; aliénation des intervenants

Atelier C-23

André Pronovost (CSSS Jeanne-Mance),
Jean-François Renaud (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Le concept de violence en milieu de travail englobe la violence provenant des usagers, celle manifestée entre collègues ou entre employeurs et employés. L'atelier permettra aux participants de mieux saisir les différentes formes de violence en milieu de travail ainsi que leurs impacts sur les intervenants. L'atelier analysera l'onde de choc, la fatigue de « compassion » et l'aliénation de l'intervenant qui n'a pas suffisamment accès à des mécanismes de protection individuels. Il sera également question de pistes de solution concrètes et accessibles.

L'empowerment et le groupe, pourquoi pas!

Atelier C-24

Danielle Grégoire (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Atelier interactif et dynamique où nous tenterons ensemble de définir l'*empowerment*. Nous ciblerons ensuite les rôles joués par l'intervenant de groupe. Nous porterons une attention particulière aux différentes formes de groupe (ex. : groupe d'aide mutuelle versus la vie de groupe en centre de réadaptation). Nous dégagerons les méthodes à utiliser pour développer l'*empowerment*. Nous établirons également certains liens avec l'intervention individuelle et l'intervention collective.

Résumé de l'atelier

Depuis quelques années, le concept d'*empowerment* s'installe dans nos interventions et modifie par le fait même notre pratique. Nous observons cependant une certaine confusion autour de ce thème, malgré les efforts de conceptualisation. Les théoriciens lui donnent des sens différents et « l'industrie du social » tend à l'utiliser à plusieurs sauces.

Pour tenter d'y voir un peu plus clair, j'ai proposé un atelier aux journées professionnelles du Centre jeunesse de Montréal - institut universitaire (CJM-IU), et ce, pour une deuxième année consécutive. L'idée d'offrir un tel lieu d'échange est liée à mes recherches dans le cadre d'une maîtrise en service social. Les participants ont d'abord été invités à définir l'*empowerment* pour ensuite cibler les étapes de l'intervention de groupe. Pour favoriser l'ouverture de la réflexion, nous avons établi des liens avec l'intervention individuelle et l'intervention collective.

POUR UNE DÉFINITION DE L'EMPOWERMENT

D'entrée de jeu, les participants ont nommé les actions qui cernent selon eux la notion d'*empowerment*.

- Avoir du pouvoir sur quelque chose.
- Mettre son pouvoir en commun.
- Poser des actions.
- Utiliser nos forces.
- Encourager l'autonomie.
- Faire valoir la force de l'engagement.
- Redonner du pouvoir à nos clients.
- Maximiser la mobilisation.
- Avoir un contrôle sur sa réalité psychosociale.

Cet échange a conduit à définir le pouvoir en termes d'énergie, d'influence, d'actions, de choix, d'impact et de décision. Nous avons convenu également qu'il fallait faire appel aux compétences à acquérir ou à développer dans l'exercice du pouvoir, en termes d'influence et d'actions concrètes.

Pour clarifier le concept, j'ai ciblé les propos de quelques théoriciens. Pour **Adams** (1990), l'*empowerment* embrasse toutes les constituantes du travail social : travailleurs sociaux, clients, institutions, organismes, aidants naturels et réseaux. Cette perspective pluridimensionnelle amène l'auteur à définir l'*empowerment* par l'amélioration du contrôle des gens sur leur situation. De son côté, **Turcotte** (1993) définit l'*empowerment* en tant que processus d'acquisition, de développement, d'augmentation et d'utilisation du pouvoir. Ainsi, pour cet auteur, les aspects importants de l'*empowerment* sont le développement des habiletés nécessaires à la compréhension, à l'ajustement aux situations et à la transformation des environnements, de même que la capacité d'influencer les forces qui affectent son espace de vie pour son propre bénéfice. Pour sa part, **Cox** (1991), met l'accent sur la mobilisation et l'entraide

afin de créer un environnement meilleur, incluant la dimension politique de l'action sociale (changement social). Cette auteure précise que l'intervenant doit soutenir le développement et l'utilisation des habiletés dans l'exercice de l'influence interpersonnelle. Enfin, **Breton (1999)** attire notre attention avec les expressions « être en charge » et « prendre contrôle ». Tout en retenant que nul ne peut contrôler totalement ses conditions de vie, il s'agit surtout, selon elle, d'y être conscientisé, voire d'agir pour les améliorer.

Dans mon mémoire de maîtrise, j'ai eu à proposer une définition qui englobe ces aspects. Je retiens donc que l'*empowerment* constitue un processus par lequel des individus, des groupes ou des communautés mettent en œuvre leurs compétences et leurs habiletés personnelles et interpersonnelles, afin d'améliorer les conditions de vie (environnements, situations, circonstances) qui les affectent. Cette amélioration recherchée fait appel principalement à la notion de pouvoir qu'il est toujours nécessaire de définir explicitement. **Ainsi, l'*empowerment* se définit comme un processus d'acquisition, de développement, d'augmentation et d'utilisation du pouvoir.** Il s'agit donc d'entraîner les personnes à comprendre, à analyser, à confronter et à transformer leurs conditions par l'exercice du pouvoir. (Grégoire, 1997, p. 13)

Retenons que le processus d'*empowerment* possède quatre éléments essentiels : le développement de compétences, la reconnaissance des dimensions individuelles et collectives des problèmes, l'importance de la conscientisation et finalement, l'actualisation par des actions concrètes.

POUR UNE INTERVENTION DE GROUPE

Mullender et Ward (1991) ciblent trois grandes étapes d'intervention que nous présentons dans le tableau suivant :

Phase 1 : <i>Taking stock</i> (observation, considération)	1- Considérer le potentiel, les forces et les habiletés des membres du groupe
Phase 2 : <i>Taking action</i> (élaboration et mise en action des stratégies)	2- Établir un partenariat entre membres et professionnel 3- Faciliter l'identification du problème (<i>What</i>) 4- Aider l'analyse du problème (<i>Why</i>) 5- Aider et conseiller dans l'identification des actions à entreprendre (<i>How</i>) 6- Entreprendre les actions
Phase 3 : <i>Taking over</i> (Évaluation et autres actions)	7- Évaluer les actions entreprises 8- Identifier les nouvelles actions à entreprendre 9- Relier les différentes actions entre elles 10- Décider de la nouvelle action à entreprendre

Pour ma part, je propose un schéma permettant de mieux saisir l'intervention en reliant les étapes d'évolution d'un groupe et les phases du processus d'*empowerment*.

Étapes d'évolution d'un groupe						
Confiance	→	Autonomie	→	Intimité	→	Interdépendance
Phases du processus						
Management	→		Enabling	→		Empowerment
Rôles de l'intervenant						
Chef d'orchestre	→		Enseignant Mobilisateur Éducateur	→		Personne-ressource Collaborateur Membre spécialisé Consultant

Quelques précisions peuvent ici aider à bien saisir le mouvement de l'*empowerment* à l'intérieur de l'intervention de groupe. À l'étape de confiance, les membres valident leur place au sein du groupe. Leurs communications sont dirigées vers l'intervenant qui doit susciter un climat de confiance. Une structure ouverte favorise la progression du groupe face au processus. L'intervenant sensibilise alors les membres au style d'intervention des pratiques d'*empowerment*.

Aux étapes d'autonomie et d'intimité, l'intervenant joue progressivement des rôles d'enseignant, de mobilisateur et de facilitateur. Rappelons qu'à l'étape d'autonomie, le groupe est préoccupé par les éléments de pouvoir et de contrôle. Chaque membre désire prendre sa place et influencer le groupe à sa façon. C'est à ce moment que l'on assiste à l'émergence des rôles informels, lesquels sont joués par les membres et liés à la personnalité des uns et des autres. Par exemple, un membre deviendra leader par son dynamisme et ses interactions avec les autres. L'intervenant se doit de permettre l'acquisition du pouvoir en demeurant toutefois le gardien de la structure et du processus. Il passe d'une position centrale à un leadership indirect.

Dans la phase d'*enabling*, l'intervenant a plusieurs tâches à accomplir auprès du groupe. Il doit, entre autres, conscientiser les membres au processus de groupe (leadership, normes, conflits, valeurs), enseigner des méthodes de travail, soutenir le groupe dans le travail en favorisant l'utilisation du potentiel de chacun, mobiliser le groupe et créer un climat de travail collectif avec les membres du groupe. La cohésion acquise indiquera alors l'étape d'intimité où l'on voit émerger l'aide mutuelle. À cette étape, le groupe se perçoit comme un tout ; les membres désirent vivre des rapprochements et ils expriment leurs émotions. Les bases se concrétisent pour permettre le développement de l'*empowerment*.

C'est ici l'étape où il faut reconnaître que l'action collective et le travail en groupe donnent du pouvoir, qu'ils sont des sources de pouvoir. Puisque l'*empowerment* suppose une autonomie accrue chez les membres du groupe, il faut laisser la place à ces derniers et soutenir leurs actions. L'utilisation du *What, why, how* de Mullender et Ward (1991) s'actualise en force. Il s'agit d'identifier les actions et de les entreprendre.

POUR ILLUSTRER L'EMPOWERMENT

Pour les fins de notre atelier, nous avons présenté une anecdote chapeautée de la grande question : Est-ce de l'*empowerment*?

Imaginons un couple de classe moyenne, propriétaire d'un immeuble. À plusieurs reprises, le couple et quelques voisins sont incommodés par des graffitis et la malpropreté de la ruelle. Le couple décide de faire un grand ménage, invite les voisins qui y participent spontanément. Depuis ce temps, il y a un grand ménage de la ruelle à chaque printemps, de même qu'une fête entre voisins.

Cette anecdote a suscité de nombreux échanges entre les participants. Certains affirmaient haut et fort que l'*empowerment* était clairement au rendez-vous, certains hésitaient et d'autres ne voyaient aucun processus d'*empowerment*. J'ai augmenté la déstabilisation en demandant de remplacer le terme « *empowerment* » par les mots « initiative » ou « action collective ». Un tel exercice met en lumière la complexité du concept d'*empowerment* et nous ramène instantanément aux exigences de conceptualisation.

POUR CONCLURE

En guise de conclusion, je me permets de rappeler quelques éléments importants pour définir les pratiques d'*empowerment*. D'abord l'anecdote utilisée aide à se référer aux principes de base : développer les compétences, reconnaître les dimensions individuelles et collectives des problèmes, mettre l'accent sur la conscientisation, entreprendre des actions concrètes.

Appliquer ces principes à l'exemple suggère plusieurs questions. Un couple de classe moyenne n'est pas une clientèle marginalisée, mais peut-il développer ses compétences? Met-il à profit son potentiel? Y a-t-il des éléments de conscientisation? Y a-t-il des éléments d'entraide? Le problème fait-il référence aux dimensions individuelles et collectives? Quels seraient les éléments à ajouter pour maximiser l'aspect collectif, voire politique de la situation (exemple : faire appel au centre écoquartier, interpeller la municipalité, publiciser cette initiative, inviter les citoyens des ruelles voisines à faire de même...)?

Enfin, je considère que l'*empowerment* même de l'intervenant influence celui des autres et vice-versa. Ce bref tour d'horizon dans l'univers de l'intervention de groupe et de l'*empowerment* vise à influencer et colorer vos pratiques quotidiennes. Est-ce déjà fait juste d'en parler?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adams, R. (1990). *Self-help, Social Work and Empowerment*, Practical Social Work, Series editor : Jo-Campling, BASW, London, 150 pages.

Breton, M. (1999). « Les étapes d'empowerment en régime démocratique : vers un modèle de pratique », *Intervention*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Avril, no 109, 43-53.

Cox, O. E. (1991). « The critical role of social action in empowerment oriented groups », *Social Work With Groups*, vol. 14, nos 3-4, 77-90.

Grégoire, D. (1997). *Une perspective d'empowerment insérée au sein d'un programme d'intégration des nouveaux étudiants : Le projet Pairs*, Rapport de stage, Maîtrise en service social, Université de Montréal, 119 pages.

Mullender, A. et D. Ward (1991). « Empowerment through social action group work : the "self-directed" approach », *Social Work with Groups*, vol. 14, nos 3-4, 125-139.

Turcotte, D. (1993). *L'intervention orientée vers l'empowerment*, Document inédit, Université Laval, Québec, 7 pages.

Intégration sociale et autonomie communautaire au Foyer Chambord

Atelier C-25

Guy Lupien, Robin Tremblay (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

L'intégration sociale et le développement de la clientèle au Foyer Chambord sont compromis par la présence de limitations cognitives, soit d'une déficience intellectuelle ou d'une intelligence lente. Ces jeunes adolescents présentent aussi des troubles de comportement et des problématiques neurologiques ou de santé mentale. La programmation du foyer est davantage individualisée, car ces jeunes répondent mal à l'intervention de groupe. L'amélioration des compétences fonctionnelles et une meilleure intégration communautaire sont les objectifs visés à travers cette programmation. L'atelier vise à partager l'expérience des intervenants dans le quotidien. Cet atelier présentera la préparation dont les jeunes font l'objet dans leur transition vers des ressources en déficience.

Résumé de l'atelier

Le Foyer Chambord accueille six adolescents entre 12 et 18 ans présentant des limites cognitives et des problèmes comportementaux, ces derniers étant souvent liés à leur difficulté de compréhension des situations relationnelles et sociales, à leur jugement limité ou à leurs difficultés perceptuelles. Nos clients présentent aussi des problèmes associés d'ordre soit neurologique ou de santé mentale. Ils sont pour la plupart suivis médicalement, notamment en pédopsychiatrie. Ces jeunes vivent de l'exclusion sociale. D'ailleurs, leurs parents sont dans la plupart des cas très peu présents ; ces enfants sont souvent de fait abandonnés après avoir vécu de la négligence ou subi de mauvais traitements physiques et souvent sexuels. Cette clientèle répond par ailleurs mal aux programmations de groupe offertes dans les unités de réadaptation plus régulières.

La ressource est située dans le quartier de la Petite Patrie. Son environnement tant physique que communautaire est mis à contribution dans le travail d'intégration qui est accompli avec eux. Notre milieu d'intervention s'approche d'ailleurs davantage du niveau d'encadrement et du type de ressource qui les accueilleront à leur majorité. Historiquement dans les années '80, le Traversier qui devenu plus tard notre foyer avait été créé par le Mont St-Antoine (MSA) pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle déficiente intellectuelle. Le foyer a été rattaché à la Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants (DSSSJC) en 2002.

La programmation de nos jeunes est davantage individualisée ou animée en sous-groupe. Comme ces jeunes ont besoin de prévisibilité, plusieurs routines sont ritualisées et adaptées à certaines de leurs difficultés. Certaines activités de la programmation visent à les stimuler cognitivement. Par ailleurs, l'animation du programme de sexologie du CJM a été adaptée à leur situation ; en effet, malgré qu'ils atteignent la puberté lors de leur séjour parmi nous, ils gardent dans bien des cas un niveau de compréhension de cette dimension de leur développement de l'âge d'un enfant. Comme ils présentent par ailleurs plusieurs déficits fonctionnels, plusieurs activités tournent autour de l'amélioration de leur capacité à s'occuper d'eux-mêmes et de leur environnement immédiat, à développer leur sécurité et leur autonomie résidentielle et communautaire. Ces jeunes sont tous inscrits soit dans des écoles spécialisées en psychopathologie ou dans des classes spéciales. Quelques-uns seulement entreprennent une démarche d'employabilité.

Ils sont animés par une petite équipe de quatre éducateurs réguliers et de deux à temps partiel. Ces éducateurs manifestent une grande sensibilité à leurs dynamiques individuelles ; ils doivent savoir distinguer leurs difficultés de compréhension, les manifestations d'anxiété des comportements d'opposition. Les demandes et explications qu'ils adressent aux jeunes doivent être présentées très simplement et être répétées au besoin, en vérifiant toujours leur compréhension. Leurs interventions sont faites avec chaleur et humour mais aussi avec fermeté au besoin. Leur accompagnement se fait davantage dans la proximité, souvent dans le faire avec ; l'intervention est davantage centrée sur la prévention que sur le contrôle.

Lorsque leur anxiété ou leurs difficultés les amènent à adopter certains comportements mal adaptés ou même perturbés, les éducateurs préparent avec l'aide de spécialistes en activités cliniques des plans d'action qui viennent préciser les stratégies et les moyens qui seront utilisés pour rencontrer certains des objectifs de leur plan d'intervention. Pour y arriver, les intervenants

observent les stimuli déclencheurs tant internes que de l'environnement humain et physique et les indices non verbaux tant précurseurs que ceux qui apparaissent lorsque la chaîne comportementale se développe. Ces plans sont révisés régulièrement. Dans beaucoup de cas, les jeunes s'approprient des moyens qui leur sont proposés.

Pour pouvoir agir sur la situation de compromission, préparer et actualiser le projet de vie de nos jeunes avec un retard ou un trouble mental, deux travailleurs sociaux de la direction reçoivent les autorisations du DPJ pour des jeunes hébergés dans nos services. Ainsi, les intervenants psychosociaux et de réadaptation peuvent développer ensemble une expertise particulière commune dans leur travail avec une clientèle présentant de grands besoins. Ces personnes autorisées ainsi que l'éducateur de réinsertion sont régulièrement invités à participer aux comités cliniques du service.

En résumé, les clients du Foyer Chambord sont des jeunes dont le développement et l'adaptation sont fortement entravés par leurs limites cognitives mais aussi leur situation de compromission. L'équipe éducative du foyer anime pour eux un milieu de vie sécurisant et les accompagne dans leur développement et dans des apprentissages fonctionnels ; elle les soutient aussi au niveau scolaire et dans leur intégration communautaire. Ce travail s'effectue dans un milieu de vie qui se rapproche de celui dans lequel ils actualiseront leur projet de vie. Les éducateurs interviennent dans une perspective de collaboration avec les intervenants psychosociaux et de partenariat tant avec le milieu de la psychiatrie, scolaire que celui des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) qui en desserviront plusieurs à l'âge adulte.

Jouer avec l'autre par le psychodrame

Atelier C-26

Suzanne Boivin (Pratique privée)

Présentation de l'atelier

Le psychodrame, mot forgé à partir du grecque *psyché* (âme) et *drama* (action, accomplissement), désigne un jeu dramatique de scènes réelles ou imaginées qui sont reproduites dans la thérapie. Par cette activité ludique, le protagoniste principal (ex. : l'enfant) met en scène son théâtre intérieur : ses pulsions, ses angoisses, ses mécanismes de défense. Ainsi, par cette mise en scène théâtrale, il invite le thérapeute à visiter et ressentir son mode intérieur afin de l'aider à le comprendre et à y donner un sens.

Résumé de l'atelier

Nadia¹ a 10 ans. Elle parle du feu qui détruit sa maison. Elle court dans la pièce, horrifiée, elle crie, appelle à l'aide pendant qu'un thérapeute assiste à la scène, impuissant et silencieux. Un autre thérapeute s'active, crie avec Nadia, oblige le thérapeute impuissant à se mobiliser, à se sauver. Pour sa part, Nicholas tue l'un de ses thérapeutes et la découpe en morceaux avec la complicité d'un autre thérapeute. Nadia a été abusée sexuellement pendant quelques années avant que la situation puisse être dénoncée et Nicholas a été victime de punitions excessives par une mère toxicomane qui l'a par la suite abandonné.

Avant d'assister à ses scènes, Nadia et Nicholas étaient dans une thérapie de jeu classique. Nadia refusait de participer à sa thérapie. Elle se confortait dans le silence. Nicholas était trop agissant. La thérapie ne réussissait pas à contenir la colère qu'il ressentait. C'est ainsi que ces

deux jeunes nous ont été référés pour une thérapie en psychodrame. Mais qu'est-ce que le psychodrame a pu leur offrir de plus? Voilà la question à laquelle nous tenterons de répondre dans cet écrit.

Ce que propose le psychodrame, c'est un espace de jeu. Cet espace de jeu répond à certains critères. D'abord, c'est sous l'œil d'un meneur de jeu que se dérouleront les thérapies et celles-ci auront lieu en présence de cothérapeutes (deux ou trois, parfois plus). La séance se déroulera en trois temps. Dans un premier temps, le protagoniste principal (en l'occurrence, Nadia et Nicholas) avec l'aide du meneur (directeur de jeu) élaborera une histoire. Cette histoire peut être réelle, imaginée, rêvée. Toute histoire est permise. Dans un deuxième temps, le protagoniste et les cothérapeutes joueront cette scène sous l'œil attentif du directeur de jeu, gardien de la thérapie. Dans un troisième temps, c'est le retour au groupe qui se veut un moment d'échange et de réflexion sur ce qui vient d'être vécu.

Cet aménagement spécifique offre au protagoniste principal la possibilité d'expérimenter, de vivre son fantasme, de ressentir sa peine, sa colère, son impuissance dans un lieu sécuritaire c'est-à-dire sans peur de sa pulsion destructrice, sans crainte d'un transfert trop massif ou sans être pris dans une inhibition paralysante.

En effet, ceux qui font de la thérapie d'enfant constate souvent comment, chez certains d'entre eux, il peut être difficile de jouer et cela, pour diverses raisons. Pour certains, il est trop douloureux de remettre en scène son monde intérieur et ils préfèrent mettre en acte plutôt qu'en jeu : arrêter de manger, trop manger, devenir agité, se blesser ou blesser l'autre, voler, fuguer... Ces jeunes souffrent et ont peur de penser. C'est le cas de Nicholas. Pour d'autres, les traces mnésiques sont bloquées et font place à de l'inhibition, du vide, de la confusion. C'est le cas de Nadia. Aussi, certains jeunes ont peur de leur charge pulsionnelle. Par exemple, Nicholas ne pourrait exprimer toute cette violence s'il n'était qu'en présence d'un seul thérapeute. Sa peur de détruire l'autre est trop grande. La fragmentation du transfert offre dans ces moments un avantage considérable. De plus, la présence de plusieurs thérapeutes et en particulier, celle du meneur, offre une sécurité qui permettra la possibilité de vivre un fantasme avec lequel le jeune est aux prises. Par exemple, pour Nadia, l'impuissance dans laquelle elle s'est retrouvée est tellement grande qu'elle préfère l'apathie plutôt que de revivre cette impuissance et cette blessure qui l'habite. Par le psychodrame, Nadia se réapproprie cette partie d'elle en la faisant jouer à l'un des thérapeutes. Cette distance lui permet de se rapprocher de l'impuissance ressentie tout en pouvant, dans un même temps, appeler à l'aide et être entendue dans ses cris.

Jean, 12 ans, refuse de jouer toute scène de violence. Nous sommes assis et attendons l'histoire, qui sera réelle ou imaginée, peu importe, celle qu'il veut que nous mettions en scène. Le meneur lui fait remarquer les idées qui semblent l'habiter ; ce à quoi il répond que ce n'est que de la violence. Après l'avoir soutenu et aidé à nommer ces idées, Jean jouera pendant des mois des histoires de violence : les mauvais contre les bandits seront l'apanage du travail qu'il fera dans sa thérapie. Jean était témoin de violence conjugale depuis son tout son jeune âge et était terrifié par toute cette violence qu'il portait en lui.

Bien entendu toutes les scènes de bagarre (comme toutes les scènes faisant appel à un contact physique) seront soumises à la loi fondamentale du psychodrame : le comme si ; ce qui suppose que tout contact physique est interdit bien que toute scène de jeu, toute pensée, rêve, histoire, soient permis.

L'impact de cette forme de thérapie ludique n'est pas négligeable. Sentir l'autre jouer avec soi, sentir que l'on s'intéresse à soi aident à la réparation de sa valeur narcissique. Quand plusieurs thérapeutes le font, cette valeur narcissique n'en est que mieux nourrie. De plus, la possibilité de mettre son monde interne en dehors de soi, de prendre une distance avec les pulsions et les fantasmes qui nous assaillent en jouant avec l'autre ou en faisant porter à l'autre son histoire permet la réappropriation de son vécu et offre la possibilité d'y faire sens. Cette forme de travail ludique permet également de s'intéresser à sa vie psychique ; elle permet de s'investir au travers de l'investissement de l'autre sur soi. Enfin, en retrouvant une capacité d'élaborer, de penser, de sentir, on permet de mettre en mot ce qui semblait innommable.

Que cherchons-nous dans notre travail de thérapie? N'est-ce pas la possibilité de penser, de sentir, de rêver? Être avec l'autre, aller jouer dans son monde afin de l'aider à retrouver toutes ses potentialités pour qu'il puisse se réapproprier sa vie, son histoire, son sens? C'est tout simplement ce que le psychodrame tente d'offrir par son aménagement spécifique.

Références bibliographiques

Amar, N., Bayle, G. et I. Salem (1988). *Formation au psychodrame analytique*, Paris, Dunod.

Anzieu, D. (1979). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Presses universitaires françaises.

Chabert, C. (2002). « Pourquoi le psychodrame à l'adolescence? », dans *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*, Paris, Dunod, pp. 201- 215,

Delaroche, P. (1996). *Le psychodrame psychanalytique individuel*, Payot.

Jeammet, P. et E. Kestemberg(1987). *Le psychodrame analytique*, Collection « Que sais-je? », Paris, Presses universitaires françaises.

Ladame, F. et M. Perret-Catipovic (1998). *Jeu, fantasmes et réalités, Le psychodrame psychanalytique à l'adolescence*, Masson, Paris.

Lebovici, S., Diatkine, R. et E. Kestemberg (1958). « Bilan de dix ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 1, no 1.

Moreno, J.L. (1959). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, Presses universitaires françaises.

Widlocher, D. (2003). *Le psychodrame chez l'enfant*, Paris, Presses universitaires françaises.

Note

¹ Tous les noms cités dans ce texte sont fictifs afin de protéger la confidentialité de chacun.

Santé mentale? Résilience? Des concepts compatibles avec GANGS et délinquance?

Atelier C-27

Sylvia Ayo, Renée Brassard, Chantal Fredette, Nathalie Gélinas,
Marie-Ève Giroux, Clément Laporte, Sylvie Riendeau, Kim Seney,
Stéphane Trudeau (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Bien qu'on en sache encore trop peu, certains problèmes de santé mentale pourraient non seulement influencer les risques d'adhésion aux gangs, mais aussi être conséquents au passage des adolescents dans les gangs. En effet, la dépression, l'anxiété ainsi que les troubles oppositionnels constitueraient des facteurs de risque importants à l'adhésion aux gangs. Parallèlement, la présence de facteurs génétiques spécifiques chez une personne jouerait également un rôle important dans le processus de résilience. En ce sens, l'activité de certains gènes diminuerait la vulnérabilité d'un adolescent et agirait comme facteur de protection à la délinquance, et possiblement à l'affiliation aux gangs.

Résumé de l'atelier

Quel beau défi nous a lancé le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU)! Quel est le lien existant entre les concepts de la résilience, de la santé mentale, de la délinquance et des gangs criminels? Existe-t-il un lien? S'est-on déjà intéressé à ce lien? Qu'avons-nous à dire sur ce lien? Certains problèmes d'ordre de la santé mentale influenceraient-ils les risques d'adhésion aux gangs? Ne seraient-ils pas plutôt conséquents au passage, qui est généralement très violent, des adolescents dans les gangs? Certains croient que la dépression, l'anxiété et les troubles oppositionnels constituent à la fois des facteurs de risque à l'adhésion aux gangs et des impacts de celle-ci ; d'autres, que l'activité de certains gènes diminue la vulnérabilité d'un adolescent et agit comme facteur de protection à la délinquance et possiblement à l'affiliation aux gangs. Mais qu'en est-il au juste?

Mise à part la certitude théorique que les adolescents et les jeunes adultes membres de gangs présentent une plus grande propension à la délinquance que les non-membres de gangs et les adolescents conventionnels, les informations sur leur adaptation personnelle et sociale se font rares et sont souvent contradictoires d'une étude à une autre. En fait, il est à ce jour impossible de distinguer les membres de gangs des délinquants traditionnels et ce, en raison de l'absence de critères valides et rigoureux quant à l'identification des membres de gangs présentant, comme les contrevenants en général, des risques et des besoins criminogènes de différentes intensités, qui s'expriment par un niveau d'engagement dans un mode de vie criminel et un degré d'attachement aux gangs criminels différentiels.

La littérature scientifique fournit de nombreuses propositions de typologies, que ce soit pour catégoriser les gangs, les délinquants et les membres de gangs. Celles-ci sont, règle générale, bien utiles pour théoriser ces phénomènes, mais nombreuses sont les difficultés rencontrées lors de leur utilisation au plan clinique. La première est, sans l'ombre d'un doute, de s'entendre sur une définition commune de ce qu'est un gang et donc, conséquemment, de ce qu'est un membre de gang et une activité de gang. Encore aujourd'hui, de multiples définitions circulent. Sur la base de ces différentes définitions s'articulent des typologies de gangs et de membres de gangs tout aussi nombreuses que diversifiées et bien distinctes selon que l'utilisateur est policier, travailleur communautaire ou intervenant social! Bien que d'arriver à une définition commune soit souhaitable, cela ne règlera malheureusement pas les problèmes liés à son application au plan clinique. Les typologies doivent aussi réussir le test de la réalité pour subsister, ce qui implique qu'elles soient validées empiriquement, ce qui n'est pas été fait jusqu'à présent. À ce jour, toutes les typologies recensées rencontrent les mêmes contraintes. Séduisantes au plan théorique, elles se butent inmanquablement à des difficultés d'ordre méthodologique pour être utilisées efficacement par les cliniciens. Les accords interjuges (jugement clinique d'intervenants différents observant une même situation mais arrivant à des conclusions différentes) sont déficients sur au moins deux aspects. D'abord, face à une même description de ce que pourrait être un membre de gang par exemple, les cliniciens arrivent trop souvent à des conclusions différentes les unes des autres. Ce premier aspect attaque directement la validité empirique des définitions et des typologies utilisées. Ensuite, les cliniciens se servent fréquemment des mêmes critères pour conclure qu'un individu fait partie ou non d'un gang ou encore appartient à un type de gang ou de membre plutôt qu'à un autre. Comment conclure alors que ces typologies puissent servir sérieusement au quotidien dans l'intervention clinique?

Une typologie validée doit être nécessairement accompagnée de différents outils d'évaluation favorisant une bonne catégorisation. Le clinicien pourrait alors associer correctement le bon type au bon client dont il fait l'évaluation. Aussi, cela lui permettrait de réaliser une meilleure caractérisation dudit client évalué de même qu'une bonne identification du risque encouru et,

conséquemment, de prendre de meilleures décisions au niveau de l'orientation des mesures ou des peines les plus appropriées. Ceci dit, cela ne permettra toutefois pas de cibler opérationnellement les leviers d'intervention pour réduire les risques associés à l'individu et à sa situation. Faire partie ou non d'un gang, être tel type de membre d'un tel type de gang plutôt qu'un autre correspond à une approche dichotomique de la réalité du phénomène des gangs et de la délinquance (être ou ne pas être délinquant?) qui n'offre pas réellement d'outils pour intervenir, à titre d'exemple, sur l'attraction qu'exercent les gangs et la criminalité sur un préadolescent et ce, tant au niveau des facteurs de risque que de protection.

Forts de ces constatations, l'équipe de la Pratique de pointe GANGS et délinquance, en collaboration avec ses partenaires universitaires, a amorcé une importante réflexion afin de proposer une approche différente, beaucoup mieux adaptée, espérons-le, aux milieux de pratique en prévention, en intervention et, possiblement même, en répression. Cette réflexion a notamment mené au constat qu'il serait sans doute plus approprié pour un intervenant d'avoir à sa disposition un modèle lui permettant d'évaluer les différentes dimensions caractérisant l'engagement d'un adolescent ou d'un jeune adulte à un gang criminel, plutôt que simplement chercher à déterminer s'il appartient ou non à un gang. Chacune de ces dimensions peuvent vraisemblablement s'évaluer beaucoup plus facilement à l'aide d'outils appropriés, favorisant alors une évaluation différentielle et une intervention différenciée en fonction des dimensions les plus actives chez un individu spécifique engagé dans un mode de vie délinquant et de gang.

Le nouveau modèle proposé est composé, à l'heure actuelle, de quatre dimensions par rapport auxquelles un individu associé à un gang criminel peut se situer : l'adhésion à la culture de gangs, l'engagement dans la criminalité, l'utilisation de la violence et le désengagement social. Ce modèle, à notre avis, correspond à plusieurs configurations se rapprochant beaucoup plus de la réalité des enfants, préadolescents et adolescents qui sont référés ou confiés au CJM-IU. Plutôt donc que de chercher à savoir si ceux-ci sont associés ou non à un gang et à quel type, il s'agirait davantage de mieux apprécier leur niveau d'engagement et d'attachement au gang à partir de chacune de ces dimensions caractérisant le dit engagement et attachement et ce, afin de proposer des modalités d'interventions efficaces. En ce sens, chacune des dimensions identifiées permet d'agir de manière différentielle en tenant compte de l'importance relative qu'elle représente pour un individu en particulier.

Atelier C-28

Les doubles ou triples stigmas : être jeune, être mère et avoir un problème de santé mentale

Louise Baron, Manon Rioux, Caroline Stewart (Action Autonomie)

Présentation de l'atelier

Dans cet atelier nous présenterons quelles sont les problématiques et les réalités des mères et leurs familles perçues à travers la lunette d'un problème de santé mentale et d'incapacités parentales. Nous aborderons les expériences des personnes avec qui nous travaillons en regard du système de protection de la jeunesse, des questions de droits et des défis de l'intervention dans de telles situations.

Résumé de l'atelier

PRÉSENTATION DES DEUX ORGANISMES PARTENAIRES DE L'ATELIER

Bureau de consultation jeunesse : organisme communautaire travaillant avec les jeunes marginaux et marginalisés de 14 à 25 ans. Le but de l'organisme est de soutenir les jeunes dans la recherche de solutions pour l'amélioration de leur condition socioéconomique. Plus spécifiquement, nous vous présenterons le travail réalisé avec les jeunes mères, soit dans les groupes ou avec celles qui habitent les appartements supervisés du BCJ. Il y a huit groupes de jeunes mères (dont trois au programme *Ma place au soleil*). Les objectifs du groupe sont : l'amélioration des conditions de vie, le développement des habiletés parentales et sexualité/intimité. Pour ce qui est des appartements supervisés, il y a cinq logements où les mères peuvent habiter pour une période de deux ans avec leur conjoint. Elles ont un suivi avec un intervenant du BCJ pendant cette période.

Action Autonomie : collectif pour la défense des droits en santé mentale sur le territoire de l'Île de Montréal. La mission de l'organisme est la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale. Les services d'aide et d'accompagnement et les dossiers collectifs touchent différents secteurs, plus particulièrement le domaine de la santé et des services sociaux (garde en établissement, la sectorisation, les électrochocs, les conditions de vie des femmes...). Un comité des femmes a été créé en 1995 et a comme objectif de regrouper les femmes membres d'Action Autonomie afin de faire des analyses concernant les problématiques spécifiques aux femmes au niveau de la santé mentale et des droits.

PROFIL DES MÈRES AVEC QUI NOUS TRAVAILLONS

Nous vous présentons le portrait des mères ayant utilisé les services de nos organismes et qui ont été en lien avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de façon volontaire ou non. Ce portrait est basé sur des années d'expérience des deux organismes et des témoignages des mères. Il sert à dépeindre leur contexte. On constate que la grande majorité des femmes sont prestataires de l'aide sociale et sont cheffes de famille monoparentale. À la question sur la violence, plusieurs affirment avoir vécu la violence conjugale et même parfois la violence familiale.

Pour ce qui est du diagnostic, la plupart des femmes rencontrées avaient un diagnostic en santé mentale avant l'intervention de la DPJ, ou une consultation avec le psychiatre a eu lieu durant l'intervention de la DPJ (diagnostic de dépression...). Lorsqu'un diagnostic était présent, elles prenaient des médicaments. Elles affirment avoir très peu de soutien de leur famille et de leur entourage. Elles disent ne pas avoir reçu une information complète au niveau des ressources. Ainsi, elles doivent plus souvent qu'autrement faire les démarches seules et se démener rapidement pour avoir des services correspondant à leurs besoins.

En conclusion de cette partie, nous tenions à établir leur portrait, selon les questions posées par la DPJ lors d'entrevues d'évaluations en mettant d'un côté le contexte, mais aussi en soulignant que ces questions font référence à des facteurs de risque pour la DPJ. Ainsi, leurs conditions de vie et antécédents familiaux jouent au départ contre elles puisqu'elles seront évaluées « à risque » et davantage « surveillées qu'aidées ». Aussi, le fait d'être jeune et d'avoir un diagnostic jouent déjà en leur défaveur.

PERCEPTIONS DE CES MÈRES FACE À L'INTERVENTION DE LA DPJ : DÉFIS ET PISTES DE SOLUTIONS DANS L'INTERVENTION

D'entrée de jeu, nous tenons à préciser que les constats et questionnements apportés par notre pratique ne cherchent pas à pointer du doigt les travailleuses et travailleurs des centres jeunesse. Nous cherchons plutôt à ouvrir une voie de dialogue entre la structure que représentent les centres jeunesse, ou de la vision qu'on a de cette intervention et des familles placées sous leur responsabilité.

Il est important de mentionner que ce volet traite des perceptions des mères, à travers le temps, face à l'intervention de la DPJ. Il est, à notre avis, primordial d'en tenir compte pour éviter un décalage au niveau de l'intervention. De nier ou d'occulter ces perceptions contribuent à rendre difficile l'intervention dans une situation familiale. Cette vision qu'ont les mères de l'intervention de la DPJ est donc à notre avis importante à aborder afin, on le souhaite, d'ouvrir un dialogue entre elles et leurs intervenants dans l'optique d'éviter les mauvaises interprétations des propos et des agirs des mères. Le danger de mauvaises perceptions est aussi vrai à l'inverse.

Bien que les réactions face à la première intervention de la DPJ soient différentes pour les parents (on peut imaginer le choc que représente l'intervention de la DPJ), les perceptions des mères se rejoignent à plus long terme.

Elles sentent :

- qu'elles sont peu écoutées, peu comprises et peu soutenues ;
- qu'elles sont surveillées et contrôlées ;
- que peu importe ce qu'elles disent ou les améliorations apportées, tout joue contre elles ;
- qu'on ne mentionne pas leur évolution, et elles se demandent pourquoi on revient toujours sur les événements passés (ex : les fautes commises, mais qui ne se sont plus reproduites continuent d'être citées des mois, voire des années plus tard) ;
- qu'on ne croit pas en leur potentiel ;
- qu'elles sont jugées en fonction de leur diagnostic (ou de leur détresse) qui sont accompagnés d'une médication.

Ces éléments ont contribué au développement d'une méfiance des mères envers leur intervenant de la DPJ. Cette méfiance a souvent été interprétée comme si la mère cachait des choses, des événements à son intervenant, ce qui a continué de jouer en sa défaveur. Et la méfiance s'installe des deux côtés.

NOTION DE DROITS

La plupart des femmes nous ont informés que leurs droits ne sont pas souvent respectés, particulièrement au niveau du consentement libre et éclairé, de la confidentialité et de la vie privée. Nous ne nions pas que le droit au consentement libre et éclairé ne s'exerce pas facilement et clairement dans un contexte légal de protection de la jeunesse, il va sans dire, mais il doit s'exercer quand même en tenant compte de notions de choix. Souvent les intervenants de la DPJ n'offrent pas d'alternatives ou d'autres solutions, qui pourraient venir des parents.

Concernant le droit à la confidentialité : Jusqu'où le personnel de la DPJ peut poser des questions au niveau de la vie privée? Aussi, les mères peuvent refuser que la DPJ communique avec toutes les personnes qu'il juge intéressées par l'enfant, mais elles ont l'impression, encore une fois, que si elles refusent, cela jouera contre elles. Elles pensent qu'elles ne peuvent rien refuser.

Droit à la vie privée : Où sont les limites des questions que les intervenants peuvent poser? Toutes questions qui ont un rapport avec les antécédents familiaux contribuent à se faire une image, une idée, un pattern ou contribuent à la construction du stigma (elle va revivre des problèmes de santé mentale, elle est à risque de consommer, d'être violente avec son enfant...). En terminant, il est important d'être vigilant face à la construction d'un stigma qui orienterait toute l'intervention à travers la lunette des facteurs de risque et des maladies.

Une annexe sur les droits et recours des familles a été remise aux participants de l'atelier et est disponible, sur demande, en téléphonant à Action Autonomie au 514 525-5060.

À fleur de peau

Atelier CD-29

Pascal Barbeau, Diane Béland, Manon Bélisle, Gérard Blanchard,
Michel Brien, Annie Charbonneau, Guylaine Duchesne, Vicky Éthier,
Raymond Lavoie, Évelyne Rivet, Colette St-Onge (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Cet atelier a pour objectif de cibler les différentes manifestations problématiques qui peuvent survenir au cours de la relation thérapeutique, par le biais des sculptures corporelles et familiales, de jeux de rôle et d'entrevues simulées. Une importance particulière sera accordée à tout le langage non verbal issu de la structure corporelle du client comme celui de l'intervenant. Ainsi, il sera possible de repérer les enjeux, les résonances, les couleurs propres à chacun et les conditions uniques à mettre en place pour créer une ouverture chez le client.

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'articles dans la revue *Défi jeunesse* :

« À fleur de peau, une méthode de supervision clinique par mode d'expérimentation entre pairs », *Défi jeunesse*, vol. IX, no 2, (février 2003)

« Corps en résonance », *Défi jeunesse*, vol. VI, no 2, (mars 2000)

« Prendre soin de soi comme intervenant ou comment se dégager de la résonance toxique issue du client ou de notre environnement professionnel », *Défi jeunesse*, vol. XIII, no 2, (mars 2007)

(www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Le dépistage des troubles psychotiques

Atelier CD-30

Paule Morin et l'équipe d'intervention précoce (Hôpital Rivière-des-Prairies)

Présentation de l'atelier

Cet atelier s'adresse aux intervenants soucieux de se sensibiliser à la réalité vécue par les personnes souffrant de psychose et désireux d'acquérir les connaissances de base nécessaires au dépistage des troubles psychotiques. La première partie est consacrée au survol des connaissances sur la psychose et la schizophrénie. La seconde partie vise l'acquisition de certaines techniques d'entrevue pour cette clientèle. Enfin, la troisième partie a pour objectif de favoriser l'intégration des nouvelles connaissances en permettant aux participants d'évaluer les symptômes psychotiques à l'aide d'extraits vidéo.

L'estime de soi, quand l'Oiseau moqueur s'en moque

Atelier CD-31

Diane Boily (UQTR)

Présentation de l'atelier

L'atelier présente une toute nouvelle approche d'intervention pour améliorer l'estime de soi avec la trousse éducative publiée chez Septembre éditeur. Ces outils didactiques viennent répondre aux besoins pressants des milieux de l'éducation. Partez en voyage avec l'auteure à vol d'Oiseau moqueur jusqu'à la ville de Sainte-Estime pour y découvrir des activités d'apprentissage en français écrit et oral, en lecture, en mathématiques, en arts et en sciences. Survolez avec elle les étapes du cheminement que l'enfant en difficulté doit franchir pour amorcer un changement vers la résilience. Un projet éducatif où la simplicité, la pédagogie, l'imaginaire et l'expression s'unissent pour offrir à vos jeunes, des occasions uniques de porter la beauté en eux-mêmes.

Résumé de l'atelier

L'ESTIME DE SOI DE NOS ENFANTS, AUSSI FRAGILE QU'UNE PLUME...

UN PORTRAIT ALARMANT POUR LE QUÉBEC

Au Québec, rien ne va plus du côté de l'estime de soi chez nos jeunes. Pas de doute, le fragile équilibre intérieur de nos jeunes est sérieusement ébranlé. Selon les dernières statistiques, le Québec se positionnerait en tête de liste en ce qui concerne cette importante problématique psychosociale avec l'un des taux de suicide les plus élevés dans le monde et l'accroissement des problèmes de santé mentale qui affectent de plus en plus de jeunes québécois : 15 % des enfants âgés de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble de santé mentale (dépression, troubles de

l'humeur, troubles anxieux, troubles alimentaires...) et les 15 à 24 ans figurent parmi les individus dont la santé mentale est la plus fragile au Québec. Cela ne devrait-il pas nous inquiéter et nous faire réagir? Même si de nombreux chercheurs s'entendent pour dire que le manque d'estime de soi de nos jeunes est souvent à la base de ces problèmes, les pistes de solutions ne fusent pourtant pas à l'horizon. Prenons-nous ce problème assez au sérieux? Considérons-nous la santé mentale de nos jeunes, suffisamment importante pour leur offrir des pistes de solutions concrètes?

LES CONSÉQUENCES OBSERVÉES À L'ÉCOLE

Plusieurs conséquences à ce manque d'estime de soi chez nos jeunes peuvent être observées : manque de tolérance face aux différences, difficulté à surmonter la peur de faire des erreurs, augmentation de la violence et des problèmes de comportement, intimidation, manque de confiance et de motivation face aux apprentissages, problème à se fixer des buts personnels et à prendre des initiatives...

L'HEURE EST AUX INITIATIVES

Pour cette raison, l'auteure et illustratrice Diane Boily a édité récemment chez Septembre éditeur, une trousse éducative intitulée *Projet sur l'estime de soi : Voir grand pour sa vie!* Cette trousse offre des activités dans plusieurs domaines d'apprentissage et privilégie de nombreux aspects favorisant le développement de l'estime de soi des enfants des 2^e et 3^e cycles du primaire. De plus, l'auteure a mis sur pied un nouvel organisme à but non lucratif, ***l'Organisme Estime de soi***, qui s'est donné comme principale mission sociale de promouvoir l'estime de soi auprès des jeunes, des parents et des enseignants afin de les sensibiliser à son importance. Ainsi, cet organisme à but non lucratif, souhaite rendre accessible au plus grand nombre, une riche documentation de référence afin de soutenir la recherche de chacun dans ce fragile équilibre qu'est l'estime de soi.

LE PROGRAMME T.O.P.

Le Programme T.O.P. est un programme d'animation interactive qui s'adresse aux jeunes âgés de 8 à 12 ans. Ce programme présente une toute nouvelle approche qui repose sur des images-outils ayant un impact positif sur la perception que les jeunes ont d'eux-mêmes.

Thermomètre (image-outil qui nous rappelle l'humeur changeante de l'estime de soi devant certains événements de la vie) ;

Oiseau moqueur (image-outil qui nous invite à mettre un peu d'humour dans notre dialogue intérieur) ;

Passoire (image-outil pour nous aider à prendre conscience du sentiment de vide que laisse en nous-même un manque d'estime de soi).

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME T.O.P.

Cette nouvelle approche amènera le jeune à :

- mieux comprendre ce qu'est l'estime de soi ;
- découvrir et utiliser de nouveaux outils personnels ;
- amorcer une réflexion sur sa façon de se percevoir ;
- changer son attitude et son dialogue intérieur ;
- se responsabiliser face au développement de l'estime de soi ;
- prendre conscience du capital personnel qu'il construit à travers ses apprentissages ;
- croire en lui-même et voir grand pour sa vie.

L'ÉQUIPE

Diane Boily, auteure-illustratrice et spécialiste en éducation, auteure, animatrice et conférencière ; diplômée en enseignement et étudiante à la maîtrise en éducation.

Gérald Lajoie, auteur et psychologue au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, superviseur agréé par le Département de psychologie de l'Université de Montréal et auteur d'une série de contes allégoriques qui sera publiée en 2008.

L'ESTIME DE SOI, L'AFFAIRE DE TOUS

Seul on ne peut rien ; ensemble on peut tout! La problématique de l'estime de soi de nos jeunes est l'affaire de tous, elle devrait impliquer la famille, l'école et la communauté.

Traitement des troubles sévères de l'attachement

Atelier CD-32

Suzanne Rainville, Michelle St-Antoine, Luce Halley (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Comment composer avec les enfants aux prises avec des troubles sévères de l'attachement? Comment guider et faciliter leur encadrement, leur hébergement, leur adaptation scolaire? Quel pronostic espérer du côté de la restauration des capacités d'attachement et de l'adaptation sociale? Cet atelier tente de répondre à ces questions en se basant sur sept années d'expérimentation de diverses modalités de traitement au sein de l'équipe des ressources spécialisées pour troubles sévères de l'attachement au CJM-IU.

Résumé de l'atelier

Cet atelier dresse le bilan de sept années d'expérimentation du traitement d'enfants avec troubles sévères de l'attachement en ressources résidentielles. Une maison d'accueil reçoit quatre enfants âgés entre 5 et 9 ans. Une résidence de groupe reçoit sept enfants âgés entre 3 et 5 ans et, une deuxième offre quatre places pour des enfants de 6 à 12 ans. Ces ressources font partie d'une équipe plus large qui s'implique dès l'accès des enfants et tout au cours de leur séjour. Toutes les décisions cliniques sont prises en équipe. L'expertise de l'équipe s'est développée grâce à une série de séminaires et à la participation aux discussions de cas régulières. Les enfants présentant des troubles sévères de l'attachement sont accueillis sauf les cas de troubles envahissants du développement, les enfants avec des déficiences intellectuelles clairement identifiées et les enfants présentant des difficultés majeures à se contenir et qui ont besoin d'arrêts physiques ou de l'encadrement d'un milieu plus fermé.

Au plan statistique, les garçons sont majoritaires probablement parce qu'ils ont des comportements plus extériorisés et donc plus dérangeants. De ces enfants, 48 % ont connu un premier placement avant l'âge de 3 ans, 70 % en sont au moins à leur quatrième déplacement et 34 % sont sans contact avec leurs parents. Des 27 enfants reçus, 60 % ont eu un séjour entre 18 et 36 mois et ont été orientés en famille d'accueil ou dans leur famille. Par contre, 40 % ont eu un séjour de 3 à 4 ans et ont dû être orientés dans d'autres services spécialisés. On constate également que 60 % de ces enfants prennent une médication et de ce nombre, 30 % consomment du Ritalin en combinaison avec un ou deux autres médicaments. Des services spécialisés sont offerts à 76 % d'enfants dont le tiers reçoit au moins deux services (pédopsychiatrie, psychologie, orthophonie, ergothérapie, arrêt d'agir). Enfin, étonnamment, près de la moitié des enfants fréquentent une classe régulière malgré leurs difficultés. Ce succès réside dans la grande collaboration qui est établie entre les milieux scolaires et les ressources.

Au plan clinique, nous avons tout d'abord établi un profil commun. Ainsi, au plan relationnel, ils présentent les caractéristiques suivantes : refus de la dépendance, absence de réactions à la séparation, attaque du lien, une apparente indifférence à la punition. En ce qui concerne leur socialisation, ils sont centrés sur la satisfaction immédiate, manipulent, ont un besoin excessif de contrôle, manquent d'empathie et présentent une régulation déficiente de leurs émotions. Leur structure de personnalité dévoile une indifférenciation partielle des frontières. Ils entrent dans la bulle de l'autre, ne partagent pas et peuvent s'accaparer de tout par manque de conscience de l'autre. Ces enfants ont également une identité très diffuse. Ils ont une mauvaise perception d'eux-mêmes et ont de la difficulté à faire des choix. Ils sont souvent très influençables. Au plan de leur développement intellectuel, la majorité d'entre eux nous arrivent avec des retards de développement qu'ils récupèrent en partie parfois. La plupart ont des problèmes de concentration et d'attention. Ils ont souvent peu de capacités à explorer, à élaborer un jeu. En fait, le jeu symbolique est lacunaire. Tout ce qui est de penser, réfléchir, chercher, devient angoissant et par conséquent, les apprentissages deviennent menaçants. La nouveauté fait peur et le simple petit défi est perçu comme une montagne. Leur blocage semble des limites intellectuelles alors que nous avons parfois des indices de meilleur potentiel.

En fonction des typologies que nous rencontrons, nous avons identifié deux principaux types dont nos observations correspondent aux types décrits dans le *DSM-IV* :

- le type inhibé, que l'on appelle aussi trouble de l'attachement avec retrait. Il se caractérise par un retrait de la relation, une autosuffisance importante, de la méfiance et une hostilité souvent retournée contre soi-même. Au plan étiologique, nous avons

l'impression que ces enfants auraient connu des périodes d'investissement suivies de détachement affectif, ce qui peut peut-être expliquer que leur identité est moins diffuse.

- le type désinhibé, que l'on appelle aussi trouble de l'attachement avec sociabilité indistincte. En comparaison avec le précédent type, il se caractérise en étant au contraire, accaparant et intrusif. Il se lie facilement aux étrangers, est plutôt séducteur et charmant au premier contact et ses comportements agressifs et violents sont envers autrui. Au plan étiologique, ces enfants semblent ne pas avoir été investis par leurs parents, comme une personne distincte. Ils ont été l'objet de projections négatives de la part de leurs parents et toutes les tentatives de différenciation ont été vécues par ces derniers comme des attaques.

Nos années d'expérimentation nous ont permis toutefois de faire des distinctions parmi les enfants du deuxième type, le type désinhibé et d'identifier ce que nous considérons une sous-catégorie de ce type. Nous le nommons trouble d'attachement désinhibé avec perversion du lien. Ces enfants semblent davantage atteints. Ils ont une capacité plus restreinte à se contenir et présentent un état de désorganisation. Ils portent les traces d'un investissement pathologique. Souvent, ils ont été l'objet d'un scénario chez leur parent, traité comme un objet fétiche. Cette omniprésence du parent empêche l'enfant de développer son identité. On constate que ces enfants ne gardent rien, n'intègrent pas les règles et routines. Ils ont besoin de la présence continue de l'adulte et donnent parfois l'impression de vouloir entrer dans la peau de l'autre. Ils bougent, touchent et parlent sans cesse, comme pour se sentir vivants. Ils ne tolèrent pas la limite, la frustration et donc la différenciation. Le jeu symbolique est totalement absent, donc pas d'espace psychique interne. Ils peuvent attaquer agressivement, s'automutiler ou faire des crises plus intenses, plus fréquentes et destructrices que les autres enfants que nous recevons. Les éléments déclencheurs sont plus difficiles à cerner. Le pronostic de ces enfants est plus sombre.

Dans nos ressources, tout comportement de l'enfant est décodé en fonction de nos connaissances sur l'attachement. Certains principes de traitement ont été identifiés. En premier lieu, un cadre contenant est offert à l'enfant afin de le sécuriser. Cette période peut durer plusieurs mois, au cours de laquelle nous maintiendrons une distance relationnelle. Les interventions sont dépersonnalisées en évitant les phrases comme : « Veux-tu me faire plaisir ! ». Les intervenants maintiennent une position neutre si possible et toujours constante, quels que soient les comportements de l'enfant. Une lutte gagnant-perdant peut s'installer rapidement si nous ne sommes pas très vigilants. Il est fondamental de sortir des enjeux de contrôle qu'ils tentent d'installer faute d'avoir connu un autre type de relation. Par exemple, l'enfant peut se montrer indifférent aux punitions et nous amener à augmenter le nombre ou le degré de punitions alors

que la seule formule gagnante est la répétition de la même conséquence jour après jour. Ce n'est que lorsque l'enfant sera apaisé que nous tenterons ensuite de lui servir de miroir pour lui refléter ses émotions et le sens de ses comportements, pour mettre des mots sur ce qu'il vit. Il s'agit de proposer des liens à l'enfant entre ses comportements, ses désorganisations, ses émotions et ce qui se passe dans sa vie. Nous l'aidons ainsi à se construire et à consolider son identité. L'accompagnement des enfants et des parents est tout aussi fondamental. Dans nos ressources, la personne qui joue le rôle d'intervenant psychosocial, est le fil conducteur entre l'histoire de l'enfant, sa vie actuelle et son devenir. L'enfant est l'acteur principal. Il utilise l'espace qu'on lui donne et s'implique dans sa démarche. Nous avons constaté que tous les enfants ont leurs parents dans leur tête, même s'ils n'en parlent pas. Il est donc important d'aborder ce sujet, avec ou sans la présence des parents. Nous tentons d'établir une collaboration avec les parents en centrant notre intervention sur les besoins de leur enfant. L'utilisation des visites dites « médiatisées » est privilégiée.

Soutenir le rôle parental chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux

Atelier CD-33

Marc Boily (Hôpital Louis-H. Lafontaine),
Myreille St-Onge (U Laval), Marie-Thérèse Toutant

Présentation de l'atelier

Le Comité de la santé mentale du Québec a confié à un groupe d'experts le mandat de réaliser des travaux visant à mieux documenter les phénomènes entourant la parentalité chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Dans une perspective éducative et en utilisant un modèle écosystémique, ils ont traité de manière exhaustive de ce que vivent ces familles. Le groupe était invité à suggérer des stratégies d'aide qui se veulent simples et efficaces afin qu'elles puissent facilement être mises en œuvre dans les milieux de pratique et qu'elles répondent adéquatement aux besoins de la population visée. Ils présenteront succinctement ce rapport et leurs recommandations.

Résumé de l'atelier

La majorité des adultes souhaitent devenir parent et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ne font pas exception. Ils ont presque autant de chance d'être parent que la population en général. La plupart des écrits reconnaissent que l'expérience parentale est habituellement perçue de façon positive, tant par les femmes que par les hommes. Elle représente pour eux une situation de croissance et de développement personnel qui procure son lot de joies et de plaisirs. Cette expérience est cependant exigeante, nous le savons tous, et peut représenter une source de stress.

Lorsque viennent s'ajouter des difficultés personnelles comme une santé fragile, des problèmes personnels, sociaux ou économiques, le rôle parental devient d'autant plus difficile à assumer et

constitue une source de stress accru. C'est particulièrement le cas des personnes aux prises avec un trouble mental grave dont les manifestations affectent leurs aptitudes à réaliser les activités nécessaires à leur fonctionnement social.

Dans un tel contexte, on comprendra que si aucune mesure de soutien n'est disponible dans l'entourage immédiat et dans l'environnement de la personne pour suppléer aux manques, la réponse aux besoins de l'enfant dont il a charge sera moins satisfaite et le risque de négligence parentale sera alors plus élevé. Dès lors, il y a certainement lieu de se préoccuper de ce sujet universel qui touche toutes les couches de la société et qui, paradoxalement, demeure encore peu étudié. C'est peut-être là que réside une partie de l'explication entourant l'insuffisance des services à ces personnes et le fait que ceux mis en place soient souvent mal adaptés aux réalités que vivent ces parents et leurs familles.

Quel que soit le pays d'origine des études recensées, ce sujet interpelle l'ensemble des professionnels du réseau des services des domaines de la santé mentale, de la jeunesse et de la famille et, plus particulièrement, des services sociaux. Les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux doivent s'interroger sur la pertinence des services dispensés à ces familles par les hôpitaux ayant un département de psychiatrie, par les services de la protection de l'enfance et par les points de service disposant de programmes de santé mentale ou de programmes à l'intention des familles.

Rappelons que le *Plan d'action en santé mentale 1998-2002* du Gouvernement du Québec soulignait clairement la nécessité de « s'assurer que les ressources soient disponibles pour les mères ayant des difficultés de santé mentale afin qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité » (MSSS, 1998, p. 22). Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* réitère pour sa part l'importance de « soutenir les enfants dont un des parents est atteint d'une maladie mentale... » (MSSS, 2005, p. 31). Les professionnels, tout comme les chercheurs, considèrent cependant qu'une meilleure compréhension des phénomènes vécus par ces familles est d'abord nécessaire si l'on veut adapter les pratiques aux besoins réels de ces parents, de leurs enfants et de leurs proches.

Pour alimenter la réflexion sur ce sujet qui se situe à l'interface de deux champs de connaissances, soit ceux de la santé mentale et de la négligence parentale, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a confié à un groupe de travail constitué d'experts le mandat

de documenter les phénomènes entourant la parentalité des personnes présentant un trouble mental grave, en tenant compte des réalités vécues par ces parents et leurs enfants.

Leurs travaux visent à décrire et à documenter les phénomènes entourant la parentalité des personnes présentant un trouble mental grave en tentant de répondre aux questions suivantes :

- Que vivent les personnes aux prises avec des troubles mentaux par rapport à leur parentalité?
- Dans quelle mesure et de quelles façons la présence d'un trouble mental influence-t-elle l'exercice de leur rôle parental?
- Que vivent leurs enfants?
- Quelles sont les conséquences des manifestations du trouble mental parental sur le développement des enfants?
- Quels sont ses impacts sur les conjoints et les proches?
- Quels sont les besoins particuliers des parents, des enfants, des conjoints et des proches eu égard à la parentalité?
- Quelles sont les stratégies d'aide (politiques, les programmes et les interventions) susceptibles de soutenir les personnes aux prises avec des troubles mentaux dans l'accomplissement de leur rôle parental ainsi que celles susceptibles d'aider leurs enfants?

Dans une perspective éducative et en utilisant un modèle écosystémique, ils abordent de manière exhaustive ce que vivent ces familles. Ils suggèrent de plus des stratégies d'aide qui se veulent simples et efficaces afin qu'elles puissent facilement être mises en œuvre dans les milieux de pratique et qu'elles répondent adéquatement aux besoins de la population visée. À la suite du dépôt de leur rapport, une maison d'édition décidait de publier leur manuscrit. Luc Blanchet, président du CSMQ en a rédigé la préface. Carl Lacharité spécialiste du domaine de la négligence parentale, Suzanne Dongier et Eithne Taylor, spécialistes du domaine de la santé mentale ont rédigé les postfaces.



Boily, M., St-Onge, M. et M. T. Toutant (2006) *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*, Comité de la santé mentale du Québec, Collection INTERVENIR, Les Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal.

Perturbation et usure... Croissance et enthousiasme

Atelier D-34

Christine Perreault (Service correctionnel du Canada)

Présentation de l'atelier

Comment nommer, décrire et comprendre les conséquences de l'exposition répétée au matériel pénible, troublant, traumatique appartenant aux personnes auprès desquelles nous intervenons professionnellement? Le processus de traumatisation vicariante est un risque professionnel, un effet inévitable d'un travail impliquant la prise de contact avec du matériel pénible et affligeant. Il semble impératif d'identifier et de mieux comprendre les facteurs qui contribuent au processus de traumatisation vicariante. Il est tout aussi impératif d'identifier et de mettre en place des mesures de protection afin de maintenir l'intégrité professionnelle et personnelle des intervenants, d'assurer la rétention des ressources professionnelles expérimentées ainsi que la qualité des services offerts.

L'acquisition et l'intégration d'habiletés sociales de jeunes délinquants ayant des troubles sévères en santé mentale

Atelier D-35

Brigitte Picher, Trina Phillips (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Cet atelier présente un programme de développement d'habiletés sociales et des moyens mis en place pour généraliser les acquis. Les impacts particuliers de l'acquisition de ces habiletés sur l'intégration sociale de jeunes délinquants ayant des problèmes sévères en santé mentale seront présentés.

Le sujet de cet atelier a fait l'objet d'un article dans la revue *Défi jeunesse*, vol. XIV, no 2, (mars 2008) (www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/publications)

Atelier D-36

Un modèle de services conjoints l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le CJM-IU pour une clientèle de 16 à 20 ans

Chantal Frappier (CJM-IU) – Lise Boies, Mathier Hamel (Hôpital Louis-H. Lafontaine) – Paula Poulin (Hôpital Rivière-des-Prairies)

Présentation de l'atelier

Cette offre de services conjoints avec hébergement impliquant l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, s'adresse à des garçons et à des filles de 16 à 20 ans du CJM-IU. Il s'agit ici d'un défi de taille et d'une expérience unique : intégrer les expertises, les pratiques pour faciliter la transition entre l'adolescence et l'âge adulte, entre le réseau des services à la jeunesse et celui des adultes.

Résumé de l'atelier

LE CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET

En décembre 2005, la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL), l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) et le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), étaient mandatées pour élaborer un projet d'offre de services visant à répondre aux besoins d'une clientèle de jeunes, 16-20 ans, ayant des problèmes de santé mentale et provenant du CJM-IU, et à faciliter leur transition entre l'adolescence et le stade jeune adulte - entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte - sans avoir à subir les effets du manque de souplesse entre le réseau des services à la jeunesse et celui des services réservés aux adultes. Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, la planification de la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes constitue un des objectifs prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans les constats, on déplore les ruptures dans l'ensemble des services offerts dans le passage des services de psychiatrie pour les enfants et les jeunes à ceux offerts aux adultes.

Actuellement, plusieurs jeunes qui ont nécessité une intervention importante du CJM-IU au cours de leur adolescence à cause de problèmes psychosociaux importants, associés à une problématique de santé mentale et qui ont profité d'un suivi en pédopsychiatrie, se retrouvent dans un vide de services lorsqu'ils atteignent leur majorité. Chez plusieurs de ces jeunes, on relève un grand désespoir associé à l'absence d'un projet de vie qui peut se traduire par de la consommation abusive de drogues et d'alcool et des comportements autodestructifs et suicidaires. Les jeunes entrent à l'âge adulte avec bien souvent une histoire de vie lourdement chargée et, par conséquent, une construction fragile de leur personnalité et de leur estime de soi. On remarque que lorsqu'ils intègrent des ressources pour jeunes adultes en psychiatrie, la cohabitation est difficile. Ils n'ont pas les mêmes caractéristiques que les jeunes qui ont vécu dans leur famille jusqu'à l'âge adulte. Ils ont tendance à être rejetés du groupe à cause de leurs comportements et attitudes impulsifs et immatures.

LE DÉFI DE FAIRE AUTREMENT!

Le défi de proposer un modèle d'offre de services mieux adapté aux besoins de cette clientèle est de taille car il repose sur un arrimage d'organisations ayant des valeurs, des normes, des modes de fonctionnement et des cultures distinctes. Les approches au centre jeunesse, en pédopsychiatrie et en réadaptation, en psychiatrie adulte sont, à certains égards, très différentes l'une de l'autre. L'écart entre ces approches rend d'autant plus difficile pour le jeune la transition et l'adaptation dans les services pour adultes. Le jeune quitte un milieu structurant, qui organise et contrôle son quotidien, vers un milieu adulte qui laisse une grande liberté d'action à la personne, qui préconise l'apprentissage à travers les choix de la personne par ses bons coups et ses erreurs. Il devient important, par conséquent, de favoriser une intégration de ces approches afin de permettre une évolution plus en douceur et un accès gradué à une plus grande liberté pour éviter une désorganisation du jeune. Il existe également un énorme fossé qui sépare les services de pédopsychiatrie et les services aux adultes car ils s'adressent à des types différents de maladie mentale. La pédopsychiatrie traite principalement des jeunes présentant des problématiques de comportements importantes, des désordres de type affectif et anxieux alors que chez les adultes, on traite principalement des personnes atteintes de troubles mentaux sévères telles les différentes formes de psychose. Ceci rend difficile l'accès aux services pour adultes ; par contre, nous savons qu'à défaut d'intervenir il existe un risque important que les jeunes aggravent leurs problématiques et deviennent, de toute façon, des utilisateurs de services en santé mentale dans les années subséquentes.

DESCRIPTION DU PROJET

Le projet vise une clientèle de jeunes garçons ou filles admis au CJM-IU ayant des besoins d'hébergement en réadaptation psychosociale, suivie en pédopsychiatrie et ayant des troubles complexes de santé mentale. Les objectifs du projet sont :

- d'améliorer l'accès et la continuité des services ;
- de favoriser la transition vers le milieu adulte ;
- de favoriser le développement du potentiel des jeunes afin de leur permettre de s'intégrer dans la communauté et poursuivre une vie satisfaisante et gratifiante ;
- de favoriser l'émergence de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques avec la mise en commun des expertises des trois organisations ;
- de développer des liens et des lieux d'échange avec l'ensemble des partenaires s'intéressant à cette clientèle.

L'âge du jeune au moment de son admission dans le projet doit être entre 16 et 17 ½ ans afin d'être en mesure de créer avec lui des liens significatifs avant sa majorité et ainsi permettre un passage plus harmonieux à l'âge adulte. La résidence Paul-Pau joue un rôle de porte d'entrée du continuum de services d'hébergement. Cette ressource mixte de groupe peut accueillir neuf jeunes en leur offrant un environnement de réadaptation hautement individualisé, en leur permettant de s'approprier, selon leur rythme, davantage de liberté et d'autonomie, au fur et à mesure de la poursuite de leur évolution avec le soutien d'éducateurs spécialisés, d'intervenants en milieu résidentiel, d'une infirmière et d'une sexologue à temps partiel. L'équipe peut compter sur le soutien dans le quotidien d'une spécialiste en réadaptation psychosociale des services spécialisés du CJM-IU. À leur sortie de la résidence Paul-Pau, les jeunes peuvent poursuivre, si requis, leur évolution dans un appartement de type supervisé grâce à un partenariat avec l'organisme La Traversée. Afin de favoriser leur intégration dans la communauté, les jeunes peuvent bénéficier des services offerts par le Centre de soutien à l'intégration sociale et du Centre vocationnel pour le soutien à l'emploi et aux études.

Il nous apparaît intéressant de créer des opportunités de mise en commun des expertises des différents partenaires afin de favoriser l'émergence d'une pratique qui permettra de mieux répondre aux besoins de la clientèle 16-20 ans qui, actuellement, subit les inconvénients du

fonctionnement en silo du secteur jeunesse et du secteur adulte. L'intégration de la spécialiste en réadaptation psychosociale de l'équipe multidisciplinaire des services spécialisés de la Direction des services spécialisés et des services aux jeunes contrevenants (DSSSJC) à l'équipe d'intervenants de Paul-Pau permet de développer des liens et mieux comprendre et intégrer des approches qui sont parfois à l'opposé l'une de l'autre. Ces jeunes ont des besoins qui s'adressent à la mission de plusieurs organisations et, nous croyons, que ce partenariat novateur nous permettra de développer de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques en favorisant la rencontre des différents intervenants dans le travail interdisciplinaire et dans le partage de formations et d'activités de développement interorganisations. Un projet d'évaluation de l'implantation et du programme 16-20 ans, fait en partenariat avec la DSRHC de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire et l'Hôpital Rivière-des-Prairies, nous permettra au cours des trois prochaines années d'évaluer les impacts et les retombées de ce projet novateur.

Vidéo Paradiso à la Cité des Prairies

Atelier D-37

Patrice Fombelle, André Marchand (CJM-IU) – Manon Barbeau,
Sandro Forte (*Vidéo Paradiso*)

Présentation de l'atelier

En novembre 2006, le *Vidéo Paradiso*, un organisme créé par la cinéaste Manon Barbeau, a fait une escale d'un mois au site Cité des Prairies. Seize adolescents ont eu l'occasion de s'exprimer grâce à leurs réalisations artistiques. Le résultat : quatre courts-métrages documentaires avec un contenu dense, original et d'une qualité exceptionnelle. Le projet a eu des retombées constructives dans la vie de ces jeunes. Pensons seulement au fait qu'ils ont eu l'occasion de vivre un processus de création du début jusqu'à la fin!

Atelier D-38

Faire Face : Programme de développement des habiletés de *coping* chez des adolescents en difficulté

Jocelyne Pronovost (UQTR)

Présentation de l'atelier

La communication présentera le programme *Faire Face* ainsi que les résultats de son expérimentation auprès d'adolescents recevant des services de réadaptation en internat au Centre jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec. Ce programme australien (Frydenberg et Brandon, 2000) de type cognitif comportemental a pour but de renforcer les habiletés de *coping* chez l'adolescent. Il comporte dix modules et s'applique en groupe à partir de notions théoriques et d'ateliers pratiques. Les résultats révèlent que le programme a un effet positif chez les adolescents et encourage l'application de ce dernier en centre jeunesse.

Résumé de l'atelier

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le programme d'origine australienne *The best of coping*, a été élaboré par Erica Frydenberg et Catherine Brandon en 2002. Il a été traduit en français et adapté sous le nom de *Faire Face* par Pronovost, Dumont, Leclerc et Labelle (2005). Il a pour but de renforcer les habiletés de *coping* chez l'adolescent afin qu'il augmente l'usage du *coping* productif et diminue l'utilisation du *coping* non productif. Le programme est de type cognitif-comportemental ; il s'applique en groupe¹ et se réalise à partir d'enseignement de notions théoriques et d'ateliers pratiques sur le *coping*. Il permet à l'adolescent d'établir son profil de *coping* (le profil peut également être établi pour un groupe d'adolescents) et de modifier ses habitudes pour faire face aux problèmes.

Il comprend dix modules portant sur les thèmes généraux suivants :

- Module 1- Ce qu'est le *coping*
- Module 2- La pensée positive
- Module 3- Les stratégies qui n'aident pas
- Module 4- Bien s'entendre avec les autres
- Module 5- Demander de l'aide
- Module 6- Résoudre les problèmes
- Module 7- Prendre des décisions
- Module 8- Se fixer des buts
- Module 9- Atteindre ses buts
- Module 10- Gérer son temps

Au Québec, le programme *Faire Face* a fait l'objet d'un projet pilote en 2003 (Ouellet, 2004) auprès d'un groupe mixte de 12 adolescents recevant des services de réadaptation en internat dans un centre jeunesse. En 2004, une étude expérimentale a été menée auprès de deux groupes d'adolescents âgés de 13 et 18 ans recevant des services en internat au même centre jeunesse (Pronovost, Dumont, Leclerc et Labelle, 2005 ; Pronovost, Tétreault et Leclerc, 2005). Dans cette deuxième étude, un groupe de neuf garçons et un autre de huit filles constituaient la population expérimentale. Deux groupes contrôles de comparaison composés du même nombre de jeunes ne recevant pas le programme ont également été évalués avant (prétest) et après l'application du programme (posttest). L'évaluation du *coping* en prétest révèle que l'utilisation des différentes stratégies était sensiblement équivalente chez tous ces jeunes avant l'application du programme, ce qui nous permet d'interpréter que les changements favorables observés dans le groupe expérimental peuvent être attribuables à l'application du programme *Faire Face*.

Suite à l'expérimentation, les résultats obtenus révèlent que le programme a eu un effet positif significatif sur la diminution de l'utilisation des stratégies non productives de *coping* des adolescents issus du groupe expérimental. Les stratégies associées au style productif et au style référence aux autres n'ont toutefois pas varié de façon significative. Cependant, la stratégie productive **travailler à résoudre le problème** a subi une augmentation importante dans le groupe expérimental, tant chez les filles que chez les garçons ; il en est de même pour la stratégie **rechercher de l'aide professionnelle** qui accuse une bonne augmentation dans les groupes expérimentaux alors qu'elle diminue dans les groupes contrôles. Nous pensons que ces gains positifs sont encourageants et prometteurs.

Un effet positif particulièrement intéressant à souligner est le fait que ce sont les garçons qui ont fait le plus de gains suite à l'expérimentation. Ces données ne concordent pas avec les résultats d'études australiennes menées en milieu scolaire (Bugalski et Frydenberg, 2000 ; Cotta, Frydenberg et Poole, 2000) à l'effet que les filles, suite à l'application du programme, auraient bénéficié davantage que les garçons de l'entraînement aux habiletés de *coping*. L'étude pilote (Ouellet, 2004) avait également conclu que le programme avait eu plus d'effets positifs chez les filles que les garçons. Un constat s'impose cependant à l'effet que dans les études mentionnées, le programme a été appliqué auprès de groupes mixtes d'adolescents. Or, dans l'étude expérimentale, le programme a été volontairement appliqué à des groupes unisexués dans le but que les échanges entre les participants et les exercices pratiques proposés tiennent davantage compte des différences sexuelles à l'adolescence, sans parler de rendre plus homogène les expériences de vie propres à chaque genre et de limiter les sources de distraction liées à la présence de l'autre sexe. Nous croyons qu'il s'agit là d'un aspect important à considérer dans l'application du programme. Il est certain que seulement deux applications du programme *Faire Face* ont à ce jour fait l'objet d'une évaluation au Québec d'où la prudence dans la généralisation de ces résultats à d'autres contextes. De plus, il nous apparaît également souhaitable que d'autres études se poursuivent sur l'application du programme dans d'autres milieux et auprès d'autres populations, tant cliniques que normatives.

Note bibliographique

¹ Le programme peut également être appliqué individuellement ; il a notamment été expérimenté en centre jeunesse en services externes dans le cadre du suivi individuel hebdomadaire des adolescents. L'ordre et le choix des modules pouvaient alors varier pour s'adapter aux problèmes et situations vécus par l'adolescent au moment des rencontres.

Références bibliographiques

Bugalski, K. et E. Frydenberg (2000). « Promoting effective coping in adolescents "at-Risk" for depression », *Australian Journal of Guidance & Counselling*, vol. 10, no 1, 111-132.

Cotta, A., Frydenberg, E. et C. Poole (2000). « Coping skills training for adolescents at school », *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, vol. 17, no 2, 103-116.

Frydenberg, E. & C. Brandon (2002). *The Best of Coping : Developing Coping Skills for Adolescents*, Workshop Manual & Activity Sheets, Melbourne, University of Melbourne, (Australia).

Ouellet, N. (2004). Programme de développement des habiletés de coping chez des adolescents en centres jeunesse, Rapport de stage de maîtrise en psychoéducation, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Pronovost, J., Dumont, M., Leclerc, D. et R. Labelle (2005). *Faire Face : évaluation d'un programme de coping auprès d'adolescents*, Rapport de recherche remis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (programme de subvention en santé publique).

Pronovost, J., Tétreault, K. et D. Leclerc (2005). « Le programme de coping " Faire Face " : expérimentation auprès d'adolescents en centres jeunesse », *L'Enjeu spécial recherche*, vol. 12, no 1, 39-47.

Le judo, un combat pour la prévention

Atelier D-39

Michel Caouette, Louise Desjardins (Hôpital Rivière-des-Prairies)

Présentation de l'atelier

L'hôpital de jour pour les enfants âgées de 6-12 ans de l'Hôpital Rivière-des-Prairies utilise le judo comme vecteur thérapeutique pour diminuer la fréquence et l'intensité des crises agressives chez les jeunes. Quels sont les critères d'application qui maximisent les bénéfices? Comment l'éducateur peut-il utiliser les valeurs véhiculées et les techniques d'autocontrôle pour améliorer la vie du jeune? Une vidéo de 30 minutes illustre les bienfaits de ce médium dans plusieurs institutions canadiennes.

L'intervention post-traumatique au CJM-IU : une histoire, des engagements

Atelier D-40

Jocelyne Beauvais, Diane Jodoin, Martin Lussier, Gilles Richelieu,
Dany Veilleux (CJM-IU) – Suzanne Comeau (formatrice externe)

Présentation de l'atelier

Depuis 1999, le CJM-IU s'est doté d'une équipe d'intervention post-traumatique interne pour répondre aux besoins de ses employés ayant vécu un événement qui a pu laisser des traces psychologiques et affecter leur implication au travail. Un bref exposé sur l'histoire de cette équipe, des engagements consentis à sa réalisation, des statistiques illustrant ses nombreuses interventions seront présentés.

Atelier D-41

Au carrefour de la santé mentale et de l'intégration

Gérard Benoit, Guy Lupien (CJM-IU)

Présentation de l'atelier

Le Carrefour est une unité de réadaptation qui se spécialise dans l'intervention auprès d'adolescents de 12 à 18 ans dont l'adaptation est compromise par la présence d'un trouble de santé mentale et de problèmes de comportement. La programmation de l'unité est davantage individualisée et ouverte sur la communauté environnante, car ces jeunes répondent mal à l'intervention de groupe. Cet atelier témoignera de la recherche de partenariat interne et externe pour répondre avec l'intensité nécessaire aux besoins de la clientèle. Le projet de vie ainsi que l'accompagnement de ces jeunes visent à faciliter leur intégration dans le réseau adulte.

N.B. : Cet atelier a été annulé.

Atelier D-42

Santé mentale v/s éléments culturels

Sylvain Legault (Clinique psychiatrique de Rawdon)

Présentation de l'atelier

L'objectif de cet atelier est d'améliorer les habiletés des intervenants dans l'interprétation de certains comportements susceptibles d'être observés chez la clientèle immigrante. Plus spécifiquement, nous tenterons de mettre en évidence les nuances à établir entre les comportements indicatifs de problèmes de santé mentale et les comportements qui relèvent de difficultés d'adaptation des nouveaux arrivants. L'atelier vise à sensibiliser les intervenants au danger qu'il y a de conclure trop rapidement sans avoir préalablement pris le temps d'analyser le contexte culturel, social et linguistique dans lequel vivent nos clients.

N.B. : Cet atelier a été annulé.

GANGS et délinquance

III^e séminaire

Clément Laporte, Chantal Fredette (CJM-IU)

Présentation du séminaire

Le séminaire **GANGS et délinquance** vise à faire connaître les travaux des étudiants des cycles supérieurs impliqués au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU). Organisé par le Centre d'expertise sur la délinquance des jeunes, le séminaire se tient, pour une première fois, à l'occasion des Journées professionnelles du Conseil multidisciplinaire du CJM-IU. Il permet aux étudiants de deuxième et de troisième cycle de faire état de l'avancement de leurs travaux devant des intervenants, des conseillers, des gestionnaires, des chercheurs et leur directeur de mémoire ou de thèse. Ces travaux s'associent aux projets d'action de l'offre de services **GANGS et délinquance** ciblant l'application des connaissances dans des interventions novatrices évaluées. Ils témoignent des efforts importants fournis par les étudiants dans la poursuite de leurs objectifs académiques, mais aussi de la grande qualité des liens développés entre les milieux d'enseignement et de recherche et les milieux de pratique. Le séminaire **GANGS et délinquance** est une vitrine donnant sur le lien recherche-pratique au CJM-IU.

Chaque présentation est d'une durée variable selon l'avancement des travaux. Certains projets d'action sont présentés par des intervenants mobilisés auxquels s'associent des étudiants en début de formation. D'autres présentations sont réalisées par des étudiants qui jettent un regard sur un aspect particulier du phénomène des gangs auxquelles se joignent des intervenants animant des projets en lien avec cet aspect spécifique. D'autres encore témoignent d'investissements particulièrement pertinents sur le phénomène des gangs. Chaque série de présentations est suivie d'une période d'échanges permettant l'approfondissement de la thématique. Finalement, certains travaux sont présentés sur affiche ou consignés dans une documentation de soutien.

Voici les présentations qui ont été offertes durant ce séminaire :

Étude de prévalence de la dimension gang chez les jeunes de 14 à 17 ans suivis en protection de la jeunesse

Louis Leblanc, M.Sc psychoéducation, UQO / Louis-Georges Cournoyer, Ph.D., École de criminologie, UdeM [Projet d'action DSTNO-DSTSE : Kim Seney et Silvia Ayo]

Dans une étude menée en 2003, la fréquentation des pairs délinquants fut identifiée comme l'une des trois problématiques touchant les jeunes suivis à l'application des mesures. Plus de 2000 situations de jeunes ont donc été analysées pour en étudier les caractéristiques associées à la fréquentation de pairs délinquants, en lien avec les activités de gangs. Cela a permis d'évaluer la prévalence du phénomène chez les jeunes âgés de 14 à 17 ans suivis en protection de la jeunesse et d'en documenter les caractéristiques.

Étude des critères utilisés par les cliniciens des centres jeunesse pour catégoriser les jeunes sous la LPJ impliqués dans les gangs ou à risque de l'être

Janie Cinq-Mars, étudiante M.Sc criminologie, UdeM / Jean-Pierre Guay, Ph.D., École de criminologie, UdeM [Projet d'action DPJ : Renée Brassard]

Une absence d'étude s'attardant au processus d'identification des jeunes joignant les gangs est constatée. Il apparaît donc pertinent de questionner les dimensions et les critères d'identification pris en compte dans ce processus par les cliniciens des centres jeunesse. Le principal enjeu de ce projet, lié au problème de définition, est sans doute l'absence de critère fidèle d'identification des jeunes impliqués dans les gangs. Des groupes de discussions ont été menés, en plus d'une étude fouillée de plus d'une centaine de dossiers. Les premiers résultats seront présentés.

Les gangs de rue: vers un processus commun d'identification des membres juvéniles par les substituts du Procureur général

Claudia Hamel, étudiante M.Sc criminologie, UdeM / Jean-Pierre Guay, Ph.D., École de criminologie, UdeM [Projet d'action SPG : Me Annick Murphy et Chantal Fredette]

Plusieurs débats ont cours sur la définition d'un gang, d'un membre de gang et d'un délit de gang. L'absence de définition fidèle et valide, et l'absence de consensus, est problématique tant en théorie qu'en pratique. L'étude du processus décisionnel menant à l'identification d'un jeune comme membre de gang s'avère primordiale et innovatrice. Ce projet vise donc principalement à connaître les critères sur lesquels se basent les policiers, les substituts du Procureur général et

les intervenants des centres jeunesse pour identifier un adolescent comme membre d'un gang. Les premiers résultats seront présentés.

Indices comportementaux révélant le niveau d'adhésion aux gangs d'adolescents âgés de 14 à 17 ans

Xavier Briand, intervenant et Denis Dunberry, chef de service [Projet d'action ENVOL/DSRA : Marie-Ève Giroux]

- Ce projet vise à documenter, par l'observation de comportements adoptés en vécu partagé, la force de l'attrait des gangs sur le jeune comme facteur révélateur du niveau d'engagement dans les activités qui y sont liées. Cette force sera définie à travers d'indicateurs comportementaux liés à ce que la littérature et les travaux menés dans d'autres projets d'action identifieront comme révélateurs de l'adhésion aux gangs. Les travaux déjà amorcés dans le cadre de la transformation du service en une unité de transition servent de tremplin au projet d'action.

Portrait global et structures des gangs de rue de Montréal

Karine Descormiers, étudiante M.Sc criminologie, UdeM / Carlo Morselli, Ph.D., École de criminologie, UdeM

Ce projet vise à déterminer le nombre et la diversité des types de gangs dans la région de Montréal et la structure des interactions qui les unissent entre eux. Déterminer les conflits existants, les niveaux de violence et les types de relations (amicales, commerciales et neutres) dans cette structure peut avoir des implications sur l'organisation des établissements accueillant des membres de gang. Les disperser dans les différents services peut renforcer les rivalités, alors que les réunir peut augmenter les conflits.

INFLUENCE DE LA FAMILLE ET DES PAIRS SUR L'ADHÉSION DES JEUNES AUX ACTIVITÉS DE GANGS

Les processus de comparaison sociale, l'association à des pairs délinquants et l'intensité de l'engagement dans la délinquance chez les adolescents contrevenants

Pascale Domond, doctorante en psychologie, UQAM / Marc Bigras, Ph.D., Département de psychologie, UQAM / Sylvie Hamel, Ph.D., Département de psychoéducation, UQTR

Les similarités dans les attitudes délinquantes et la proximité physique contribuent à la sélection et l'association aux pairs délinquants. Ces processus ont lieu en cours d'adolescence et peu de données empiriques informent des affects ressentis par les jeunes délinquants à l'égard notamment des pairs conventionnels et délinquants lorsqu'ils s'évaluent par comparaison avec eux. Le but de ce projet est de déterminer l'apport des évaluations cognitives et des affects ressentis à l'égard des pairs dans le degré d'association aux pairs délinquants chez les jeunes contrevenants.

Parcours de parents immigrants dont le fils a fait l'expérience d'un gang de rue et d'une institutionnalisation : un vécu familial bouleversé

René-André Brisebois, étudiant M.Sc. criminologie, Université de Montréal / Sylvie Hamel, Ph.D.,
Département de psychoéducation, UQTR

L'étude évoque les difficultés rencontrées par les parents immigrants au long de leur vie et les transformations qu'ont connues leur famille. En commençant par les conditions de vie difficiles auxquelles ils ont fait face dans leur enfance jusqu'à l'institutionnalisation de leur fils associé aux gangs, ces parents dévoilent leur découragement et leur impuissance. Leur parcours migratoire semble bouleverser leurs repères culturels et identitaires, ce qui en retour creuse un fossé entre eux et leur enfant qui semble s'acculturer plus facilement et rapidement qu'eux.

Prévenir l'adhésion aux gangs des jeunes garçons âgés de 12 à 14 ans

Patricia Labrie, intervenante et Julie St-Jean, intervenante [Projet d'action ENTREPRISE/DSRA : Marie-Ève Giroux]

L'Entreprise est un service d'hébergement d'encadrement globalisant accueillant des garçons de 12 et 14 ans. Certains d'entre eux présentent des signes indiquant la forte attirance que les gangs exercent sur eux. Compte tenu de leur âge, une intervention appropriée peut influencer à la baisse cette attirance et contrer la probabilité d'adhérer à un gang. Les activités visent l'amélioration durable des compétences intra et interpersonnelles des préadolescents et de leur famille par leur habilitation à résister aux gangs et à s'en protéger.

JEUNES MEMBRES DE GANGS : COMPRENDRE ET AGIR

À la découverte des jeunes latinos qui fréquentent les gangs de rue

Marie Tremblay, étudiante M.Sc criminologie, UdeM / Marie-Marthe Cousineau, Ph.D., École de criminologie, UdeM

Cette étude vise à cerner les expériences vécues par les jeunes latinos qui fréquentent les gangs de rue à Montréal. Elle vise aussi à explorer leurs perceptions des gangs de rue composés de latinos d'Amérique du Nord et Centrale afin de déterminer si la réalité décrite par ces jeunes est spécifique ou si elle est en tout point comparable à celles des jeunes « membres » de gangs en général. Elle présente une réalité méconnue tout en ouvrant la porte à des études plus approfondies sur le sujet.

Tu y gang à faire ART®! (GART)

Pierre Cloutier, Nathalie Gélinas, Guylaine Corgnati, Christian Fortin et Jocelyne Des Lauriers / Murielle Fouassier, étudiante M.Sc criminologie, UdeM / Louis-Georges Cournoyer, Ph.D., École de criminologie, UdeM [Projet d'action PLACE-INOUIK/DSSSJC : Nathalie Gélinas]

Tu GANG à en parler! consiste en une activité de groupe qui vise à démystifier le phénomène des gangs, à permettre aux jeunes contrevenants de mieux se connaître comme individu au sein et à l'extérieur du gang, à susciter une prise de conscience quant à l'influence du groupe de pairs sur leurs comportements, à favoriser la réévaluation du membership et à généraliser des compétences de gestion de la colère et de résolution de problèmes. Le vécu partagé est à la base de cette intervention de manière à utiliser le gang comme outil clinique plutôt que comme un obstacle, à créer un climat propice à l'ouverture et à évaluer de façon continue la dynamique de groupe.

Quand Cendrillon résout ses problèmes!

Brigitte Mador, Claudie Dubé et Sylvie Major / Muriel Nattiez, étudiante M.Sc psychoéducation, UdeS / Nadine Lanctôt, Ph.D., Chaire de recherche du Canada sur la délinquance des adolescentes et des adolescents, UdeS [Projet d'action CASCADES-VAL-CHANTANT/DSREA Sylvie Riendeau]

Ce projet d'action vise à contrer l'exploitation sexuelle en contexte de gangs chez les adolescentes par la mise en place d'une activité spécifique respectant les principes de l'approche cognitivo-comportementale. L'activité choisie en est une d'acquisitions d'habiletés sociales de résolution de problèmes dont une des thématiques intègre les activités de la bande dessinée *Le silence de Cendrillon*. Cette expérience en est à sa troisième réplique. Les premières observations seront présentées.

Allocution du directeur général

Allocution de monsieur Jean-Pierre Duplantie, directeur général du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

D'entrée de jeu, j'aimerais remercier toutes les personnes qui ont contribué à la préparation de ces journées professionnelles depuis leur planification à leur réalisation, et qui ont fait de ces journées, un moment privilégié de ressourcement. Les comités organisateurs, scientifique, logistique, l'accueil, le comité exécutif méritent nos plus sincères félicitations.

Je veux aussi remercier les membres du comité de reconnaissance de l'excellence, qui ont eu à faire des choix difficiles et dont nous verrons plus tard les résultats. Félicitations à tous les finalistes. Leur candidature témoigne de l'énergie professionnelle qui se dégage au sein de l'établissement dans tous les efforts déployés pour adapter toujours davantage nos services aux besoins des jeunes et de leurs parents.

Le thème de ces journées autour de la santé mentale s'inscrit dans les enjeux cliniques de l'établissement et reflète la cohérence des préoccupations. Le taux de participation témoigne bien de la pertinence du thème.

Comme il est question de santé, je veux vous dire quelques mots sur l'état de santé de notre établissement. Parler de l'établissement, c'est parler de nous comme groupe et comme individu.

NOTRE CORPS CHANGE ET SE DÉVELOPPE

Au plan physique : Il se renouvelle à tous les niveaux de l'organisation par l'arrivée de jeunes intervenants enthousiastes et pleins d'énergie, de jeunes cadres intermédiaires désireux de s'investir dans une gestion clinique axée sur le développement, et riches d'une philosophie de gestion participative, fondée sur la reconnaissance et le respect. Ce renouvellement s'étend aussi aux nouveaux directeurs qui sont désireux de poursuivre le travail amorcé au cours des dernières années et de contribuer à la consolidation des orientations de l'établissement. La force

de ce renouvellement provient non seulement de la vitalité de ces nouveaux engagements, mais aussi du soutien de personnes qui, depuis des années, par leur expérience, leur connaissance et leur valeur, sont devenues les piliers de notre organisation.

La santé physique de notre organisation, c'est aussi la structure organisationnelle que nous nous sommes donnée, les programmes qui se mettent en place, le processus clinique, les politiques qui doivent guider notre action, les outils qui doivent être là pour soutenir notre travail.

Bien sûr, nous avons le défi de l'intégration de toutes ces pièces et à certains jours, la croissance de l'établissement comme organisation est un peu comme celle d'un adolescent qui grandit trop vite. Elle crée certains inconforts.

Et notre santé mentale? : À mon avis, la santé mentale de l'établissement est bonne, et même très bonne, malgré certaines tensions, malgré certaines inquiétudes. Si notre capacité de résilience, notre capacité de rebondir a été mise à l'épreuve, les dernières années ont témoigné de nos forces et de notre capacité de développement. Nous faisons de plus en plus corps avec les services aux jeunes et à leurs parents. Gestionnaires et intervenants, nous partageons davantage autour des programmes et des moyens d'améliorer la qualité des services. Un rapprochement s'opère entre éducateurs en hébergement et intervenants sociaux en territoire.

La vitalité, le dynamisme de l'organisation s'exprime à tout moment par de nouveaux projets issus de tous les niveaux de l'organisation. Ces projets sont rassembleurs : développement et consolidation des centres d'expertise, réalisation d'activités multidisciplinaires, *Arts et culture*, projet *Une route sans fin*, initiatives cliniques au sein des équipes de réadaptation ou dans l'intervention en territoire ou encore dans les services de soutien.

Ce dynamisme s'exprime aussi par ce désir d'apprendre, d'approfondir les approches cliniques, d'être soutenu dans l'intervention ou même de contribuer à la formation. À cet effet, nous témoignons toujours plus de notre engagement à être un établissement très actif au plan du développement des connaissances.

Si, à certains jours, la grosseur de l'établissement apparaît comme une contrainte, le développement des programmes et des expertises de même que les nombreuses initiatives cliniques témoignent de la richesse de la vie clinique. Personnellement, je ne peux qu'admirer le travail et l'engagement de chacune et de chacun ; cette recherche constante pour améliorer les services et mieux rejoindre les parents et les enfants.

Nous parlons souvent de l'amélioration du climat. Pour moi, il s'agit de l'amélioration des relations entre nous et ce, dans tous les secteurs, et à tous les niveaux de l'organisation. Il s'agit du respect que nous nous portons, de la reconnaissance des contributions propres à chacun. Il s'agit de notre ouverture les uns aux autres, de notre capacité à échanger sur les enjeux de l'établissement aujourd'hui, et tel que nous les voyons pour les prochaines années.

Nous terminerons la semaine prochaine la tournée du directeur général. Ces quelques 35 rencontres où plus de 1 000 personnes ont été rencontrées, nous ont permis, dans un climat serein et de confiance, d'échanger sur de grands enjeux au plan clinique, administratif et touchant la qualité de vie personnelle.

Au-delà des signaux internes qui témoignent de notre santé mentale, il faut tenir compte de la qualité de nos relations avec nos partenaires.

La santé environnementale : Au cours des dernières années, nous avons bâti notre crédibilité auprès des partenaires du réseau que ce soit les établissements ou les organismes communautaires tel qu'en témoigne la démarche d'agrément. Cette crédibilité est basée sur la reconnaissance des programmes que nous mettons en place, sur la rigueur de nos pratiques à l'égard des jeunes et de leur famille. Bien sûr, nous devons poursuivre nos efforts pour bien ancrer nos partenariats dans des relations de respect mutuel.

Au nombre des partenaires, il faut souligner la reconnaissance qui nous est accordée par de plus en plus d'entreprises qui s'associent à notre Fondation, les nombreux artistes qui n'ont pas hésité à participer à une levée de fonds à travers un spectacle unique. Il faut aussi souligner la place tout à fait positive que nous avons prise dans les médias au cours de la dernière année pour parler des problèmes des jeunes et de leur famille et des défis de la pratique professionnelle. Tous ces éléments témoignent de la confiance que la communauté nous accorde et aussi de la confiance que nous avons en notre action auprès des jeunes et de leur famille.

C'est sur ce bilan de santé physique, mentale et environnementale que nous devons nous appuyer pour regarder l'avenir, pour fonder notre espoir en notre capacité de vivre les transitions et les défis des prochaines années.

J'aurai l'occasion de vous revoir en plus petits groupes au cours de l'automne pour vous parler des objectifs des trois prochaines années. Aujourd'hui, je veux profiter de cette occasion pour

vous remercier et vous rendre hommage. Des témoignages de reconnaissance, j'en reçois beaucoup et je l'apprécie, mais ils doivent être partagés avec vous. C'est ensemble que, cliniciens, personnel administratif et de soutien, cadres, directeurs, nous avons rebondi pour faire de notre centre jeunesse un milieu en santé, orienté sur les services aux jeunes et à leurs parents, un établissement optimiste et de plus en plus fier de la qualité de son intervention, tout en étant confiant du chemin à parcourir. Le succès passe par la volonté de chacune et de chacun de s'investir, de faire équipe, de s'ouvrir, de partager les contraintes, de chercher ensemble les solutions, de reconnaître les contributions individuelles et d'équipe. Au sein d'une organisation, nous avons tous notre place à prendre, notre rôle à jouer. Toutes les instances représentatives ont leur importance dans la recherche du bon équilibre à établir pour assurer le bon fonctionnement de l'organisation.

À cet effet, je veux souligner de façon particulière la contribution de l'exécutif du conseil multidisciplinaire qui, au cours des six dernières années, a été très impliqué dans le développement de la vie clinique de l'établissement. Il faut reconnaître que le rôle consultatif du conseil n'est pas facile, d'autant plus que nous avons vécu dans un contexte de développement au plan de l'organisation des services, des programmes et de la qualité des services. D'être présent partout quand on est une équipe de 6,7,8 personnes, représente un beau défi d'organisation. Associer en même temps près de 2 000 membres, il faut le faire!

Les divers exécutifs qui se sont succédés ont travaillé très fort. Ils ont mis en place une structure d'agents de liaison et de répondants qui a donné des avis éclairés et permis au directeur général d'être en lien avec le quotidien du terrain. Au-delà du rôle consultatif, il faut aussi souligner la contribution au développement et à la qualité des services par le truchement des journées professionnelles ou de divers dossiers ou activités. Je pense, entre autres, à la contribution pour faire de notre 10^e anniversaire de vie universitaire, une année de reconnaissance permettant de faire un pas de plus dans l'intégration de cette dimension, particulièrement au plan de la recherche, dans le quotidien de la vie de l'organisation.

Derrière tout le travail du comité exécutif, il y a tout le leadership assuré par la présidente, madame Nathalie Turgeon, à qui je veux rendre un hommage particulier.

Au cours des cinq dernières années, Nathalie s'est engagée avec énergie, sans compter ses heures, dans le développement de la place du conseil multidisciplinaire, la consolidation de la vie clinique de l'établissement et je dirais même, l'amélioration du climat de travail.

En ce qui a trait à la place du conseil multidisciplinaire, ce fut l'enjeu d'y assurer une place au sein des divers travaux touchant la pratique professionnelle et, comme je le mentionnais tantôt, d'assurer la contribution de l'ensemble du personnel à travers divers mécanismes : agents de liaison et répondants, présence aux réunions du Conseil d'administration et lors de la tournée annuelle du directeur général, interventions auprès du directeur général et du comité de direction, et même, présence au niveau provincial.

Autour de la vie clinique, ce fut l'incitation à examiner divers programmes ou modalités pour soutenir le personnel clinique et la rédaction d'avis pour le comité de direction ou le Conseil d'administration. L'implication personnelle de Nathalie dans le dossier touchant les liens entre les chercheurs et le personnel clinique à l'occasion du 10^e anniversaire de la vie universitaire mérite aussi d'être soulignée.

Nathalie était aussi très préoccupée par la vie des intervenants et le climat de travail. Nous lui devons, entre autres, d'avoir stimulé le développement du dossier sur la reconnaissance. Les rencontres directeur général/présidente sont régulièrement l'occasion de partager sur des tensions qui peuvent se vivre dans les services, sur des besoins d'information pour contrer les rumeurs, et sur des situations particulières vécues par le personnel. Son désir d'aider et de prendre soin est constamment présent. Elle a d'ailleurs de la difficulté avec le fait de ne pas tout savoir, de ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes que vous lui faites et je vous dirais, de ne pas être partout. Mais elle y travaille!

Nathalie, merci pour cette énergie mobilisatrice, merci pour ta contribution professionnelle et personnelle au développement de l'organisation.

Félicitations à tous pour le travail accompli et au plaisir de vous revoir cet automne autour des priorités pour les prochaines années.

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Nathalie Turgeon, présidente
Pierre Lefebvre, secrétaire
Anne Baraké, conseillère
Isa Iasenza, conseillère
Guillaume Lemay, conseiller
Sylvie Patry, conseillère
Brigitte Poëti-Brousseau, conseillère

COMITÉ ORGANISATEUR

Nathalie Turgeon, responsable
Lucie Apothéloz
Louise Blouin
Murielle Bouchard
Vicky Bouchard
Diane Côté
Michel Jetté
Diane Leclerc
Annie Tremblay
René Trempe

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Nathalie Turgeon, responsable
Vicky Bouchard
Fabienne Cusson
Louis Lacroix
Stéphan Larouche
Suzanne Ménard
Brigitte Poëti-Brousseau
Gilles Richelieu
Geneviève Turcotte

COMITÉ LOGISTIQUE

Lucie Apothéloz, responsable
Diane Bouchard
Guylaine Buri
Geneviève Lapostolle
Diane Leclerc
Nathalie Morin
Geneviève Payette
Javeline Théobrun

COMITÉ RECONNAISSANCE DE L'EXCELLENCE

Michel Jetté, responsable
Linda Casey
Sylvie Patry, représentante de l'exécutif

ACCUEIL

Vicky Bouchard, responsable
Suzanne Boisjoly
Brigitte Bouchard
Murielle Bouchard
Sylvie Cormier
Jocelyne Gariépy
Danièle Gauthier
Évelyne Ginestar
Anne Jalbert
Pauline Labrie
Brigitte Landry
Yvette Lavoie
Jocelyne Leclaire
Thérèse Lemay
Diane Maisonneuve
Mona Pelletier
Diane Racicot
Marianne Vézina