

# Défi

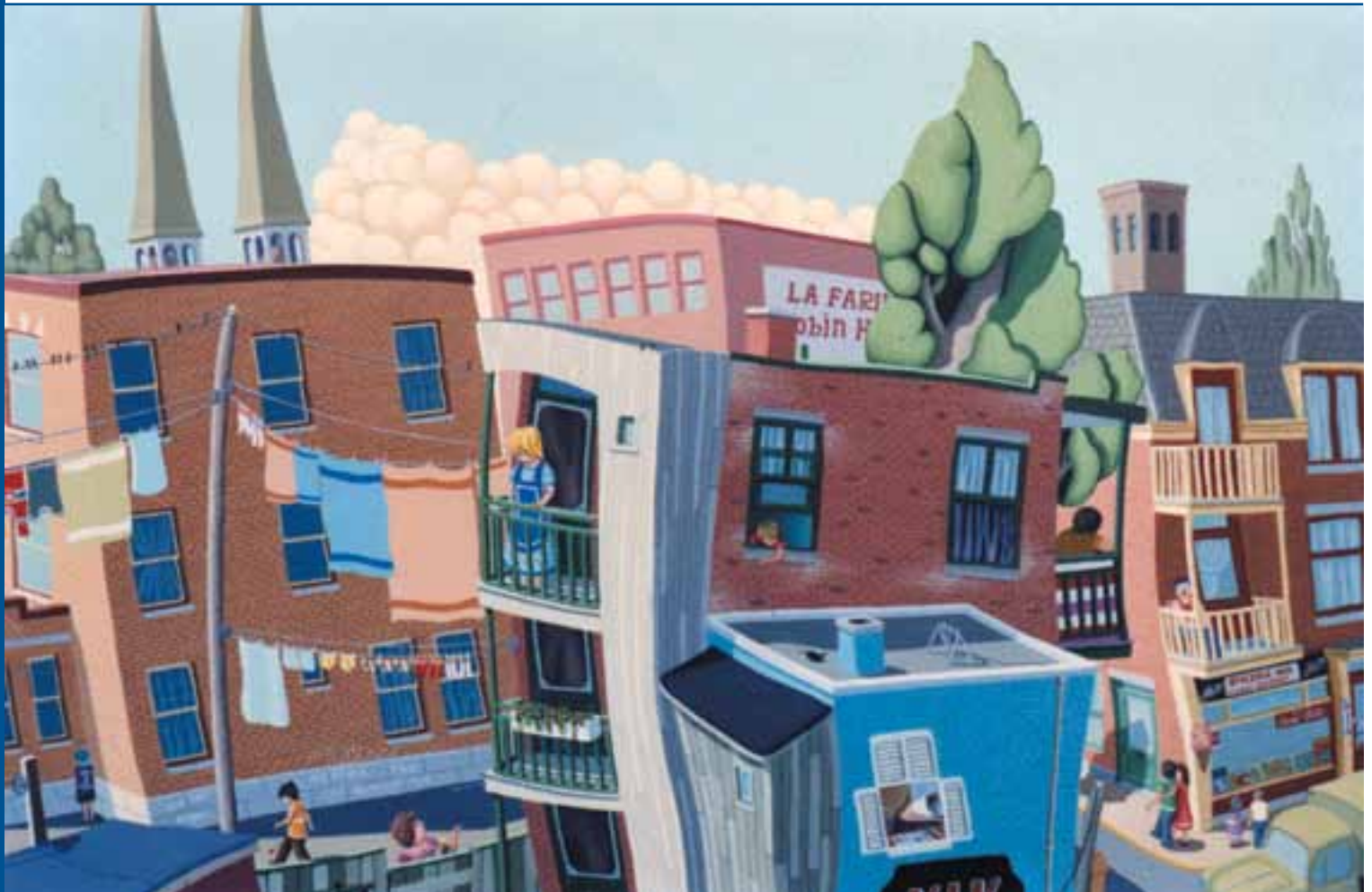
Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

# Jeunesse →

VOL. XIX

NO 3

JUIN 2013



**Alliance thérapeutique**

**Conflit de séparation**

**Santé mentale et jeunes contrevenants**



Conseil multidisciplinaire  
du Centre jeunesse de Montréal  
Institut universitaire



Centre jeunesse  
de Montréal  
Institut universitaire



# Sommaire

- » **Éditorial :**  
**Une année d'activités du conseil multidisciplinaire à l'enseigne du savoir-être**  
 Andrée LeBlanc 2
- » **Sur la thématique de l'année : le savoir-être**  
**L'alliance thérapeutique : conception, pratique**  
 Pierre Baillargeon et Daniel Puskas 4
- » **Le conflit de séparation comme motif pouvant engendrer la compromission de l'enfant, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse**  
 Koffi Folly 10
- » **Les ateliers d'Anna : groupe d'éducation et d'intervention pour les jeunes de 7-12 ans ayant un parent ou un proche atteint d'un problème de santé mentale**  
 Linda Ounis et Vanessa Kurdi 17
- » **Projet de collaboration intergénérationnelle : Maison des Grands-Parents de Villeray et CJM-IU**  
 Pierre Bouchard, Clémence Racine et Myriam Blanc 21
- » **Les troubles mentaux chez les jeunes contrevenants : un bref état de la question**  
 Maude Sauvée-Lafrance et Catherine Laurier 26

## COMITÉ DE LA REVUE

Claude Boucher, Alain Dumas, Koffi Folly,  
 Pierre Keable, Josette Laframboise,  
 Andrée LeBlanc, Geneviève Turcotte

**Photo de la ruelle sur la couverture**  
 Pierre Raza, artiste peintre

**Rédactrice en chef**  
 Geneviève Turcotte

**Révision linguistique**  
 Josette Laframboise

**Graphisme et impression**  
 ACOR

**Secrétariat**  
 Vicky Bouchard

La revue *Défi jeunesse* est indexée dans *Repère*.

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada  
 Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
 ISSN 1201-009-X  
 Juin 2013  
 Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire



Imprimé sur papier recyclé.

## POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle *Défi jeunesse* est publiée par le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire à raison de trois numéros par année.

### Les objectifs visés par la publication de cette revue sont :

Promouvoir le développement professionnel en lien avec l'intervention et la réflexion. Dans un contexte multidisciplinaire, assurer et valoriser l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline. Permettre l'intégration des nouvelles orientations du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel. Accroître le sentiment d'appartenance au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

### Critères de publication :

**CONTENU** / La revue publie des articles de fond (théorie, réflexions, études, recherches, recherches-action, analyses...), des textes portant sur des expériences professionnelles pratiques (projets, nouveaux modes d'intervention) et diverses chroniques à contenu clinique telles des notes de lecture, des chroniques juridiques, des chroniques événements et des entrevues. **MANUSCRIT INÉDIT** / La revue ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits ne doivent pas avoir été publiés dans une autre revue. **FORMAT** / Les articles doivent être dactylographiés à double interligne, sur feuilles format lettre dans une police 12 points. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur envoie au comité de la revue un fichier électronique sur traitement de texte compatible avec Word Office à l'adresse mentionnée plus bas. Un guide pour la présentation des articles est disponible sur demande. **ÉVALUATION** / Tous les articles sont soumis au comité de la revue, qui a l'entière responsabilité de décider de publier ou non un article. Le comité se réserve aussi le droit de changer les titres et les sous-titres des articles sans avis à leur auteur. **OPINION DE L'AUTEUR** / Les opinions contenues dans les articles n'engagent que leur auteur. **REPRODUCTION** / Toute reproduction est autorisée avec mention de la source. **REDEVANCES** / Toute soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique le transfert des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

Pour obtenir une information ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :

COMITÉ DE LA REVUE  
**DÉFI JEUNESSE**

4675, rue Bélanger  
 Montréal (Québec) H1T 1C2

**Code de courrier interne : 40**

**Téléphone : (514) 593-2118**  
**Télocopier : (514) 593-2113**

**Courrier électronique :**  
 conseilmulti@cjm-iu.qc.ca

# → UNE ANNÉE D'ACTIVITÉS DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE À L'ENSEIGNE DU SAVOIR-ÊTRE

**Andrée LeBlanc**, membre du comité de la revue *Défi jeunesse*

Après plusieurs années consacrées à l'exploration de différents savoirs et savoir-faire, le conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) a choisi d'orienter ses réflexions en 2013-2014 dans l'optique du savoir-être. Nous voici en face d'un savoir d'une autre nature, qui fait appel non pas à des connaissances ou à des techniques, mais à des valeurs assumées et à des qualités du cœur qui ne s'apprennent ni dans les livres, ni sur quelque plate-forme technologique de pointe.

Ces qualités se développent tout d'abord dans l'interaction avec ses proches, puis dans un entraînement professionnel appelant sans cesse au regard sur soi, sur sa perception de l'autre, de la vie en général. Aspect plus dérangent, plus confrontant de nos professions de relation d'aide, le savoir-être ramène le clinicien à son identité personnelle, puis professionnelle face à des personnes, des familles ou des groupes en grande difficulté, parfois en grande souffrance, exprimant souvent celles-ci par des comportements déroutants.

Comment se situer continuellement face aux situations difficiles observées? Comment côtoyer la souffrance sans la faire sienne? Comment transmettre confiance

et espoir à des êtres que des expériences précoces ont forgés à craindre, à se méfier pour survivre? Comment maintenir le cap sur des relations respectueuses, alors que l'autre a bien du mal à réagir autrement qu'à travers le filtre de ses blessures?

L'exigence du savoir-être nous renvoie facilement à nos limites personnelles en nous interpellant peut-être aussi dans notre sentiment de toute-puissance. Le savoir-être se construit sur la base d'une écoute humble de soi autant que de l'autre. Il revêt plusieurs

.....  
**NOUS VOICI EN FACE D'UN SAVOIR D'UNE AUTRE NATURE, QUI FAIT APPEL NON PAS À DES CONNAISSANCES OU À DES TECHNIQUES, MAIS À DES VALEURS ASSUMÉES ET À DES QUALITÉS DU CŒUR.**  
 .....

aspects, tels que savoir s'écouter pour mieux écouter; accepter de recevoir l'irrecevable; entendre et nommer même l'innommable; accepter de se départir de toutes certitudes tout en ayant le courage de nommer nos impressions ou nos hypothèses non encore validées.

Sans avoir été d'emblée conçus dans cette optique, les textes du présent numéro de *Défi jeunesse* nous lancent quelques pistes à considérer sous l'angle du savoir-être.





On en trouve une résonance dans chacun et ils nous paraissent lancer de fort belle façon cette année de vie clinique du conseil multidisciplinaire à l'enseigne de cette importante thématique.

D'abord, les auteurs Pierre Baillargeon et Daniel Puskas traitent de l'alliance thérapeutique à créer, entretenir et quelquefois, à restaurer. La sensibilité de l'intervenant à ce qui se passe dans la relation aussi bien qu'à l'intérieur de lui, permet de prendre soin de cet ingrédient essentiel qu'est l'alliance tout au long de la démarche.

Ensuite, l'auteur Koffi Folly décrit la sensibilité et le discernement requis pour mieux détecter les enjeux dans lesquels des enfants peuvent être entraînés malgré eux, lorsqu'un conflit de séparation prend forme au cours de la rupture du couple parental. Sensibilité et jugement professionnel qui permettront ensuite de poser des gestes de protection ajustés à l'intensité du conflit vécu et du tort potentiel encouru par l'enfant.

Les textes de Linda Ounis, puis de Pierre Bouchard et leurs collaborateurs du milieu communautaire permettent de voir comment le savoir-être peut se déployer dans une collaboration entre le CJM-IU et des organismes communautaires, pour mettre en place une activité vraiment bénéfique à certains de nos jeunes.

Un savoir-être qui se manifeste et se développe autant chez des bénévoles soucieux de donner un coup de main à des jeunes en difficulté que chez les intervenants du CJM-IU qui les soutiennent dans leur accompagnement.

Enfin, le propos des auteures Lafrance et Laurier fait appel à une sensibilité que le courant ambiant autour de la LSJPA ne favorise peut-être pas de prime abord, en posant la question de la présence de troubles de santé mentale parmi les jeunes contrevenants. La responsabilisation tant prônée par la législation peut-elle être efficace si on ne tient pas compte des entraves posées par les difficultés de santé mentale vécues par certains de ces jeunes? Accompagner ces adolescents requiert une souplesse dans le savoir-être au quotidien pour s'ajuster aussi bien à leurs forces qu'à leurs fragilités et pour les maintenir dans un mouvement évolutif.

Bonne lecture! <



# L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : CONCEPTION, PRATIQUE

**Pierre Baillargeon** ps.éd., Ph.D., Département de psychoéducation, UQTR,  
**Daniel Puskas** ps.éd., psychothérapeute, psychanalyste, superviseur-formateur, DSREA

## CONCEPTION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Tout intervenant souhaite le succès de son intervention. Les facteurs qui influencent celle-ci sont multiples. L'alliance thérapeutique en constitue un prédicteur de succès. Elle conçoit l'intervention comme une entreprise de collaboration en définissant l'équipe d'intervenants et les clients clés comme les joueurs de la même équipe. L'alliance unit les systèmes du client et de l'intervenant pour créer un système thérapeutique inclusif et efficace. Plusieurs chercheurs, comme, par exemple, Horvath et Symonds (1991; Martin, Garske et Davis (2000); Samstag, Batchelder, Muran, Safran et Winston (1998), ont évalué les effets à court et à long terme des thérapies psychodynamiques, cognitives et expérientielles avec des clients dont les problèmes varient. Ils ont découvert que la qualité de l'alliance thérapeutique s'associe à un vaste éventail de résultats positifs.

## DIMENSIONS DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Selon Bordin (1979), les trois principales dimensions du contenu de l'alliance thérapeutique sont le lien, les objectifs et les tâches.

- La première dimension de l'alliance, le lien, se rapporte à la qualité affective de l'alliance et inclut des aspects de la relation système client-intervenant comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. La dimension du lien couvre l'extension selon laquelle l'intervenant devient une personne significative et un objet chargé

d'émotions pour le client, et le fait que le client sent que l'intervenant s'engage et se préoccupe de lui.

- La seconde dimension majeure de l'alliance, les objectifs, se réfère à l'extension selon laquelle le système client fait l'expérience d'un système intervenant qui travaille avec lui sur les problèmes pour lesquels il demande de l'aide ou pour lesquels le système intervenant est mandaté par un tiers pour intervenir – par exemple en vertu d'une ordonnance de la Loi sur la protection de la jeunesse.
- La dimension des tâches porte sur les activités dans lesquelles les systèmes de l'intervenant et du client s'engagent pendant l'intervention. De façon spécifique, elle se réfère à l'extension selon laquelle le système client considère que les tâches correspondent à ses attentes et les trouve confortables. C'est le degré de bien-être ou d'anxiété que le client expérimente par rapport aux tâches. Par exemple, l'intervenant peut encourager fortement Louise, une jeune femme de 17 ans hospitalisée pour une tentative de suicide, à dire à ses frères et sœurs plus âgés et à ses parents que son oncle l'a abusée sexuellement de l'âge de 10 à 14 ans. Si Louise a trop peur de s'engager dans cette tâche, elle sera en conflit. Les attentes de l'intervenant dépassent le seuil de confort de Louise. Même si Louise pense que se confier à ses frères, à ses sœurs et à ses parents est une bonne idée, même si ses attentes pour les tâches sont



congruentes avec celles de l'intervenant, sur le plan émotif, la tâche peut s'avérer au-delà de ses forces à ce moment-là. Si l'intervenant insiste pour qu'elle s'engage dans cette tâche, la composante tâche de l'alliance sera sérieusement compromise.

Les trois dimensions de l'alliance thérapeutique sont interdépendantes. Par conséquent, la qualité du lien influe sur la capacité du client et de l'intervenant à négocier un accord sur les tâches et les objectifs de l'intervention. L'habileté du client et de l'intervenant – donc du système thérapeutique – à négocier un tel accord module aussi la qualité du lien entre eux. En cours d'intervention, la qualité de l'alliance variera en qualité et en intensité. Il arrivera également que l'alliance soit brisée. Que fera alors l'intervenant ?

### **BRIS ET RESTAURATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE**

Un bris de l'alliance n'a pas que des effets négatifs. Des auteurs comme Florsheim (2000) et Safran, Crocker, McMain et Murray (1990) soutiennent que les thérapies comportant des ruptures de l'alliance semblent plus efficaces que les thérapies sans ruptures, à la condition, toutefois, que l'alliance soit restaurée. Dans l'intervention, les cas les plus réussis impliquent au moins un épisode de bris de l'alliance et de restauration de l'alliance. Les cas dans lesquels les bris ne se produisent pas ne s'avèrent pas aussi puissants que ceux dans lesquels il y a un ou plusieurs bris. L'alliance mise à l'épreuve et réparée devient plus forte que celle qui n'a pas été mise à l'épreuve.

L'alliance, un phénomène dynamique, diffère d'un système thérapeutique à l'autre et change dans le même système au cours

de l'intervention. À mesure que l'intervention progresse, l'alliance devient habituellement plus intense. Une crise de l'alliance entre les systèmes du client et de l'intervenant peut se produire à n'importe quel moment, car habituellement, dans toutes les interventions qui durent un certain temps, l'alliance se brise à un moment donné, peu importe l'intention ou l'expertise de l'intervenant. Les bris sont inévitables. Presque toutes les interventions contiennent des épisodes dans lesquels les clients se sentent incompris de l'intervenant ou désappointés. C'est pourquoi il est très important pour un intervenant de pouvoir repérer le plus rapidement possible les indices du bris de l'alliance.

### **INDICES DU BRIS DE L'ALLIANCE**

Safran et al., (1990) proposent des indices pour identifier les bris de l'alliance. Ces indices sont des verbalisations ou des comportements du client révélateurs d'un bris de l'alliance. Les auteurs proposent sept révélateurs d'un bris de l'alliance.

#### **L'expression directe d'un sentiment négatif**

Un signe fréquent d'un bris de l'alliance est l'expression, par le client, de sentiments négatifs à l'égard de l'intervenant. Par exemple, le client dit à l'intervenant : « Je ne t'aime pas ».

#### **L'expression indirecte de sentiment négatif ou d'hostilité**

Certains clients communiquent indirectement leurs sentiments négatifs ou leur hostilité par des sarcasmes, des comportements non verbaux ou des comportements passifs-agressifs. Par exemple, le client a vécu une situation de rejet et d'humiliation au cours de la fin de semaine : au cours de l'entrevue suivante, le client se sent rejeté et humilié par l'intervenant.

#### **Le désaccord avec les objectifs ou les tâches de l'intervention**

Un autre indice fréquent est le fait que le client questionne les objectifs ou les tâches que propose l'intervenant ou les rejette. Le degré d'accord entre le client et l'intervenant sur les objectifs et les tâches médiatise la force de l'alliance thérapeutique. Dans certains cas, le désaccord peut être la manifestation superficielle de problèmes sous-jacents.

#### **La complaisance**

La complaisance du client est aussi un indicateur de problèmes dans l'alliance thérapeutique. Dans ce type de situation, plutôt que de risquer de brouiller la relation avec l'intervenant, le client acquiesce. Par exemple, le client qui a peur de dire non à une tâche, de crainte de se brouiller avec l'intervenant ou de susciter un rejet, exprime un accord avec une tâche à laquelle il ne donne pas suite.

#### **Les manœuvres d'évitement**

Le client peut aussi s'engager dans des manœuvres d'évitement pour réduire l'anxiété associée à une rupture de l'alliance. Par exemple, le client peut se protéger d'un sentiment de menace en ne répondant pas aux interventions ou en sautant d'un sujet à l'autre, empêchant ainsi l'intervenant d'explorer plus avant une question. Le client peut aussi ignorer complètement les remarques de l'intervenant, il peut arriver en retard, annuler un rendez-vous ou ne pas se présenter à une rencontre.

#### **Les comportements qui rehaussent l'estime de soi, comme défense à une dévalorisation**

Pendant le processus de rupture, les comportements du client se caractérisent parfois par des communications d'autojustification ou de valorisation de soi. Un client peut essayer de se justifier ou de se

défendre pour regagner une estime de soi perdue. D'autres exemples de comportements qui visent le rehaussement de l'estime de soi comprennent les tentatives du client pour gonfler son estime de soi en présentant des images positives de lui-même à l'intervenant. Par exemple, un client essaie de gonfler ses réalisations quand il se sent critiqué par l'intervenant. Le client peut protéger son estime de lui-même en attaquant l'intervenant par des remarques directes ou en le dévalant subtilement par des sarcasmes.

#### **La non-réponse à une intervention**

Un dernier indice de la rupture de l'alliance est la non-réponse à l'intervention. Cet indice se caractérise par une séquence d'événements dans laquelle un client ne répond pas positivement à une intervention

particulière ou ne l'utilise pas. Par exemple, l'intervenant offre une interprétation que le client rejette ou tente de défier sans succès, ou encore, il n'utilise pas les moyens proposés qui ont fait l'objet préalable d'accord.

#### **LES PRINCIPES POUR RESTAURER L'ALLIANCE**

La restauration de l'alliance, à la suite d'une rupture de celle-ci, implique un échange entre le client et l'intervenant sur leur relation. C'est à l'intervenant qu'incombe la responsabilité d'être garant des principes qui guident ces échanges. Safran et al., (1990) décrivent cinq principes.

#### **Porter attention aux ruptures de l'alliance**

Porter attention aux ruptures de l'alliance s'avère une étape critique parce qu'elle amorce le processus

de sa restauration. Le client hésite souvent à communiquer un sentiment négatif à l'intervenant. Les indices de rupture présentés précédemment peuvent faciliter le processus.

#### **Être conscient de ses propres sentiments**

La conscience de ses propres sentiments est une étape critique pour plusieurs raisons. Les sentiments de l'intervenant peuvent servir de baromètre pour évaluer la qualité de la relation. Si le client se sent suffisamment en sécurité pour permettre à l'intervenant d'entrer dans son monde intérieur, l'intervenant devrait éprouver un sentiment de véritable empathie pour lui. L'absence d'une telle expérience peut indiquer une rupture de l'alliance. De plus, les sentiments de l'intervenant peuvent donner des informations importantes qui lui serviront



pour échanger avec le client sur leur relation. Enfin, l'identification précise de ses propres sentiments est une partie importante de l'acceptation de ses responsabilités. Si l'intervenant s'avère incapable d'identifier ses propres sentiments avec précision, des facteurs inconscients biaiseront sa relation. Par exemple, un intervenant qui est en colère contre son client, et qui est inconscient de ce sentiment, peut le communiquer de façon subtile en punissant le client. Être conscient de ses sentiments ne peut se dissocier de l'analyse des réactions émotives de l'intervenant face au client et à ses diverses difficultés relationnelles. C'est ce que nous nommons l'analyse de son contre-transfert.

### Accepter ses responsabilités

La reconnaissance par l'intervenant de son rôle dans la relation est l'une des composantes les plus importantes pour résoudre les bris de l'alliance. En effet, lorsqu'il y a une rupture de l'alliance thérapeutique, le client et l'intervenant deviennent prisonniers de leurs positions. Ils essaient tous les deux de les justifier. Par exemple, un intervenant et un client s'engagent dans une lutte pour décider d'un sujet de discussion. Dans une tentative de parler avec le

l'interaction et reconnaît ses responsabilités, le client peut plus facilement concevoir le processus d'exploration comme une activité de collaboration. La situation a de fortes chances de passer d'une dynamique de confrontation à une dynamique de partenariat. Parler de la rupture comme « de notre problème » plutôt que « de votre problème » permet de commencer à développer une connivence et éventuellement de restaurer la rupture de l'alliance.

### Manifester de l'empathie pour l'expérience du client

En plus de reconnaître sa responsabilité dans l'interaction, il peut être utile que l'intervenant manifeste au client une compréhension empathique. Si l'intervenant est capable de manifester, de façon adéquate, de l'empathie pour l'expérience du client pendant une rupture de l'alliance et de communiquer sa compréhension, le client peut se sentir compris et trouver qu'il est plus facile de commencer à explorer ce qui se passe dans l'intervention. En plus de se sentir compris, une réponse empathique adéquate peut aider le client à identifier ses propres sentiments, ce dont il n'est pas toujours pleinement conscient. Généralement, quand l'intervenant

nuire à sa résolution. Cette situation peut se produire lorsque le client se sent traité avec condescendance, comme si les réponses empathiques de l'intervenant signifiaient qu'il s'agit du problème du client plutôt que d'un problème partagé.

### Maintenir la condition d'observateur participant

Quand l'intervenant a commencé à parler de la relation intervenant-client, il est vital qu'il maintienne sa condition d'observateur participant. Les intervenants font souvent l'erreur de devenir prisonnier d'un cycle interpersonnel dysfonctionnel après avoir amorcé le processus d'échange sur leur relation avec le client. Une telle attitude devrait favoriser une métacommunication - soit une communication sur leur communication.

Le repérage des bris de l'alliance apparaît comme une condition indispensable à un accompagnement de qualité. Outre l'observation et l'observation participante, les intervenants disposent d'un outil concret qui mesure la qualité de l'alliance thérapeutique soit l'IAT : l'Inventaire de l'alliance thérapeutique.

### L'IAT

L'une des façons d'évaluer l'alliance thérapeutique est l'utilisation de l'IAT - l'Inventaire de l'alliance thérapeutique. Une bonne évaluation de l'alliance thérapeutique permettra le repérage des bris de l'alliance et le développement de bonnes stratégies de sa restauration.

Mais d'abord, qu'est-ce que l'IAT - l'Inventaire de l'alliance thérapeutique? En anglais, Working Alliance Inventory (WAI), a d'abord été conçu pour les besoins de la recherche par Horvath (1989). Traduit par Baillargeon et Leduc (2002), cet outil devient en français l'Inventaire de l'alliance thérapeutique (IAT).

## LA RECONNAISSANCE PAR L'INTERVENANT DE SON RÔLE DANS LA RELATION EST L'UNE DES COMPOSANTES LES PLUS IMPORTANTES POUR RÉSOUDRE LES BRIS DE L'ALLIANCE.

client de ce qui se passe, l'intervenant dit : « J'ai l'impression que vous essayez de contrôler la discussion ». Le client, qui s'engage dans le débat dans le dessein de maintenir son estime de soi, perçoit ce commentaire comme un blâme et éprouve un plus grand besoin de contrôler l'interaction pour maintenir son estime de soi. Si l'intervenant s'inclut dans la description de

devient capable de manifester une véritable empathie pour l'expérience intense et pénible du client, ce dernier cesse de se protéger pour s'ouvrir et explorer la situation.

Bien que la manifestation d'une compréhension empathique de l'expérience du client facilite souvent la résolution d'une brisure de l'alliance, dans certains cas, elle peut

Il s'agit d'un questionnaire comportant 36 items mesurés sur une échelle de type Likert à sept points d'ancrage (1 = Jamais, 7 = Toujours). Cet instrument a été construit à partir de la définition de l'alliance de Bordin (1979) et comprend trois sous-échelles :

- La qualité du lien;
- L'accord sur les objectifs;
- L'accord sur les tâches.

Les scores à l'échelle globale varient entre 12 et 84; plus le score est élevé, plus l'alliance est forte.

L'IAT comprend deux formulaires : l'un évalue l'alliance thérapeutique du point de vue du client et le second, du point de vue de l'intervenant. Les auteurs ont mené une expérimentation avec l'ensemble des spécialistes en activités cliniques de la Direction des services de réadap-

d'activités du quotidien ou liées à des programmes cliniques spécialisés. Ils accompagnent des sujets à travers des moments de vie en mode individuel ou de groupe. Ils occupent une fonction de substitut parental, par exemple dans les soins à donner et en incarnant l'autorité. Ils agissent également comme médiateurs dans la gestion des conflits. À travers ces différents rôles, ils permettent aux sujets de mettre en pratique ce qu'ils sont en train d'apprendre et, éventuellement, à généraliser cet apprentissage à d'autres situations de vie.

Cet ensemble de rôles augmente la difficulté de repérer les bris de la relation thérapeutique, et par conséquent, complique la tâche dans la restauration de l'alliance. Pourquoi l'alliance est-elle brisée? Est-ce dû au rôle d'autorité assumé lors d'une présence? Est-ce dû au manque

outil servant à des fins de recherche, mais devient, entre les mains des intervenants, un outil clinique.

Chaque accompagnateur passait l'IAT et le faisait passer à son jeune de suivi. Ce qui intéressait les auteurs, c'était l'utilisation clinique que les intervenants pouvaient en faire. Dans l'expérimentation que les intervenants ont faite avec leurs clients, il a été constaté que l'utilisation de cet outil comme moyen de mise en interaction permet un travail clinique et augmente la qualité de l'alliance thérapeutique dans ses trois dimensions : objectif, tâches et lien thérapeutique.

Concrètement, la comparaison des deux résultats – celui du client et celui de l'intervenant – devient un moment de discussion sur les résultats comparatifs et sur le pourquoi de ces différences et de ces convergences. Par exemple, « tiens, nous n'avons pas le même score sur les objectifs. Comment comprends-tu cela? Qu'est-ce que nous n'avons pas compris de la même façon? Comment pourrions-nous réviser cela pour être d'accord sur l'objectif poursuivi? »

### IL A ÉTÉ CONSTATÉ QUE L'UTILISATION DE CET OUTIL COMME MOYEN DE MISE EN INTERACTION PERMET UN TRAVAIL CLINIQUE ET AUGMENTE LA QUALITÉ DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS SES TROIS DIMENSIONS : OBJECTIF, TÂCHES ET LIEN THÉRAPEUTIQUE.

tation à l'enfance et aux adolescentes (DSREA). Pierre Baillargeon est venu former les intervenants à l'alliance thérapeutique, à la reconnaissance des bris et ruptures de l'alliance, aux mécanismes de restauration et à la passation de l'IAT. Il y a eu ensuite discussion en séminaire clinique afin que les participants s'approprient le contenu et réfléchissent à son utilisation avec la clientèle.

Ces thérapeutes du quotidien travaillent en situation de vécu partagé, ce qui recèle des possibilités particulières. Ils remplissent divers rôles au cours de leur travail clinique. Ils sont des organisateurs

d'empathie lors de la dernière rencontre d'accompagnement? Est-ce dû à un transfert négatif dont l'intervenant est l'objet, mais sans en connaître les raisons? On le voit, la situation est fort complexe.

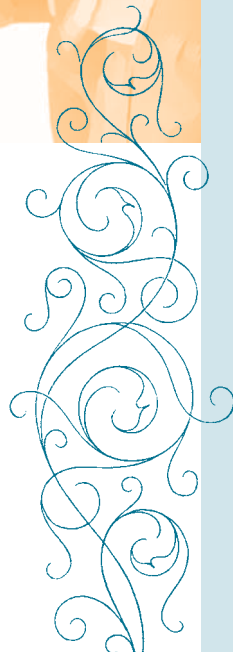
C'est lors de ces séminaires qu'a surgi l'idée d'utiliser l'IAT comme moyen de mise en interaction. Selon le modèle psychoéducatif, les moyens de mise en interaction sont l'ensemble des façons dont un psychoéducateur peut accompagner un sujet de manière à le mettre en relation avec les éléments du réel et avec lui-même (Puskas, Caouette, Dessureault et Mailloux, 2012). Ainsi, l'IAT n'est pas seulement un

Il importe que l'intervenant anime ce moment dans un esprit qui favorise le plus possible l'affirmation du point de vue du client. Si le client est capable de bien affirmer son point de vue, une plus grande adhésion de celui-ci aux objectifs de son plan d'intervention est concevable. Et si celui-ci s'affirme pour faire valoir un autre point de vue, c'est là une belle occasion de négociation et de clarification de notre mandat, par exemple. Durant l'expérimentation, des commentaires de clients à la passation de l'IAT ont été recueillis. Certains apparaissent particulièrement significatifs. Ils se sentent directement impliqués et considérés. Ils disent qu'ils éprouvent un

sentiment de contrôle et de pouvoir sur leur plan d'intervention. L'IAT devient un levier clinique qui crée un espace de communication où les clients peuvent affirmer leurs besoins et intérêts. Il crée ainsi une métacommunication entre le client et l'intervenant. Ce dernier est alors plus à même de repérer les bris de l'alliance – on peut en discuter avec le principal intéressé – et d'élaborer des stratégies concrètes de restauration.

### Conclusion

L'alliance thérapeutique est un concept incontournable dans un accompagnement clinique de qualité. La maîtrise par les intervenants des différents éléments qui y sont associés, tels que : la création de l'alliance, son maintien, le repérage des bris de l'alliance et les stratégies de sa restauration permettent d'améliorer la qualité de cette alliance. L'utilisation de l'IAT s'avère un outil supportant concrètement l'intervenant dans cette tâche. <



### Note

Les termes : "système client" et "système intervenant" réfèrent au fait que le client n'est pas seul, au Centre jeunesse : c'est généralement une famille – un système familial; même chose pour le système intervenant : c'est une équipe d'intervenants avec son chef, des conseillers, un réviseur. Le système client et le système intervenant forment le système thérapeutique.

### Références bibliographiques

- Baillargeon, P. et A. Leduc (2002). *Inventaire de l'alliance thérapeutique (IAT)*. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. et P. Murray (1990). « Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation », *Psychotherapy*, vol. 27, 154-165.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T. et W.-C. Hwang (2000). « Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 29, 94-107.
- Bordin, E. (1979). « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 16, 252-260.
- Horvath, A.O. et B.D. Symonds (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 38, 139-149.
- Horvath, A.O. et L.S. Greenberg (1989). « Development and validation of the Working Alliance Inventory », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 36, 223-233.
- Martin, D.J., Garske, M.J. et M.K. Davis (2000). « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, 438-450.
- Puskas D., Caouette M., Dessureault D. et C. Mailloux (2012). *L'accompagnement psychoéducatif*, Bêliveau Éditeur, p.63.
- Samstag, L.W., Batchelder, S., Muran, J.C., Safran, J.D. et A. Winston (1998). « Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables », *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, vol. 5, 126-143.

## LE CONFLIT DE SÉPARATION COMME MOTIF POUVANT ENGENDRER LA COMPROMISSION DE L'ENFANT, EN VERTU DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

**Koffi Folly**, M.Sc, Crim. agent de relations humaines, DPJ, CJM-IU

### INTRODUCTION

Il est une situation - le conflit de séparation - au sens de l'article 38 c) de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) pour laquelle l'intervention en protection peut laisser chez plus d'un intervenant un goût amer, sur fond de frustration, de sentiment d'impuissance et d'insatisfaction, que ce soit à l'étape évaluation / orientation ou à celle de l'application des mesures volontaires ou judiciaires.

Il est courant d'entendre les intervenants exprimer leur désarroi face à ce combat acharné et sans lendemain que se livrent les parents, dans une ambiance faite de haine et de rancunes tenaces, dans laquelle l'enfant est pris en otage. Ces intervenants ont le sentiment de ne pas être en mesure de démontrer suffisamment la compromission de l'enfant et considèrent ne pas disposer des outils cliniques nécessaires ou appropriés au suivi social de l'enfant et de sa famille.

Qu'à cela ne tienne, l'univers de la parentalité se modifie profondément et sans frein et le conflit de séparation entre les parents apparaît dorénavant, plus que jamais, comme l'une des problématiques qui méritent une attention particulière en matière de protection de la jeunesse, considérant les cas les plus sévères qui font l'objet de signalement. Le conflit de séparation n'est pas une problématique d'une ampleur nouvelle, mais elle fait l'objet d'une préoccupation toute spéciale dans le champ

de la protection depuis les amendements à la loi en 2007, avec l'ajout à l'article 38 c) d'un motif de compromission, soit les mauvais traitements psychologiques.

Il importe de préciser que les enfants du divorce/séparation ne présentent pas pour autant des psychopathologies plus importantes que le reste de la population juvénile, même s'ils développent des troubles de comportement. Ils ne sont pas systématiquement en échec scolaire, ni ne deviennent plus agressifs vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. Les perturbations que l'enfant peut vivre viennent surtout des conflits parentaux, dans la mesure où il ne sait plus très bien comment faire confiance à son père et à sa mère. Des résultats de recherches stipulent que les difficultés d'adaptation de l'enfant suivant la rupture émanent davantage des conflits entre les parents que des modalités de garde (Otis, 1997).

Après avoir évalué et confronté des situations de conflit de séparation dans le cadre de notre pratique, nous sommes amenés à produire cet article qui ne vise pas à élaborer un référentiel, mais à susciter la réflexion chez les intervenants sociaux, judiciaires et les chercheurs sur les enjeux clinico-juridiques de cette problématique. Cet article n'a pas pour objet ultime l'aliénation parentale, mais celle-ci va certainement être abordée pour en préciser les impacts chez l'enfant et souligner, en la matière, la position des tribunaux.



Il convient, d'abord, de proposer, toute proportion gardée, une définition du conflit de séparation, comme cadre de référence de notre réflexion. Nous examinerons, ensuite, l'intervention sociale en protection en contexte de situation de conflit de séparation, en tenant

compte des critères de détermination de la compromission au sens de l'article 38 c) de la loi. À ce propos, nous aborderons quelques-unes des répercussions dans lesquelles se trouve placé l'enfant lorsqu'il est l'enjeu du conflit de ses parents. Enfin, nous nous attarderons sur les défis et les priorités d'intervention

elle-même, mais bien plutôt la discorde familiale si souvent associée à la séparation et qui porte préjudice à l'enfant de par son implication directe ou par ricochet.

Afin de bien évaluer et diriger les familles vers les modalités de garde les plus adéquates pour l'enfant, Garis et Barity (1994) ont élaboré une typologie des conflits postrupture qui tient compte du degré de conflit entre les parents. Allant du conflit minime au conflit grave, voici comment ces auteurs définissent les conflits post-rupture :

- Le conflit minime fait référence à la coopération des parents; ceux-ci parviennent à distinguer les besoins des enfants de leurs propres besoins; ils sont capables de résoudre de façon rapide et adéquate les conflits et demeurent accessibles à l'autre parent sans ressentir de colère prolongée ou d'émotions négatives.

- Le conflit léger rend compte de la présence de querelles occasionnelles et de dénigrement léger de l'autre parent en présence de l'enfant; les enfants se font quelquefois interroger concernant certains aspects de la vie de l'autre parent et, à l'occasion,

sont encouragés à prendre parti contre l'autre parent.

- Le conflit modéré est celui où l'on assiste à des accusations ouvertes mais sans violence physique; des menaces de recourir au système judiciaire, le dénigrement régulier de l'autre parent, des acharnements fréquents pour que l'enfant prenne partie contre l'autre parent sont présents dans ce type de conflit.

- Le conflit assez grave est présent lorsque le développement de l'enfant est relativement compromis; on remarque des accusations graves, des allégations et des tentatives d'enlèvement; des comportements violents sont observés, comme des claquements de porte, des menaces de violence physique, des projections d'objets; en présence de ce conflit, l'enfant devient aliéné.

- Le conflit grave concerne la situation qui met en péril la santé



compte des critères de détermination de la compromission au sens de l'article 38 c) de la loi. À ce propos, nous aborderons quelques-unes des répercussions dans lesquelles se trouve placé l'enfant lorsqu'il est l'enjeu du conflit de ses parents. Enfin, nous nous attarderons sur les défis et les priorités d'intervention

### LE CONFLIT DE SÉPARATION : ESSAI DE DÉFINITION ET TYPOLOGIE

Selon la définition tirée du Système de soutien à la pratique (SSP), version 2009 : « L'enfant est considéré comme victime de mauvais traitements psychologiques s'il est exposé aux conflits de couple entre les ex-conjoints de son milieu de vie. Il n'est pas ici question d'exposition à de la violence conjugale mais à des relations très chargées émotionnellement, suscitant une très forte hostilité entre les parents et dont l'enfant est témoin. D'une façon régulière et persistante, [...] l'enfant est utilisé comme moyen de commu-

psychologique et physique de l'enfant de façon imminente; on assiste à des cas d'agression physique, d'abus sexuel et de négligence grave; souvent, ces parents présentent des traits psychopathologiques graves et/ou font usage d'une consommation importante d'alcool et de drogues.

### L'INTERVENTION SOCIALE EN PROTECTION EN CONTEXTE DE CONFLIT DE SÉPARATION

#### Les critères de détermination de la compromission au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse

Aux fins de la présente loi, « toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants : la nature, la gravité, la chronicité, la fréquence des faits signalés; l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant; la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant; les ressources du milieu

logiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement.

Lorsque le signalement d'une situation de conflit de séparation donne cours à l'évaluation /orientation, l'intervenant social doit prendre en compte, non seulement les critères visés à l'article 38.2. LPJ, lesquels critères constituent ce qui est communément appelé la grille d'analyse, mais aussi ceux visés à 38 c) LPJ, et ce, dans la détermination de la compromission de l'enfant.

Le législateur a ajouté à l'article 38 c) un motif de compromission, soit les mauvais traitements psychologiques : « lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation...». Utiliser l'expression «notamment»

plutôt en une atteinte à l'intégrité psychologique de l'enfant pouvant affecter son développement et toutes les sphères de son fonctionnement.

Les critères de l'article 38 c) sont de trois ordres : la gravité du comportement, sa continuité et le préjudice qu'il peut causer à l'enfant. Ces critères doivent être évalués subjectivement suivant les circonstances de chaque situation. En outre, le préjudice causé à l'enfant doit être supérieur à celui auquel sont exposés tous les enfants qui sont témoins ou conscients des litiges découlant de la rupture de leurs parents (Protection de la jeunesse 12451, 2012 QCCQ 7792).

#### Quelques-unes des répercussions dans lesquelles se trouve placé l'enfant lorsqu'il est l'enjeu du conflit de ses parents

À l'étape évaluation/orientation, l'intervenant doit recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères (au sens de la loi), en vue de prendre une décision. Dans cette optique, il peut analyser les comportements des parents qui sont de nature à porter préjudice à l'enfant, en regard, entres autres, de l'existence du conflit de loyauté, de la parentification, de l'aliénation parentale.

En ce qui concerne le conflit de loyauté, on retiendra que, si le conflit est mineur, cette loyauté n'est pas ébranlée. Par contre, la véritable nature des relations très conflictuelles entre les parents met à rude épreuve la loyauté des enfants. Selon Thayer et Zimmerman (2008), ce qui empire les choses, c'est que les enfants doivent aussi se débattre avec le fait qu'il y a une image de qui est « méchant » quand ils sont avec un parent et, naturellement,

### LA VÉRITABLE NATURE DES RELATIONS TRÈS CONFLICTUELLES ENTRE LES PARENTS MET À RUDE ÉPREUVE LA LOYAUTÉ DES ENFANTS.

pour venir en aide à l'enfant et à ses parents. » (Article 38.2 LPJ)

Il est tenu compte de ces critères (la nature, la gravité, la chronicité, la fréquence des faits signalés; l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant; la capacité et la volonté des parents) lors de l'évaluation du signalement, quelle que soit la situation dans laquelle se retrouve l'enfant aux termes de l'article 38 LPJ : situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psycho-

pour introduire une liste de situations et les termes «de nature à lui causer un préjudice», l'article 38 c) en a permis une interprétation large afin de couvrir un grand nombre de situations, dont celle qui fait l'objet de notre réflexion, le conflit de séparation. Bien qu'ils demeurent encore difficiles à dépister, à évaluer et à prouver, les mauvais traitements psychologiques envers les enfants constituent une forme de mauvais traitements de plus en plus reconnue. Ces situations consistent

une autre image de qui est « bon » ou « mauvais » quand ils sont avec l'autre parent. C'est le cas de l'enfant pris entre les désirs de ses parents, contraint de choisir l'amour de l'un au détriment de l'autre (loyauté clivée), en particulier lorsque la méfiance et le mépris sont mutuels. Ce conflit

tions mais qui n'est jamais pathologique en soi. Boszormenyi-Nagy (1991) décrit trois rôles caractéristiques de l'enfant parentifié : le rôle de soignant, à rapprocher de l'enfant « thérapeute », le rôle de sacrifié ou de bouc émissaire, le rôle neutre. Par contre, si cette parentification

le comportement (maltraitant ou toxique) du parent rejeté ne soit pas l'origine principale de ce rejet de la part de l'enfant. On peut constater que cette définition est centrée sur ce que l'enfant manifeste comme symptôme et comme comportement. Il n'est pas inutile de rappeler ici que



s'exprime de différentes façons : méfiance envers l'autre parent (avec les attitudes d'indifférence, de fuite ou d'ambivalence qui la traduisent), phénomènes de somatisation qui traduisent un trouble de la symbolisation et un dysfonctionnement dans les processus d'identification, parti-pris qu'adopte délibérément l'enfant pour le parent qu'il estime victime de la séparation. L'enfant s'attache à soutenir ce parent-là, ce qui peut conduire à sa parentification (Boszormenyi-Nagy, 1991).

Ensuite, en ce qui concerne la parentification de l'enfant, il s'agit d'un processus qui peut amener un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le veulent son âge ou sa maturation, dans un contexte socio-culturel et historique précis qui le conduit à devenir un parent pour ses parents. C'est donc un processus qui implique toujours plusieurs généra-

se poursuit sur une longue durée et, surtout, si elle n'est pas reconnue, elle peut devenir un véritable fardeau pour l'enfant. Les parents peuvent souvent prendre leur enfant « en otage » pour répondre à leurs besoins narcissiques, à des désirs de vengeance, ou l'utilisent comme moyen de rester impliqués dans une relation conjugale malsaine (Le Goff et Garrigues, 1994).

Enfin, au chapitre de l'aliénation parentale, le conflit atteint peut-être son degré le plus dévastateur auprès des enfants et de leurs parents. C'est la condition psychologique d'un enfant qui, dans un contexte de séparation parentale conflictuelle, s'allie avec le parent proche (préféré) et s'écarte, dénigre ou rejette l'autre parent (autrefois aimé et respecté), d'une manière injustifiée ou totalement disproportionnée par rapport aux reproches invoqués. Ceci bien entendu à condition que

s'il n'y avait pas d'enfant « porteur de symptôme », personne ne parlerait d'aliénation parentale. (Hemptinne, Renchon et Bernet, 2011). Il faut convenir que l'enfant peut souffrir du conflit sévère entre ses parents, sans toutefois présenter des symptômes.

Quoi qu'il en soit, les tribunaux en appellent à la prudence lorsque, pour déterminer la compromission, l'intervenant est amené à décrire le comportement d'un parent comme étant de l'aliénation parentale. C'est du reste ce qui ressort en substance d'une décision de la Cour du Québec : « Il faut être extrêmement prudent avant de classer les situations dans lesquelles se trouvent les parents, dans différentes catégories. Chaque situation doit être considérée suivant ses circonstances propres, la personnalité propre des enfants et des parents. Il faut surtout éviter une catégorisation qui risquerait de piéger les tribunaux dans des

formules et solutions tranchées sans considération de la spécificité de la famille ». (JE 2002-684 (C.Q.) Juge Normand Bonin)

## LES DÉFIS ET PRIORITÉS DE L'INTERVENTION

L'intervention sociale en contexte de conflit de séparation entraîne

de l'intervention. Il convient ainsi d'analyser cette perception dans ce qu'elle génère chez l'enfant et dans ce qu'elle lui procure. Qu'a-t-il à gagner dans un conflit, y-a-t-il pour lui un bénéfice conscient ou inconscient ? L'enfant éprouve-t-il un plaisir à être dans l'adversité, dans l'antagonisme ?

les problèmes de l'enfant et des parents, la démarche vise à déterminer les besoins non comblés qui sont à l'origine des problèmes. Comme l'identification de ces besoins est effectuée par les personnes en cause, avec l'aide d'une tierce personne, il y a davantage de possibilités qu'elle corresponde



dans son sillage des défis et des priorités. Il convient d'en énumérer quelques-uns.

- Donner à l'enfant le moyen d'exprimer ce qu'il ressent. Il n'est pas toujours facile à l'enfant de parler de ses intérêts sans penser à ses parents. Tenir compte de sa parole dans le conflit ne consiste pas à lui demander de prendre parti, et encore moins de décider pour les adultes, mais plutôt d'entendre sa souffrance;
- Défaire le sentiment de culpabilité, car l'enfant se voit comme le réparateur et le gardien de l'unité du couple parental. La séparation conflictuelle des parents peut faire naître un sentiment de culpabilité chez l'enfant, quand il doit choisir un parent contre un autre;
- Prendre en compte la perception du conflit par l'enfant tout le long
- Distinguer l'aliénation parentale d'autres situations non problématiques, telles que la réaction normale de colère qu'un enfant peut avoir envers un des parents à la suite de leur séparation, le détachement affectif souhaitable entre un enfant et le parent qui a abusé de lui. D'autres auteurs, tels Bone et Walsh (1999), soulignent que le diagnostic du syndrome d'aliénation parentale demeure un terme réservé aux professionnels de la santé mentale qui vont en Cour en tant que témoins experts, et qu'on devrait en restreindre l'utilisation;
- Appliquer les principes et les techniques associés à la médiation qui s'insère dans le processus même de l'intervention. En premier lieu, la démarche de médiation permet de traduire les difficultés éprouvées en termes de besoins à satisfaire. Au lieu de mettre l'accent sur

vraiment à leurs préoccupations réelles. En second lieu, la démarche de médiation permet également la recherche des réponses les mieux adaptées à la situation de chacun. Le fait de pouvoir trouver par soi-même les solutions aux difficultés éprouvées permet une plus grande appropriation de ces solutions et une plus grande mobilisation en vue de leur application, tout en rehaussant l'estime de soi et le sentiment d'une plus grande compétence personnelle;

- Mettre en évidence et faire valoir les besoins de l'enfant. Les enfants sont très sensibles au climat qui règne dans la famille. Par exemple, un enfant peut garder sa distance avec ce qui arrive à ses parents, ce n'est pas de l'indifférence. Il ne cherche qu'à se protéger émotionnellement (Babu et Bonnoure Auffer, 2003);

- Faire diligence dans l'intervention. La nécessité d'agir avec diligence constitue un autre principe reconnu dans la Loi. Il convient donc de favoriser des mesures auprès de l'enfant et de ses parents en prenant en considération qu'il faut agir avec diligence pour assurer la protection de l'enfant, compte tenu que la notion de temps chez l'enfant est différente de celle des adultes. Le temps de l'enfance n'étant pas le temps de l'adulte, la résolution des conflits parentaux nécessite une intervention sociale et juridique très rapide. D'ailleurs, il est à noter que le degré de réceptivité et de collaboration des parents avec l'intervenant diminue avec le temps;
- Avancer avec prudence dans le champ de l'aliénation parentale. Depuis quelques années, on assiste à un débat fort intéressant entre professionnels du droit et professionnels de l'intervention sociale afin de trouver un terme clair et évocateur pour désigner la problématique des relations postdivorce/séparation fortement conflictuelles. Le manque de clarté dans la définition et la spécificité des critères pour l'évaluer font en sorte qu'il est difficile pour les professionnels de s'arrimer à un modèle efficace de dépistage et d'orientation auprès de parents séparés fortement divisés;
- Ne s'en tenir qu'à ce qui est pertinent, essentiel. Tout au long de l'évaluation devant mener à une décision sur la compromission, les parents relatent sans cesse les multiples événements qui ont marqué leur séparation. De plus, lorsque l'histoire personnelle des parents se judiciaire et devient une « procédure de dossiers » qui va interpeller, directement

ou non, de nombreux intervenants de la sphère publique, il importe de s'en tenir à l'essentiel, lorsqu'on collige et traite les informations;

- Ne pas faire l'impasse sur l'écoute active, la reformulation, qui sont les outils de base strictement nécessaires;
- Réaffirmer les valeurs de courtoisie, d'équité, de compréhension envers l'enfant et ses parents aux termes de l'article 2.4.1. LPJ.;
- Amener les parents à intégrer des réalités positives pour se rassurer;
- Privilégier l'utilisation d'approches consensuelles, en l'occurrence, la conférence de règlement à l'amiable (CRA), en favorisant la participation active de l'enfant et de ses parents, au sens de l'article 2.3 de la présente loi. Il convient d'aborder la conférence de règlement à l'amiable avec l'enfant et ses parents au cours de l'évaluation de la situation et démontrer son efficacité. Outre la rapidité des décisions, la responsabilisation des parents, la CRA permet de dépasser la logique « gagnant-perdant », et prendre en compte le bien-être de l'enfant en priorité ! Certains parents qui perçoivent et comprennent les impacts de ce conflit sur leur enfant et qui tentent de protéger leur enfant en fonction de son besoin identitaire s'inscrivent dans la démarche de la CRA. Ce faisant, ils épargnent à leur enfant un excès de souffrance. Cette approche consensuelle permet d'exprimer leurs conflits, de les élaborer et de rétablir la communication entre eux (Lemaire, 2001).

## CONCLUSION

L'intervention en contexte de conflit de séparation n'a rien d'une sinécure; le conflit, lorsqu'il

est sévère ou grave, constitue un tourbillon destructeur de l'enfant. L'intervenant, personne autorisée, a la lourde tâche de démontrer ou, mieux encore, de faire la preuve que ce conflit inhérent à la séparation des parents porte ou est de nature à porter préjudice à l'enfant. En la matière, des dossiers de grande complexité témoignent de la nécessité absolue de se pencher ensemble sérieusement sur ces situations de mauvais traitements psychologiques importants, difficiles, délicats et souvent irritants à traiter. Certains parents cherchent à débouter l'intervenant de son mandat de protection, mais il faut résister à leurs efforts en ce sens, de façon à instaurer entre la famille et l'intervenant un contrat qui permette à chacun d'être qui il est et, dès lors, de collaborer à un travail commun au bénéfice de l'enfant dont le projet de vie se doit d'être en adéquation avec ses besoins.

Bien souvent, nous sommes en présence de parents qui aiment leur enfant, mais qui ne savent que faire du conflit qui les oppose depuis longtemps pour des raisons personnelles et qui, par ricochet, ne cesse de saper leur volonté manifeste d'offrir le meilleur à leur progéniture. Chaque situation familiale est différente; chaque enfant l'est également.

On retiendra que l'évaluation de la situation d'un enfant pris dans ce conflit, en regard de la Loi sur la protection de la jeunesse, implique de saisir avant tout l'enjeu psychique de son angoisse, mais aussi de savoir prendre des distances afin d'apporter des réponses sécurisantes et adéquates à ses besoins spécifiques. Il s'agit de prendre en compte les diverses manifestations que l'enfant utilise pour tenter d'exprimer et de communiquer son malaise interne et les soumettre à

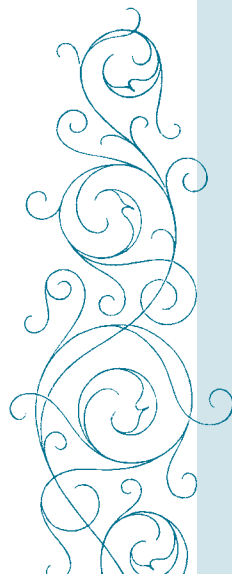
divers éclairages théoriques. L'intervenant doit aussi faire l'analyse de son propre vécu émotionnel face à ces manifestations.

La détermination de la compromission de l'enfant au sens de l'article 38 c) en ce qui a trait au conflit de séparation ne doit pas se limiter à vérifier l'existence de l'aliénation parentale chez les parents. Selon l'honorable Juge Jean-Pierre Senécal de la Cour Supérieure, la Cour n'a pas à déterminer si un diagnostic de syndrome d'aliénation parentale peut être posé dans un cas d'espèce. « Ce qui nous intéresse est ce qui se passe dans la famille et les problèmes à régler », affirme-t-il (Baribeau, L. 2003).

Au total, le conflit de séparation devient un motif de compromission, quand l'intervenant social en protection peut démontrer que le préjudice causé à l'enfant est relié notamment au fait que le conflit de séparation perdure depuis plusieurs années; que l'enfant vit un sévère conflit de loyauté, qu'il sent qu'il doit choisir le camp d'un parent; que le parent confie avec détails à l'enfant ses sentiments négatifs et les mauvaises expériences vécues avec l'autre parent; que l'enfant absorbe la négativité du parent aliénant et en est obnubilé; que le parent aliénant persiste à croire que l'enfant est victime de négligence, de maltraitance physique ou sexuelle de la part de l'autre parent, alors qu'aucune preuve en ce sens n'est établie du point de vue de la matérialité des faits; que l'enfant persiste à croire que le parent aliéné est responsable de tout événement malheureux qui survient dans la vie du parent aliénant. Ces éléments « doivent être évalués subjectivement suivant les circonstances de chaque situation » (Protection de la jeunesse 12451, 2012 QCCQ 7792). Cette subjectivité est nécessaire. Sans elle, il ne saurait être question d'évaluation. En l'absence de cette subjectivité, il est plus juste de parler de contrôle que d'évaluation. <

## Références bibliographiques

- Babu, A. et Bonnoure Auferre, P. (2003). *Guide du médiateur familial étape par étape*, Paris, Erès.
- Baribeau, L. (2003). « Aliénation parentale, Le rôle délicat de l'avocat », *Journal du Barreau du Québec*, Vol. 35, no 11.
- Berger, M. (1997). « Le vécu affectif de l'enfant confronté au divorce de ses parents », *Dialogue*, 137, 63-73.
- Bone, J.M. et Walsh, M.R. (1999). Parental Alienation Syndrome. How to detect it and what to do about it. *The Florida Bar Journal*, 73 (3), 44-48.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1991). « Glossaire de thérapie contextuelle », *Dialogue*, 111.
- Garrity, C. B. et Baris, M.A. (1994). « *Caught in the Middle: Protecting the children of High Conflict Divorce* », New York and Toronto, Lexington Books.
- Le Goff J.-F. et Garrigues A. (1994). « L'enfant, parent de ses parents », *Dialogue*, 125.
- Hemptinne, M., Renchon, J.L. et W. Bernet. (2011). « Regard enrichi sur l'aliénation parentale », *Revue trimestrielle de droit familial*, no 2, Belgique, Larcier.
- Otis, R. (1997). « Effets de la séparation des parents sur l'adaptation de l'enfant en fonction de différentes modalités de garde : un relevé des écrits expérimentaux », *Comportement humain*, vol. 10, no 1, 1-54.
- Lemaire, J.-G. (2001). « Divorce à l'eau de rose », *Dialogue*, 151, 3-20.
- Système de soutien à la pratique (SSP)*. (2009). Document de travail, Montréal, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Thayer, E.S. et Zimmerman, J. (2008), « Conflits coparentaux après une séparation », St-Constant (Qc), Broquet inc.



## → LES ATELIERS D'ANNA :

### GRUPE D'ÉDUCATION ET D'INTERVENTION POUR LES JEUNES DE 7-12 ANS AYANT UN PARENT OU UN PROCHE ATTEINT D'UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

**Linda Ounis**, adjointe clinique, DSTSE, CJM-IU,  
**Vanessa Kurdi**, animatrice aux ateliers d'Anna et candidate  
 au doctorat en psychologie, Université de Montréal



#### Note de la première auteure

J'ai entendu parler des ateliers d'Anna, il y a quelques années, par le biais de dépliants d'information disponibles aux bureaux du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). Ayant un intérêt marqué pour la problématique de santé mentale des jeunes suivis en centre jeunesse et suite à ma participation à l'élaboration du projet « Moi et mon Enfant », un groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) dont un enfant est suivi par la DPJ, je désirais approfondir ma réflexion sur les pistes d'intervention auprès des ces enfants. J'ai eu la chance d'être bénévole animatrice au sein des ateliers d'Anna. L'équipe des Ateliers d'Anna et les enfants m'ont accueillie chaleureusement. J'ai débuté la session d'automne 2012 avec eux et j'ai suivi leur rythme. J'ai fait la connaissance de six jeunes extraordinaires, majoritairement suivis par nos services de protection et référés par leurs intervenants ainsi que de deux animatrices dévouées. L'impact de l'intervention de groupe sur les jeunes était si manifeste qu'il a semblé important de faire connaître cette ressource aux intervenants du CJM-IU qui sont de plus en plus confrontés à des jeunes aux prises avec des difficultés multiples (anxiété, troubles de comportement, faible estime de soi, difficultés scolaires...)

**Linda Ounis**

#### INTRODUCTION

Les chercheurs sont unanimes à reconnaître que les troubles mentaux des parents ont des répercussions sérieuses sur le développement affectif, cognitif et social de leurs enfants. Ceux-ci vivent un important désarroi et ressentent des sentiments négatifs tels que l'impuissance, la confusion, la tristesse, la honte et la perte. Ils éprouvent des sentiments contradictoires à l'égard de leur parent malade. Ils ressentent de la culpabilité et de l'anxiété. Ces enfants que Fraiberg (1982) appelle « les enfants invisibles » souffrent en silence. Leurs besoins sont souvent peu considérés, étant donné la complexité de la situation familiale. Ils n'ont ni les moyens pour verbaliser leurs souffrances, ni d'endroit pour le faire. Ils ne reçoivent souvent pas la validation nécessaire à la construction d'une image positive d'eux-mêmes : « Lorsque la maladie frappe le milieu familial de l'enfant, son monde bascule. Incapable de subvenir à ses propres besoins, l'enfant est, en effet, le premier touché par cette situation, et trop souvent, le premier oublié » (Heinisch, 2007). Par contre, lorsque l'enfant reçoit l'autorisation de verbaliser ses sentiments et de les faire valider comme étant « normaux », son état d'anxiété tend à diminuer.

Le programme « Les ateliers d'Anna » tente de répondre aux besoins de ces enfants. Le but de cet article est de présenter les principales caractéristiques de ce modèle d'intervention en insistant sur l'importance d'intervenir de façon spécifique auprès des enfants dont les

parents ont un problème de santé mentale.

### PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme les ateliers d'Anna propose des activités éducatives et créatives en groupe pour les jeunes de 7 à 12 ans dont les parents sont aux prises avec un problème de santé mentale. Ces activités sont offertes depuis plus de 5 ans par un organisme sans but lucratif, « Parents et Amis du Bien-Être Mental du sud-ouest de Montréal » (PABEMSOM)<sup>1</sup>. Ils ont été élaborés par Rebecca Heinisch (2007) qui s'est inspirée d'un conte allégorique dont elle est l'auteure, « Anna et la mer » (Heinisch et Bellerive, 2005). Cette histoire relate les aventures d'une petite fille qui est confrontée à la maladie mentale d'un de ses proches.

L'objectif général des ateliers d'Anna est de favoriser et d'influencer le processus de résilience. Le modèle d'intervention est articulé autour de facteurs de protection importants qui s'influencent, permettant à l'enfant de développer une meilleure adaptation à sa situation. Ces facteurs décrits dans la littérature scientifique sont les suivants:

- La connaissance de la maladie;
- L'identification, l'articulation et la ventilation des sentiments;
- L'inclusion dans un groupe et le soutien des pairs et des adultes significatifs;
- La gestion du stress;
- La reconnaissance de ses propres besoins comme étant importants;
- L'identification du réseau extérieur et des ressources disponibles;

- La clarification de l'image intérieure et le renforcement de l'estime de soi.

Le programme vise donc à prévenir les impacts négatifs de la maladie de leur parent sur le développement des enfants.

Le modèle d'intervention préconisé par les ateliers d'Anna tient compte d'une réalité importante, à savoir que

### L'ENFANT CONSTRUIT SON IDENTITÉ SUR LA BASE DE LA SÉCURITÉ QUI RÉSUITE EN GRANDE PARTIE DE LA QUALITÉ DE SON LIEN D'ATTACHEMENT AVEC SES PARENTS

les enfants ayant un parent atteint de maladie mentale ont des besoins très spécifiques par rapport aux membres de la famille qui ont, eux aussi, besoin de soutien particulier. L'enfant, par sa vulnérabilité, est davantage à risque étant donné son jeune âge. Il ne possède pas encore les stratégies d'adaptation nécessaires pour faire face à cette réalité difficile. L'enfant construit son identité sur la base de la sécurité qui résulte en grande partie de la qualité de son lien d'attachement avec ses parents et ensuite, de ses interactions avec l'environnement. Lorsque l'enfant vit dans un climat familial d'incertitude et de confusion par le fait même que le parent éprouve des difficultés à assumer son rôle parental de manière adéquate, le développement de l'enfant peut être compromis. « Lorsqu'il y a des traumatismes ou des perturbations importants en bas âge, et sans intervention précoce, l'enfant risque de porter les séquelles tout au long de sa vie (Heinisch, 2007).

Les ateliers d'Anna ont lieu dans les locaux de l'organisme PABEMSOM dans le quartier Verdun, un samedi sur deux durant l'après-midi. L'inscription se fait directement auprès de l'organisme. Une intervenante

évalue avec le référent la pertinence d'inscrire un jeune à cette activité et détermine avec lui des objectifs cliniques.

Le format du programme est de huit rencontres de deux heures et demie où sont proposées un ensemble d'activités adaptées à l'âge des enfants, abordant une série de thèmes. Le groupe réunit de six à sept enfants de 7 à 12 ans. Les animateurs doivent

suivre une formation sur l'animation de groupe et le contenu des ateliers. Ils disposent d'un « cahier de l'intervenant » pour guider leurs actions. Tout au long du programme, l'histoire « Anna et la mer » sert de trame de fond et d'introduction au thème de la semaine. Au début du processus, avant de commencer les ateliers, les parents (ou la personne qui prend soin de l'enfant) sont invités à lire le livre avec leur enfant, afin que celui-ci se prépare mentalement à discuter du sujet. Les thèmes abordés durant les ateliers sont les suivants:

- Se familiariser avec le programme;
- Démystifier les maladies mentales;
- Apprivoiser ses émotions;
- Comprendre les symptômes de la maladie, explorer les traitements;
- Gérer son stress, identifier des stratégies d'adaptation;
- Accroître son estime;
- Identifier son réseau de soutien;
- Consolider les notions du programme.

Le mode d'intervention privilégié est le jeu, le conte et les activités créatives telles que le dessin, la peinture, etc. Les enfants réagissent bien à cette structure qui invite au partage et à la mentalisation. Les enfants sont avides de comprendre pourquoi leurs parents vont mal et pourquoi ils se sentent si troublés. Ils ont beaucoup de questions, ils veulent avoir une écoute ainsi que des réponses claires et simples. Durant les activités, les enfants sont encouragés à parler de leurs émotions, de ce qu'ils comprennent de la maladie mentale de leur parent, mais toujours en respectant leur rythme et leur silence. Par ailleurs,

Par ailleurs, les intervenantes animatrices sont disponibles pour discuter brièvement avec les parents de l'évolution de leurs enfants, tout en respectant la confidentialité,

d'abord, ce que les enfants nomment le plus souvent comme changement positif dans leur vie est l'appartenance à un groupe de pairs qui vivent une situation semblable à la leur.



afin de consolider les acquis et de permettre aux jeunes de continuer à partager leur vécu, une activité post-groupe est offerte à la session suivante. Cette activité s'appelle « les Explorateurs » : un samedi aux trois semaines, les enfants se retrouvent, mais cette fois-ci dans un contexte plus informel, lors d'une activité ludique. Les enfants continuent à partager leur vécu et des clarifications sont apportées sur leurs apprentissages. Les enfants sont libres de participer à cette activité post-groupe.

au sein des activités. S'il y a des besoins particuliers identifiés chez les parents, les intervenantes animatrices peuvent les rencontrer et les référer aux ressources nécessaires. Les parents sont, par ailleurs, invités à participer à la fête de fin des ateliers au terme du processus. Un bilan de l'évolution du jeune est également transmis à l'intervenant référant.

### LES IMPACTS DES ATELIERS SUR L'ENFANT

Les ateliers d'Anna semblent avoir plusieurs impacts positifs sur les enfants, et ce, à divers niveaux. Tout

Non seulement le format de groupe permet-il aux enfants de briser leur sentiment de solitude et leur isolement, mais il leur permet aussi de se sentir acceptés tels qu'ils sont. Suite aux ateliers, les enfants disent souvent avoir apprécié d'appartenir à un groupe où ils se sentaient libres de parler de ce qu'ils vivent et où ils ne se sentent pas jugés, mais plutôt soutenus et compris.

Faire partie d'un tel groupe leur permet de parler de sujets tabous et de leurs peurs face à la maladie de leur parent. En parlant de sujets tels que les causes de la maladie, ainsi que les préjugés par rapport à la maladie mentale, les enfants ressentent souvent une diminution de leur anxiété et de leur stress. En répondant à leurs questions, les animateurs permettent aux enfants d'avoir une meilleure compréhension de la maladie mentale, ce qui diminue leur anxiété face à ce qui était inconnu. Aussi, en décomposant les préjugés et en leur expliquant les faits, les enfants ressentent une diminution de la honte qu'ils pouvaient vivre face

à leur parent atteint d'une maladie mentale. De plus, en comprenant mieux les causes et les conséquences de la maladie mentale, les jeunes se sentent moins responsables et coupables de la maladie de leur parent. Ils comprennent que celle-ci n'a rien à voir avec leurs actions, qu'ils ne peuvent pas soigner leur parent et surtout, que ce n'est pas leur rôle. Souvent, cette leçon est difficile à accepter pour les enfants et c'est pourquoi elle est répétée tout au long des ateliers; il est aussi important de poursuivre ce travail d'acceptation avec les autres intervenants dans la vie du jeune.

Tout au long des huit ateliers, les enfants sont encouragés à identifier et exprimer les émotions qu'ils ressentent. Par la pratique et la répétition, les enfants développent alors une meilleure reconnaissance de leurs émotions. De plus, grâce aux exercices les aidant à trouver des stratégies pour gérer les émotions désagréables comme la colère, la tristesse et le stress, les jeunes identifient des pistes de solutions pouvant leur permettre de mieux composer avec celles-ci. Les stratégies de régulation des affects les amènent aussi à réfléchir à ce qui leur fait plaisir, un aspect important du programme, car les ateliers d'Anna visent notamment à ce que les jeunes soient capables de se permettre d'avoir du plaisir malgré la situation de leur parent.

Un autre impact des ateliers d'Anna concerne l'amélioration de l'estime de soi des jeunes. Par le biais de plusieurs activités, comme l'identification de leurs types

d'intelligence et de leurs qualités, les jeunes apprendront à mieux se connaître et s'apprécier. Les enfants seront aussi amenés à reconnaître l'importance de prendre soin de soi et de mettre ses propres besoins de l'avant en participant aux ateliers. Enfin, en faisant les activités d'arts plastiques, les enfants se sentiront souvent plus détendus et retireront du plaisir de chaque rencontre. Comme les productions artistiques des enfants ne sont jamais jugées, plusieurs d'entre eux se laisseront réellement aller dans l'art, n'ayant plus la crainte ni le stress de devoir produire quelque chose de beau.

### CONCLUSION

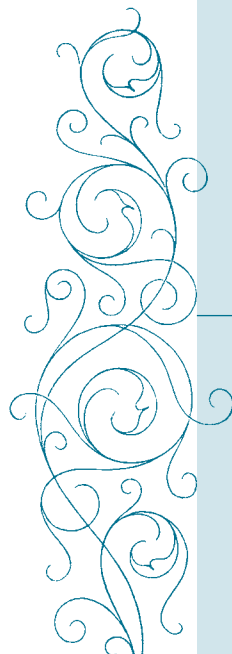
Nous espérons, par le biais de ce court article, rappeler aux intervenants combien il est essentiel de s'adresser à la souffrance de ces enfants qui ont tendance à vivre dans le silence, à se faire oublier ou à agir, ne sachant pas comment composer avec leur désarroi. Ces enfants ont besoin d'un soutien particulier afin de ventiler, valider leurs sentiments et leurs pensées, sortir de leur isolement et développer des stratégies d'adaptation. Nous sommes touchées par la réaction positive de ces enfants à l'intervention des adultes lors des ateliers. Les enfants sont avides d'information sur la maladie mentale de leur parent. Leur honnêteté et leur sensibilité sont désarmantes. Ces enfants nous paraissent très forts d'affronter au quotidien les contrecoups de la maladie de leurs parents, mais ils sont aussi vulnérables et fragiles. C'est pourquoi il est important d'intervenir auprès de « ces enfants invisibles ». <

### Note

- 1 PABEMSON est un organisme sans but lucratif (OSBL) qui offre divers services d'aide, de conseil, de soutien et d'écoute pour les familles dont un membre souffre d'un problème de santé mentale. Les activités sont offertes gratuitement à la population.
- 2 Les données sur les impacts des ateliers proviennent d'observations des animatrices et de questionnaires maison.

### Références bibliographiques

- Fraiberg, S. (1982). *L'enfant dans sa famille*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Heinisch, R. (2007). « *Au pays d'Anna* », *Programme Les ateliers d'Anna, Cahier de l'intervenant*, Trois-Rivières, Association Anna et la mer.
- Heinisch, R. et Bellerive C. (2005). « *Anna et la mer* », Sainte-Foy, FFAPAMM.



## → PROJET DE COLLABORATION INTERGÉNÉRATIONNELLE :

# MAISON DES GRANDS-PARENTS DE VILLERAY ET CJM-IU

**Pierre Bouchard**, adjoint clinique, DSTSE, CJM-IU,  
**Clémence Racine**, directrice générale, La Maison des Grands-Parents de Villeray,  
**Myriam Blanc**, bénévole, La Maison des Grands-Parents de Villeray,  
 étudiante à la maîtrise en Travail social à l'UQAM

## » INTRODUCTION

L'accompagnement d'adolescents et d'adolescentes en suivi psychosocial et en réadaptation au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire et qui devront bientôt passer à une vie d'adulte autonome, confronte les intervenants à des réalités qui sont difficiles à vivre pour certains de ces jeunes. Malgré une offre de service qui permet de soutenir l'intégration au marché du travail, favoriser la vie en appartement ou d'autres projets vers l'autonomie, certains jeunes ne parviennent pas à s'intégrer socialement et à profiter des services en place et cela, pour différentes raisons : certains ne répondent

d'inquiétude face à l'avenir, de peurs quotidiennes, devient insoutenable et il leur est difficile d'en parler. Cette période fait également vivre de l'impuissance aux adultes qui les accompagnent. Conscients des défis imminents, les intervenants se questionnent et cherchent d'autres avenues afin de favoriser l'épanouissement de ces adolescents qu'ils accompagnent depuis un certain temps déjà, voire plusieurs années.

Le but de cet article n'est pas d'aborder la détresse vécue à cette étape du suivi, mais plutôt de partager une expérience de collaboration entre le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire (CJM-IU) et l'organisme communautaire La Maison des Grands-Parents de Villeray (MGPV), une avenue qui permet à ces adolescents

### LA TRANSITION À LA VIE ADULTE EST UNE ÉTAPE DIFFICILE POUR TOUS LES JEUNES EN GÉNÉRAL.

pas aux critères en raison de leurs difficultés personnelles et quelques fois, d'autres refusent tout simplement de s'investir dans ce qui leur est offert.

La transition à la vie adulte est une étape difficile pour tous les jeunes en général. Cependant, pour ces jeunes, cette transition se fait de manière plus rapide et plus abrupte. À l'approche de leur majorité, très souvent, l'anxiété face à la fin de leur placement, parsemée

d'expérimenter l'autonomie de façon différente, dans un cadre bienveillant.

### L'ORIGINE DU PROJET

Ce projet a été initié par Pierre Bouchard, adjoint clinique, adolescence 1, bureau sud CJM-IU, et Clémence Racine, directrice générale de La Maison des Grands-Parents de Villeray, suite à une collaboration précédente dans le cadre de services offerts aux mamans de jeunes enfants.

Au début des années 2000, en tant qu'intervenant ressource, Pierre Bouchard avait comme défi de créer des liens dans la communauté avec des familles pour accompagner ces mamans. Cette démarche dans les ressources du quartier l'a conduit à la MGPV. Cet organisme communautaire regroupe des bénévoles âgés de 50 ans et plus qui s'impliquent auprès des plus jeunes générations. Il a pignon sur rue dans le quartier Villeray et participe activement à la vie communautaire en offrant plusieurs services et activités dans un cadre intergénérationnel. Riche de cette expérience et conscient de l'importance d'intégrer ces jeunes dans la communauté, l'idée de faire à nouveau appel à la collaboration de la MGPV devenait pour lui une évidence.

### PRÉSENTATION DU PROJET

Ce projet tente de rejoindre les jeunes qui ont un pronostic d'avenir plutôt sombre et qui ne se réalisent

pas totalement dans les programmes qui leur sont proposés. Le but est de leur offrir un lieu d'émancipation, de partage d'expériences et, surtout une possibilité d'intégration sociale. Actuellement, ce projet est porté par l'équipe adolescence 1, bureau sud, CJM-IU, avec la collaboration de l'équipe adolescence 2, bureau Saint-Denis, CJM-IU. Il n'est pas encore rattaché à l'offre de service CJM-IU, mais pourrait éventuellement être arrimé aux programmes offerts, tel que le programme qualification jeunesse (PQJ).

L'idée du projet est de jumeler un bénévole âgé de la MGPV avec un ou une adolescent (e) de 16 ans et plus, ayant un réseau social quasi inexistant et donc, peu d'ancrage à l'extérieur du centre jeunesse. Le jumelage s'adresse aussi bien aux garçons qu'aux filles, qu'ils soient hébergés en famille d'accueil, en centre de réadaptation ou en foyer de groupe. Ce projet est présentement

piloté par Pierre Bouchard, adjoint clinique, adolescence 1, bureau sud, CJM-IU, et Clémence Racine, directrice générale de la MGPV.

L'objectif principal consiste à soutenir l'adolescent dans sa démarche vers l'âge adulte par le biais d'activités diverses, selon l'intérêt de l'adolescent et de son bénévole. Les activités possibles sont, par exemple, des ateliers de cuisine et d'artisanat, un accompagnement dans les ressources du milieu, une implication dans les activités de la MGPV. Aussi, ces activités favorisent le développement d'habiletés sociales et relationnelles. Elles ont lieu à l'extérieur du lieu d'hébergement pour permettre l'intégration du jeune dans la communauté. Dans un premier temps, elles se déroulent à la MGPV et, par la suite, elles peuvent avoir lieu à l'extérieur selon le besoin et l'intérêt de la dyade bénévole/jeune.



Dès le départ, l'idée de jumeler un adolescent identifié « centre jeunesse » ou encore « enfant de la DPJ » a fait un peu peur ou, du moins, a suscité plusieurs questionnements de la part des bénévoles. Il a fallu au départ prendre le temps de bien présenter chacun des organismes partenaires ainsi que leur mission envers cette clientèle. Ceci a permis de répondre à plusieurs questions et de clarifier leurs rôles respectifs. Tous ont compris que ces missions étaient complémentaires et que la clientèle bénéficierait de cette collaboration. Cette démarche a amené à élaborer « ensemble » le projet. Cela a ainsi permis d'éviter de tomber dans le piège d'une demande de collaboration dictée par un des partenaires, avec un projet déjà écrit à l'avance, qui ne tient pas compte de l'orientation et des objectifs de l'organisme partenaire. Dans ce projet, il ne s'agit pas de passer le relais à un autre organisme, une fois notre intervention terminée, mais plutôt de créer un réel partenariat en élaborant en équipe l'ensemble des activités et du suivi.

Jumeler le communautaire et l'institutionnel a semblé un défi équivalent à celui de jumeler un adolescent du centre jeunesse avec un aîné. Il a fallu faire un premier travail au niveau des croyances et des perceptions, puis, rapidement, les inquiétudes ont laissé place à l'action et à l'investissement de tous les acteurs : bénévoles, jeunes et intervenants.

Tout en favorisant l'intégration sociale et l'implication par le biais d'activités planifiées, les instigateurs du projet voulaient offrir un milieu de référence pour ces adolescents, un endroit où ils trouveraient du soutien, des conseils, des ressources et des gens pour les accueillir au besoin; un moyen de briser l'isolement, de créer des liens à travers

l'échange, le partage et l'implication auprès des autres générations.

## LE SUIVI ET L'ACCOMPAGNEMENT DES BÉNÉVOLES

Dans le but d'accompagner les bénévoles impliqués auprès des jeunes (une dizaine actuellement) et ainsi d'assurer le succès de l'expérience, des rencontres de suivi mensuelles à la MGPV ont été mises à l'agenda. Ces rencontres d'une durée d'environ deux heures ont lieu à la MGPV et se déroulent selon trois thèmes :

- Suivi des jumelages : celui-ci permet aux bénévoles de partager leur expérience (défis et réussites) et de recevoir du feedback de la part des animateurs et des autres bénévoles.
- Partage d'information générale : avancée du projet, jumelage à venir, organisation de l'équipe et formations.
- Recadrage du rôle des différents acteurs (bénévoles, animateurs, intervenants psychosociaux, éducateurs, famille d'accueil) dans le but de s'assurer que chacun demeure dans son rôle.

Ces rencontres de groupes, organisées et animées conjointement par les deux responsables, se sont avérées très utiles à la fois pour ceux-ci et pour les bénévoles. Au cours de ces rencontres, les enjeux relationnels en cause dans le projet ont été discutés. Par la suite, quelques thèmes, tels que les troubles de l'attachement, la carence affective, ont été abordés à la demande des bénévoles dans le but de mieux comprendre les jeunes et de les accompagner adéquatement. Petit à petit, ces rencontres ont évolué vers une dynamique, amenant les bénévoles, se sentant tous acteurs d'un projet commun, à s'apporter mutuellement des conseils et à

partager leurs expériences et leur ressenti. Ces rencontres permettent aussi d'intégrer des aînés intéressés à éventuellement s'impliquer dans le projet, à s'approprier ainsi les objectifs du jumelage et mieux saisir leur rôle auprès des jeunes.

Lors des rencontres de suivi mensuel, les animateurs et les bénévoles ont été témoins de la richesse des contacts avec laquelle les liens se sont établis. La relation entre le jeune et l'aîné semble se créer naturellement. Les attentes entre les deux nous apparaissent semblables : pas de relation d'autorité, mais un besoin commun de communiquer et de partager ses expériences. Lors d'une rencontre où nous demandions ce que les jeunes apprenaient depuis le début de l'aventure, une bénévole a partagé avec nous ce qu'elle voyait de bien et à quel point l'adolescente cheminait, tant sur le plan relationnel que dans le respect mutuel ainsi que dans son implication dans l'organisme communautaire. La bénévole réalisait également qu'elle apprenait elle-même au contact de l'adolescente. « Moi, disait-elle, j'apprends à devenir plus patiente, car elle fait plusieurs demandes et je dois m'ajuster à elle ». Les autres bénévoles ont également témoigné de leur vécu et de l'impact positif dans leur vie. À ce moment-là, les animateurs ont réalisé que, même si les bénévoles sont conscients des difficultés des jeunes, ils voient une dimension du potentiel de ceux-ci qui échappe parfois aux yeux des intervenants. Dans leur engagement, il n'y a pas d'attente de performance, mais le plaisir de partager un bon moment ensemble.

Les responsables observent que depuis le début du projet, les jumelages se maintiennent et la relation entre l'adolescent et le bénévole qui l'accompagne prend sa couleur, son orientation. Les jeunes

investissent également le milieu de vie de la MGPV et demandent s'ils peuvent s'impliquer comme bénévoles dans certaines activités. Cette expérience fut tentée avec une adolescente et celle-ci s'est bien acquittée de sa tâche. Actuellement, elle poursuit son implication dans l'organisme et se crée un milieu d'appartenance. Elle a déjà demandé

En ce sens, l'objectif de départ est atteint, car au-delà des activités et de la relation avec un adulte, c'est un milieu de référence qu'elle se crée.

### RÉSULTATS OBSERVÉS DEPUIS LE DÉBUT DU PROJET

Tout d'abord, rappelons que le but de ce projet n'est pas de prolonger l'intervention psychosociale et/ou

tionnel peut faire une grande différence dans la vie de ces adolescents.

### L'IMPLICATION DES INTERVENANTS

Dans ce type de projet de collaboration, certains défis se présentent et nécessitent l'implication à la fois des bénévoles, mais également des intervenants. Cet investissement de départ est essentiel et permet à des adolescents souvent seuls et sans ressources de vivre des moments très agréables et ceci, dans un cadre différent. Après bientôt deux années d'expérimentation, les responsables ont été témoins de plusieurs beaux moments d'échange et de partage. Même si l'aventure se vit à l'extérieur des services du CJM-IU et que les intervenants n'en sont que partiellement témoins, l'engagement et la participation de ceux-ci sont vraiment essentiels. Il faut présenter le projet et demander aux équipes psychosociales d'évaluer, parmi les jeunes dont ils assurent le suivi, lesquels pourraient bénéficier de ce type d'accompagnement et par la suite, planifier le jumelage et les rencontres entre l'adolescent et son bénévole potentiel.

L'OBJECTIF DU JUMELAGE EST DE CRÉER UN LIEN DE PARTAGE ET DE CONFIANCE QUI PUISSE PROPOSER AUX ADOLESCENTS UN ÉPANOUISSEMENT DANS UN RÉSEAU SOCIAL POSITIF.

à sa bénévole si elle pourrait venir à la MGPV lorsqu'elle aura atteint ses 18 ans et quitté le centre jeunesse.

de réadaptation à travers la relation avec l'ainé. L'objectif du jumelage est de créer un lien de partage et de confiance qui puisse proposer aux adolescents un épanouissement dans un réseau social positif. À travers leur implication à la MGPV, les adolescents sont perçus en dehors de leurs difficultés de comportement, d'un possible problème de santé mentale. La relation établie se définit davantage comme une relation d'échange et d'entraide. Chacun des deux membres de la dyade se place, selon les situations, en position d'aidé ou d'aïdant. Le jeune peut alors reprendre du contrôle sur sa vie en se rendant compte qu'il peut effectuer des actions positives et qu'il est accepté tel qu'il est; réaliser des actions pour la communauté lui permet d'obtenir de la reconnaissance, ce qui tend à augmenter son estime de soi.

Par ailleurs, le projet remportait, en mai 2012, le premier prix dans la catégorie « Projet porté par des aînés » dans le cadre de la 25<sup>e</sup> édition de la Semaine de promotion des relations intergénérationnelles, organisée par l'Association « L'amitié n'a pas d'âge ». Ce prix est venu renforcer notre conviction que ce projet de jumelage intergénéra-

Cette étape fut délicate au début. Les responsables du projet avaient établi une rencontre avec l'intervenant psychosocial et l'adolescent à la MGPV dans le but de présenter le projet. Par la suite, l'adolescent devait venir rencontrer son bénévole pour l'activité. Cette façon de faire s'est avérée trop difficile pour les jeunes qui, finalement, ne donnaient pas suite. En effet, pour ceux-ci, prendre l'initiative de revenir dans un environnement qu'ils connaissent à peine et sans accompagnement peut être intimidant et déstabilisant, malgré leur 16-17 ans; une stagiaire du CJM-IU a donc été intégrée dans le projet et, après son stage, a poursuivi son implication comme bénévole à la MGPV. Elle s'est assurée de faire le



lien entre le milieu de vie du jeune et l'organisme communautaire. C'était le chaînon manquant, car il permet à la fois de dégager les intervenants et d'offrir l'appui nécessaire pour l'intégration. Depuis, les jumelages se font bien et les résultats observés sont très positifs, tant du côté des jeunes que du côté des bénévoles.

## Exemples de belles histoires vécues à La Maison des Grands-Parents de Villeray

Les histoires des adolescents sont toutes hautes en couleur et la relation avec un aîné les amène à de belles réalisations. Voici pour exemple un poème, écrit par l'une des jeunes et publié dans le bulletin de La Maison des Grands-Parents de Villeray :

### Mes problèmes, ma vie

J'ai toujours toujours foncé, mes problèmes n'ont pas été évités.

J'ai réussi à passer au travers, et ce même si j'en ai souffert.

Je n'ai jamais arrêté de pleurer, un jour je me suis noyée.

Aujourd'hui j'ai compris ce qu'était le sens de la vie.

Je continue de vivre ma vie et suivre ce que j'ai appris.

Voici également quelques témoignages d'aînés, recueillis lors des rencontres mensuelles, qui montrent l'importance du lien qui unit le bénévole à son jeune de jumelage :

- « Je n'ai pas à me plaindre, elle m'apporte énormément, et je pense qu'à elle aussi je lui apporte. On s'entend bien. Parfois, on n'a pas besoin de trop se parler, on est devenues des complices »
- « Ses problèmes personnels prennent beaucoup de place, mais on essaie de garder le fil, de garder le lien, quoi qu'il arrive »
- « Je ne la lâcherai pas, n'importe où qu'elle soit dans la vie, si elle a besoin de moi je l'accompagnerai »

Certains résultats sont directement observables :

- Grâce aux conseils d'une des bénévoles, une jeune a réussi à passer du temps de qualité avec une personne de son entourage avec qui la situation était conflictuelle.

- Une jeune a appris à utiliser les ressources de la Grande bibliothèque de Montréal et ainsi développer un intérêt pour la lecture.
- Une adolescente a continué de prendre un contraceptif, suite aux conseils et réflexions faites avec sa bénévole, alors qu'elle pensait arrêter en premier lieu.
- Un jeune développe son estime de soi et son autonomie en s'impliquant « comme bénévole » en rendant divers services à l'organisme, toujours accompagné de son bénévole.
- Un adolescent devient l'aîné en s'assurant que son bénévole aîné n'ait pas à transporter des boîtes trop lourdes. Le jeune se responsabilise dans ce qu'il peut faire pour aider.

## CONCLUSION

Ce projet de jumelage est un défi tant au niveau de la collaboration des organismes que dans la mise en relation d'un aîné et d'un adolescent. Cependant, depuis que les jumelages ont débuté, il y a bientôt deux ans, tous les acteurs impliqués voient des résultats qui leur semblent très positifs pour les jeunes. À ce jour, dix jeunes ont été rejoints par le projet et sept profitent d'un jumelage régulier hebdomadaire. Les jeunes ayant été intégrés à des moments différents dans le projet, certains viennent tout juste d'être jumelés alors que d'autres en bénéficient depuis presque deux ans. Le jumelage permet aux adolescents, qui n'ont pas l'occasion de s'épanouir dans les programmes proposés, d'expérimenter tout de même un milieu de vie extérieur et des relations sociales en dehors du cadre institutionnel ou familial. De plus, leur implication auprès de la communauté les aide à prendre confiance en eux et à acquérir progressivement une plus grande autonomie. Les initiateurs du projet souhaitent, à moyen terme, rattacher ce projet à la programmation Adolescence du CJM-IU pour qu'il soit porté par une organisation et non par des individus, afin de s'assurer de sa pérennité. <



## LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES JEUNES CONTREVENANTS UN BREF ÉTAT DE LA QUESTION

**Maude Sauvé-Lafrance**, étudiante, baccalauréat en criminologie, Université de Montréal,  
**Catherine Laurier**, Ph.D., chercheure, Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, professeure associée, École de criminologie, Université de Montréal

Le présent article vise à faire état des principaux troubles mentaux présentés par les jeunes contrevenants hébergés en centres jeunesse. Pour ce faire, une brève recension des écrits sera tout d'abord présentée, suivie des résultats d'une recherche effectuée à l'automne 2012 dans le cadre d'un stage au baccalauréat en criminologie portant sur la santé mentale chez une population de jeunes contrevenants pris en charge par les centres jeunesse.

Au Québec, les jeunes contrevenants<sup>1</sup> sont pris en charge sous l'égide de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA) suite à un délit pour lequel ils ont été reconnus coupables. La réhabilitation de ceux-ci vise essentiellement les troubles extériorisés (agirs délinquants, violence..) qui ont mené au délit. Il importe

mentaux que les adolescents de la population générale (Fazel *et al.*, 2008; Teplin *et al.*, 2002; Vermeiren *et al.*, 2002; Vermeiren *et al.*, 2006). La plupart de ces études tentent d'établir des liens entre les troubles mentaux et les principales caractéristiques de la délinquance juvénile. L'impact des troubles mentaux sur les comportements délinquants d'une population de jeunes contrevenants constitue un sujet tout aussi complexe et vaste, qui suscite de plus en plus l'intérêt de la recherche (Laurier *et al.*, 2010-2014; McReynolds *et al.*, 2008; Fazel *et al.*, 2008).

L'adolescence étant une période charnière en matière de développement de l'identité, il s'agit d'un moment clé pour évaluer les troubles mentaux, afin qu'ils soient traités le plus rapidement possible (Meeus et Dekovic, 1995). De plus, les troubles mentaux qui se développent au cours de l'adolescence sont à risque de perdurer s'ils ne sont pas bien évalués et traités (McReynolds *et al.*, 2008). Il est donc primordial de bien connaître les troubles mentaux qui touchent le plus souvent cette population de jeunes contrevenants, afin d'identifier et de mettre en place les traitements et interventions les plus adéquats.

.....  
**PLUSIEURS ÉTUDES S'ENTENDENT POUR CONCLURE QUE LES JEUNES CONTREVENANTS SOUFFRENT PLUS SOUVENT DE TROUBLES MENTAUX QUE LES ADOLESCENTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE**  
.....

cependant de se soucier aussi des troubles intériorisés qu'ils peuvent présenter de façon concomitante à leurs problèmes extériorisés.

Plusieurs études s'entendent pour conclure que les jeunes contrevenants souffrent plus souvent de troubles

Aux plans clinique et méthodologique, l'ordre d'apparition de la délinquance et des troubles mentaux pose des défis complexes. En effet, il importe de se questionner



à savoir si c'est le style de vie délinquant qui peut provoquer la survenue des troubles mentaux ou plutôt l'inverse, soit les troubles mentaux qui contribuent à ce que les individus qui en sont atteints se dirigent vers la délinquance.

lisée, trouble obsessionnel compulsif, déficit de l'attention /hyperactivité, trouble des conduites et/ou abus de substances psychoactives.

**DÉFINITION DE TROUBLE MENTAL SELON LE DSM-IV :**  
 Nous entendons par trouble mental une maladie psychiatrique qui se manifeste par des ruptures dans les processus adaptatifs et qui s'exprime par le caractère anormal de la pensée, des sentiments et du comportement produisant une détresse ou une altération du fonctionnement dans plusieurs domaines (affectif, social, professionnel...) (DSM-IV, 1994)

victimes de violence que les adolescents ne s'engageant pas dans des comportements délinquants. Chen (2009) soutient que plus un jeune fait preuve de comportements délinquants, plus il est susceptible d'être lui-même victime de violence sévère. Ce risque accru de victimisation est

## TROUBLES MENTAUX CHEZ DES POPULATIONS DE JEUNES CONTREVENANTS

### Mise en contexte

Plusieurs recherches américaines portant sur les jeunes contrevenants rapportent qu'entre 50 % et 60 % de cette population souffrent d'au moins un trouble mental (Duclos *et al.* 1998; Teplin, Abram, McClelland, Dulcan et Mericle, 2002; Wasserman, McReynolds, Lucas, Fisher et Santos, 2002). De plus, les jeunes contrevenants affectés par des problèmes psychiatriques seraient plus à risque de persister dans la délinquance à l'âge adulte que ceux ne souffrant pas de troubles mentaux (Kjelsberg et Dahl, 1998; Loeber et Hay, 1997). Les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés chez les jeunes contrevenants des populations américaines sont les troubles des conduites, les troubles de la personnalité, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur ainsi que les troubles en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues illicites (Grisso, 2004). Abram *et al.* (2003) rapportent que plus de 45 % des jeunes contrevenants incarcérés souffrent d'au moins deux des troubles mentaux suivants : dépression majeure, trouble panique, anxiété de séparation, épisode psychotique, trouble maniaque, anxiété généra-

Dans une étude (McReynolds *et al.*, 2008) où 30 % des jeunes contrevenants étudiés souffraient d'au moins un trouble mental, on dénote que seulement environ 5 % de ceux-ci recevaient des traitements pour ces troubles. Les jeunes contrevenants qui ne bénéficiaient pas des traitements nécessaires ou ceux qui étaient traités inadéquatement étaient les jeunes contrevenants les plus à risque de poursuivre leur carrière criminelle une fois atteint l'âge adulte (McReynolds *et al.*, 2008). À la lumière de ces résultats, il est important d'améliorer les traitements offerts à ces jeunes et de les rendre plus spécifiques à leur réalité. Il faudra par la suite rendre ces traitements plus facilement accessibles aux jeunes qui en ont besoin.

### LA VICTIMISATION DES JEUNES CONTREVENANTS : UN FACTEUR DE RISQUE

Un élément important doit être soulevé en ce qui concerne la victimisation des jeunes contrevenants. En effet, Chen (2009) et McGee *et al.* (2006) rapportent que les jeunes contrevenants sont plus souvent

à prendre en compte dans l'interprétation des résultats relatifs aux jeunes contrevenants, nombreux à souffrir du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes contrevenants aux États-Unis a conduit les auteurs du présent article à s'intéresser à l'étude de la prévalence de troubles de santé mentale chez une population de jeunes contrevenants québécois. La recherche dont il est ici question est basée sur un échantillon de 146 jeunes contrevenants pris en charge par quatre différents centres jeunesse du Québec. Elle a été réalisée dans le cadre d'un stage d'analyse en criminologie à l'automne 2012. Les profils des jeunes contrevenants composant l'échantillon ont été évalués dans le but d'approfondir nos connaissances des troubles mentaux dont souffrent ces jeunes. Cette recherche avait également pour but de comparer cet échantillon québécois aux populations de jeunes contrevenants américains ainsi qu'à la population générale.

### Méthodologie

#### Participants

L'échantillon est composé de 146 jeunes contrevenants pris en charge par quatre centres jeunesse (Centre jeunesse de Montréal - Institut

universitaire (CJM-IU), Centre jeunesse de Laval, Centre jeunesse des Laurentides et Les Centres jeunesse de Lanaudière) sous la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA). En ce qui a trait au type de prise en charge de ces jeunes au moment de la collecte de données, 55,5 % étaient hébergés en garde fermée, 24 % en garde ouverte et les 20,5 % restants étaient suivis dans la communauté.

### Déroulement de la collecte de données

La collecte de données s'est déroulée en deux temps. Un premier sous-échantillon a d'abord été constitué en 2008-2009 dans le cadre de l'étude postdoctorale de C. Laurier (voir Laurier et Chagnon, 2010), réalisée au CJM-IU uniquement. Puis, depuis janvier 2011, une étude de Laurier et coll. (2010-2014), portant sur les traits de personnalité, la prise de risque et la santé mentale des jeunes contrevenants associés aux gangs de rue est menée au CJM-IU, au CJ de Laval, au CJ des Laurentides et aux CJ de Lanaudière. Les données relatives à la santé mentale des jeunes contrevenants dans ces deux études ont été jumelées afin de constituer le présent échantillon. Dans le cadre

des deux recherches mentionnées, les participants ont été identifiés par le biais de leur délégué jeunesse qui les a mis en contact avec l'équipe de recherche. Le consentement du jeune et celui des parents (dans le cas de participants mineurs) a été obtenu et une compensation financière a été versée aux participants. Ces deux projets ont obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CJM-IU.

### Instrument de mesure

L'ensemble des troubles mentaux retrouvés au sein de l'échantillon ont été évalués à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Le MINI (Lecrubier *et al.*, 1999) est un instrument développé en France et aux États-Unis. Il permet de poser un diagnostic quant à 15 troubles mentaux énoncés dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994). S'il offre la possibilité de poser un diagnostic, ce court interview structuré (d'une durée approximative d'une vingtaine de minutes) a toutefois été élaboré de façon à permettre à des interviewers non spécialisés de l'administrer (Lecrubier *et al.*, 1999)<sup>2</sup>. Les troubles mentaux mesurés à l'aide du MINI dans la présente

étude sont les suivants : épisode dépressif majeur (au cours de sa vie et au cours des deux dernières semaines), dysthymie (au cours des deux dernières semaines), risque suicidaire (au cours du dernier mois), épisode maniaque (au cours de sa vie et au cours du dernier mois), agoraphobie (au cours de sa vie et au cours du dernier mois), trouble panique (au cours de sa vie et au cours du dernier mois), phobie sociale (au cours de sa vie et au cours du dernier mois), trouble obsessionnel compulsif (au cours de sa vie et au cours du dernier mois), anxiété généralisée (au cours de sa vie et au cours des 6 derniers mois), état de stress post-traumatique (au cours du dernier mois), boulimie (au cours de sa vie et au cours des 3 derniers mois), anorexie mentale (au cours de sa vie et au cours des 3 derniers mois), troubles liés à la consommation d'alcool (au cours de sa vie et au cours des 12 derniers mois), troubles liés à la consommation de drogues (au cours de sa vie et au cours des 12 derniers mois) et épisode psychotique (au cours de sa vie et au cours du dernier mois).

La validité et la fidélité du MINI ont été mesurées afin de vérifier



**Tableau 1 : Prévalence des troubles mentaux selon les études en population générale, chez les jeunes contrevenants et au sein de l'échantillon étudié**

Troubles mentaux	Population générale (%)	Jeunes contrevenants (revue de littérature) (%)	Jeunes contrevenants composant l'échantillon (%)
Tous les troubles mentaux	Entre 15 et 22 %	Entre 20 et 70 %	45,5 % <sup>4</sup>
Troubles anxieux	Entre 5 et 9 %	20 % et plus	40,7 %
Syndrôme de stress post-traumatique	Entre 5 et 12 %	Entre 11 et 32 %	18,5 %
Épisode maniaque	Entre 2 et 11 %	Entre 9 et 36 %	19,1 %
Dépendance à l'alcool	Entre 3 et 12 %	Entre 20 et 35 %	25,5 %
Dépendance aux drogues	Entre 6 et 15 %	Entre 40 et 75 %	53,7 %

s'il permet de poser des diagnostics fiables et similaires dans le temps et dans l'espace. Un Kappa de Cohen<sup>3</sup> a entre autres été utilisé afin de valider le MINI, et tous ses coefficients démontraient une validité variant de bonne à très bonne (Sheehan *et al.*, 1998).

### Analyse des données

La présente recherche repose sur des analyses quantitatives. Afin de répondre à l'objectif de recherche mentionné précédemment, soit d'identifier les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés au sein de l'échantillon de jeunes contrevenants pris en charge par les centres jeunesse, des analyses univariées et descriptives ont été effectuées. Il a été possible d'identifier la prévalence de chaque trouble mental évalué par le MINI retrouvé au sein de notre échantillon. En ce qui concerne plus précisément la classification des troubles mentaux évalués dans cette recherche, nous les avons séparés en trois catégories, soit les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles liés à la consommation de substances psychotropes. La catégorie des troubles anxieux englobe le trouble obsessionnel compulsif, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le trouble panique. Pour ce qui est des troubles

**Tableau 2 : Prévalence d'événements traumatiques vécus par les jeunes de la population générale ainsi que par les jeunes contrevenants de la revue de littérature et ceux composant l'échantillon**

	Population générale (%)	Jeunes contrevenants (revue de littérature) (%)	Jeunes contrevenants composant l'échantillon (%)
Événement traumatique	25 % (enfants / adolescents)	92 %	81,5 %

de l'humeur, on y retrouve l'épisode dépressif, l'épisode maniaque et la dysthymie. Le risque suicidaire fait également partie des éléments évalués, mais comme il ne représente pas un trouble de santé mentale en soi, il n'est inclus dans aucune des catégories précédentes.

### RÉSULTATS

L'objectif de recherche a tout d'abord été atteint à l'aide d'analyses descriptives. Le tableau 1 présente la fréquence de chacun des troubles de santé mentale évalués par le MINI ainsi que les prévalences retrouvées dans la population générale et rapportées par diverses études portant sur les jeunes contrevenants.

Dans un premier temps, les résultats obtenus au MINI montrent que près de la moitié de l'échantillon (45,5 %) présente des indications diagnostiques d'au moins un trouble mental.

En ce qui a trait aux troubles anxieux, 40,7 % des jeunes de l'échantillon souffrent d'au moins un de ces troubles; à lui seul, le problème d'anxiété généralisée touche 28,3 % de l'échantillon à l'étude. Des indications diagnostiques concernant le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ont été retrouvées chez pratiquement un délinquant juvénile sur cinq (SSPT = 18,5 %). Ce résultat, bien qu'élevé par rapport à la population générale, était attendu étant donné le fait que les jeunes contrevenants masculins commettant des agressions sont plus à risque de subir de la victimisation que la population générale (McGee *et al.*, 2006). Au sein de notre échantillon, 81,5 % des jeunes avaient vécu un événement traumatique au courant de leur vie. Ce résultat nous ramène à l'association quasi-linéaire établie précédemment entre la délinquance et la victimisation directe (Chen, 2009). Plus précisément, tel

que présenté précédemment, afin de rencontrer un diagnostic de SSPT, le premier critère diagnostique consiste à ce que le sujet ait bel et bien vécu un événement traumatique durant lequel sa vie ou celle d'un autre individu ait été sérieusement mise en danger et que la réaction du sujet se soit alors traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. À la suite de cet événement traumatique, ce dernier doit être constamment revécu par le sujet et ce, de diverses manières : souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, rêves répétitifs, hallucinations, détresse psychique et réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices ressemblant à l'événement traumatique (DSM-IV, 2000). Le fait que les jeunes contrevenants soient plus souvent impliqués dans des

trois questions : « Avez-vous déjà pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort? Avez-vous déjà voulu vous faire du mal? Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? » Ce résultat est très important et se doit d'être considéré lors des recommandations futures concernant l'adaptation des interventions destinées à ces jeunes contrevenants souffrant d'une détresse psychologique.

Avant de s'attarder aux résultats concernant la dépendance à l'alcool et la dépendance aux drogues ou autres substances psychotropes au sein de l'échantillon, il importe d'abord de différencier le concept d'abus d'une substance de celui de dépendance à une substance. La caractéristique essentielle de l'abus d'une substance est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence

On observera au Tableau 1 la prévalence élevée de dépendance à une drogue ou à l'alcool chez les jeunes de l'échantillon étudié. En effet, un jeune contrevenant sur quatre (25,5 %) est dépendant à l'alcool alors qu'un sur deux (53,7 %) est dépendant à une ou des drogues. La problématique de la dépendance à l'alcool et aux drogues chez les jeunes contrevenants se doit d'être approfondie davantage par la recherche et ce, surtout en ce qui a trait aux implications ainsi qu'aux conséquences de cette consommation sur les comportements délictueux. De plus, la consommation et l'abus d'alcool et de drogues est souvent un critère d'exclusion quant au traitement des troubles de santé mentale (DSM-IV, 1994). Il est important de se demander si ce critère d'exclusion est infaillible et adéquat pour les jeunes contrevenants en centres jeunesse. Effectivement, il se peut qu'un jeune décide de commencer à consommer des substances psychoactives dans le but de s'auto-médicamenter ou pour faire face à un trouble mental préalablement présent chez lui. Cette consommation peut également venir amplifier un trouble de santé mentale déjà présent chez le jeune en question (psychose toxique, amplification des effets néfastes du trouble de santé mentale).

### IL IMPORTE DE DIFFÉRENCIER LE CONCEPT D'ABUS D'UNE SUBSTANCE DE CELUI DE DÉPENDANCE À UNE SUBSTANCE.

situations de victimisation les met donc plus à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un événement perçu comme traumatique, ce qui explique en partie la prévalence élevée de ce trouble au sein de l'échantillon.

Le risque suicidaire est fréquent chez les jeunes participant à l'étude. Ce dernier a été retrouvé chez 24,6 % des jeunes contrevenants en centres jeunesse (l'information était disponible pour 138 participants). Le risque suicidaire a été évalué à l'aide de six questions portant sur des pensées (au cours du dernier mois) et les comportements suicidaires (ayant eu lieu soit au cours du dernier mois, soit au cours de la dernière année). Pour qu'il y ait indication diagnostique d'un risque suicidaire (léger) il fallait que le jeune ait répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre de ces

par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à cette utilisation répétée (DSM-IV, 2000). En ce qui concerne la dépendance à une substance, sa caractéristique essentielle, toujours selon le DSM-IV (2000), est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet persiste dans l'utilisation de la substance malgré les problèmes significatifs qui y sont liés. En d'autres termes, l'abus d'une substance consiste en un mode d'utilisation inadéquat alors que la dépendance survient lorsque le sujet ne peut mettre un terme à sa consommation malgré le fait qu'il soit conscient que cette dernière soit problématique. De plus, la dépendance est accompagnée d'un niveau évolutif de tolérance à la substance utilisée ainsi que de symptômes de sevrage à l'arrêt de la consommation.

### DISCUSSION

Le tableau présenté précédemment permet de comparer l'échantillon avec ceux d'études antérieures, soit la population générale ainsi que des jeunes contrevenants américains. Sans repasser tous les résultats précédents en revue, il est pertinent de mentionner que la situation qui prévaut en centres jeunesse au Québec semble comparable à ce qui a été observé dans des études similaires sur les jeunes contrevenants américains. En effet, tous les résultats concernant notre échantillon se retrouvent dans la

moyenne relevée au sein des articles portant sur les jeunes contrevenants américains. Dans le même ordre d'idée, les résultats de la colonne du tableau récapitulatif décrivant la population générale sont toujours très inférieurs à ceux de notre échantillon ainsi qu'à ceux des populations de jeunes contrevenants américains. Les jeunes contrevenants composant notre échantillon souffrent donc beaucoup plus souvent de troubles mentaux que la population générale,

victimes dans le passé. L'image que l'on se fait d'un jeune contrevenant en centre jeunesse n'est pas nécessairement celle d'un jeune tourmenté et souffrant de troubles mentaux. Tel que mis de l'avant par notre étude, plusieurs de ces jeunes présentant des troubles de comportement souffrent également de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux en concomitance. Les troubles intériorisés peuvent effectivement pousser bon nombre de jeunes à commettre

niveau, réparties sur chacun des sites d'hébergement, assurent une réponse aux besoins des jeunes hébergés dans les foyers de groupe institutionnels ou dans les unités de réadaptation, et qui présentent un risque suicidaire, ou dont l'état de santé mentale inquiète. Les équipes de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau peuvent, quant à elles, référer au besoin aux services de pédopsychiatrie (Masse, 2010). Actuellement, il n'existe par contre



ce qui doit nous amener à insister sur les techniques de dépistage et de traitement de chacun de ces troubles mentaux.

Il est frappant de constater par cette étude que les jeunes contrevenants en centre jeunesse sont nombreux à présenter des troubles de santé mentale. Leurs comportements délinquants et souvent violents, à l'origine de leur prise en charge, sont compris et interprétés comme tels par les intervenants, sans que ne soit nécessairement mis de l'avant l'impact sur leurs conduites de la violence dont ils ont aussi été

des actes non-conventionnels, impulsifs ou violents, le tout dans le but de gérer leurs problèmes respectifs ainsi que le stress qu'ils vivent au quotidien.

Bien comprendre les troubles mentaux et pouvoir les évaluer systématiquement et adéquatement au sein d'une clientèle comme celle à l'étude, aurait comme avantage de permettre une intervention plus spécialisée et mieux ciblée auprès de ces jeunes. Actuellement, au Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, quatre équipes multidisciplinaires de deuxième

niveau, réparties sur chacun des sites d'hébergement, assurent une réponse aux besoins des jeunes hébergés dans les foyers de groupe institutionnels ou dans les unités de réadaptation, et qui présentent un risque suicidaire, ou dont l'état de santé mentale inquiète. Les équipes de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau peuvent, quant à elles, référer au besoin aux services de pédopsychiatrie (Masse, 2010). Actuellement, il n'existe par contre

## Notes

- 1 Le terme « jeune contrevenant » inclut la notion de délinquant juvénile ainsi que de jeune délinquant.
- 2 Dans le cadre de la présente étude, comme l'interview structuré du MINI a été effectué par des assistants de recherche, il est préférable d'utiliser le terme « indications diagnostiques » plutôt que « diagnostics ».
- 3 Un Kappa de Cohen est une mesure statistique visant à mesurer le degré d'accord inter-juges.
- 4 Soit l'ensemble des troubles mentaux évalués par le MINI.



## Références bibliographiques

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition, texte révisé, Washington, DC. Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Masson, Paris, 2003, 1120 p.
- Duclos, C.W., Beals, J., Novins, D.K., Martin, C., Jewett, C. et S.M. Manson (1998). « Prevalence of common psychiatric disorders among American Indian adolescents detainees », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, 866-873.
- Chen, X. (2009). « The Link Between Juvenile Offending and Victimization », *Youth Violence and Juvenile Justice*, vol. 7, no 2, 119-135.
- Fazel, S., Doll, H. et N. Langstrom (2008). « Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities », A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 47, no 9, 1010-1019.
- Grisso, T. (2004). « *Double jeopardy : Adolescent offenders with mental disorders* », Chicago, University of Chicago Press.
- Jolly, A., 2000. « Événements traumatiques et état de stress post-traumatique », une revue de littérature épidémiologique, *Annales Médico-psychologiques*, vol. 158, no 5, 370-378.
- Kjelsberg, E. et A.A. Dahl (1998). « High delinquency, disability and mortality », A register study of former adolescent psychiatric inpatients, *Acta Psychiatrica. Scand.* vol. 98, 34-40.
- Laurier, C. et F. Chagnon (2010). « Analyse du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire », *Revue Défi jeunesse*, vol. 17, no 1, 24-31.
- Laurier, C., Toupin, J., Guay, J-P et D. Lafortune (2010-2014). « Évaluer pour prévenir : les caractéristiques de la personnalité et les risques pris par les jeunes contrevenants associés aux gangs de rue », Projet financé par le FQRSC dans le cadre des actions concertées.
- Loeber, R. et D. Hay (1997). « Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood », *Annual Review Psychology*. vol.48, 371-410.
- Masse, D. (2010). « *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes âgés de 12 à 18 ans* », Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Meeus, W. et M. Dekovic (1995). « Identity development, parental and peer support in adolescence : results of a national Dutch survey », *Journal of Adolescence*, vol. 30, no 120, 931-944.
- McGee, Z., Barber, A., Joseph, E., Dudley, J et R. Howell (2006). « Delinquent behaviour, violent victimization, and coping strategies among latino adolescents », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol.42, no 3, 41-56.
- McReynolds, L., Wasserman, S., DeComo, R., John, E., Keating, J. et S. Nolen (2008). « Psychiatric Disorder in a Juvenile Assessment Center », *Crime and Delinquency*, vol. 52, no 2, 313-334.
- Robert, E.R., Robert, C.R., et Y.Xing (2006). « Prevalence of youth-reported DSM-IV Psychiatric disorders among African, European, and Mexican American adolescents », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 45, no 11, 1329-1337.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan H.K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. et G.C. Dunbar (1998). « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) », The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10, *Juvenile Clinical Psychiatry*, vol. 59, no 20, 22-33.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M., Dulcan, M.K. et A.A. Mericle (2002). « Psychiatric disorders in youth in juvenile detention », *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, 1133-1143.
- Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V. et M. Schwab-Stone, (2002). « Antisocial behaviour and mental health : Findings from three communities », *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 11, 168-175.
- Vermeiren, R., Jaspers, I. et T. Moffit (2006). « Mental Health Problems in Juvenile Justice Populations », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 15, no 2, 333-351.
- Wasserman, G.A., McReynolds, L.S., Lucas, C.P., Fisher, P. et L. Santos (2002). « The voice DISC-IV with incarcerated male youth : Prevalence of disorders », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, 314-321.



