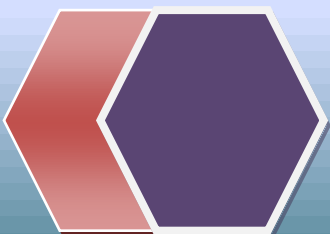




Intervenir autrement auprès de jeunes contrevenants violents ayant des problèmes de santé mentale

Rapport d'évaluation et suivi d'activités — Volet 2
***« Maintien des acquis, vécu d'équipe et
généralisation des pratiques exemplaires »***



Québec 

**Intervenir autrement auprès de jeunes
contrevenants violents
ayant des problèmes de santé mentale**

***« Maintien des acquis, vécu d'équipe et généralisation
des pratiques exemplaires »***

Auteurs

Danielle Nadeau

Chantal Pilote

Julie Tremblay-Roy

Justine Boily

Brigitte Morel

Alain Chouinard

Décembre 2015

Note : Dans le présent texte, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Production : L'installation Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale
2915, avenue du Bourg-Royal
QUÉBEC (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 661-6951
Télécopieur : 418 661-5079

Diffusé par : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
1, avenue du Sacré-Cœur – local 506 Est
QUÉBEC (Québec) G1N 2W1

Pour des copies ou toute information additionnelle, veuillez contacter par courriel M^{me} Danielle Nadeau à l'adresse : danielle.nadeau.ciussc@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal : 2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationale du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-550-76165-5 (imprimé)
ISBN 978-2-550-76165-2 (PDF)

© Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale, 2016.

Nous souhaitons remercier les intervenants de la réadaptation interne et ceux de l'équipe LSJPA. Ils ont accepté de nous parler de leur réalité avec générosité, ouverture, rigueur et honnêteté. Nous espérons avoir mis autant de précautions à analyser l'important matériel qu'ils nous ont livré et que les efforts consentis aient servi les jeunes en ayant pu aider ceux qui les aident.

L'équipe d'évaluation

Table des matières

	Page
1. Contexte	1
1.1. Préoccupation du milieu et contexte organisationnel.....	1
1.2. Théorie du problème et clarification des orientations du Volet 2	2
2. Mandat d'évaluation	8
3. Méthodologie d'évaluation : considérations générales.....	9
4. Maintien des acquis : comportements de violence sur l'unité	10
4.1. Les situations d'urgence sur l'unité : Volet 1 et Volet 2	10
4.2. Les contrevenants masculins du Volet 1 encore incarcérés lors du Volet 2 (n = 2)	13
5. Généralisation de ces pratiques aux adolescentes ? Besoins et enjeux	17
5.1. Pertinence d'appliquer la démarche aux contrevenantes à haut défi	17
5.2. Documenter les besoins clientèle des contrevenantes dites « <i>Atypiques</i> ».....	19
5.3. Expérimentation pilote du protocole de dispensation de services auprès de trois adolescentes : généralisation	24
5.4. Généralisation du protocole de dispensation de services : observation participante	32
6. À la rencontre des intervenants... ..	34
6.1. Pertinence du projet et impacts d'être exposé à la violence	34
6.1.1. Pertinence du Volet 1 – Impact perçu au plan des pratiques cliniques.....	36
6.1.1.1. Améliorations notées.....	36
6.1.1.2. Améliorations souhaitées	39
6.1.2. Être en contact avec la violence : Impacts perçus pour l'intervenant et sa pratique	42
6.1.3. La promotion du sentiment de sécurité au sein de l'équipe	47
6.2. Climat d'équipe : Besoins évaluatifs, faisabilité et réalité terrain... ..	49
6.2.1. Méthodologie spécifique : Outil et temps de mesure	50
6.2.2. Résultats (sur items sélectionnés)	51
7. Conclusion : pertinence du projet, enjeux d'implantation et constats	56

Liste des tableaux

	Page
Tableau 1 Fréquences et pourcentages du nombre de jeunes ventilés selon la loi autorisant le recours en centre de réadaptation juvénile	20
Tableau 2 Vécu d'utilisateurs de services et milieux de vie en fonction du genre	20
Tableau 3 Principaux diagnostics inscrits au dossier PJ et différence de genre.....	22
Tableau 4 Problèmes sociaux considérés dans l'intervention en fonction du genre.....	23
Tableau 5 Fréquence et nature des situations de stade 3, 4 et 5 répertoriées au dossier PJ impliquant les contrevenants du Volet 2 (n = 3), du 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014	26
Tableau 6 Dynamique de groupe (jeunes)	52
Tableau 7 Travail des éducateurs et fonctionnement de l'équipe.....	53
Tableau 8 Climat organisationnel face au soutien reçu	54
Tableau 9 Relations avec les partenaires externes	55
Tableau 10 Impact de l'exposition aux situations d'urgence d'après les intervenants	60

Liste des figures

	Page
Figure 1	Fréquence et nature des situations d'urgence de juillet 2012 à mars 2014 11
Figure 2	Évolution des situations d'urgence pour le jeune de la vignette 2 (<i>Volet 1</i>)..... 14
Figure 3	Évolution des situations d'urgence pour le jeune de la vignette no 3 (<i>Volet 1</i>)..... 15
Figure 4	Fréquence des événements d'isolement et contention concernant les jeunes contrevenants du <i>Volet 1</i> encore incarcérés en mai 2014 (n = 2) 16
Figure 5	Déplacements au sein de milieux de vie différents où le jeune a séjourné pendant plus de 30 jours..... 21
Figure 6	Nature et fréquence des situations d'urgence répertoriées au dossier PJ impliquant les adolescentes contrevenantes référées dans le cadre du <i>Volet 2</i> 24
Figure 7	Événements d'isolement et contention impliquant les adolescentes référées 25
Figure 8	Nature et fréquence des situations d'urgence impliquant l'adolescente n° 1 28
Figure 9	Nature et fréquence des situations d'urgence impliquant l'adolescente n° 2 30
Figure 10	Nature et fréquence des situations d'urgence dans la situation n° 3 32

Résumé

Ce projet dans son *Volet 1* a identifié, partagé et implanté à titre pilote des pratiques d'intervention collaboratives probantes, permettant aux praticiens d'agir en amont des épisodes de désorganisation violente de jeunes contrevenants affectés de troubles mentaux. Grâce à un devis d'évaluation de programme développementale s'appuyant sur une approche participative, un protocole de dispensation des services fut élaboré et implanté au Centre jeunesse de Québec, maintenant fusionné au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, dans le respect de l'écologie du système de services.

Les résultats du premier suivi d'implantation documentant certains changements proximaux s'étant avérés très prometteurs, la poursuite des travaux au sein du *Volet 2* poursuivait comme objectifs principaux de *maintenir, partager et continuer* à développer ces pratiques exemplaires. De façon plus spécifique, nous avons documenté d'une part un certain maintien dans le temps des changements proximaux observés, même en post-implantation, jusqu'à quelques mois après que le protocole ait cessé d'être animé. Le passage du temps semble cependant mettre en évidence une perte des gains réalisés au niveau des pratiques. Un autre des objectifs du *Volet 2*, d'autre part, cherchait à généraliser ces pratiques au sein de milieux d'hébergement accueillant des adolescentes contrevenantes. La généralisation ne s'est avérée que partielle. Toutefois, le suivi d'implantation a permis de documenter des enjeux cruciaux, en identifiant certaines des conditions qui auraient dû être présentes pour assurer une généralisation optimale. Du côté de l'innovation, le *Volet 2* s'est intéressé par ailleurs au climat d'équipe et au vécu des éducateurs qui composent au quotidien avec cette clientèle. Il a permis d'identifier et de conceptualiser la nature des impacts sur le personnel, du fait d'être exposé à des situations de violence avec la clientèle dans leur travail, et certains des facteurs qui, de l'aveu des cliniciens, semblent jouer un rôle médiateur de tels impacts.

Les détails du mandat et des questions d'évaluation, de la méthodologie et des indicateurs objectifs et subjectifs retenus sont amplement décrits et appuyés au sein de ce rapport. La section finale, davantage appliquée et récapitulative, intègre l'ensemble des résultats les plus marquants supportant notre jugement évaluatif, et fait état des conclusions et constats découlant de notre mandat. Elle vaut aussi à titre de résumé exécutif quant aux constats à prendre en compte pour les décideurs.

1. Contexte

1.1. Préoccupation du milieu et contexte organisationnel

Le premier volet des travaux relatifs au développement de ce projet, financé en partie par Justice Canada¹, fut déployé initialement de septembre 2012 à août 2013. Il a permis d'identifier, de partager et d'implanter à titre pilote des pratiques de collaboration interprofessionnelle auprès de jeunes contrevenants violents affectés de problèmes multiples, dont des troubles mentaux, en accord avec les données probantes sur la question. De telles pratiques s'avèrent pertinentes afin que les praticiens en réadaptation interne soient en mesure d'agir le plus possible en amont des épisodes de désorganisation violente présentés par ces jeunes contrevenants. L'objectif du projet à cette étape, était d'explorer la façon de prévenir et diminuer la récurrence des agressions envers le personnel pendant la mise sous garde en centre de réadaptation (« CR »).

Ces travaux ont permis de réaffirmer qu'auprès de cette population, il faut dépasser la tentation de se limiter à « gérer efficacement les crises », et soutenir l'équipe d'intervention afin qu'elle puisse se familiariser avec les causes sous-jacentes aux comportements violents exprimés par les jeunes en milieu de réadaptation. Cela s'avère nécessaire afin de mieux les anticiper et les éviter, ou en cas contraire, d'y réagir de la façon la plus adéquate possible. Le volet 1 de nos travaux a documenté les pratiques de collaboration permettant aux cliniciens d'y arriver, et exploré l'implantation de certaines de ces pratiques, en tenant compte des limites imposées par la réalité très appliquée du terrain.

À l'aide d'un devis d'évaluation de programme développementale s'appuyant sur une approche participative, un protocole de dispensation des services² a d'abord été élaboré puis implanté à titre pilote, le tout dans le but de favoriser une meilleure liaison des informations cliniques pertinentes entre les acteurs du milieu et bonifier la coordination des plans d'intervention entre l'équipe de réadaptation interne et les services externes en LSJPA. Cette implantation pilote a impliqué des intervenants dispensant des services à cinq contrevenants masculins à très haut défi (NADEAU, TREMBLAY-ROY, PILOTE, MOREL et CHOUINARD, 2014).

¹ Un montant de 62 354 \$ a été remboursé par Justice Canada aux termes d'une première demande de financement dans le cadre du *Protocole (partie D) d'entente supplémentaire concernant les contributions fédérales pour les services et programmes de justice pour les jeunes*. Les coûts totaux du projet pour le volet 1 des travaux, incluant le montant de 183 441 \$ associé à la réalisation de ce projet par le CJQ-IU s'élèvent à 245 795 \$.

² Élaboré dans le respect de l'écologie du système de services dispensés en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* (LSJPA) au CIUSSS de la Capitale-Nationale, site : Centre jeunesse de Québec.

Ces premiers efforts s'étant avérés concluants à petite échelle, une demande supplémentaire de fonds pour la poursuite des travaux a été entreprise en mars 2013, puis obtenue.³ Les efforts dans le cadre du *Volet 2*, objet du présent rapport, se sont inscrits en continuité de ceux amorcés antérieurement, tout en visant des objectifs sensiblement différents. Ainsi furent ciblés, l'examen du maintien des acquis chez les intervenants de l'unité de mise sous garde OASIS, de même que l'exploration des possibilités de généralisation auprès d'autres unités d'hébergement afin d'interroger la pertinence de transférer ces pratiques de collaboration au bénéfice de d'adolescentes contrevenantes⁴. En dernier lieu, le vécu des intervenants au sein des équipes exposées à la violence a également fait l'objet d'une attention particulière⁵.

Rappelons que ce projet demeure d'une grande pertinence car l'intervention auprès des jeunes présentant ce que Berger (2004) a qualifié de « *violence pathologique extrême* » est complexe. Elle amène régulièrement les équipes d'intervention à des constats d'échec et d'impuissance auxquels il importe de s'attarder. Une équipe qui ne se sent pas en sécurité est comme un enfant qui a peur : elle mettra son énergie à être sur ses gardes (BERGER, 2008). Comme il a été observé au sein d'établissements en psychiatrie légale, la plupart des actes d'agression commis à l'endroit du personnel de soin ou de réadaptation interne sont souvent perpétrés par les mêmes clients et qui plus est, par une minorité d'entre eux (LUSSIER, VERDUN-JONES, DESLAURIERS-VARIN, NICHOLLS et BRINK, 2010 ; VERDUN-JONES, BRINK, LUSSIER et NICHOLLS, 2006 ; WILSON, DESMARAIS, Nicholls, HART et BRINK, 2013). Toutefois, les gestes de ces clients pèsent lourds en termes de conséquences personnelles et financières, tant pour les intervenants que les établissements (BEECHAM, 2014 ; CLARK, O'MALLEY, WOODHAM, BARRET et BYFORD, 2005 ; COWLES et WASHBURN, 2005 ; ERICKSON, 2012 ; KERKER et DORE, 2006). En d'autres termes, ces jeunes contrevenants violents affectés de problème multiples sont peu nombreux, mais leurs difficultés exercent une pression énorme sur le système de soins et services.

1.2. Théorie du problème et clarification des orientations du Volet 2

La plupart des éléments pertinents pour la théorisation du problème organisationnel à résoudre ont été largement présentés dans le rapport de suivi d'implantation faisant état des travaux du *Volet 1*, rapport

³ Le financement a été obtenu à l'automne 2013, toujours dans le cadre du même concours (note 1). Le montant affecté et devant être remboursé par Justice Canada pour le volet 2 des travaux est de 84 767 \$. Les coûts totaux (ressources humaines et matérielles) assumés par le CIUSS-CN, site : Centre jeunesse de Québec (anciennement CJC-IU) pour le volet 2, s'élèvent à 56 004 \$. Ainsi, le coût total du volet 2 s'élève à 140 771 \$, et incluent les frais afférents à la réalisation de l'évaluation de programme.

⁴ Ces adolescentes, hébergées en centre de réadaptation, étaient visées par une ordonnance de placement en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, tout en faisant l'objet d'un suivi de peine. Ces jeunes contrevenantes violentes sont donc soumises à la juridiction des deux lois (LPJ et LSJPA).

⁵ Initialement, le devis prévoyait effectuer une collecte de données auprès des intervenants de d'autres milieux d'hébergement que celui du service de garde OASIS. Toutefois, certaines restrictions de faisabilité en fonction de défis et d'enjeux présents sur le terrain ont conduit les évaluateurs et l'équipe de projet à se concentrer au niveau du vécu des intervenants de l'unité de mise sous garde. Voir la section 6 du présent rapport.

auquel le lecteur est renvoyé pour davantage de détails⁶. Nous jugeons toutefois opportun d'en synthétiser brièvement quelques-uns des éléments à prendre en compte pour la clarification des orientations et objectifs du *Volet 2*.

Ainsi, rappelons en premier lieu que la santé mentale des jeunes délinquants a été longtemps considérée comme un « facteur de risque » négligé en délinquance juvénile (GOLDSTEIN, OLUBADEWO, REDDING et LEXCEN, 2005). Les jeunes souffrant de troubles mentaux seraient en contact avec la justice pour mineurs trois fois plus souvent que les autres jeunes. Les jeunes contrevenants, *a fortiori* s'ils sont affectés de troubles mentaux non-traités, présenteraient des capacités moindres à s'adapter aux situations potentiellement stressantes, une certaine forme d'altération du jugement associée à un risque accru de commission de délits, ainsi qu'un style de pensée plus rigide et dichotomique que les adolescents non délinquants. Peu d'instruments standardisés sont utilisés auprès de cette clientèle afin de repérer efficacement ces problèmes. Trop souvent, les troubles mentaux chez les jeunes contrevenants sont parfois identifiés et traités comme des problèmes de comportement. En conséquence, peu de ces adolescents ont reçu un diagnostic précis au sujet de leur condition avant leur premier épisode de détention, ou sont repérés ou soignés de façon à limiter l'aggravation de leur condition au plan de leur santé mentale (ERICKSON, 2012 ; GOLDSTEIN *et coll.*, 2005 ; MORETTI et ODGERS, 2002 ; TEPLIN, ABRAM, MCCLELLAND, DULCAN et MERICLE, 2002 ; TEPLIN, Abram, MCCLELLAND, WASHBURN et PIKUS, 2005 ; UDRY-JØRGENSEN *et coll.*, 2009 ; VINCENT et GRISSO, 2005). De plus, l'évaluation systématique de la toxicomanie ou des comportements de dépendance au début d'une période d'incarcération ou de détention ne semble pas une pratique courante.

D'autre part, la relation entre l'agir violent et les troubles mentaux et du comportement chez les adolescents, comme chez les adultes, s'avère complexe et découle de causes multiples. Par exemple, les troubles anxieux peuvent amoindrir en général l'expression de la violence réactive chez un individu. Cette proposition ne se vérifie toutefois pas en ce qui a trait au syndrome de stress post-traumatique, lequel peut au contraire contribuer à son augmentation (BORUM et VERHAAGEN, 2006). Or, les troubles de nature traumatique tout comme ceux relatifs aux troubles du spectre de l'autisme seraient eux aussi sous-diagnostiqués chez les jeunes contrevenants (FAZKEL, DOLL et LANGSTRÖM, 2009 ; GUCHEREAU, JOURKIV et ZAMETKIN, 2009). Historiquement et encore aujourd'hui, l'évaluation de ces jeunes dans le système de justice pénale pour adolescents semble avoir surtout porté sur la violence, les comportements déviants et le potentiel de dangerosité dans le but de connaître le niveau de sécurité approprié en matière d'encadrement à imposer (BORUM et VERHAAGEN, 2006 ; ROCKHOLZ, 2011).

Les pratiques exemplaires d'intervention auprès de cette clientèle suggèrent de considérer, tant lors de l'évaluation initiale du jeune au moment de sa mise sous garde que lors de l'établissement des modalités d'intervention proposées pour le séjour en détention, une diversité de facteurs (personnels, familiaux et institutionnels), sous-jacents aux comportements violents exprimés ou même plus simplement aux difficultés générales de comportement (Burke, LOEBER et BIRMAHER, 2002 ; LOEBER, BURKE et PARDINI, 2009 ; NADEAU *et coll.*, 2014 ; ODGERS, VINCENT et CORRADO, 2002 ; VINCENT, PERRAULT, GUY et GERSHENSON, 2012).

⁶ Nadeau *et coll.* (2014) pages 1 à 5.

Ces facteurs pertinents devraient demeurer au cœur des interventions proposées lors de la période de mise sous garde ou d'hébergement et, de façon plus générale, constituer le moteur des plans de services (et de soins lorsque requis), dispensés au profit de cette clientèle. Dans un monde idéal, tout programme d'intervention efficace, au-delà des contenus et des approches théoriques d'intervention comme telles, devrait en conséquence combiner à la fois un suivi judiciaire, un support psychosocial externe qui demeure en liaison avec les établissements de détention juvéniles, ainsi que des mécanismes de collaboration avec les services spécialisés en santé mentale pour adolescents. Ces mécanismes devant permettre, entre autres, d'intégrer au plan des interventions, les connaissances récentes en neuropsychiatrie (ERICKSON, 2012 ; STAHLBERG, ANCKARSÄTER et NILSON, 2010).

Dans les faits toutefois, cette articulation interdisciplinaire implique des collaborations intersectorielles de juridictions différentes (*LSJPA*, Justice, Protection de la jeunesse et santé - 1^{re}, 2^e ou 3^e lignes) qui s'avèrent complexes à mettre en place. Elles amènent des professionnels de différentes disciplines qui rendent des services tantôt en contexte volontaire, tantôt en contexte d'autorité et relevant quelquefois de juridictions législatives et de paliers de gouvernement différents⁷, à travailler sur des réalités cliniques et humaines communes. Réalités dont les répercussions ont des portées différentes selon les grilles d'analyse et cadres de travail impliqués (CLOUTIER, NADEAU, BORDELEAU et VERREULT, 2008 ; NADEAU, ALAIN et PICHÉ, 2010 ; NADEAU, 2009).

Sur la voie visant à développer éventuellement des programmes d'envergure impliquant l'ensemble des éléments organisationnels à prendre en compte, il demeure dès à présent possible de façon beaucoup plus modeste, **d'articuler et de consolider sur le terrain des pratiques cliniques de collaboration et de liaison efficaces** entre les services externes en *LSJPA*, les services cliniques et de santé mentale intra-centre jeunesse et les équipes d'éducateurs internes et d'agents d'intervention. C'est pourquoi les volets successifs de notre démarche ont visé à développer dans le contexte d'une approche participative (ARBORIO et FOURNIER, 2005 ; BRADBURY, MIRVIS, NEILSEN et PASMORE, 2008 ; SPRADLEY, 1980 ; Swantz, 2008)⁸, des moyens permettant d'outiller et d'accompagner petit à petit l'équipe *LSJPA*⁹ vers de telles pratiques exemplaires de collaboration, en considérant à la fois les ingrédients actifs des pratiques basées sur les données probantes et la réalité écologique de travail où ces services sont fournis.

Ainsi, **aux termes du Volet 1, un protocole de dispensation de services** a été élaboré puis, par la suite, implanté de façon à ce que 5 jeunes contrevenants violents aient pu bénéficier d'une **évaluation multi-cibles rigoureuse**, que l'historique de leurs comportements d'agression envers autrui et la façon de les prévenir soit adéquatement documentés, et que la **programmation individualisée de réadaptation soit revue pour chacun d'eux, afin de bien refléter cette connaissance multi-cibles**. Ces jeunes affichaient des difficultés hors du commun pour leur prise en charge, en raison de leurs

⁷ Ce qui est notamment le cas au Canada, où les services sociaux et de santé relèvent du droit civil et de la juridiction des provinces et les services en jeunes contrevenants relèvent du droit criminel et sont de compétence fédérale.

⁸ Voir NADEAU, TREMBLAY-ROY, PILOTE, MOREL et CHOUINARD (2014) en pages 9 et suivantes, où l'approche participative de type « dooble-loop » utilisée au soutien des travaux est plus amplement détaillée.

⁹ Composée ici au sens large, i.e. incluant tant les équipes d'intervenants œuvrant en réadaptation interne que les équipes d'intervenants externes à ces milieux et gravitant autour du jeune.

comportements d'agression et des dangers qu'ils représentaient pour le personnel ou les autres jeunes (NADEAU *et coll.*, 2014). Les efforts communs des cliniciens concernés (éducateurs, agents d'intervention et délégués à la jeunesse), coordonnés par une spécialiste en activités cliniques, ont permis de s'assurer que des outils cliniques pertinents soient utilisés et qu'un compte-rendu en soit réalisé et partagé afin que l'équipe d'intervention puisse se doter d'une vision commune concernant les difficultés sous-jacentes aux comportements de désorganisation. Le tout, dans le but d'améliorer la sécurité des interventions et réduire les épisodes de désorganisation violente chez ces jeunes.

En plus d'utiliser divers instruments cliniques standardisés usuellement recommandés, la séquence et le cheminement des diverses activités de liaison, de discussion de cas et de coordination du plan de services ont également été précisés au sein de ce protocole. De plus, un instrument spécifique permettant de documenter les comportements violents au sein du milieu de garde fut par ailleurs généré dans la foulée de ces efforts de développement de pratiques : **La Grille d'historique des comportements violents au sein de l'unité**¹⁰.

Ces efforts voulaient soutenir la systématisation des observations cliniques et de leur interprétation et faciliter la capacité des équipes à agir « en amont » des comportements violents avec une clientèle très difficile, et ce, de façon cohérente et individualisée. Toutefois, ils ont surtout mis en relief à quel point il est important, pour l'équipe d'éducateurs et d'agents d'intervention, de bien « connaître » ce type de client, de comprendre et de partager une vision commune de la « dynamique de violence » du jeune, de façon à en anticiper et prévenir les manifestations, ou à intervenir adéquatement **en équipe** de façon cohérente lorsque la violence éclate (voir le modèle d'action du programme extrait de NADEAU *et coll.*, 2014 et joint au présent rapport sous l'annexe « A »).

Toutefois, ces conclusions préliminaires positives ne concernaient que très peu de jeunes et, par surcroît, la période d'observation n'a couvert qu'une fenêtre de 12 mois, dont seulement quelques mois post-implantation. Dans le cadre du *Volet 2*¹¹, il a été jugé pertinent de vérifier jusqu'à quel point les acquis positifs observés semblaient ou non se maintenir, et de documenter auprès des intervenants la nature de ces acquis post-implantation, le cas échéant¹², de même que les conditions susceptibles de favoriser ou menacer leur maintien. Par conséquent, une première partie des objectifs du *Volet 2* s'est déclinée de la façon suivante :

¹⁰ NADEAU *et coll.* (2014), pages 41 à 47. Outre le partage des informations énoncées aux différents rapports cliniques générés par les instruments cliniques mentionnés ci-haut et utilisés pour l'évaluation multi-cible, la **Grille d'historique des comportements violents** permettait de documenter, pour chacun des 5 contrevenants identifiés, l'histoire, la fréquence et la nature des comportements violents d'agression envers autrui pendant la période de mise sous garde.

¹¹ En allant chercher les ressources nécessaires permettant de poursuivre l'implication d'un Éducateur-Pivot, de la spécialiste en activités cliniques et au besoin d'agents d'intervention en surplus pour continuer à soutenir liaison et coordination des plans d'intervention déjà réalisés dans le cadre du *Volet 1* avec une approche de pratiques collaboratives.

¹² Tant auprès des jeunes que des intervenants.

Objectif A — Maintien des acquis

- **Consolider et animer**

Poursuivre, pour une année supplémentaire, l'implantation du protocole de dispensation de services auprès des jeunes contrevenants visés dans le cadre du *Volet 1* et encore incarcérés à l'unité de mise sous garde.

- **Documenter** l'évolution des comportements violents de la part des jeunes ayant séjourné à OASIS sur une période plus longue i.e. couvrant l'année post-implantation du *Volet 1*.

- **Documenter** les acquis et changements de pratiques perçus par les intervenants suite à l'implantation initiale, et les conditions susceptibles de favoriser ou de menacer le maintien de ceux-ci¹³.

Dans un autre ordre d'idées, les observations encourageantes du *Volet 1* n'ont été effectuées que dans des situations impliquant des jeunes contrevenants masculins. Or, les différences liées au genre en délinquance, tant au plan des causes que des interventions efficaces, sont encore peu documentées (ZAHN *et coll.*, 2010 ; ZAHN, DAY, MIHALIC et TICHAVSKY, 2009). De plus, les membres du comité de projet se sont dits très préoccupés par la situation de quelques adolescentes hébergées dans une ressource régulière du Centre de réadaptation et faisant l'objet d'un suivi de peine sous l'autorité de la LSJPA, en raison d'agressions ou de menaces d'agression à l'endroit du personnel. Ces adolescentes étaient qualifiées de « violentes », « multiproblématiques » ou « atypiques » par les gens du milieu.

En écho à ces préoccupations, les membres du comité de projet ont estimé pertinent, au plan de la **généralisation des pratiques exemplaires**, d'explorer les avenues permettant de faire bénéficier ces adolescentes d'une évaluation multi-cibles rigoureuse et d'une révision de leur programmation de réadaptation, conformément au protocole de dispensation des services¹⁴. De même, ils ont jugé opportun de documenter davantage les besoins de cette clientèle particulière, pour soutenir le développement de meilleures réponses à leurs besoins, davantage en amont. En conséquence, les objectifs de projet suivants relatifs à la généralisation des pratiques exemplaires ont été ainsi précisés :

¹³ Documenter les perceptions des intervenants au sujet du maintien des acquis concerne un élément ajouté en cours de route au mandat de l'équipe d'évaluation, non mentionné comme tel au devis du 20 mars 2013.

¹⁴ Et ce, malgré le fait que certaines difficultés ont entravé la réalisation des objectifs énoncés au devis du 20 mars 2013 (section 5.3 du présent rapport).

Objectif B — Généralisation des pratiques exemplaires

- **Documenter** les besoins des adolescentes contrevenantes dites « *multiproblématiques* » ou « *atypiques* », présentant des troubles mentaux et des comportements violents.
- **Expérimenter le protocole de dispensation de services en accompagnant** le délégué à la jeunesse et l'éducateur de rencontres de ces adolescentes faisant l'objet d'un suivi de peine.
- **Documenter de façon sommaire les conditions favorisant et entravant** la généralisation de ces pratiques au sein d'autres milieux d'hébergement que l'unité de mise sous garde OASIS.

En dernier lieu, malgré toutes les entreprises de prévention et l'application des meilleures pratiques cliniques de collaboration interprofessionnelle auprès de cette clientèle, il subsistera des situations qui ne pourront pas totalement être prévenues et où l'équipe devra, de toute façon, réagir et gérer la crise. Dès la finalisation des travaux du *Volet 1*, les promoteurs du projet ont exprimé le souhait de continuer à explorer plus amplement la question des impacts sur le personnel et le climat d'équipe, du fait pour les intervenants d'être exposés à de telles situations de violence ou d'agression, que ce soit à titre de témoin ou de victime. À documenter plus amplement également, à partir du point de vue des intervenants eux-mêmes, les écueils ou les avenues permettant d'amoindrir les effets négatifs engendrés au quotidien de leur pratique suite à une telle exposition.

Ces éléments n'ayant pas été abordés dans le cadre des premiers travaux, l'équipe de projet a donc demandé et obtenu le financement requis, afin de poursuivre ses efforts d'innovation pour tenter de mieux outiller les intervenants à ce niveau. L'objectif général et les objectifs spécifiques de projet y étant associés sont décrits ci-après :

Objectif C — Outiller les intervenants en rapport avec l'impact sur leur pratique, du fait d'être exposés à la violence exprimée par les jeunes

- **Documenter les perceptions des intervenants sur l'impact** des comportements violents exprimés par les jeunes et l'évolution de cet impact en rapport avec leur pratique.
- **Permettre aux intervenants d'évaluer leurs perceptions de l'impact de cette violence** dans leur vécu d'intervenant et l'évolution de leurs interventions, entre autres, en explorant le climat d'équipe.

2. Mandat d'évaluation

Notre mandat d'évaluation demeure un **suivi d'implantation** associé au *Volet 2* des travaux. En accord avec les différents objectifs généraux et spécifiques poursuivis, le mandat évaluatif s'est déployé en ayant recours à différents indicateurs, permettant de documenter autant de nouvelles réalités intéressant les promoteurs que l'atteinte (ou non) de certains objectifs précis, plus opérationnels. Ces indicateurs furent convenus initialement en mars 2014, dans le cadre de la demande pour le renouvellement du financement associé au projet. Des changements organisationnels majeurs et le départ de quelques personnes du comité de projet en cours de route, ont été suivis d'une modification sensible de certains des objectifs spécifiques du projet en tant que tel, de façon à les remplacer par une activité connexe susceptible de répondre davantage aux besoins présents sur le terrain¹⁵. Le mandat d'évaluation fut adapté en conséquence¹⁶.

Ainsi, en rapport avec l'**objectif A — Maintien des acquis et les objectifs spécifiques associés**, notre mandat d'évaluation devait documenter les éléments suivants :

- L'évolution des comportements violents de la part des jeunes contrevenants ayant bénéficié du protocole de dispensation des services dans le cadre du *Volet 1*, et encore incarcérés à l'unité de mise sous garde OASIS de mars 2013 à avril 2014 (indicateur objectif)¹⁷.
- L'évolution des comportements violents de la part des autres jeunes ayant séjourné à l'unité OASIS pendant plus de 21 jours consécutifs de mars 2013 à mars 2014 (indicateur objectif).
- Les impacts et changements de pratiques perçus par les intervenants suite à l'implantation initiale des approches de collaboration prévues au protocole de dispensation des services dans le cadre du *Volet 1* (indicateurs subjectifs).

En regard de l'**objectif B – Généralisation des pratiques exemplaires**, notre mandat visait à documenter :

- Les besoins clientèle d'un groupe d'adolescentes présentant des troubles mentaux et des comportements violents et qualifiées de « violentes », « d'atypiques » ou de « multiproblématiques » (indicateurs objectifs).

¹⁵ Ces changements ont été décrits au sein d'un rapport sommaire transmis à Justice Canada l'été 2014, faisant état des dépenses encourues et des activités réalisées en cours de réalisation du *Volet 2* et ont été effectués en harmonie avec l'approche d'évaluation développementale (ou évolutive adoptée). Voir la section 3 du présent rapport.

¹⁶ En accord avec le devis d'évaluation évolutive (section 3 du rapport).

¹⁷ De façon à couvrir une année post-implantation suite au *Volet 1*.

- La qualité de l'implantation du protocole de dispensation de services dans la situation de trois de ces adolescentes faisant l'objet d'un suivi de peine (indicateur objectif).
- Les conditions favorisant et entravant cette application, témoignant de certains enjeux associés à la généralisation de ces pratiques au sein d'autres milieux d'hébergement que l'unité de mise sous garde OASIS (indicateurs subjectifs).

En dernier lieu, concernant l'**objectif C – Outiller les intervenants en rapport avec l'impact, sur leur pratique, du fait d'être exposés à la violence exprimée par les jeunes**, le mandat de suivi évolutif a consisté à :

- Documenter les perceptions des intervenants sur l'impact des comportements violents exprimés par les jeunes en rapport avec leur pratique et l'évolution de celle-ci suite aux travaux du *Volet 1* (indicateur subjectif).
- Permettre aux intervenants d'évaluer leurs perceptions de certains aspects du climat d'équipe en post-implantation (indicateur subjectif).

La section suivante discute des considérations méthodologiques générales associées à notre démarche évaluative.

3. Méthodologie d'évaluation : considérations générales

Comme pour le *Volet 1*, le devis d'évaluation a continué de combiner la rigueur du processus évaluatif à la flexibilité et à l'imagination requise pour qu'émerge l'innovation au sein d'un environnement complexe en mouvance (GAMBLE, 2008), tout en respectant les capacités du milieu et les ressources disponibles susceptibles d'être consenties aux efforts visés. En ce sens, notre perspective évaluative est demeurée influencée, tant par les approches participatives de type « dooble-loop » (BRADBURY et REASON, 2003), que par les modèles dits d'évaluation évolutive¹⁸ (DOZOIS, LANGLOIS et BLANCHET-COHEN, 2010 ; PATTON, 2011). Nous avons continué de privilégier une collaboration serrée entre les protagonistes du milieu et l'équipe d'évaluation (ARBORIO et FOURNIER, 2005 ; BRADBURY *et coll.*, 2008 ; SEYMOUR et DAVIES, 2002 ; SPRADLEY, 1980 ; SWANTZ, 2008).

Toutefois, le rôle d'accompagnement en continu de l'équipe d'évaluation, très affirmé lors de la « co-construction » du programme dans le cadre du *volet 1*, fut de beaucoup amoindri à ce stade. L'équipe d'évaluation a davantage adopté une **position descriptive**, tout en préservant la participation des acteurs du milieu dans la collecte des données et en privilégiant des retours auprès des collaborateurs concernant l'interprétation des données recueillies.

De plus, les objets d'évaluation multiples ont conduit à recourir à une gamme variée de moyens et de techniques faisant appel à une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives, et à croiser les

¹⁸ Certains auteurs utilisent l'appellation « évaluation développementale ».

résultats provenant de différentes sources (MERCIER, 1990 ; Yin, 1984). Les choix méthodologiques balisant chacune des collectes de données associées aux indicateurs spécifiques convenus, sont décrits plus amplement au fur et à mesure des chapitres de ce rapport les concernant.

Mentionnons que les activités associées à ce mandat évaluatif ne constituent pas une « recherche ». Elles consistent plutôt en une **activité d'évaluation de programme** au sens de l'article 2.5 de la dernière version de *l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'Éthique de la recherche avec des êtres humains* (CRSH, CRSNG, et IRSC, 2010) ou encore à une étude-qualité au sens de la note de clarification du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007). En effet, ces activités ne visent pas à produire des connaissances *in se* dans un but qui vise l'évolution des connaissances en tant que telle, mais sont restreintes à guider l'effort réflexif des promoteurs du projet, et à s'assurer principalement que les changements de pratiques susceptibles d'être induits ne provoquent pas une détérioration de la situation des jeunes, des intervenants ou du climat de l'équipe. Les méthodologies employées et l'approche descriptive et de soutien peu invasif de la part de l'équipe d'évaluation permettent de s'assurer du respect de ces enjeux.

4. *Maintien des acquis : comportements de violence sur l'unité*

En rapport avec la vérification de l'objectif **A – Maintien des acquis**, il fut documenté de façon spécifique la nature et la fréquence des comportements violents recensés lors des situations d'urgence survenues à l'Unité de mise sous garde OASIS¹⁹, de mai 2012 à mai 2014. Cette fenêtre d'observation constitue un premier indicateur objectif permettant d'estimer :

- le climat de violence sur l'unité et ses variations tout au cours de la période d'observation;
- jusqu'à quel point les jeunes ciblés constituent la clientèle susceptible de bénéficier du protocole de dispensation de services par rapport aux autres jeunes;
- jusqu'à quel point dans leur cas, les gains notés après l'implantation du protocole de dispensation de services ont semblé ou non se maintenir (en rapport avec les situations d'urgence sur l'unité).

4.1. *Les situations d'urgence sur l'unité : Volet 1 et Volet 2*

La période d'observation des comportements violents émis lors des situations d'urgence impliquant l'ensemble des jeunes contrevenants hébergés à l'unité de mise sous garde²⁰, a commencé 5 mois avant le début de l'implantation du *Volet 1* (de mai 2012 à septembre 2012 inclusivement), s'est poursuivie pendant 8 mois au cours de la phase d'implantation initiale (d'octobre 2012 à avril 2013), et ensuite

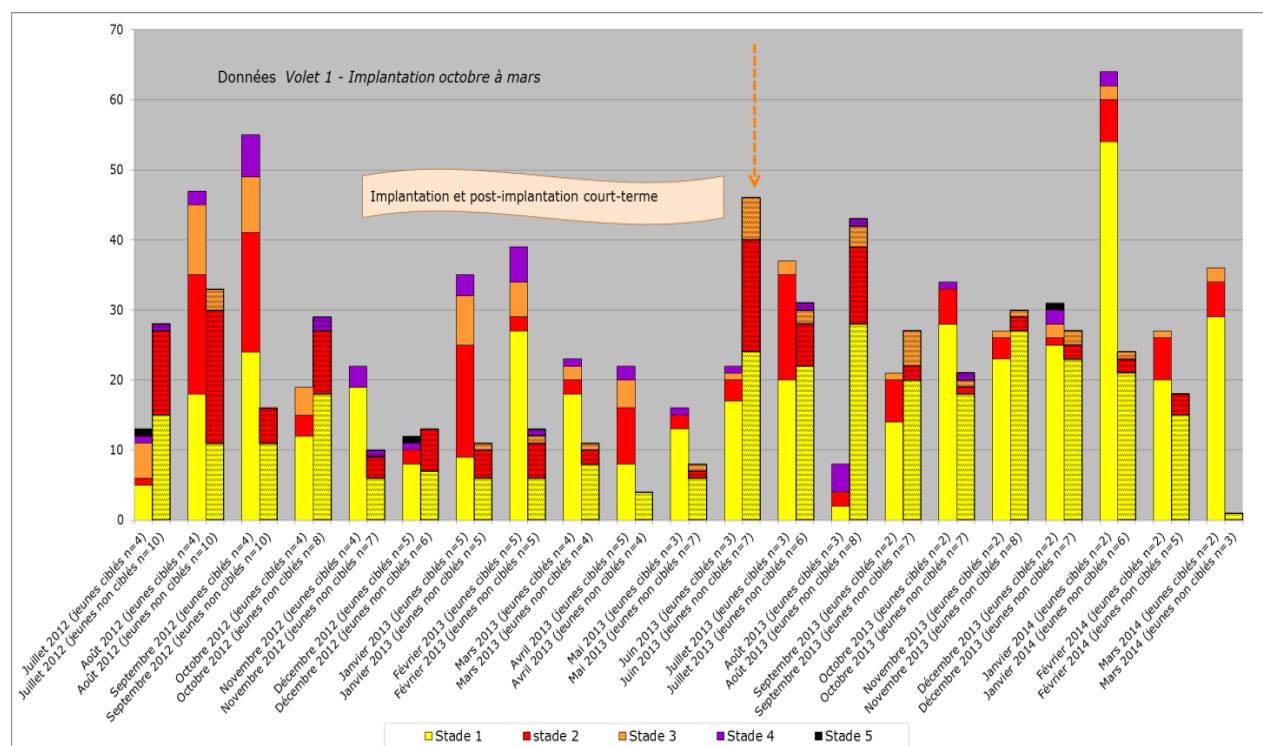
¹⁹ En incluant le *Volet 1* et le *Volet 2*.

²⁰ Pendant plus de 21 jours consécutifs.

jusqu'au 31 mars 2014 (i.e. 12 mois post-implantation). La fréquence des différentes situations d'urgence répertoriées dans PIJ par les éducateurs a été compilée et classée en fonction de leur *nature*, selon les différents « stades » proposés par l'*Approche sécuritaire* (BEAUCHAMPS et MIREAULT, 2001 ; ULRICH, 1992, cité dans MARCHESSAULT *et coll.*, 2010).

La « Grille d'historique des comportements violents »²¹ a été utilisée par l'éducateur membre de l'équipe de projet, en collaboration avec une assistante de recherche, pour recenser et colliger selon ces paramètres, les comportements violents associés aux situations d'urgence rapportées²². À des fins comparatives, la figure 1 présente de façon séparée les comportements émis par les jeunes contrevenants ayant bénéficié du protocole de dispensation de services, et ceux émis par les autres jeunes incarcérés à l'unité de mise sous garde pendant plus de 21 jours consécutifs, et ce, du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2014.

Figure 1
Fréquence et nature des situations d'urgence de juillet 2012 à mars 2014



²¹ Voir annexe B.

²² À partir des champs textes suivants dans PIJ : « Suivis d'activités » et « Chronologie d'événements » pour chacun des jours composant la ou les périodes d'hébergement d'un jeune.

Une partie des données de la figure 1²³ a déjà été divulguée au sein du rapport d'activité et suivi d'évaluation du *Volet 1* (NADEAU *et coll.*, 2014). Elles sont reproduites ici afin de revoir ces premiers résultats préliminaires, en relation avec les données à moyen et plus long terme que le suivi d'évaluation du *Volet 2* a rendu possible. Il faut noter qu'à compter d'août 2013, seuls 2 jeunes hommes référés dans le cadre du *Volet 1* étaient encore incarcérés à l'unité de mise sous garde ; l'un ayant été transféré au Centre de détention de Québec en avril 2013 et les 2 autres étant retournés dans la collectivité. Aucun nouveau contrevenant masculin n'a bénéficié de l'animation du protocole de dispensation de services dans le cadre des travaux du *Volet 2*.

En examinant la figure 1, on constate que les gains notés initialement par l'équipe d'évaluation (NADEAU *et coll.*, 2014) ont semblé se maintenir, du moins, à court terme. On observe toujours la diminution totale de la fréquence des situations d'urgence répertoriées auprès des jeunes ayant bénéficié de l'animation du protocole de dispensation de services, et le fait que lorsque ces situations surviennent, elles impliquent des situations de stades 1 et 2, quelquefois de stade 3, plus rarement de stade 4 et aucun stade 5. Rappelons que les stades 1 et 2 sont considérés comme des stades d'intervention psychoéducative et de prévention d'escalade de la violence, alors que les stades 3 et 4 constituent des situations potentiellement dangereuses, où le travail en prévention demeure possible et permet que les dangers de blessures ou de mort envers le personnel ou les autres jeunes soient évités.

De même à court terme, i.e. trois mois après la finalisation des efforts d'implantation active, le total des situations d'urgence impliquant les autres jeunes contrevenants incarcérés à l'unité de mise sous garde est demeuré quantitativement moindre et qualitativement de moindre gravité que pour leurs pairs ayant été référés au projet. Cette observation se maintient, même si les autres jeunes incarcérés sont plus nombreux que les jeunes ciblés. Nous sommes d'avis qu'au cours de ce que nous qualifions de *période d'implantation et post-implantation à court terme*, la clientèle représentant les plus grands défis d'intervention en termes de menaces quant au potentiel de violence et d'agression envers le personnel ou envers les autres jeunes à l'interne, a été correctement identifiée. Cette clientèle semble aussi avoir bénéficié des efforts des promoteurs pendant cette période.

L'examen des données évaluatives de la figure 1 à moyen et plus long terme suscite toutefois plusieurs questionnements et amène à formuler quelques bémols. À l'été 2013 (juin, juillet et août), il ne reste que 3 jeunes ayant bénéficié du protocole de dispensation de services dans le cadre du *Volet 1*. La fréquence des situations d'urgence où ils sont impliqués augmente de façon importante en juillet, même si les comportements concernés permettent encore une approche préventive et d'intervention. Toutefois pendant cette même période, **c'est la fréquence des situations d'urgence impliquant d'autres jeunes de l'unité qui questionne** (elle augmente de façon importante, tant quantitativement qu'au plan de sa gravité). De plus en août, le graphique démontre également la rareté des situations d'urgence où un contexte d'intervention préventive semble avoir été possible auprès des jeunes du *Volet 1* (donc en principe les plus fragiles à se désorganiser au plan de la violence).

²³ C'est-à-dire pour la période du 1^{er} juillet 2012 au mois de février 2013.

Il est possible de se demander si certains jeunes non visés par le protocole auraient pu en bénéficier, et jusqu'à quel point les comportements de ces autres jeunes ont pu miner le climat au sein de l'unité et contribuer à l'augmentation des situations d'urgence de façon générale. Notons que cette période d'observation correspond à la période de vacances, où plusieurs des intervenants ayant des liens privilégiés avec les jeunes (exemples : éducateurs de rencontre impliqués dans l'animation du protocole, chef de service etc.) étaient possiblement absents. Ceci aurait pu contribuer à une moins bonne prévisibilité de l'intervention et à une certaine détérioration du climat au sein de l'unité. Si tel est le cas, on ne peut pas exclure au plan clinique, que cette détérioration du climat ait pu contribuer à fragiliser grandement l'évolution positive de certains des jeunes ayant bénéficié antérieurement du protocole de dispensation de services, compte tenu de leurs propres dynamiques de violence sous-jacentes. À ce sujet, le lecteur est renvoyé aux pages 64 et suivantes du rapport du *Volet 1*, où ces dynamiques de violence furent largement explorées au plan clinique²⁴ et présentées sous forme de vignettes (NADEAU *et coll.*, 2014).

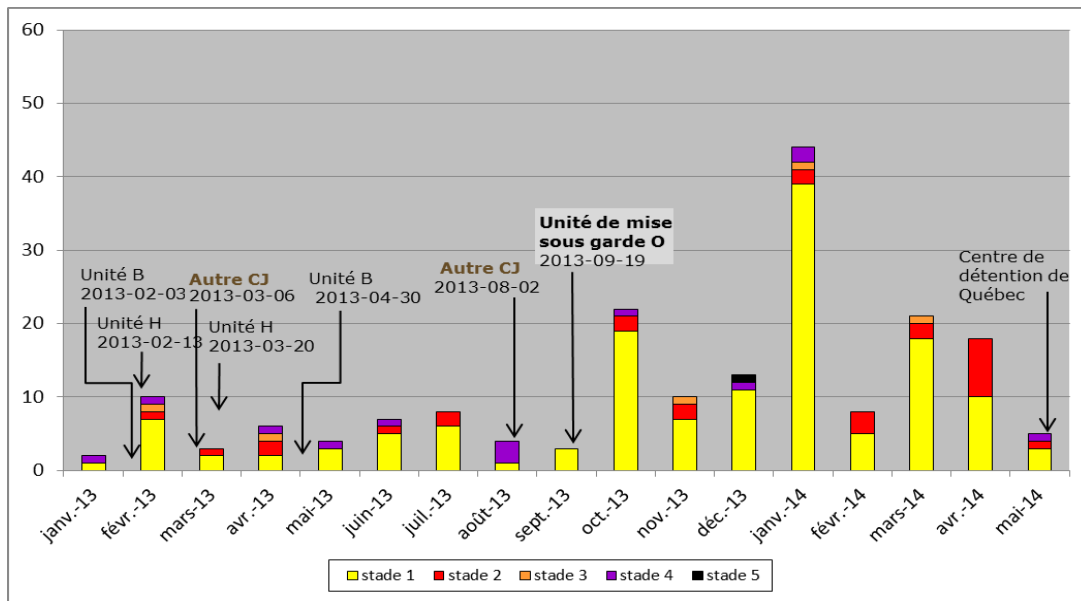
4.2. Les contrevenants masculins du Volet 1 encore incarcérés lors du Volet 2 (n = 2)

Après cette période, le protocole de dispensation de services a continué d'être animé par la spécialiste en activités cliniques et l'éducateur parrain, au profit de seulement deux des jeunes contrevenants inclus dans le cadre des travaux du *Volet 1* et toujours incarcérés à l'unité OASIS (jusqu'en mai 2014). De façon à mieux comprendre l'évolution de leur situation, car il s'agit des seules situations où une observation à plus long terme a été possible, nous avons isolé les données associées à l'évolution de leurs comportements violents répertoriées au dossier, et poursuivi les études de cas.

Les figures 2 et 3 présentent séparément, le cumul des comportements violents émis sur l'unité par chacun de ces deux adolescents, de la période post-implantation du *Volet 1* jusqu'en mai 2014. Elles rendent compte également des différents milieux et périodes d'incarcération qui ont ponctué leurs trajectoires respectives, jusqu'à leurs transferts en milieu de détention adulte en mai 2014.

²⁴ À l'aide d'une méthodologie s'apparentant à une étude de cas multiple.

Figure 2
Évolution des situations d'urgence pour le jeune de la vignette 2 (Volet 1)



Rappelons que le jeune ci-haut (figure 2), ne correspond pas à ce que les cliniciens qualifient de délinquant « *typique* ». Il s'agit d'un jeune connu des services de protection depuis son enfance, avec des comportements agressifs qualifiés autant de réactifs que proactifs. La dimension anxieuse, très présente, le plonge rapidement dans le réactif. Ce jeune a été hébergé en centre de réadaptation depuis 2012 et l'essentiel de sa criminalité depuis, implique des situations de menaces ou des actes d'agression commis à l'interne. Il a fugué fréquemment et présente des problèmes de consommation importants, surtout lors des fugues où la violence réactive est alors exacerbée. Tout « effet de surprise » chez lui peut provoquer une réaction impulsive voire un comportement violent, car cela semble avoir le potentiel d'activer sa méfiance et les intervenants disent alors avoir l'impression qu'il réagit comme « *un animal traqué* ». Méfiant, anxieux et présentant d'importantes difficultés attentionnelles, il s'agit par ailleurs d'un jeune intelligent, sportif et capable de bien performer à l'école lorsqu'il n'est pas trop en souffrance.

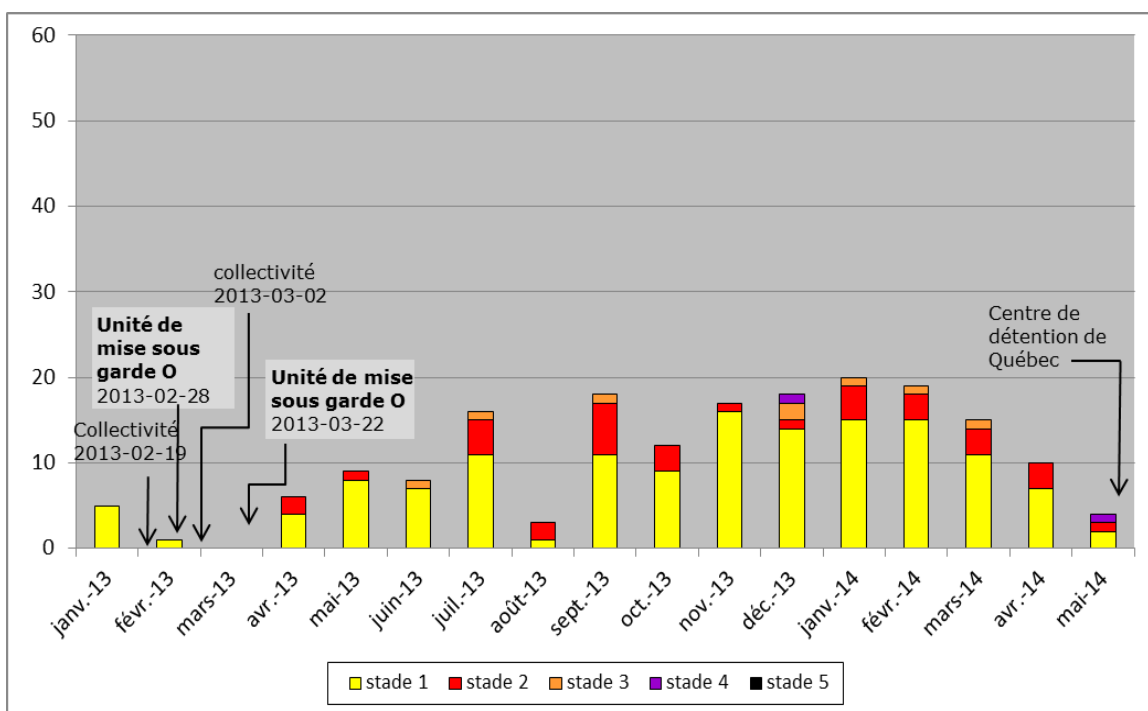
L'examen des plaintes et peines le concernant révèle de nouveaux éléments de cette nature de février à août 2013. Cette période correspond à moment où il n'était plus incarcéré à l'unité de mise sous garde, mais en placement fermé dans une autre unité, sous l'autorité de l'application de mesures en protection de la jeunesse. Les bénéfices observés dans sa situation suite à l'animation antérieure du protocole de dispensation de services, ont semblé dilués ou plus difficiles à maintenir après que le jeune se soit retrouvé dans un autre secteur d'hébergement, sous l'autorité d'une nouvelle juridiction (en PJ) et de nouveaux intervenants.

Le retour de ce jeune à l'unité de mise sous garde a coïncidé avec la période que nous avons identifiée comme particulièrement difficile au sein de celle-ci (août 2013). Rapidement, ce jeune a par la suite été transféré quelques semaines dans un autre CJ, après avoir été impliqué au sein de deux situations de

stade 3. Après son retour à l'unité de mise sous garde, le mois de décembre (souvent chargé émotionnellement pour les jeunes incarcérés) a été ponctué d'une situation de stade 5 où il a agressé un autre jeune, enrichissant par le fait même sa carrière criminelle d'agression contre les personnes. Une autre situation explosive d'agression sur un autre jeune surviendra quelques mois plus tard et mènera à son transfert en milieu de détention adulte.

Le deuxième jeune contrevenant pour lequel l'observation de sa situation à plus long terme fut rendue possible (figure 3), affichait une délinquance davantage caractérisée par une prise de pouvoir importante « à l'extérieur des murs » avant d'être incarcéré à l'unité de mise sous garde. Il s'agissait d'un jeune peu connu des services de protection de l'enfance avant son incarcération, ayant évolué dans un milieu assez bien nanti au plan des ressources personnelles et matérielles. Dans son cas, les comportements agressifs semblaient servir une fonction permettant d'asseoir son pouvoir, son statut.

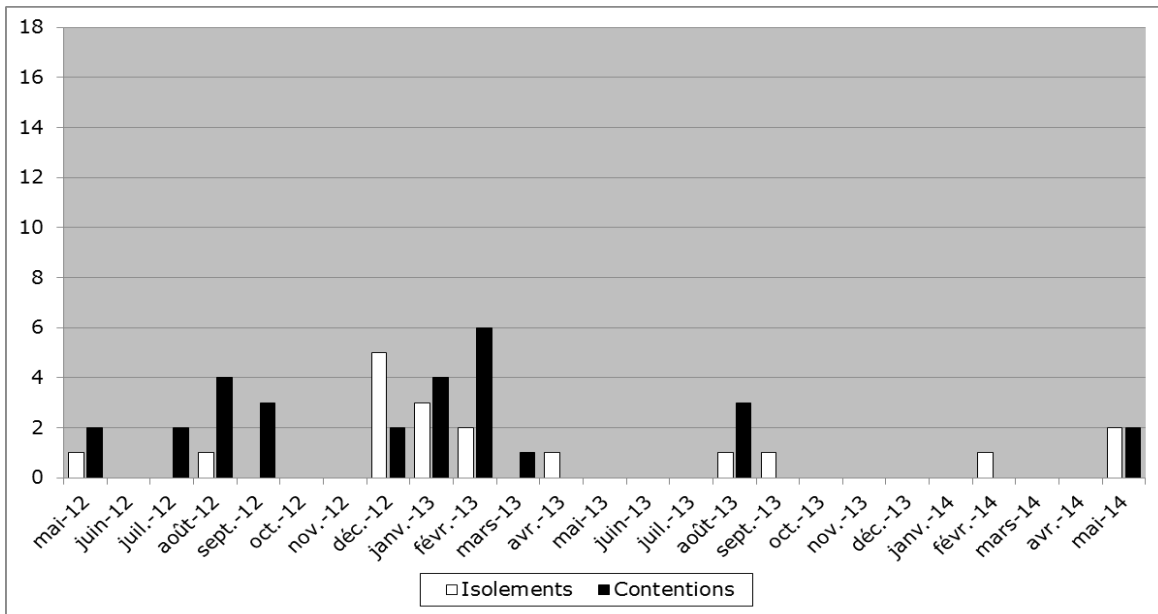
Figure 3
Évolution des situations d'urgence pour le jeune de la vignette no 3 (Volet 1)



Le suivi d'activités dans le cadre du *Volet 1* a démontré que ce jeune homme a affiché une progression spectaculairement positive au plan de la diminution des situations d'urgence où il était impliqué à l'intérieur des murs, après l'implantation du protocole de dispensation de services. Son retour en incarcération a fait suite à d'autres offenses criminelles commises dans la collectivité (introduction par effraction et vol qualifié, entre autres). Au long cours, la progression positive observée lors des phases implantation et post-implantation à court terme a semblé battre de l'aile, particulièrement à compter de juillet 2013. On constate qu'elle fut enrayée lors d'un épisode de stade 3 en décembre 2013, mais surtout en mai 2014, où il a dû être transféré au Centre de détention pour adultes, suite à des menaces et voies de fait à l'endroit d'un membre du personnel ayant mené à des plaintes policières.

La figure 4 présente la totalité des événements d'isolement/contention concernant les deux jeunes contrevenants masculins dont la situation a pu continuer d'être monitorée dans le cadre du *Volet 2*, pour la totalité des périodes d'observation couvertes par le suivi d'évaluation (de mai 2012 à mai 2014).

Figure 4
Fréquence des événements d'isolement et contention concernant les jeunes contrevenants du Volet 1 encore incarcérés en mai 2014 (n = 2)



Il est possible de constater ici une diminution de la fréquence des isolements et contentions concernant ces deux jeunes après le *Volet 1*, **mais surtout le maintien de cette diminution** à moyen et plus long terme. Les rares événements rapportés surviennent lors de périodes considérées comme très sensibles au sein de l'unité (août 2013 et mai 2014).

Un élément important au plan clinique faisant possiblement suite à l'implantation du protocole de dispensation de services, mérite ici d'être mentionné : un des « *moyens* » (en langage d'éducation spécialisée et de réadaptation) permettant d'éviter l'escalade des comportements violents de la part de ces 2 jeunes, impliquait qu'ils demandent eux-mêmes d'être retirés du groupe pour aller au bloc retrait de façon volontaire avant qu'ils n'éclatent, lorsqu'ils se sentaient trop « *envahis* ». La lecture des notes au dossier, dans le cadre du suivi évaluatif, a permis d'observer qu'ils ont souvent demandé cette mesure et qu'ils se sont « *isolés* » volontairement, cette affirmation caractérisant particulièrement le jeune de la première vignette présentée ci-haut. Ce « *moyen* » impliquait que les jeunes puissent reconnaître en eux les signes d'envahissement et apprennent à les signaler aux intervenants, avant de ne plus être en mesure de réagir sans mettre leur propre intégrité et sécurité émotionnelle et physique, de même que celle des autres, en danger. Cliniquement parlant, nous pensons raisonnable d'émettre l'hypothèse que davantage de situations explosives impliquant une menace à la sécurité du personnel et des autres jeunes auraient pu survenir en l'absence de la disponibilité d'un tel « *moyen* ».

Pour conclure cette section, nous sommes d'avis qu'un certain maintien des acquis réalisés dans le cadre du *Volet 1* a été observé pour les jeunes ayant bénéficié du protocole à moyen terme, logeant toutefois au niveau de signes plus subtils, comme la diminution des périodes d'isolement-contention ou l'espacement des situations d'urgence. À plus long terme, une fois l'arrivée sur l'unité de nouveaux jeunes contrevenants au profit desquels les approches concertées dans le cadre du projet auraient eu avantage à être déployées, il semble que les acquis réalisés au bénéfice des jeunes du *Volet 1* aient pu en être entachés. L'absence d'un porteur stable permettant que le protocole de dispensation de services ait pu bénéficier d'une suite afin d'en faire bénéficier de nouveaux jeunes qui en auraient eu besoin, n'a possiblement pas aidé.

5. Généralisation de ces pratiques aux adolescentes ? Besoins et enjeux

En général, les adolescentes contrevenantes affichant des comportements violents à l'endroit du personnel seraient peu nombreuses. Toutefois, d'après les acteurs du milieu, elles présentent des défis aussi complexes et difficiles à gérer que ceux imposés par leurs pairs masculins. Selon l'équipe de projet, il semble que ces adolescentes feraient davantage l'objet d'un placement en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et d'un suivi de peine sous l'autorité de la *LSJPA* que leurs pairs contrevenants masculins, ces derniers étant, pour leur part, davantage l'objet de mesures d'incarcération prononcées suite à l'application de la *LSJPA*. En regard de l'**objectif B – Généralisation des pratiques exemplaires**, le suivi évaluatif devait permettre de mieux éclairer les décideurs sur les besoins-clientèle de ces jeunes contrevenantes présentant des troubles mentaux et des comportements violents, et de documenter une application pilote du protocole de dispensation de services dans trois situations impliquant de telles adolescentes. Ce faisant, une partie des enjeux inhérents à la généralisation de ces pratiques dans un autre milieu d'hébergement juvénile qu'une unité de mise sous garde a été l'objet d'examen.

Au plan organisationnel, il demeure que le personnel de réadaptation au sein des unités d'hébergement juvénile accueillant ces adolescentes, est davantage habitué à travailler auprès de jeunes filles n'ayant pas nécessairement commis de délits ou hébergées le plus souvent pour leur protection en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*. Néanmoins, quelques-unes de ces adolescentes hébergées faisant l'objet d'un suivi de peine sont qualifiées par les intervenants de « violentes », « d'atypiques » ou de « multiproblématiques ». Qu'en est-il dans la réalité terrain ? Que dit la littérature et quelles données clientèles peuvent vraiment éclairer l'équipe de projet sur cette question et permettre de s'assurer que le protocole de dispensation de services s'avère pertinent dans la prise en charge de leur situation ? C'est un des éléments que le *Volet 2* du projet a pu permettre de mieux circonscrire.

5.1. Pertinence d'appliquer la démarche aux contrevenantes à haut défi

Au plan des différences liées au genre lorsqu'il est question de jeunes contrevenantes violentes, il y a encore très peu d'études sur le sujet (voir par exemple MORETTI, CATCHPOLE et ODGERS, 2005 ; MORETTI et ODGERS, 2002 ; PENNEY et MORETTI, 2007). Les différences notées dans la littérature, bien qu'encore peu documentées, commandent-elles ou non la même importance d'individualiser les plans d'intervention comme dans le cas des garçons ?

La littérature aborde de plus en plus le fait que des programmes d'intervention spécifiques au genre puissent amener des résultats positifs chez les jeunes délinquantes (ZAHN *et coll.*, 2010). Bien que plusieurs facteurs de risque associés à la délinquance générale soient partagés entre les garçons et les filles, certains de ces facteurs se différencient. Par exemple, les jeunes filles délinquantes auraient été plus souvent victimes de maltraitance physique *documentée* que les garçons, et les taux de prévalence de certaines affections au plan de la santé mentale liées, entre autres, à l'anxiété, à la dépression et au syndrome de stress post-traumatique, seraient plus élevées chez ces dernières. De plus, il semble que les adolescentes contrevenantes commettent davantage de tentatives de suicide et de gestes d'agression physique envers elles-mêmes, comme se mutiler ou se brûler (BELKNAP et HOLSINGER, 2006 ; POSTLETHWAIT, BARTH, et GUO, 2010 ; ZAHN *et coll.*, 2010). Pour leur part, les contrevenants masculins seraient davantage diagnostiqués comme étant affectés du TDAH et du trouble des conduites (ZAHN *et coll.*, 2010). Selon certains auteurs, les programmes auraient donc avantage à cibler ces différences de genre pour augmenter leur efficacité (BELKNAP, et HOLSINGER, 2006 ; BRIGHT, KOHL, et JONSON-REID, 2014 ; ZAHN *et coll.*, 2010). Toutefois, ces propos commandent des nuances.

En effet, il existe déjà des programmes spécifiques pour les filles, mais ces derniers sont très récents. Ils n'ont pas été évalués avec rigueur au plan de leurs effets comme tel, et ne mesurent pas tous les mêmes facteurs ou indicateurs d'effets. Ce dernier aspect rend les études évaluatives difficilement comparables entre elles. ZAHN et ses collaborateurs (2009) ont comparé des programmes spécifiques au genre à des programmes non spécifiques, et concluent que les premiers auraient des impacts positifs importants sur plusieurs variables socio-psychologiques, mais peu d'impact différentiel pour diminuer les taux de récidive concernant l'agissement délinquant. Sur ce dernier point, les programmes non spécifiques au genre fonctionneraient aussi bien chez les filles que chez les garçons. Bref, ZAHN et ses collègues (2009) n'en viennent pas à la conclusion que les programmes spécifiques au genre fonctionnent plus ou moins bien, mais que beaucoup d'autres recherches ainsi que des améliorations de ces programmes demeurent à faire et à documenter.

En conclusion, si le protocole de dispensation de services du *Volet 1*, soutenant des pratiques partagées de collaboration clinique, semble s'être avéré d'une certaine efficacité pour diminuer les comportements violents des contrevenants masculins à l'endroit du personnel, la littérature ne nous fournit pas d'indication claire qu'une telle initiative puisse être déconseillée pour les contrevenantes. De plus, la logique clinique commanderait plutôt le contraire : individualiser l'intervention et travailler en contexte de collaboration interdisciplinaire au plan de la prise en charge de ces situations pourrait faciliter la prise en compte des facteurs de risque et de protection différents, susceptibles d'agir et de s'influencer mutuellement de façon particulière, dans chacune des situations cliniques visées. Toutefois, une question demeure : De qui parle-t-on au juste lorsqu'il est question de jeunes contrevenantes adolescentes dites « violentes », « atypiques », ou « multiproblématiques » au CIUSSS de la Capitale Nationale ? La section suivante tente d'apporter un certain éclairage sur cette question.

5.2. Documenter les besoins clientèle des contrevenantes dites « Atypiques »

Outre les repères peu bavards de la littérature, peu de données clientèle s'avéraient disponibles afin d'aider l'équipe de projet à bien circonscrire les besoins en présence. Toutefois en 2012, une étude administrative interne sur dossiers a été commandée par le **Comité de travail sur les jeunes atypiques** pour documenter la situation générale d'une cohorte de 36 jeunes hébergés, considérés comme « *atypiques* » ou « *multiproblématiques* » au niveau clinique (NADEAU, PILOTE, HARVEY et CHANTAL (2012). L'expression « *jeunes atypiques* » désigne ici cette portion de jeunes usagers très difficiles à desservir, pour lesquels l'établissement doit avoir recours régulièrement à des mesures extrêmes comme la contention ou l'encadrement intensif.

Dépendant des années, ces jeunes que les intervenants qualifient également de clients dits de « *bout de ligne* » composent environ 10 à 15 % de la clientèle hébergée en centre de réadaptation. Il s'agit d'une population clinique extrême, partageant plusieurs caractéristiques communes avec les jeunes contrevenants violents à la source du présent projet. Ce mandat et le rapport de 2012 ne s'étaient toutefois pas intéressés aux différences de genre. Pour orienter en partie les efforts de développement du *Volet 2*, il fut procédé à des analyses secondaires de ces données, afin d'identifier les différences de genre existantes, le cas échéant, et répondre à certaines des questions intéressant le présent mandat d'évaluation.

L'étude sur dossiers a été réalisée en utilisant le même protocole de cueillette que celui élaboré pour dresser le portrait clientèle dans le cadre du suivi d'implantation du programme « *Viser l'inclusion sociale* » (NADEAU, MALINGREY, CHANTAL et BONNEVILLE, 2010 ; NADEAU et PATRY, 2008)²⁵. De plus, les mêmes mises en garde méthodologiques afférentes aux études sur dossiers s'appliquent à ces données et à leurs analyses secondaires²⁶. Ces analyses correspondent à des analyses exploratoires descriptives et corrélationnelles, cherchant à mettre en évidence l'existence d'associations ou de différences en fonction du genre, en rapport avec des construits d'intérêt à prendre en compte ici pour soutenir les efforts de développement des promoteurs. Les résultats sont détaillés ci-après.

Au sein de cette cohorte de jeunes dits atypiques (N = 36), se retrouvaient 38 % de filles (n = 14) et 61 % de garçons (n = 22). L'âge moyen des filles était de 17,2 ans ($\sigma = 2,14$) et celui des garçons 16,68 ($\sigma = 1,2$), les groupes étant considérés équivalents à ce niveau. La plupart de ces jeunes ont bénéficié des services de protection de l'enfance depuis leur enfance. Comme le démontre le tableau 1, certaines différences

²⁵ En plus de systématiser la recherche d'informations cliniques et contextuelles pertinentes inscrites aux dossiers des usagers, cette façon de faire permet également de comparer les différents portraits clientèles réalisés au sein de l'établissement pour cibler les clientèles les plus vulnérables, entre autres, au plan de certains aspects de leur santé mentale.

²⁶ Elles concernent le fait que les informations recueillies aux termes de telles études administratives ne constituent que des résumés de données cliniques consignées aux dossiers informatisés des usagers et pertinentes à considérer dans le cadre des travaux de développement ou d'évaluation de programme. **Elles ne constituent donc pas, en soi, des « mesures » psychométriques de construits psychosociaux ou psychologiques, de difficultés ou pathologies.** Elles sont présentées, analysées et discutées ici strictement dans le cadre du mandat d'évaluation décrit précédemment, pour être éventuellement triangulées aux autres données et renseignements dont disposent les acteurs impliqués dans ce dossier au sujet de la clientèle cible. Elles ne sauraient être utilisées à d'autres fins.

de genre au plan de la loi autorisant le recours à l'intervention et à l'hébergement en réadaptation ressortent, et confirment ce que les promoteurs du projet pressentaient au sujet des jeunes adolescentes dites contrevenantes.

Tableau 1
Fréquences et pourcentages du nombre de jeunes ventilés
selon la loi autorisant le recours en centre de réadaptation juvénile

Cadre juridique	N = 36		Filles n = 14		Garçons n = 22	
LSSS (services de santé)	1	2,8 %	0	0 %	1	4,5 %
LPJ (Protection de la jeunesse)	22	61,1 %	11	79 %	9	41 %
LSJPA (<i>Loi sur le système de justice pénale pour adolescents</i>)	1	2,8 %	0	0 %	1	4,5 %
LPJ + LSJPA (double mandat)	12	33,3 %	3	21 %	11	50 %

Près de 80 % des filles nécessitant des mesures exceptionnelles, comme des mesures de contention ou d'encadrement intensif, sont hébergées suite à une ordonnance dispensée dans le cadre de services de protection de la jeunesse, ce qui n'est le cas que pour 40 % des garçons. Ces derniers font l'objet surtout de mesures d'hébergement et/ou de réadaptation autorisées en vertu des deux lois. Pour les 3 filles présentant des comportements ayant été sanctionnés en vertu des deux lois, **la criminalité fait principalement suite à des agressions commises à l'interne** contre des membres du personnel ou les autres jeunes filles lors de situations d'urgence. Au plan du vécu d'utilisateurs de certains services et des milieux de vie de cette clientèle particulière, le tableau 2 met en évidence d'autres différences entre les garçons et les filles.

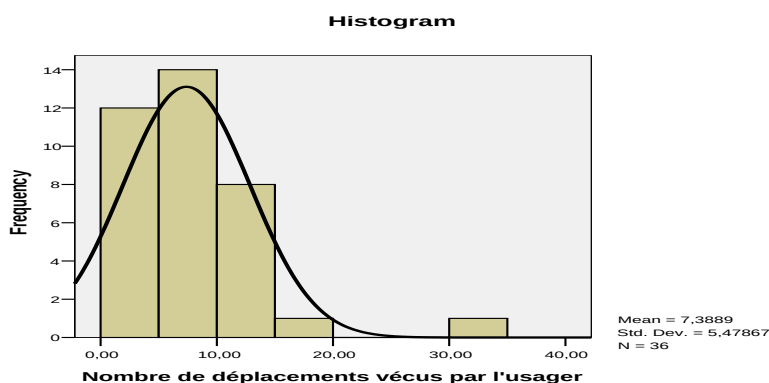
Tableau 2
Vécu d'utilisateurs de services et milieux de vie en fonction du genre

Mesures PJ	N = 36		Garçons n = 22		Filles n = 14		Statistique
38a (abandon)	4	11 %	2	9 %	2	14 %	$\chi^2 (1,35) = 0,12, p = 0.67$
38b (négligence)	20	56 %	14	64 %	6	43 %	$\chi^2 (1,35) = 1,9, p = 0.16$
38c (MTpsychol.)	4	11 %	1	5 %	3	21 %	$\chi^2 (1,35) = 2,3, p = 0.13$
38d (abus sexuel)	2	6 %	0	0 %	2	14 %	$\chi^2 (1,35) = 3,2, p = 0.07$
38e (abus physique)	2	6 %	0	0 %	2	14 %	$\chi^2 (1,35) = 3,2, p = 0.07$
38f (probl. Compts)	33	92 %	20	91 %	13	93 %	$\chi^2 (1,35) = 0,08, p = 0.80$
Placement à maj.	24	67 %	4	18 %	7	50 %	$\chi^2 (1,35) = 3,73, p = 0.05$
Encadrement intensif	27	75 %	22	100 %	5	36 %	$\chi^2 (1,36) = 18,9, p < 0.00$

Au sein de cette population clinique extrême, il existe peu de différences entre les garçons et les filles au plan de la nature de la victimisation, sauf que davantage de filles ont fait l'objet d'un signalement pour abus sexuel ou abus physique (maltraitance physique documentée), comme il est suggéré dans la littérature. Mais la population concernée est très petite.

Seulement un peu plus du tiers de ces filles ont fait l'objet de mesures d'encadrement intensif. Notons que 80 % des jeunes faisant partie de cet échantillon étaient hébergés en Centre de réadaptation au moment où ce bilan a été réalisé. Parmi eux, 69 % d'entre eux avaient déjà fugué au moins une fois du Centre de réadaptation. Aucune différence significative entre les garçons et les filles n'a été décelée sur ce plan. Nous avons examiné le nombre de déplacements au sein de différents milieux de vies où le jeune a, dans le cours de son histoire, séjourné plus de 30 jours²⁷. La moyenne de ces déplacements est de 7,38 ($\sigma = 5,5$), la fréquence de tels déplacements variant entre 2 et 32. La figure 6 en reproduit le schéma de la distribution de fréquences.

Figure 5
Déplacements au sein de milieux de vie différents où le jeune a séjourné pendant plus de 30 jours



Nos analyses comparatives révèlent à ce sujet que les filles de l'échantillon ont vécu davantage de déplacements ($M = 10,2$; $\sigma = 7,3$) que les garçons ($M = 5,6$; $\sigma = 2,9$), et que cette différence est significative ($F(1,34) = 7,2$. $p < 0.01$). Cette différence pourrait-elle être assujettie à davantage de victimisation ou de risque de victimisation physique documentée chez cette population extrême et en très grande souffrance ?

Au niveau des indices de fonctionnement associés à la santé mentale de ces jeunes reconnus comme très difficiles au plan de la prise en charge, nous avons recensé aux dossiers les diagnostics (ou impressions diagnostiques) posés par un médecin concernant des troubles mentaux ainsi que les médicaments prescrits pour traiter ces derniers, le cas échéant. Outre les psychoses toxiques susceptibles de survenir lorsque les jeunes sont en état de consommation avancée (alors que 98 % d'entre eux présentent des difficultés au plan de la consommation de substances psychoactives), cette

²⁷ Ce qui n'inclut donc pas les placements effectués dans le cadre de mesures d'urgence.

population semble peu affectée par des troubles de nature psychotiques (2 %) ou *peu diagnostiquée* en ce sens.

Au plan du nombre de diagnostics inscrits ($M = 1,8$, $\sigma = 1,6$) ou de médicaments prescrits ($M = 1,4$, $\sigma = 0,83$), il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons. Toutefois, la nature de ceux-ci diffère. Ainsi, 36 % des filles ($n = 5$) de l'échantillon prennent des antidépresseurs comparativement à un seul garçon. Les filles sont plus sujettes aux comportements et tentatives de suicide, mais une seule d'entre elles avait un diagnostic de dépression inscrit à son dossier. Une proportion très importante (60 %) des garçons prend des psychostimulants, alors que c'est le cas pour seulement 28 % des filles. Cette prise de médication s'avère congruente avec les diagnostics inscrits aux dossiers. Le tableau 3 présente les fréquences et pourcentages de quelques-uns des principaux diagnostics inscrits aux dossiers des jeunes, les différences entre les genres, et la statistique associée à la signification des différences observées, le cas échéant.

Tableau 3
Principaux diagnostics inscrits au dossier PJ et différence de genre

Dx inscrits	N = 36		Garçons n = 22		Filles n = 14		Statistique
TDA/H	17	47 %	13	59 %	4	29 %	$\chi^2 (1,36) = 3,19, p = .07$
TO	10	28 %	7	32 %	4	29 %	$\chi^2 (1,36) = 0,46, p = .49$
Traits de pers. Path	7	19 %	1	5 %	6	43 %	$\chi^2 (1,36) = 8,01, p < .005$
Trouble attachement	7	19 %	3	14 %	4	29 %	$\chi^2 (1,36) = 1,21, p = .27$
Trouble anxieux	4	11 %	3	14 %	1	7 %	$\chi^2 (1,36) = 0,35, p = .54$

Les filles qui constituent un défi accru au plan de leur prise en charge en milieu d'hébergement semblent plus souvent diagnostiquées, à l'adolescence, comme présentant des traits de personnalité pathologiques, principalement de type « État-Limite ». La différence semble marginalement significative au plan du TDA/H, mais il faut tenir compte ici du très petit échantillon. À vue de nez, ces données semblent un peu surprenantes, compte tenu de ce qu'enseigne la littérature au sujet de la population juvénile délinquante *en général*. On aurait pu s'attendre à noter des différences de genre au plan des troubles anxieux et dépressifs, alors que ce n'est pas ce que les diagnostics inscrits aux dossiers des jeunes considérés comme atypiques ou à très haut défi suggèrent.

Gardons toutefois en tête les limites méthodologiques afférentes à ce genre d'étude qui, en s'intéressant aux diagnostics inscrits aux dossiers, reflètent davantage une tendance des médecins qui ont vu les adolescents à poser tel ou tel diagnostic (MSSS, 2007). De plus, rappelons qu'il ne s'agit pas d'une population juvénile délinquante habituelle (au sujet desquelles portent les études examinées précédemment en section 5.1), mais plutôt d'une population clinique extrême, dont une grande proportion affiche également des comportements délinquants.

À ce sujet, nous avons passé en revue les différents problèmes sociaux à considérer dans l'intervention de réadaptation et inscrits au dossier, pour en examiner les différences de genre. Il ne s'agit pas ici des motifs légaux de compromission ni des faits ayant conduit à la commission d'un acte criminel. Il s'agit plutôt des problèmes psychosociaux susceptibles de menacer l'inclusion sociale du jeune ou son adaptation générale, problèmes dont les intervenants tiennent compte dans le cours de l'intervention de réadaptation (i.e. faisant l'objet du plan de soins ou services). Le nombre moyen des différents problèmes sociaux à considérer dans l'intervention clinique et répertoriés dans les rapports d'évaluation est important ($M = 7.89$; $\sigma = 2.54$) mais ne diffère pas entre les garçons ($M = 7.5$; $\sigma = 2.6$) et les filles ($M = 8,4$; $\sigma = 2.4$). C'est au niveau de la nature de ces difficultés que l'on observe des différences, plus subtiles. Par exemple, le quart de ces adolescent-e-s présentent des comportements sexuels considérés comme inappropriés (25 %), mais une distinction de genre se manifeste au plan qualitatif : les filles étant considérées ici comme « *hypersexualisées* », et les garçons comme des « *agresseurs* ». Le tableau 4 détaille, en fonction des genres, les taux de prévalence et pourcentages d'autres types de problèmes sociaux considérés dans l'intervention de psychosociale et de réadaptation.

Tableau 4
Problèmes sociaux considérés dans l'intervention en fonction du genre

Difficultés PS	N = 36		Garçons n = 22		Filles n = 14		Statistique
Impulsivité	30	83 %	18	81 %	12	86 %	$\chi^2 (1,36) = 0.10, p = .76$
Idéations suicidaires	13	36 %	4	18 %	9	64 %	$\chi^2 (1,36) = 7,9, p < .01$
Automutilation	6	16 %	1	5 %	5	36 %	$\chi^2 (1,36) = 5,9, p < .05$
Suspicion mauvais traitements sexuels	5	14 %	0	0 %	5	36 %	$\chi^2 (1,36) = 9,2, p < .01$

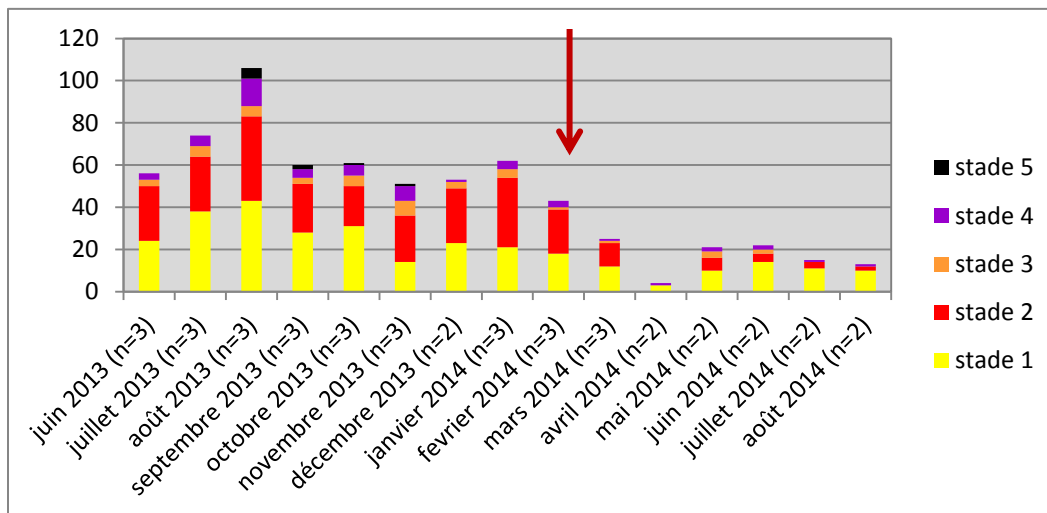
Le tableau 4 permet de suggérer que les jeunes adolescentes affichant des comportements violents et considérées « *atypiques* » ou « *multiproblématiques* », tout comme les jeunes délinquantes en général, seraient plus souvent victimes d'abus physiques et sexuels documentés ou *suspectés* que leurs pairs masculins dans la même situation (BELKNAP et HOLSINGER, 2006 ; GOODKIND, SHOOK, Kim, POHLIG et HERRING, 2013 ; MCCABE, LANSING, GARLAND et HOUGH, 2002 ; ZAHN *et coll.*, 2010). Est-ce notre tendance à vouloir les protéger qui les conduit à vivre autant de placements dans des milieux de vies différents ? Ou encore la difficulté qu'elles représentent au plan de la prise en charge (ex : en raison de tentatives suicidaires répétées ou d'automutilations comportant un danger sérieux pour la jeune) ? Le placement constitue-t-il une réponse systémique adéquate à leurs besoins ?

5.3. Expérimentation pilote du protocole de dispensation de services auprès de trois adolescentes : généralisation

Trois jeunes filles hébergées en Centre de réadaptation, qualifiées de « *violentes* » ou « *multiproblématiques* » par les membres de l'équipe de projet, ont bénéficié de l'approche de collaboration interprofessionnelle soutenue par le protocole de dispensation de services. Ces adolescentes étaient à la fois l'objet de mesures en protection de la jeunesse (PJ) et d'un suivi de peine (LSJPA).

Différents enjeux ont entraîné des difficultés et des délais importants dans la mise en œuvre du protocole de dispensation de services²⁸. Sous le leadership de la spécialiste en activités cliniques et de l'éducateur membres de l'équipe de projet, les discussions de cas prévues au protocole furent réalisées entre les mois de février et mars 2014, soit plusieurs mois après l'échéancier prévu. Ceci limite la portée de nos observations quant à la manifestation des comportements violents émis par les jeunes contrevenantes concernées. Nous avons toutefois étendu nos observations au-delà de la fin initialement prévue pour le financement du projet²⁹, i.e. jusqu'en août 2014. Cela permet de fournir un aperçu post-implantation à court terme de certains changements proximaux observés, et de s'assurer que l'implantation du protocole ne fut pas associée à une détérioration de la situation sur le terrain³⁰. La figure 6 présente les données globales des situations d'urgence répertoriées au dossier PJ pour les 3 adolescentes en question.

Figure 6
Nature et fréquence des situations d'urgence répertoriées au dossier PJ impliquant les adolescentes contrevenantes référées dans le cadre du Volet 2



²⁸ Voir la section 5.3 de notre rapport.

²⁹ Correspondant à la fin de l'année financière du 31 mars 2014.

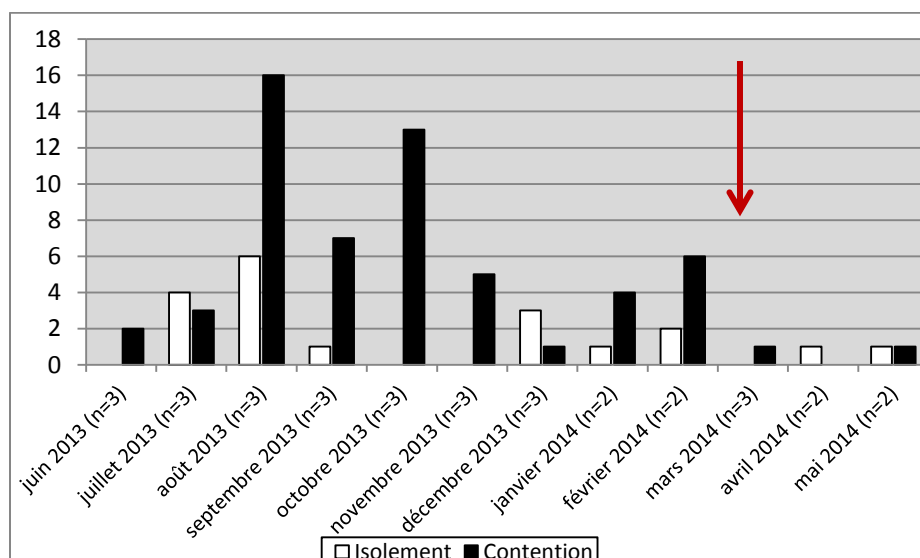
³⁰ Qui se serait traduite par une augmentation des comportements violents de la part des adolescentes en question.

La flèche rouge insérée dans la figure 6 indique la fin des rencontres de discussion de cas entre l'éducatrice de rencontre de chacune de ces jeunes, l'éducateur et la spécialiste en activités cliniques membres de l'équipe de projet. Ainsi à la différence des travaux du *Volet 1*, où dans le cas des contrevenants masculins hébergés à l'unité de mise sous garde de telles discussions impliquaient le délégué à la jeunesse, puis subséquemment le jeune et/ou sa famille, les discussions de cas clinique que nous avons été en mesure de répertorier ici n'ont impliqué que l'éducatrice de rencontre de chacune des jeunes et les deux cliniciens de l'équipe de projet. Il s'agit donc d'une implantation *partielle* du protocole.

En effet, nous n'avons pas été en mesure de documenter dans quelle mesure l'intervenant social, responsable de l'application des mesures en protection de la jeunesse et/ou le délégué à la jeunesse, ont participé ou non à de tels échanges formels ou informels, ni jusqu'à quel point les informations cliniques concernant les « *dynamiques de violence* » des jeunes contrevenantes ont été partagées à l'équipe de réadaptation des unités où elles séjournaient. Néanmoins, cela ne veut pas dire que de tels échanges et activités de liaison n'ont pas eu lieu. Les données de la figure 6 suggèrent que suite à la complétion des discussions de cas impliquant l'éducatrice de rencontre de la jeune, les situations d'urgence répertoriées sur l'unité impliquant des comportements violents de la part de ces adolescentes semblent avoir diminué, tant en fréquence qu'en gravité. L'examen visuel des données ci-haut semble assez éloquent à cet effet. Il n'y a plus de situations mettant en danger la vie des personnes (stade 5) et presque plus de situations de stade 4 en post-implantation, même partielle, à court-terme.

De même, la figure 7 démontre une diminution importante des événements d'isolement/contention concernant ces jeunes femmes après les discussions de cas avec leur éducatrice de rencontre. Notons toutefois qu'à compter du mois d'avril 2014, seulement deux de ces jeunes contrevenantes étaient toujours hébergées en centre de réadaptation.

Figure 7
Événements d'isolement et contention impliquant les adolescentes référées



La fréquence des événements d'isolement et de contention pour les mois de mars, avril et mai 2014 est somme toute très faible. De plus, ces événements ont impliqué successivement chacune des trois jeunes contrevenantes, à tour de rôle. Autrement dit, ils ne concernent pas tous la même jeune femme : La contention répertoriée en mars concerne une personne, l'événement d'isolement en avril en concerne une autre, et la séquence isolement/contention du mois de mai concerne la troisième jeune femme³¹.

De façon à vérifier et mieux comprendre les besoins derrière ces situations particulières et jusqu'à quel point nos observations semblaient congruentes avec ce que suggère la littérature, nous avons examiné et catégorisé la *nature* des événements notés aux dossiers³² concernant les situations de stades 3, 4 et 5 impliquant ces adolescentes, et ce, pour une année financière complète, c'est-à-dire du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014. Le tableau 5 reproduit ces données pour les situations de stades 3, 4 et 5 répertoriées au sein des dossiers au cours de cette période de 12 mois.

Tableau 5
Fréquence et nature des situations de stade 3, 4 et 5 répertoriées au dossier PJ
impliquant les contrevenantes du Volet 2 (n = 3), du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014

Nature des gestes inscrits	Stade 3	Stade 4	Stade 5	Total
Impulsivité, cris, refus d'obtempérer, menaces verbales sérieuses sans attaque ou contact physique, lancement d'objets sans bris de matériel.	21	5	0	26
Menaces verbales directes avec action (ex : cracher, mouvement vers la personne) ; Attaques (griffer, frapper, agripper, stranguler, mordre etc.), lancement d'objets avec intention de blesser ; bris de matériel.	15	30	0	45
Automutilation (avec ou sans verbalisations suicidaires).	3	21	0	24
Tentatives de suicide (avec menaces sérieuses d'attenter à sa vie).	0	7	8	15
Total	39	63	8	110

Les situations de stade 5 comportant un danger de mort, concernent uniquement des tentatives de suicide. Dans toutes les situations, les éducateurs et les agents d'intervention sont intervenus à temps, mais quelquefois *in extremis* (ex : «...la jeune présentait de légères convulsions... » ou «...avait presque cessé de respirer... » etc.). Ce n'est pas le cas des tentatives de suicide répertoriées en situations de stade 4, où un danger pouvait également être présent (ex : impliquant l'utilisation du couteau anti-suicide et l'application des protocoles de surveillance) mais sans représenter de danger léthal, car l'intervention avait pu être dispensée un peu en amont de la tentative, ou encore la jeune ne manifestait pas le désir de mourir à ce moment. Contrairement aux contrevenants masculins référés dans le cadre du *Volet 1* qui agressaient le personnel ou les autres jeunes, les situations de stade 5 impliquant ces jeunes femmes concernent ici une agressivité retournée exclusivement contre soi. C'est le cas également d'une petite portion des situations de stade 4 où elles furent impliquées (11 %).

³¹ La contention et l'isolement sont survenus en simultané, en réponse à la même situation d'urgence.

³² En fait, nous avons procédé à une analyse qualitative sommaire des mentions indiquées aux dossiers dans ces situations, à l'aide d'un modèle ouvert.

Quant aux autres situations de stades 4 répertoriées entre les 3 jeunes, 33 % de celles-ci concernent des gestes d'automutilation (avec blessures non létales et pas d'indication claire au dossier que la jeune souhaite mourir ou a manifesté des idéations suicidaires), et 56 % des situations où un comportement impulsif a détruit du matériel ou a été dirigé à l'endroit de tiers (éducateurs ou autres jeunes usagers). De tels gestes, survenus lors de moments de crise où les jeunes adolescentes sont devenues excessivement envahies émotionnellement, ont été beaucoup moins répertoriés après l'implantation du protocole de dispensation de services, comme la figure 7 en fait état plus avant. Quant aux situations de stade 3 impliquant l'une ou l'autre des adolescentes du *Volet 2*, environ 8 % impliquent des comportements associés à des menaces de se blesser ou des verbalisations suicidaires accompagnées de gestes comportant peu de danger pour la jeune, et plus de 92 % de ces situations, des événements où la jeune a menacé verbalement ou tenté d'attaquer un tiers, sans qu'il n'y ait de contact physique comme tel ou qu'elle n'ait tenté de briser du matériel.

En résumé, les adolescentes ayant bénéficié du protocole de dispensation de services présentaient, surtout avant l'implantation de celui-ci, une bonne proportion de comportements où l'agressivité était dirigée envers une autre personne ou du moins tournée vers l'extérieur (i.e. 64,5 % de l'ensemble de ces événements). Ces situations se sont traduites par des menaces sérieuses pour le personnel ou les autres jeunes ou la commission, en certains cas, des voies de faits. Dans 35,5 % des situations, l'agressivité et la violence de la jeune étaient retournées contre elle-même. Quant aux gestes à potentiel léthal, ils concernent exclusivement des comportements où c'est la jeune elle-même qui a tenté de se donner la mort (et dans quelques situations l'adolescente aurait presque réussi n'eût été de l'intervention adéquate de l'équipe).

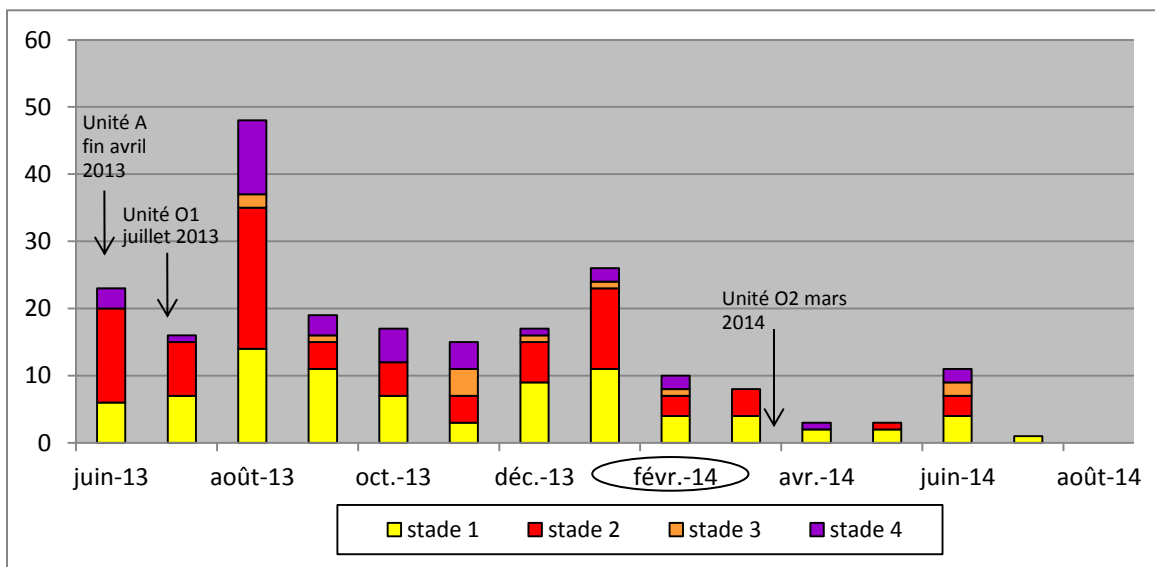
Notons que globalement, sur les trois adolescentes, deux d'entre elles étaient l'objet de suspicions ou d'abus sexuels confirmés. Une analyse un peu plus fine de ces situations, sous forme de vignettes cliniques anonymisées en omettant beaucoup de détails familiaux, personnels et particuliers de façon à protéger la confidentialité a été entreprise, pour mieux comprendre certains aspects des dynamiques de violence concernées. En outre, **les situations de stade 5 ont été volontairement omises des graphiques**, de façon à protéger l'anonymat des jeunes femmes.

Situation 1

Au moment de l'expérimentation du protocole de dispensation de services et de la révision de son dossier clinique dans ce cadre, cette première adolescente était alors âgée de 15 ans. C'est une jeune de très belle apparence oscillant entre des moments d'apaisement et des moments de crises extrêmes. On la décrivait comme très « *théâtrale* » et présentant deux « *visages* » : celui d'un ange d'un côté avec de belles compétences, joyeuse, intelligente, vive, sportive, en mesure de bien réussir à l'école, et un autre côté très sombre avec des moments de désorganisations violentes, mais aussi des gestes d'une violence calculée, planifiée, excessive, de pure vengeance (donc violence *proactive*). La jeune présentait des difficultés de consommation importantes et a pu bénéficier des services requis dès qu'elle a été référée aux services, en tout début d'adolescence. Ces références sont survenues suite à des actes d'agression à l'extérieur du CJ dont nous taisons la nature afin de protéger la confidentialité, donnant lieu à l'application concomitante de la LSJPA et de la LPJ. Plusieurs signalements en PJ sont survenus suite à sa prise en charge en jeunes contrevenants (JC).

La jeune avait un diagnostic de trouble des conduites et des traits de personnalité histrioniques et limites inscrits au dossier. On la disait « contaminante » au plan émotif et pouvant être d'une méchanceté inouïe à l'endroit des intervenants ou des adultes qui intervenaient auprès d'elle. Outre les problèmes de consommation, les évaluations neuropsychologique et psychologique n'ont pas révélé de dysfonctions ou de plaintes cognitives majeures susceptibles d'entraver son adaptation sociale ou scolaire ni de traits psychopathiques. La criminalité était principalement externe au CJ et marquée par de fréquents bris de probation, et puis est devenue interne suite à certains actes d'agression, qui ont toutefois pu être limités suite à l'application du protocole de dispensation de services, tel qu'en témoigne la figure 8.

Figure 8
Nature et fréquence des situations d'urgence impliquant l'adolescente n° 1



Les données ci-haut témoignent d'une influence possiblement très positive de la révision de sa situation clinique accompagnée par la recension de ses comportements violents à l'aide de la *Grille d'historique des comportements violents* d'une part, et par des rencontres de concertation effectuées entre les cliniciens de l'équipe de projet et l'éducatrice parrain de la jeune. Mentionnons à ce sujet que l'angle de prise en rapport avec la référence au projet PS-PIR *Volet 2*, visait surtout à éviter ou à limiter dans son cas un acting-out violent lors de sa période de probation avec suivi, probation au cours de laquelle l'adolescente était également hébergée sous l'autorité de la *LPJ*. Parmi certains éléments d'innovation dans l'approche clinique de réadaptation, la recension de l'historique des comportements violents de cette jeune au sein des unités d'hébergement depuis son tout premier placement en *PJ* a été effectuée, puis poursuivie sur une base régulière et partagée entre celle-ci et son éducatrice de rencontre de même qu'avec son délégué en *JC*. Nous n'avons pu documenter dans quelle mesure la liaison s'est effectuée dans ce cas-ci avec l'intervenante à l'application des mesures en *PJ*.

En bref, pour cette adolescente **brillante et référée tôt aux services**, il semble que les suivis concomitants sous les deux lois semblent s'être avérés rédempteurs et que l'utilisation des outils cliniques et de la démarche inspirée par le protocole de dispensation de services aient pu en appuyer les bienfaits. Aux dires des intervenants, le succès et la prévention de récidives au plan de la criminalité chez cette jeune, laquelle relevait davantage d'un « *mal-être* » que d'une structure délinquante, ont reposé en partie sur le succès des deux services (PJ et LSJPA) à se parler et à travailler en collaboration. Les outils cliniques ont été utilisés dans l'intervention pour favoriser une prise de conscience chez la jeune en rapport avec sa dynamique de violence. Bien sûr, l'implication de la famille, également favorisée par l'intervention, a certainement joué de façon gagnante dans son cas.

Situation 2

Cette situation concerne une jeune fille de 15 ans au moment d'appliquer le protocole, connue des services à la fois en PJ et LSJPA depuis les deux années précédentes. Elle est très jolie, brillante et possède une personnalité charismatique. Elle est en mesure de bien réussir à l'École, mais c'est également une jeune fille imprévisible avec des troubles de consommation importants (polytoxicomanie), et décrite comme très opposante. Les intervenants disent qu'elle est très axée sur son pouvoir de séduction, ne tolérant aucun « *non* » et devenant impulsive face au refus. Cette impulsivité et le manque de jugement y afférent semblent décuplés lorsqu'elle est intoxiquée. Des difficultés alimentaires et certaines caractéristiques obsessionnelles complètent le tableau clinique. Cette adolescente présentant des ressources personnelles certaines est la cadette de sa famille et fut très peu contrariée au plan éducatif dans le cours de son développement.

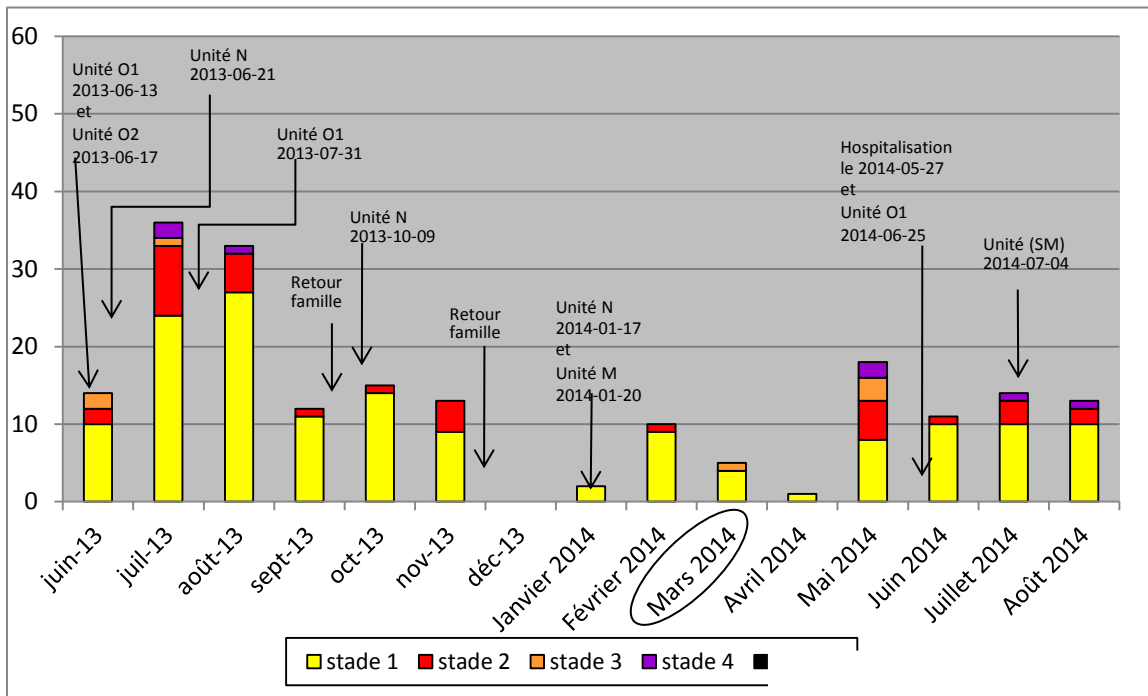
Aux dires des cliniciens, elle serait encore dans une dynamique affective où elle peut et « exige » de « tout » avoir, où les lois ou les règles sont « pour les autres ». Sa famille a de plus été rudement éprouvée par de très grands bouleversements de divers ordres au cours des années précédant son arrivée dans les services du CJ, adversité consécutive ou concomitante aux problèmes de santé mentale de divers membres de la famille. Sa dimension « excessive » constitue un autre des traits qui la caractérise. Elle ne fait rien à moitié. Elle se défonce à plein, s'oppose à plein et, depuis un an, joue de la séduction au plan de ses comportements à plein. Elle a copiné avec différents pairs marginaux jusqu'à découvrir les « gangs de rue ».

Bien que la jeune soit très opposante et confrontante (verbalement et dans son attitude), l'agressivité menant à des agressions physiques ou des menaces directes était plutôt récente au moment d'envisager le protocole de dispensation de services dans sa situation, les agressions étant survenues exclusivement à l'interne³³. L'équipe de projet a envisagé la faire bénéficier des outils développés dans le cadre des travaux du projet, car la jeune semblait s'inscrire dans une trajectoire apparaissant se détériorer de plus en plus.

³³ En effet, les délits ayant conduit à la prise en charge référaient plutôt à des infractions contre les biens ou la propriété de façon à alimenter sa consommation.

Malgré les tentatives des équipes *LSJPA* et *PJ* de faire équipe autour de la famille, les parents désavouaient le travail du CJ auprès de la jeune. De plus, en raison des bris d'ordonnances, l'adolescente a fait l'objet de nombreuses mesures de mises sous garde pendant sa période d'hébergement en *PJ*, ce qui n'a pas facilité l'établissement de plans d'intervention clairs. Elle a donc alterné entre des périodes de retour à la maison, hébergement, fugue etc., et la figure 9 témoigne de ces bouleversements successifs et des différents milieux sollicités.

Figure 9
Nature et fréquence des situations d'urgence impliquant l'adolescente n° 2



Pour les raisons mentionnées ci-haut, l'étude du dossier a révélé très peu « d'enlèvement » au niveau des plans d'intervention avant l'implantation et l'utilisation du protocole de dispensation de services. Selon les cliniciens, la démarche aurait aidé à faire le point sur la situation et permis de systématiser leurs observations pour mieux connaître la jeune, afin de l'aider à se connaître elle-même. À ce sujet, les observations des éducateurs effectuées à l'aide des outils cliniques usuels et par l'utilisation de la grille d'historique des comportements violents, de même que la présentation et le partage de ces observations entre les cliniciens de l'équipe de projet et l'éducatrice de rencontre de la jeune ont constitué la priorité.

Ces efforts se sont ensuite traduits par différentes mesures exprimées au sein d'un plan d'intervention et d'un plan de réadaptation clairs partagés à la fois avec l'équipe d'éducateurs, mais avant tout avec la jeune et la famille. Ici encore, l'intervention semble avoir porté fruit. Bien que les actes d'agression à l'interne aient été ponctués par une période d'hospitalisation (et un travail de collaboration entre les différents services de différentes juridictions), il fut constaté à court terme une amélioration de la situation. On peut questionner pourquoi cette jeune a été transférée d'une unité à l'autre, même

pendant une période d'hébergement ordonnée en vertu des deux lois (PJ et LSJPA). Il semble que cet aspect s'oppose à une certaine stabilité relationnelle qui aurait sans doute pu lui être bénéfique.

Situation 3

La dernière vignette met en scène la situation d'une jeune femme à l'aube de sa majorité, affectée de graves problèmes de santé mentale et connue des services PJ depuis son enfance. Sa criminalité a résulté exclusivement d'actes d'agression commis à l'intérieur des murs du centre de réadaptation et elle fut référée tardivement en jeunes contrevenants. Elle était médicamentée de façon importante et tendait à se désorganiser violemment, surtout lorsqu'elle était contrariée ou se sentait insécure. Parmi ses forces, les cliniciens ont noté qu'elle était en mesure de prendre conscience de son anxiété et lorsqu'elle arrivait à la gérer, elle semblait en mesure de démontrer un bon niveau de compréhension par rapport à sa situation. Elle pouvait alors suivre des consignes, un programme, etc., mais *elle fonctionnait mieux dans un milieu stable, encadré et prévisible*.

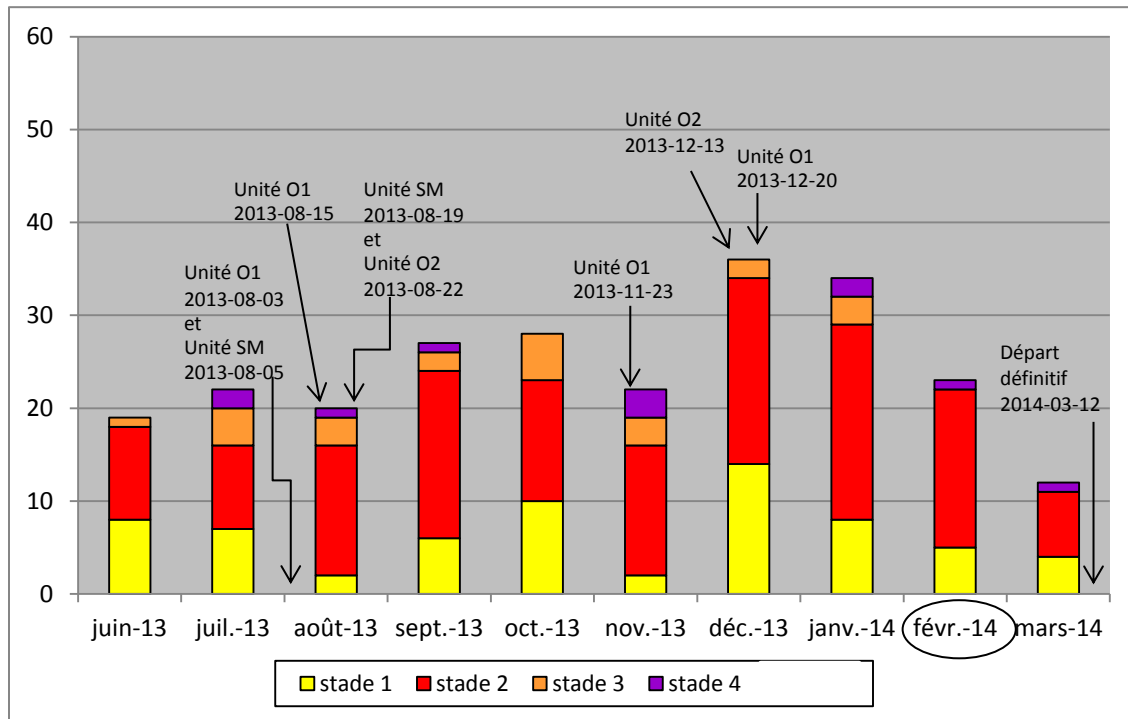
La transition à la vie adulte constituait pour elle un enjeu majeur. La référence au protocole de dispensation de services visait à tenter de limiter les actes éventuels d'agression à l'interne avant sa sortie et, si possible, à limiter ceux qu'elle aurait pu commettre lors du suivi en probation, étape ponctuant son retour dans la communauté. Comme pour beaucoup de jeunes adultes dans sa situation, la gestion de la médication représentait un défi important.

De même, cette jeune femme n'avait pas une structure de personnalité délinquante typique selon le personnel de réadaptation, mais présentait davantage de graves problèmes de comportement depuis son enfance, problèmes non endigués malgré la panoplie d'interventions offertes. Aux dires des intervenants, les agressions commises en contexte de situations d'urgence dans son cas, résultaient essentiellement d'actes associés à une violence réactive.

Elle faisait partie de ces jeunes que les cliniciens décrivent comme un « *petit animal traqué, enragé* ». On disait à son sujet qu'elle avait tendance à « commander », « ordonner » et se définissait elle-même comme une petite « *bombe extrêmement rancunière* ». Cette rancune s'est manifestée principalement à l'endroit d'une jeune fille et d'une éducatrice, ce qui a mené aux premières accusations en délinquance juvénile.

Le dossier a révélé des diagnostics de trouble d'opposition sévère avec des traits de personnalité limite, un trouble d'attachement réactif et un TDA/H. Elle a été suivie dès l'enfance en pédopsychiatrie et était lourdement médicamentée. Les cliniciens la décrivaient comme *ne tolérant aucun « non », aucun délai*, et fonctionnant vraiment mieux lorsque tout son environnement était prévisible. Ils insistaient sur une chose dans son cas : les acting-out de nature agressive à l'endroit du personnel où des autres jeunes auraient débuté bien avant que les premières accusations en jeunes contrevenants ne soient portées. Au moment où cette jeune femme a été référée à l'équipe de projet pour bénéficier d'une révision de sa situation à l'aide des outils cliniques du protocole de dispensation de services, elle n'avait à peu près plus personne de significatif dans sa vie.

Figure 10
Nature et fréquence des situations d'urgence dans la situation n° 3



Aux dires des intervenants qui la connaissaient, la dimension anxieuse, associée à la sortie du centre de réadaptation à la majorité et au fait que la jeune n'allait plus bénéficier des services de protection, représentait un risque majeur de désorganisation et de commission de nouveaux délits d'agression, de façon à demeurer en centre de réadaptation. C'est d'une part pour tenter de minimiser ce risque qu'elle fut référée au projet. On constate toutefois, même si le protocole de dispensation de services n'est pas associé à une augmentation des situations d'urgence, que sa référence au projet est survenue bien tardivement dans sa trajectoire (février 2014) ; en bref, trop tardivement. Il est à questionner également si une judiciarisation plus précoce en vertu de la LSJPA des actes d'agression à l'endroit du personnel ou des autres jeunes filles de l'unité aurait pu changer la trajectoire de cette jeune femme présentant un lourd passé de polyvictimisation.

5.4. Généralisation du protocole de dispensation de services : observation participante

Au cours de la deuxième année de vie du projet, l'évaluatrice principale a participé à toutes les rencontres du comité directeur, de même qu'à des rencontres régulières avec la spécialiste en activités cliniques et l'éducateur assigné au projet pour les travaux du *Volet 2*. Ces rencontres visaient :

- à prendre le pouls de l'avancement des travaux sur le terrain et convenir de consensus au sujet des données à recueillir dans le cadre du suivi évaluatif ;

- à accompagner les cliniciens dans la préparation des rencontres de discussion de cas concernant les jeunes adolescentes référées au programme ;
- à fournir un aperçu des données recueillies au sujet de la clientèle et du climat de violence pour susciter une rétroaction des acteurs (ou une validation écologique) à leur sujet.

Comme dans le cadre des travaux du *Volet 1*, un « Journal de bord » de toutes ces rencontres a été tenu, permettant d'effectuer certains constats conformément à une approche dite *d'observation participante*³⁴, et de trianguler ces données au plan de l'analyse avec l'ensemble de celles recueillies dans le cadre du suivi évaluatif.

Notre première constatation concerne les embûches nombreuses ayant ponctué l'application et la généralisation partielle du protocole au sein d'autres unités. Elles concernent au premier chef, le fait que les contrevenantes se trouvaient hébergées au sein d'unités dont les chefs d'équipe et les éducateurs n'avaient pas participé aux travaux du *Volet 1*. Nous avons déjà mentionné qu'au plan organisationnel, le personnel de réadaptation au sein des unités d'hébergement juvénile accueillant des adolescentes est habitué à rendre des services majoritairement à une population d'adolescentes n'ayant pas nécessairement commis de délits, et hébergées d'abord pour leur protection en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Contrairement à la population délinquante d'une unité de mise sous garde où se trouvent des adolescents délinquants sous arrêts suite à l'application de la LSJPA, la majorité des jeunes adolescentes hébergées en centre de réadaptation n'ont pas nécessairement commis de délit. Lorsqu'elles en ont commis, elles sont d'abord hébergées pour leur protection tout en bénéficiant souvent d'un suivi en vertu de la LSJPA (suivi de peine ou probation). Elles sont donc plus rarement hébergées en vertu d'une ordonnance de garde comme telle.

De plus dans le contexte du projet actuel, la mise en application du protocole de dispensation des services au profit des trois adolescentes visées a bénéficié d'une sensibilisation faite par la spécialiste en activités cliniques et l'éducateur associés à l'équipe de projet, auprès de l'éducateur (éducatrice)-parrain et des équipes où chacune de ces contrevenantes était hébergée. Le soutien offert s'est ensuite traduit au plan de la collecte des données cliniques pertinentes à réaliser (situations d'urgence et stades afférents) de même qu'au niveau de l'interprétation, de l'utilisation et du partage de ces données entre les différents acteurs impliqués. Or, ces cliniciens de l'équipe de projet n'avaient aucun lien hiérarchique avec les cliniciens qu'ils ont contribué à sensibiliser, **lesquels ont choisi d'intégrer la démarche dans leur pratique.**

³⁴ L'observation participante est une méthode qui permet de recueillir des données identifiées et collectées dans le milieu même des acteurs, sous forme de groupes de travail réunissant le chercheur et les différents partenaires (CATANAS, 2003; LAPASSADE, 2001).

Les conditions propices relatives à l'établissement d'un lien de confiance entre les cliniciens du projet et ceux des unités où étaient hébergées les adolescentes ont été atteintes. Elles furent atteintes toutefois, au prix d'efforts ayant reposé surtout sur la tête des cliniciens eux-mêmes, leurs supérieurs immédiats respectifs ne s'étant pas opposés à l'entreprise. Les cliniciens de l'équipe de projet se sont donc positionnés dans un contexte de partage d'expertise clinique, où les éducateurs (éducatrices) des jeunes adolescentes visées ont accepté de façon volontaire de participer aux échanges cliniques et aux discussions de cas, tout en étant autorisés (es) par leurs supérieurs à le faire. Sans plus. C'est donc surtout grâce au leadership implicite basé sur la reconnaissance des compétences de la Spécialiste en activité clinique et de l'Éducateur senior de l'équipe de projet par leurs collègues, qu'une implantation partielle des pratiques de collaboration visées par le projet semble avoir été possible. Certaines des conséquences afférentes à cette implantation partielle des ingrédients actifs du projet sont discutées plus amplement en section finale de notre rapport (section 7), à la lumière de l'ensemble des données évaluatives.

6. À la rencontre des intervenants...

Cette section documente les perceptions des cliniciens au plan des changements de pratiques associés à l'implantation du *Volet 1*, ainsi qu'en rapport avec l'impact de la violence exprimée par les jeunes sur leur pratique et leur vécu d'intervenant. Ces perceptions furent examinées d'une part dans le cadre d'un groupe focalisé. D'autre part, le suivi d'implantation devait examiner certains aspects du climat d'équipe à l'aide d'un questionnaire ou sondage, en lien avec des livrables organisationnels associés au modèle logique (ou modèle d'action du programme), tel qu'il fût adopté par les acteurs³⁵.

6.1. Pertinence du projet et impacts d'être exposé à la violence

Dans un souci d'efficacité, nous avons questionné les intervenants au sein du même focus group, à la fois sur la pertinence du *Volet 1* et sur l'impact perçu du fait d'être exposés à la violence exprimée par les jeunes. Une grille d'entrevue préliminaire comprenant des questions semi-ouvertes a été élaborée, puis subséquentement révisée et validée par le comité directeur du projet. Les thèmes abordés sont les suivants :

- *Est-ce que ce qui a été tenté jusqu'à maintenant (révision des évaluations cliniques, recension des comportements violents, rencontres délégués, spécialistes en activités cliniques et éducateurs-parrains- partage de la vision avec l'équipe etc.) :*
 - *Augmente votre capacité à comprendre les causes sous-jacentes aux désorganisations (dynamique de violence) et vous aident à travailler en prévention ?*

³⁵ Voir le modèle d'action du programme reproduit à l'annexe A. Notons ici une modification au devis du mois de mars 2013 pour des raisons de faisabilité, détaillées en section 6.2 de notre rapport.

- *Devrait être étendu avec tous les jeunes extrêmement violents dès leur arrivée en centre de réadaptation ?*
- *Développer une capacité à être en contact avec la violence des jeunes :*
 - *Est-ce possible ?*
 - *Est-ce inné ?*
 - *Si c'est possible, comment on fait d'après vous ?*
- *Comment gérer l'exposition aux dynamiques de violence des jeunes sur le vécu des intervenants :*
 - *Quel est votre avis là-dessus ?*
 - *À quoi faut-il faire attention, de quoi faut-il prendre soin ?*
 - *Suggestions ?*

Ces questions sont explicites, mais les réponses fournies demeuraient libres et permettaient de se centrer sur les perceptions, telles qu'exprimées par les répondants. Il s'agit d'une technique d'entrevue laissant le soin à l'évaluatrice d'animer les interactions de façon souple et de se laisser guider par le rythme des échanges, tout en abordant les thèmes généraux que l'on cherche à explorer (GAUTHIER, 2006).

Personnes interrogées et procédure

Un groupe de discussion animé par l'évaluatrice principale a été tenu avec certains membres de l'unité de mise sous garde et leur chef, le 17 décembre 2013 (n = 12). Les questions avaient été transmises aux participants au préalable et tous ont consenti par écrit à participer et à ce que les échanges soient enregistrés. L'attitude de l'animatrice se voulait la moins intrusive possible, tout en gérant les débats de façon appropriée afin de recueillir l'information pertinente. Des reflets visaient à s'assurer régulièrement d'obtenir l'assentiment des participants sur les éléments mentionnés et sur les nuances apportées. Le groupe de discussion a pris place dans le milieu de travail des personnes interrogées et les discussions furent enregistrées et retranscrites. La transcription a « anonymisé » les propos tenus et leur auteur.

Analyse

Les transcriptions des entrevues furent soumises à une analyse qualitative de contenu. Le matériel a été encodé³⁶ en utilisant le logiciel N'Vivo8. La catégorisation a été précisée en unités de sens, puis le traitement et l'analyse de ces données ont respecté les cinq étapes du modèle « *Framework approach* » (POPE, ZIEBLAND et MAYS, 2000 ; RITCHIE et SPENCER, 1993). Ce dernier s'apparente aux techniques d'analyse dites mixtes, procédant du modèle semi-ouvert proposé par L'ÉCUYER (1988 ; 1990), BARDIN (2003) ou GILES (2002).

³⁶ C'est-à-dire que le contenu a été regroupé en fonction de différents thèmes, aussi appelés unités de sens.

Une grille de codification préliminaire, contenant des thèmes généraux, a été déterminée à l'avance à partir des questions posées et d'une première lecture flottante des transcriptions d'entrevues. Au cours de la démarche, ces thèmes ont été précisés et d'autres créés au fur et à mesure de l'exploration du matériel, permettant aussi d'inclure des thèmes émergeant du discours des praticiens interrogés. Puis, une révision de l'ensemble des segments codifiés et une refonte des éléments de la grille initiale ont été complétées. Le matériel a été codé une première fois par une assistante de recherche, puis revu entièrement par l'évaluatrice principale.

Résultats

Nous présentons au sein des sections suivantes, les perceptions des praticiens en fonction de trois grandes distinctions :

- L'impact perçu au plan des pratiques cliniques suite à l'implantation du *Volet 1*;
- L'impact perçu du fait d'être en contact avec la violence exprimée par ces jeunes à très haut défi;
- La promotion du sentiment de sécurité au sein de l'équipe.

Une large place est encore faite au sein de ce second rapport pour mettre en évidence le discours des intervenants terrain, dont certaines citations choisies apparaissent en italiques. L'interprétation-discussion des résultats est effectuée en partie au fur et à mesure de leur présentation.

6.1.1. Pertinence du Volet 1 – Impact perçu au plan des pratiques cliniques

6.1.1.1. Améliorations notées

En regard de la pertinence de ce qui a été implanté à l'unité de mise sous garde suite à la réalisation du *Volet 1*, les éducateurs ont référé à une bonification ou amélioration des pratiques en cours auprès de ces jeunes à très haut défi. Pour ces situations particulières, les avantages notés se situaient principalement au plan des bienfaits associés à la possibilité de convenir entre les acteurs d'une **photo claire de la situation**. Le protocole de dispensation des services aurait favorisé une **systématisation des informations cliniques** au soutien de la compréhension de la situation (et des dynamiques de violence sous-jacentes), mais également au plan de l'évolution de celle-ci. Ceci aurait permis d'**agir davantage en prévention** en détectant plus efficacement les signes susceptibles d'annoncer des épisodes de désorganisation, du moins, pour les cinq jeunes visés par l'expérimentation pilote du *Volet 1*. En d'autres termes, la systématisation de l'information a permis de colliger et de mettre davantage en évidence certains *patterns subtils de comportements*, qui seraient possiblement demeurés insoupçonnés autrement.

De plus, le protocole de dispensation de services semble surtout avoir favorisé le **partage de cette compréhension**. Non seulement **entre les membres de l'équipe** et les partenaires externes, mais également **au profit du jeune, pour l'aider à mieux se comprendre**. En effet, les cliniciens ont parlé d'une meilleure prise permettant au jeune de s'auto-observer, de se sentir davantage concerné,

impliqué et en contrôle sur sa situation, surtout par l'effet combiné des divers outils cliniques existants et de l'utilisation de la *Grille d'historique des comportements violents au sein de l'unité*.

(...) la recension des comportements violents (...), ça a pu amener le fait d'apporter un éclairage encore plus clair par rapport à ce qui est précurseur de la crise, en allant chercher les points qui sont récurrents avant la crise : il y a tels symptômes ou tels signes. Donc on est en mesure de plus agir en prévention ». (p3/R2)

On a davantage documenté ce qu'on faisait, ce qu'on amenait comme aide à ces jeunes-là pour faire en sorte de les faire progresser (...) et puis le retransférer sur le groupe pour faire en sorte de diminuer les séquences de désorganisation (...). (p3/R1)

Je pense à X (...), pour lequel on voyait des signes précurseurs, qui sont très simples puis qu'on pouvait laisser en dessous du tapis. (...) on a décidé de le rencontrer rapidement et d'y faire voir ces signes-là. (...) Fait que la lecture du dossier à 100 % ça nous permet de voir que, peu importe où qu'il soit, dans n'importe quel service, c'est ça qui est apparu avant les crises (...) Quand je dis 100 %, c'est vraiment 100 % dans tous les services. (p3/R3)

En plus, ça permet de dire bin écoute, c'est toi qui nous a donné ces pistes-là (...) L'entente négociée, tsé ça devient une entente négociée (...) tu ne pourras pas venir nous remettre sur le dos qu'on est trop en prévention, trop ci ou trop ça. Tu nous donnes des signes, tu les connais, (...) tu vivras avec ce qui arrive aussi. (p4/R10)

« Y'a une chose aussi qu'on commence à faire plus, c'est aller voir le jeune et lui demander : toi tu te connais tu ? Tu le sais-tu c'est quoi tes signes ? » (p2/R10)

« Nous autres on mesure plus tôt les situations à risque, mais si on le transfère au jeune, il va se permettre lui de voir lui-même le thermomètre (...) de s'observer. » (p3-4/R5)

« (...) il se sent peut-être plus concerné par rapport à ça, il se dit « il travaille peut-être (...) en fonction de ce que j'ai besoin réellement et non pas me dire qu'est-ce qui en est et qu'ils ne prennent pas conscience de qu'est-ce que j'ai à apporter ». (p2/R8)

Toujours au plan des améliorations notées, les travaux du *Volet 1* ont permis à l'équipe de se **recentrer sur une meilleure utilisation des Approches sécuritaires** (ULRICH, 1992, cité dans MARCHESSAULT et coll., 2010), principalement avec l'aide de la *Grille d'historique des comportements violents* et la **systématisation des notes évolutives** et des graphiques pouvant en découler. Ces outils auraient **favorisé une pratique réflexive et aidé à demeurer alerte** aux signes avant-coureurs des crises, ce qui favorise d'autant plus la prévention de l'agir violent à l'intérieur des milieux d'hébergement ou de mise sous garde :

« Toute la recension des comportements violents, ça nous a ramenés à une meilleure utilisation des approches sécuritaires. (...) Tu sais souvent avec le temps, on part sur le pilote automatique puis il y a des choses qu'on fait, mais pas nécessairement de façon très formelle. Puis ça, le fait que c'est très formel puis c'est très visuel, ça nous ramène. Puis (...) maintenant qu'on s'est ramené, les plans sont faits en fonction des différents stades selon le niveau d'encadrement ou d'accompagnement et c'est vraiment dans l'esprit des approches sécuritaires. C'est comme si on amenait le monde à refaire un rafraîchissement de ces outils-là, puis une observation plus précise. Souvent, moi ce que je dis c'est : arrêtez de marquer qu'il a passé une belle soirée, ce n'est pas ça que je veux savoir tsé. Dans les observations, il a fait quoi ? Il était comment ? (...) À partir de ces informations-là, on est capable de voir vraiment les comportements. Savoir que ça a bien été au coucher, c'est bin l'fun mais ce n'est pas ça que je veux...que je veux voir ». (p4/R7)

Par ailleurs, les cliniciens se sont dits davantage en mesure de comprendre la justification des interventions convenues au plan d'intervention, et d'en expliquer le bien-fondé à toutes les personnes concernées. Cet aspect de la compréhension et du partage (**communication fluide entre les partenaires**) aurait contribué à favoriser à la fois **une plus grande précision** et **une plus grande flexibilité** de

l'intervention, sans en entacher la **cohérence**, au contraire. Aux dires des intervenants, cette dernière en aurait été augmentée, et ce, même si l'équipe de réadaptation interne a été amenée à travailler en dehors des sentiers battus, en acceptant de s'écarter un peu de la programmation régulière de l'unité. Or, ceci s'avère particulièrement important dans les situations à très haut défi. Ces aspects sur la cohérence de l'intervention et la position d'équipe sont particulièrement importants, car ils sont aussi liés au sentiment de sécurité d'une équipe qui travaille avec des jeunes présentant à la fois des comportements violents et des problèmes multiples. Ces adolescents amènent les équipes à mettre en place et explorer des moyens différents de la programmation usuelle en réadaptation, en d'autres termes, exigent une **ouverture à une programmation plus personnalisée**, individualisée (NADEAU, MALINGREY et coll., 2010, NADEAU, BERGERON-LECLERC et coll., 2012). Ceci a semblé particulièrement favorisé par l'implantation du protocole de dispensation de services au profit des cinq jeunes visés par les travaux du Volet 1 :

« Il y a des outils qui fonctionnent plus avec certains jeunes, d'autres moins aussi. Il y a certains styles d'intervention qui fonctionnent plus, ou moins. Mais moi je pense qu'on a été capable, en grand groupe lors de nos réunions, de partager ça et de faire en sorte qu'on soit un petit peu plus précis par rapport à ça. Et qu'on fasse une meilleure position d'équipe ».
(p5/R1)

« Des fois ça nous insécurise parce qu'on se dit on est habitués de travailler comme ça, comme ça, comme ça, mais finalement (...) on s'adapte en fonction du besoin du jeune, mais en fonction aussi des capacités qu'on a à offrir ce service-là. Avant on aurait peut-être dit bin écoute, il embarque dans la programmation puis on ne déroge pas de ça (...) ».
(p2/R5)

De l'aveu des cliniciens, le protocole de dispensation de services a favorisé un **partage du travail, des responsabilités et des objectifs attendus, entre tous les membres de l'équipe**. Ils se sont dits d'avis que chacun en raison de son rôle avait des idées qui méritaient d'être prises en considération, au profit de l'élaboration de la vision clinique commune. Dans le discours des cliniciens, l'équipe était toujours considérée dans son sens le plus large, i.e. comprenant tant les différents partenaires institutionnels que le jeune et sa famille. Par ailleurs, l'implantation du protocole de dispensation de services aurait favorisé une meilleure compréhension des motifs appuyant les interventions, de même qu'une plus grande transparence au sujet des attentes respectives des acteurs, ce qui aurait permis d'amoindrir les insatisfactions de part et d'autre.

« (...) par rapport à ce qu'on a développé (...) un rapprochement entre le délégué, l'éducateur et la SAC. Un rendez-vous pour dire on va voir l'ensemble, que ce soit le MIID, que ce soit toute le recensement, les histoires, l'historique familiale peu importe. Et souvent, ces cas-là (...) vu qu'on fait l'hébergement, on est comme pris avec la patate chaude, mais là ça nous permet (...) de partager le travail. »
(p6/R3)

« Parce que les parents ont toujours été impliqués, ont été informés, ils savent un peu c'est quoi le plan, c'est quoi le travail qui se fait (...) on s'aperçoit que oups, bin on va irradier tout le monde le plus possible (...) On est rendu où et on s'en va où avec ça ? Puis c'est quoi les attentes qu'on pouvait avoir de part et d'autre, et puis jusqu'où on pouvait aller. »
(p6/R4)

« Puis parallèlement à ça, moi je pense que ça amène beaucoup moins de critique envers l'organisation. Toute est clair déjà (...) Tu sais on est proche des parents du jeune et on sait que les parents et les jeunes ils s'appellent quand même assez souvent, donc avec une meilleure communication comme ça, bien on évite des plaintes. »
(p6/R6)

« Y a pas de surprises, y'a pas de déception et puis en même temps les gens constatent qu'on est de bonne foi et qu'on veut aller vraiment dans le sens commun pour améliorer un peu les comportements. Sauf que c'est sûr que ça prend tout le monde qui contribue à ça, dont le jeune (...) et le parent ». » (p6/R5)

Ce faisant, cela ramène davantage d'espoir chez l'intervenant et pour tous ces avantages, les participants au groupe focalisé se sont dits d'avis que **ces façons de faire devraient être étendues**. Les changements de pratiques, mentionnés ici dans la foulée du protocole de dispensation de services et les espaces de réflexions sur la pratique clinique engendrés par la démarche évaluative, ont aussi permis aux cliniciens de suggérer quelques avenues d'améliorations souhaitées ou de bonification quant à ce qui avait été mis en place et ce qui pourrait être étendu.

« (...) à la question si ça devrait être étendu là : oui, tantôt je rencontrais une éducatrice d'un autre service par rapport à une jeune où on est allé recenser des comportements tout ça (...) L'éducatrice elle, comme photo de sa jeune, c'est : la jeune semble ne pas apprendre des mesures qu'on met en place. Mais en regardant le fameux graphique qu'on voyait dans la phase 1, ce que je fais ressortir c'est que ce n'est pas vrai là ! Ça avance, t'es en train d'espacer les crises et t'es en train de diminuer les stades les plus importants. » (p5/R12.1)

« Fait que ça peut... d'avoir la vraie photo, l'heure juste, ça peut ramener de l'espoir aussi au niveau de l'intervenant. De dire crime, c'est pas parce qu'il y a encore les comportements puis de l'acting-out que tout est perdu. Je pense que c'est important d'avoir la photo juste aussi au niveau (...) de certaines pistes d'intervention (...) pour ceux qui sont dans les autres services... » (p5/R12.2)

En résumé, concernant les améliorations notées, les membres de l'équipe de mise sous garde se sont dits d'avis que l'implantation pilote du protocole de dispensation de services dans la situation de cinq adolescents violents affectés de troubles mentaux et de problèmes multiples, a favorisé la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle. Le tout principalement en menant à une lecture plus adéquate et partagée de ces situations, en promouvant la personnalisation de l'intervention et assurant une plus grande flexibilité de celle-ci, tout en maintenant un sentiment de cohérence et de sécurité dans l'équipe. Ce faisant, le protocole appuyant ces pratiques collaboratives aurait favorisé, de l'aveu des cliniciens, une plus grande continuité d'intervention. L'expérimentation pilote aurait aussi permis de se recentrer sur les approches sécuritaires et de favoriser un partage du travail et des responsabilités en impliquant davantage les jeunes, leur famille et les partenaires externes à l'unité. Elle aurait finalement permis d'amener l'équipe vers une plus grande flexibilité à explorer différents moyens ou stratégies possibles, en identifiant celles déjà tentées et non efficaces et en privilégiant celles susceptibles d'être les plus optimales à aider les jeunes à réduire leurs crises.

6.1.1.2. Améliorations souhaitées

Travailler avec des jeunes affectés de troubles mentaux et hautement réactifs amène son lot de défis. Particulièrement lorsque des restrictions doivent être imposées en rapport avec l'état du jeune ou les effets secondaires de sa médication. Il peut devenir très difficile de motiver certains de ces adolescents à suivre leurs plans de services et de traitement, et ce serait particulièrement le cas de ceux qui semblent en avoir le plus besoin. Plusieurs commentaires visant à **peaufiner la communication des recommandations de l'équipe de 2^e niveau** au jeune et à sa famille (suite à une consultation) ont été exprimés. Une attention particulière pourrait être portée à ce que ce soit un professionnel du corps médical (ex : infirmier de liaison ou autre professionnel de l'équipe en santé mentale) qui vienne

communiquer et expliquer au jeune et à sa famille les différents enjeux de ces recommandations, plutôt qu'un des éducateurs intervenant auprès de lui en contexte d'autorité.

« (...) Si, disons, il y'a des particularités au niveau médical, des fois que ça soit expliqué par quelqu'un de complètement indépendant et avec des diplômes et ainsi de suite, dans le sens médecin ou quoi que ce soit. Dans le sens, pour que le jeune et le parent comprennent vraiment la dynamique (...) mais ça ne vient pas, ce n'est pas nécessairement l'éducateur parrain qui lui parle de ça. » (p9/R3)

« (...) admettons, que tu es diagnostiqué paranoïaque et ça englobe quoi là-dedans ? Parce que nous, il faut travailler avec ça (...), mais est-ce que le jeune est au courant de ça ? Parce (...), sachant, admettons, qu'un jeune, si on le laisse trop longtemps dans sa chambre, lui s'il a des tendances paranoïaques, bin ça va se mettre à virer, mais si on le laisse trop souvent en présence de trop de monde, bin là aussi il se met à paranoïer. » (p8/R1-6)

« (...) des fois quand ça commence à aller mal dans un dossier, le jeune commence à vouloir refuser sa médication « je ne sais pas pourquoi je prends ça, c'est de la criss de marde » et ainsi de suite. Donc là si il est conscient dès le départ pourquoi il prend ça, il est concerné, et bien à ce moment-là on peut se référer : bin écoute, tu as déjà eu une rencontre, tu sais qu'est ce qui en est, pourquoi tu prends ça. Donc le jeune comprend davantage pourquoi il prend une médication ». » (p9-10/R6)

« Tsé déjà là qu'on est en situation d'autorité, je ne suis pas sûr qu'on soit la meilleure personne pour expliquer ça. Parce qu'on joue un rôle d'aide mais aussi d'encadrement et y'a des enjeux indirects par rapport à ça. Tandis que quand c'est un professionnel de la santé (...), qui vient donner de l'information pointue par rapport à la santé, l'état médical de ce jeune-là, avec le parent, moi je pense que ça aurait... des fois il y a des parents qui ne connaissent vraiment pas c'est quoi certains diagnostics par rapport à leurs jeunes ». » (p9/R4)

Cette recommandation ou demande des intervenants se comprend assez facilement au plan stratégique, vu le contexte. Elle est aussi possiblement déjà mise en place en pratique dans quelques situations, mais retenons qu'elle aurait avantage à être élargie, particulièrement dans les situations les plus complexes et difficiles au plan de la prise en charge.

Aux dires des intervenants, une des choses qui pourrait être étendue est un **transfert personnalisé** lorsqu'un jeune quitte pour un autre milieu. Mais un transfert personnalisé qui inclut **une étude approfondie du dossier**, surtout dans les situations les plus complexes, de façon à favoriser une meilleure appropriation du dossier et éviter la stigmatisation du jeune ou encore, le phénomène des « étiquettes ».

« Quand un jeune va dans une autre unité, je pense qu'il y a un transfert personnalisé à faire par rapport à ce jeune-là, mais qu'il y ait des gens qui aillent le temps pour s'approprier du dossier. Tsé (...) y'a pas un médecin qui va opérer un patient sans lire le dossier, faire un bon diagnostic, passer un taco, faire les prises de sang, etc. Donc nous c'est un peu (...) la même logique de bien connaître la personne (...) Et puis c'est important, il a peut-être fait des progressions, et les reconnaître. Donc on part de où il est rendu et non pas de l'ancienne photo qu'on a déjà vu y'a peut-être 6 mois. » (10/R1)

Avant tout et de plusieurs façons, les participants au groupe focalisé ont déploré le fait que l'on n'intervient **pas assez en amont dans la trajectoire de vie et de services** des jeunes violents affectés de problèmes multiples ou qualifiés « *d'atypiques* ». Ils s'en disent d'autant plus convaincus que le protocole de dispensation de services a permis de réaliser une photo claire et un historique clinique fouillé de chacune de ces situations, ce qui est venu renforcer leur conviction à ce sujet. L'**accès aux interventions et services spécialisés**, requis par l'état de ces jeunes, de même **qu'un repérage beaucoup plus hâtif avant l'adolescence**, permettrait de mettre en place des moyens novateurs et d'individualiser la programmation de services offerts, beaucoup plus précocement. De l'avis des cliniciens, cela

permettrait non seulement d'éviter la détérioration à la fois de l'état clinique des jeunes avant qu'ils n'arrivent à l'adolescence, mais éviterait possiblement de « brûler » l'espoir à leur sujet chez les intervenants. Cela éviterait de brûler l'espoir, mais également de « stigmatiser » ces jeunes dans l'esprit même des intervenants, ce qui arrive une fois que l'étiquette de « multiproblématiques » ou « d'atypiques » leur a été attribuée sur le terrain.

« C'est des jeunes qui s'accumulent des plaintes fait qu'ils deviennent criminalisés rapidement » (p7/R6)

« (...) peut-être d'offrir des services tout de suite. (...) on prend X. Ça a pris quasiment deux ans avant que l'évaluation à Pinel soit autorisée... il est allé il avait 16 ans alors qu'il aurait peut-être fallu qu'il se fasse prendre vraiment plus tôt, pour être capable de le régulariser encore plus tôt (...). Fait qu'il y en a beaucoup des cas comme ça (...). » (p7-8/R4)

« Puis souvent ça se fait beaucoup trop tard fait que le monde rendu à 17 ans et demi ils ne les prennent plus parce qu'ils s'en vont sur leurs 18 (...) » (p8/R5)

« Trop souvent la porte d'entrée c'est le foyer de groupe (...). Puis c'est comme un trou une cheville, il faut que ça passe par là (...) on attend, on attend, on attend et puis après ça on est rendu... C'est comme un non-retour, le jeune est stigmatisé (...) puis là (...) le réflexe c'est : je vais trouver un moyen parce que le système nous permet de faire eject. Et là le jeune il vit encore un autre déplacement et là on amplifie la crise, on amplifie l'image du jeune ». (p7/R2-7)

« (...) il y a comme de quoi qui serait transférable dans les bonnes pratiques (...) même en amont (...) dès les foyers de groupe. (...) On peut les identifier déjà à 10 ans, 11 ans. » (p7/R3-7)

De plus, éviter de stigmatiser en mettant en place précocement des moyens novateurs ou s'écartant des pratiques de programmation habituelles, et travailler dans un esprit d'individualisation ou de « personnalisation » de la programmation (pour reprendre les mots des intervenants), nécessitent de **consentir davantage de ressources avant** que le problème ne devienne incontrôlable, car une fois que le jeune est stigmatisé et que son agir violent est devenu très dangereux pour les autres jeunes ou le personnel, sa stabilisation nécessitera de toute façon des ressources très coûteuses. Pourquoi ne pas tenter de fournir davantage de ressources avant ? C'est un souhait chaudement exprimé par les intervenants habitués à travailler avec cette clientèle dite de « *bout de ligne* ».

« Tous nos cas qu'on suit dans le projet c'est des jeunes judiciairisés à l'interne. Puis ce qu'on aurait davantage intérêt c'est justement d'éviter la stigmatisation de ces jeunes-là. Offrir un traitement différent ça va éviter que à moment donné il n'y ait plus personne qui ait envie de travailler auprès de cette clientèle-là. Au lieu d'ajouter plein de moyens APRÈS, il devrait y en avoir plus AVANT ». (p7/R1-7)

« (...) il ne faut pas attendre que la fin justifie les moyens. Souvent on fonctionne de même (...). Tsé il faut attendre d'avoir plusieurs morts... expression pour dire là on va mettre toute la grosse artillerie, mais des fois on mettrait un petit peu plus de moyens (...) Et tu sais (...) pas mettre des moyens pour des moyens, il faut savoir où on va et ça donne quoi. (...) mais pas attendre (...) là ça justifie qu'on peut dépenser sans compter. Une intervention plus planifiée et plus en amont. Même si ça coûte des sous un peu, des fois c'est pas cher pour... ne pas criminaliser des vies et puis déstabiliser du monde aussi ». (p8/R1-6)

« (...) il ne faut pas avoir peur des moyens avant même que ça arrive là. On vit sur du temps emprunté quand on attend trop (...) pis on expose les gens (...) ». (p27/R2)

Ce désir d'intervenir en prévoyance, perçu comme une attitude « payante » au long cours, semble partagé par les intervenants du milieu sécuritaire même lorsque ces jeunes délinquants violents arrivent en unité de garde déjà tardivement dans leur trajectoire de vie et de services :

« (...) si le jeune commet moins de délits à l'interne – (...) d'agressivité ou bien de méfaits (...) – à long terme, peut-être qu'on va diminuer le temps de placement de ces jeunes-là. Peut-être ça va nous coûter plus chers dès le départ, mais peut-être dans l'année, au lieu de faire peut-être un an, il va faire 8 mois. Parce qu'il n'aura pas... ça n'aura pas augmenté certains délits à l'interne. »
(p26/R3.2)

Après avoir discuté des améliorations notées et souhaitée suite à l'implantation du projet, le reste des efforts du Volet 2 a été consenti à documenter les conséquences, pour les intervenants, d'être exposés à la violence des jeunes et la façon de tenter d'en diminuer les impacts négatifs.

6.1.2. Être en contact avec la violence : Impacts perçus pour l'intervenant et sa pratique

Les situations où les équipes de réadaptation sont amenées à être en contact fréquent avec des comportements violents exprimés à leur endroit, sont décrites comme des *dossiers lourds*, susceptibles de les *envahir émotionnellement* (p11/R1). Cette **émotivité est considérée comme une réaction normale** par les intervenants. Bien que certains d'entre eux pensent que pour arriver à comprendre le besoin exprimé derrière les agissements violents, il faille tolérer minimalement d'être exposé à cette violence (p11/R2), la ligne à ne pas franchir pour conserver l'équilibre et éviter d'en être atteint semble très tenue. En d'autres termes, c'est tout un défi.

Par ailleurs, les cliniciens sont d'avis que la **violence**, surtout exprimée par un être humain envers un autre censé l'aider, est malsaine en soi. Elle **ne devrait jamais être considérée comme normale** lorsqu'elle survient dans le contexte de la relation de travail entre l'intervenant et le jeune.

« pis c'est pour ça que... tsé c'est tu inné, c'est tu pas inné ? Moi je pense que c'est... être exposé à des radiations y'a des limites (...) des radiations on peut être exposé, mais... (...) »
(p12/R8.1)

« Mais de plus en plus moi je me dis : non c'est pas ça ! Parce que la violence, il y a nulle part dans la société où on la tolère, puis ici bien c'est... pas bar ouvert, mais c'est comme... c'est normal et il faut vivre avec. »
(p14/R6)

« Mais j'aime pas dire qu'on devient meilleur dans ça, j'aime pas ça dire ça. C'est pas logique, on ne devrait même pas le vivre. »
(p13/R2)

Pour les intervenants, ce n'est pas le fait d'augmenter nos compétences à tolérer d'être exposés ou non qu'il faut viser à développer comme habileté, mais plutôt le fait lorsque c'est inévitable de **travailler à s'outiller afin de mieux se protéger émotionnellement et rebondir**, de protéger sa résilience comme intervenant. En d'autres termes, ce qui est souhaité est d'abord de ne pas avoir de violence, et ce qui est à travailler serait la capacité à *retomber sur ses pattes* lorsque cela a été inévitable.

« R1 : Bin moi ce que j'ai peur de dire c'est : ouais c'est possible de s'adapter. Mais dans les faits, je ne veux pas tsé... »

R2 : moi non plus je ne veux pas.

R3 : Ce qu'on souhaite, c'est de ne pas en avoir...

R1 : Tout à fait, à la base »
(p13/R3)

« C'est comme si on essaye de vous faire accroire que c'est quelque chose qu'on veut vous exposer d'avantage (...) Ça c'est comme un plan d'urgence, moi je vois ça comme un plan d'urgence cette compétence-là. Tu ne veux pas jamais avoir à l'utiliser mais la journée que ça arrive, tu l'as. »
(p12/8.2)

« (...) c'est tu inné ou la personne se cache de certaines choses ? (...) Je ne peux pas te le dire. Mais est-ce qu'on peut voyager là-dedans et puis travailler de situation en situation pour revenir sur nos pieds plus rapidement d'une fois à l'autre ? Ça je pense que oui. » (p11-12/R4)

« (...) moi quand j'ai commencé, ma première crise ça m'a stressé, mais après ça, tu commences à te faire des barrières et t'es capable de cacher un peu toute comment ça vient te chercher en dedans. » (p13/R5.1)

« Les premières fois ça prenait 3, 4, 5 jours, après ça 2, 3 et la dernière fois, bin une journée tsé. Je pense que tu peux voyager là-dedans et puis te trouver des trucs, te faire un coffre à outils pour comprendre certaines choses par rapport à toi, par rapport au client et puis revenir sur tes pieds plus rapidement. » (p12/R5.2)

Les participants au groupe focalisé ont été unanimes à insister sur **différents types de violence** exprimée par les jeunes, lesquels entraînent différents types d'impacts sur eux. D'une part, ils nous ont parlé d'une **violence impulsive** ou plutôt explosive qui n'est pas directement dirigée contre eux, laquelle semble plus facilement prévisible mais surtout, plus facilement *gérable* émotivement, de même qu'au plan de la situation comme telle. D'autre part, ils ont référé à une **violence pour terroriser** ; manifeste, calculée et parfois dirigée à l'endroit de certains intervenants seulement dans le seul but de faire peur, de manipuler, de faire souffrir. Celle-là serait intolérable pour quiconque.

« (...) je trouve qu'il y a une différence entre le jeune qui a une dynamique de vouloir faire peur aux intervenants (...) et puis l'autre jeune (...) qui vit une frustration et qui est impulsif et après ça, on est un bon bout de temps sans revoir ça. (...) il y a une différence qui est marquée. » (p14/R1)

« (...) la violence pour terroriser, pour moi j'ai plus de difficulté à être en contact avec cette violence-là, plutôt que de la violence impulsive d'un jeune qui se désorganise. » (p14/R3)

« (...) quand les fils se touchent (...) ça ne me fait pas peur, c'est correct, je vais y aller au batte. (...) ...c'est 2 types de violences extrêmement différentes et **puis que mon cerveau traite de façon différente. L'autre, j'ai peur. Fait que je m'attends à ce que il y ait des moyens qui soient mis autant face au jeune que face à moi ; j'ai peur de ce jeune-là. (...) il y en a – et particulièrement ceux qui sont suivis par la recherche – (...) qui embarquent direct là-dedans. C'est un type de violence qui est (...) dévastateur. (...) on peut être en contact (...), mais je ne pense pas qu'il n'y ait personne qui est à l'aise avec ce type de violence là. » (p14/R4)**

« R1 : (...) dans le cas où c'est récurrent et que c'est une violence (...) très dirigée (...) préméditée (...) tordue en fait, mais c'est juste que pour moi c'est 2 affaires différentes et je ne pense pas... (...) j'aimerais vraiment ça être capable de travailler au quotidien avec une violence comme celle-là, mais je ne pense pas qu'humainement moi je serais capable de faire ça. (...) je ne m'habituerai jamais à cette violence-là. » (p15/R5)

De notre point de vue, ces distinctions quant à ces deux types de violences peuvent aussi être assimilées à la distinction théorique entre violence réactive et proactive existant dans la littérature. Au plan des conséquences lorsqu'ils sont exposés, les éducateurs nous ont parlé de différents types d'impacts et de réactions qui semblent médiés par certains facteurs. La classification fait toutefois ressortir un aspect primaire fondamental central à ces impacts : la **charge émotive associée à la situation**. Cette charge émotive amène les intervenants à vivre les choses de façon différente, d'un intervenant à l'autre, face à une même situation.

« (...) Même si la personne a toutes les qualités personnelles qu'il faut, il reste que... tu le sais pas comment tu vas réagir émotivement ». (P16/R7)

« (...) moi dans un cadre de terr... tsé comme de terreur, je ne suis pas capable de travailler. Mon émotivité prend le dessus. » (p15/R1.2)

« (...) l'impact, en fait peut être différent (...) sur une personne ou sur une autre. (...) exemple : J (Jeune) a sauté une coche, il a accroché l' (intervenant). l, comment il l'a vécu je pense... avec sang-froid (...) il était super super calme. Mais lui dans sa tête ce qu'il se disait c'était : « hin ! À moment donné ça va me le tenter de le décocher moi aussi ! » Bin moi là, (...), j'avais les jambes qui tremblaient et je me disais « moi je m'en irais chez nous là ! (...) Tsé on vit les choses de façon différente à un même type de violence en fait. » (p16/R3)

D'autre part, l'analyse du discours des intervenants nous amène à postuler que cette **charge émotive sera en relation avec différents facteurs qui moduleront les impacts** de l'exposition. Des facteurs associés aux caractéristiques des intervenants ou encore à différents éléments du contexte. **Au plan des caractéristiques associées aux intervenants**, notre analyse réfère ici tant au style ou à des **caractéristiques plus stables** de leur personnalité (trait de personnalité, façon d'être, tempérament etc.), qu'à l'**état ponctuel** (émotif, affectif, personnel etc.) de l'intervenant au moment où la situation d'urgence éclate.

« Bin moi je pense que y'a des personnes que tu vas avoir l'impression que ça change rien quand ça arrive. Jusqu'à un certain moment donné là, y'a des personnes qui sont capables de faire 5, 6 ans comme ça et puis on dirait que ça coule sur eux-autres (...) ils arrivent à gérer ça et ils vont toujours être au front. Tu en as d'autres qui vont tomber – un peu comme tu nommes – tsé les pattes te shake tout ça. Moi je suis un peu de ce modèle-là ». (p16/R5) – (ex. de caractéristiques stables)

« (...) T'es fait pour être en sécuritaire ou tu ne l'es pas. Puis ce qu'on se dit c'est : tu vas le savoir quand tu vas vivre ta première crise. Si t'écroule à terre, t'es pas fait pour ça. Puis tsé au début moi j'étais comme à l'aise avec ça, mais plus que ça arrive, plus que je me dis : hin, on est donc bin pathétiques.

R : ouais ! Vraiment. » (p16/R6) – (ex. de caractéristiques stables)

« (...) y'a notre vécu (...) personnel, qui nous aide ou qui vient nous nuire. » (p173R1) – (Caractéristiques stables pour vécu passé ou état ponctuel si la personne vit une crise personnelle passagère)

« (...) y'a des fois (...) des shifts où j'irais à la guerre. Puis y'a d'autre shifts que je me sens ti-mou puis que le gars me crierait après pis j'irais me mettre en dessous du bureau mais y'a des fois que (...), pour la même situation je vais être prêt à intervenir. » (p17/2R1) - (ex. de caractéristiques ponctuelles)

« (...) ça rentre dans la philosophie normalement de ce qu'on s'attend des approches sécuritaires. (...) aujourd'hui je suis en forme et ça va bien, amène-moi en pas mal, et puis une autre journée, tu as passé une nuit grippé, t'as pas dormi (...) ça se peut que ton sens de l'observation soit moins vite (...). C'est cette température d'eau là qu'il faut se donner régulièrement. » (p. 17/R3) – (ex : de caractéristiques ponctuelles)

Selon le discours des participants au groupe focalisé, la charge émotive associée à une situation d'urgence ou une agression, avant de contribuer à influencer la réaction de l'intervenant face à l'événement, serait aussi médiée par **différents éléments du contexte** associés à la situation (de façon proximale ou plus lointaine). À titre d'exemple, notons le lien avec le jeune, la nature des interventions effectuées avec lui précédant la crise, le soutien reçu de l'organisation au moment où après la survenue de la situation d'urgence etc.

« Le matin que c'est arrivé, j'avais même pas rapport, j'arrivais de la surveillance, je prenais mes notes tout ça et il rentre dans le bureau comme un taureau. Mais si (...) j'avais passé la journée avec lui à intervenir (...) pis y'arrive la même situation, peut-être que je vais réagir différemment (...) avoir une charge émotive différente. » (p15/R2.1)

« (...) des fois, notre façon d'agir face à une situation de violence va dépendre aussi du lien qu'on a avec le jeune. Parce que y'en a que je vais m'en foutre de son « pettage » de crise (...) je ne réagirai pas... ça va moins m'atteindre. Puis y'en a d'autres que ça va m'atteindre plus. (...) j'ai l'impression que (...) la force du lien devient importante. » (p18/R2)

« Quand j'arrive pis que j'explique la situation à P (patron) (...) on va le rencontrer, il vient avec nous autre : voici la situation, voici ce qu'on te demande, les limites, voici l'encadrement (...) puis l'encadrement est clair puis le jeune sait à quoi s'attendre (...) on ne niaise pas. L'organisation est en arrière de nous autre et ce n'est pas vrai qu'on va se faire brasser comme des cerfs-volants là ! » (p23/R5)

« (...) selon ma perception des fois c'est banalisé. Fait que (...) tu peux faire une plainte mais comme citoyen, pas comme employé du centre. Fait que ça, ces affaires-là ça laisse des traces aussi. Ça laisse des traces de comment je vais réagir moi à la prochaine crise, si je ne me sens pas tant backé que ça ? Mais la plupart du temps on est extra backé là ! Vraiment ! Mais les fois où est-ce qu'on ne l'est pas, ça en laisse des traces. » (p23/R5)

« (...) on ne peut pas travailler dans un contexte où un jeune, c'est son moyen à lui d'éviter l'apprentissage de vouloir mener l'unité en fonction de sa colère ou de son agressivité. (...) Je pense qu'ici on est capable de dire non, ça ne fonctionne pas. Et on a l'encadrement quand même qui nous est donné par rapport à ça. (...) **Si on n'avait pas ça cet appui-là**, je pense qu'il y aurait peut-être moins de joueurs autour de la table (...) » (p23/R1)

L'appui ou le soutien perçu de l'organisation pour ces intervenants amenés à intervenir souvent lors de situations d'urgence s'avère d'une importance primordiale. Autrement dit, lorsque l'intervenant a l'impression que l'organisation est « *derrière lui* », cela semble faire une grosse différence pour lui dans la façon dont ce type d'événement potentiellement traumatique sera vécu et intégré.

Paradoxalement, les intervenants nous dirons que lorsque **l'équipe est moins exposée à des crises** ou des désorganisations de la part de jeunes à très haut défi, il y a danger de devenir moins alertes, de *perdre leurs réflexes*, et alors de **moins bien savoir comment réagir** lorsqu'une crise éclatera :

« (...) quand on est espacé dans le temps de garçons qui vont bien, quand la crise revient, on est déstabilisés parce qu'on ne sait pu comment réagir (...) » (p14/R1)

De plus, parmi les autres **écueils à surveiller**, se trouvent au premier plan les conséquences associées aux **changements organisationnels**. Ils ont été perçus comme susceptibles de miner ou de compliquer la constance et la nature du soutien fourni à l'équipe exposée à la violence sur le terrain :

« (...) à moment donné quand tu changes un chef pis qu'il y en a 4 autres en haut qui changent, bin la trajectoire elle est différente quand t'essaye de faire monter quelque chose (...) face à une équipe de travail qui est en lien avec la violence presque quotidiennement, et qu'il y a un chemin qui est tracé, mais que le chemin change selon les individus qui se placent dans l'échiquier. (...) C'est là que ça devient déstabilisant pour une équipe là ! » (p27/R4). « Tsé la machine change en tout temps ». (p27/R5)

Rappelons qu'avec la clientèle extrême concernée par ce projet, cette constance du soutien aux intervenants est primordiale et se manifeste souvent par différents moyens susceptibles d'engager des ressources particulières, au sein de *solutions sur mesure*. Ce faisant, elle implique nécessairement la ligne de gestion. Cette constance du soutien nous est par ailleurs apparue liée au **sentiment intérieur de sécurité** (et incidemment au sentiment de *travailler en sécurité*...). Comme les intervenants l'ont mentionné dans le cas où cette violence est « *récurrente* » et « *grande, vraiment grande (...)* », elle pourra aller jusqu'à leur faire « *douter d'eux-mêmes ou de leur sentiment de sécurité profonde* » (p13/R1). Ce sentiment de sécurité nous semble de première importance et à soigner de façon particulière chez les

intervenants exposés à la violence régulièrement. Il risque d'être atteint au long cours, si les précautions adéquates ne sont pas prises.

De plus, les intervenants s'attendent à être soutenus à ce niveau : « *Fait que va falloir, oui trouver des moyens pour les jeunes, mais trouver des moyens pour les intervenants ; pour la sécurité en premier des intervenants. Parce qu'ils terrorisent pour vrai* » (– les jeunes –) (p15/R1.1). Les intervenants s'y attendent d'autant plus qu'une des aptitudes personnelles qu'un intervenant travaillant en sécuritaire devrait être en mesure de démontrer, selon eux, est justement une bonne sécurité personnelle de base, se traduisant par un agir professionnel prévoyant. L'extrait suivant traduit avec éloquence, comment certains des concepts que nous avons analysés et décortiqués jusqu'à maintenant interagissent dans le travail quotidien des éducateurs :

« Moi je pense qu'il faut que tu aies une bonne sécurité personnelle, premièrement. Et puis qu'elle soit contaminante envers les autres, ton collègue de travail (...). Fait que, avant de partir le chiffre, tu regardes aussi qu'est-ce qui en est, les jeunes qui sont un petit peu plus fragiles, qu'est-ce qu'on fait ? Où on s'en va ? On a déjà un plan de match. Puis après ça, si y'a des ajustements à faire dans le parcours, on va aller chercher les outils nécessaires puis on ne se fera pas prendre à court (...) Je pense que y'a des affaires qu'on peut rapidement regarder : comment que notre collègue va, comment nous on va, puis si jamais – je sais pas moi je travaille avec X – pis les 2 on est flat, bin à la limite on va appeler P (patron) pis on va dire : bin là, on n'est vraiment pas bien outillés, qu'est-ce qu'on fait ? Il va nous conseiller, il va faire rentrer quelqu'un à la limite, il va faire de quoi. »
(p29/R3)

Un autre type d'impact négatif ou d'écueil à surveiller, concernant lequel les intervenants nous ont dit devoir demeurer à l'affût, a été par ailleurs mentionné : le **danger d'acting-out**. Ils y ont référé comme susceptible de *tenter* les intervenants dans un contexte où la violence serait récurrente et le soutien de l'organisation pourrait être perçu comme défaillant, car le danger de blessures physiques pour eux semble bien réel. Après avoir discuté de l'importance du sentiment de sécurité, on peut aisément comprendre que ce risque puisse aussi s'inscrire comme une réaction de défense, comme un besoin de se protéger.

« Ça pourrait nous amener aussi... nous aussi, après x nombre de temps, quand c'est récurrent, à poser des gestes inadéquats et qu'on peut être suspendu ou bien qu'on peut perdre notre emploi. Nous autre aussi on est humain. (...) Tsé à moment donné, c'est comme une éponge, quand elle est trop pleine, elle absorbe pu et puis elle déverse. C'est un peu ça. Une chance qu'on en arrive pu là (...) »
(p20/R1-3)

« (...) quand il se désorganise sur des objets puis qu'il vient à 2 pouces du nez ou biens quand il t'agrippe ou qu'il veut te frapper. Tsé y'a des distinctions. (...) ou quand il te menace de façon... directe (...) y'a des degrés de violence qui font en sorte que, à moment donné, comme intervenant, il y a une limite que tu peux accepter, y'a une limite que là tu te poses la question : jusqu'où je peux faire en sorte que je suis en légitime défense ? puis est-ce que je dois faire en sorte de manger 1 ou 2 coups de poing avant de dire ok, parfait j'embarque ? »
(p18/R3.2)

Les intervenants ont par ailleurs fourni des pistes de réflexion sur la façon de prendre soin de cette sécurité (symbolique ou réelle) après une exposition. Elles sont abordées dans la section suivante.

6.1.3. La promotion du sentiment de sécurité au sein de l'équipe³⁷

Après une exposition, il importe de « Prendre soin de ». Prendre soin des personnes certes, mais également de ce que les personnes pensent d'elles-mêmes, comme intervenants. Maintenir une perception d'intervenant compétent est une entreprise délicate pour des cliniciens souvent confrontés à la limite de leurs zones de tolérance et de compétences, ce qui arrive fréquemment lorsque les personnes sont amenées à intervenir dans des contextes d'urgence où leur sécurité personnelle pourrait être en jeu. La perception de l'image que l'intervenant a de lui-même (en tant qu'intervenant), et qu'il projette face aux autres intervenants et aux jeunes, est liée à son **identité professionnelle, qu'il importe de soigner autant que la personne** après une exposition. Car cette dernière semble aussi fortement mise-à-mal lorsque l'intervenant est impliqué dans une situation d'urgence où un adolescent sous sa garde se désorganise et devient agressif à l'endroit du personnel et des autres jeunes.

L'image à préserver en tant qu'intervenant compétent, pourrait faire en sorte que la personne ne s'avoue pas ou ne réalise pas qu'elle n'est peut-être plus en mesure d'effectuer son travail de façon optimale tout de suite après une exposition. Les intervenants avouent que le sang-froid dont ils doivent savoir faire preuve peut devenir un couteau à deux tranchants devant une autre qualité importante qui consiste à **faire preuve d'authenticité en rapport avec leurs propres limites**. Ils insistent ici sur **la force et le soutien complémentaire de l'équipe**, des collègues, de leur patron, pour leur permettre de se dégager de l'émotivité afférente à une situation hautement émotive, afin qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes, comme de cette image.

« Des fois on peut être les pires personnes... pour juger (...) tsé admettons, moi je le sais, je suis orgueilleuse. (...) Admettons que quelqu'un vient me voir puis qu'il me dit té tu correct ? Bin il faut que quelqu'un me connaisse puis qu'il soit capable de me percevoir, de dire là non, c'est assez là ! Tu t'en vas chez vous. Puis on est quand même des têtes fortes ici, puis on a du monde, on a des gens qui sont très, très fermés au niveau... J'pense que c'est un mécanisme de défense qu'on a tous un peu chacun développé, mais on est fermé à nos réactions et puis à ce qu'on veut laisser voir aux autres. »
(p21/R2)

« (...) il ne faut pas se compter des menteries entre nous autre, faut être honnête et transparent (...) il faut être authentique. »
(p24/R3)

« (...) Puis ça pourrait arriver que la personne elle te dise : oui, oui là je vais être correct, puis tu décernes que c'est pas le cas, tu vas appeler soit P (patron), ou le cadre de soir, pour dire : regarde viens donc prendre une décision pour elle parce que c'est pas une bonne idée qu'elle reste. (...) »
(p24-25/R7.1)

On peut ainsi voir que dans un tel contexte, l'importance d'être à l'écoute du collègue devient primordiale. La **confiance qui doit se manifester entre collègues** (associée à la crédibilité qu'ils ont les uns envers les autres), a été mentionnée comme l'un des facteurs très importants permettant de prendre soin de cette sécurité de base dont doit faire preuve l'intervenant, car une équipe n'est pas plus

³⁷ Il est opportun de lire cette section en garant à l'esprit l'apport du *Volet 1* qui a déjà documenté les *Attitudes et stratégies d'intervention gagnantes* de l'équipe et des intervenants dans leur pratique auprès des jeunes contrevenants violents affectés de problèmes multiples. Les quelques propos répétitifs en rapport avec ce contenu, déjà documenté dans le cadre du *Volet 1*, n'ont pas été considérés dans la présente analyse puisqu'ils n'ajoutaient rien et ne concernaient pas les questions d'évaluation du *Volet 2*.

forte que le plus faible de ses maillons. L'importance de travailler en cohésion et de se partager le travail a été mentionné à plus d'une reprise au cours de l'ensemble des travaux afférents à ce projet.

Les intervenants ont par ailleurs parlé de ce que nous avons appelé un espace de ventilation informel (principalement rapidement après une exposition), comme de la nécessité d'un espace de ventilation plus formel. Ces aspects sont délicats. Aux termes du discours des intervenants, les deux espaces semblent aussi importants et répondent à des besoins différents. **L'espace de ventilation informel** réfère à un espace sans jugement, où l'intervenant exposé peut rapidement ventiler, peut dire n'importe quoi sans être jugé.

« (...) l'après situation. Il faut que tu laisses un espace où la personne elle (...) après une crise (...) il faut vomir (...) le trop-plein (...) »
 (p22/R2)

« (...) l'espace de ventilation pour toutes les après des situations. Sans jugement, tsé juste pour pas que l'employé se sente que... qu'elle est incompétente ou qu'il est incompétent et puis tu te mets à le blâmer là (...) il faut qu'il y ait un espace qu'à peut dire n'importe quoi par rapport à la clientèle (...) Une zone neutre que moi j'appelle. »
 (p22/R1)

« Q : Ça se fait comment ça une zone neutre où tu peux vomir ? C'est tu possible ?

R 3 : bin c'est possible. R 1 : bin rapidement, y'a tout le temps quelqu'un qui dit ok ça va tu ? (...) R 3 : (...) moi c'est sûr que rapidement, si admettons c'est avec P (patron), je vais lui dire ting, ting, ting, puis après ça on va retourner (...) pour aller régler la situation vite (...) pas nécessairement prématuré, mais je ne laisserai pas trainer ça (...) Puis si jamais c'est trop vite bin P (patron) (...) va me conseiller pour faire en sorte que (...) je vais prendre 1 heure 1 heure et demie, je vais repenser à mes affaires, on va revenir (...). Parce que sinon ça se peut que je sois peut-être trop rapide pis que finalement mon jugement est altéré.

R 1 : C'est ça. »
 (p22/R3)

« Des fois, directement après une crise on va fumer une cigarette dehors, on va dans la cour avec son collègue (...) Pis après ça bien si tu veux plus, tu as plus (...) »
 (p22/R4)

Cet espace de ventilation que les intervenants qualifient de **neutre** semble nécessaire, surtout pour des situations qui sont susceptibles d'être plus explosives ou douloureuses. Ici, les intervenants parlent d'un certain danger de contaminer l'équipe ou ses confrères, « *si on donne une couleur et qu'on devient trop envahi.* » (P21/R2). Quant à l'**espace de ventilation plus formel**, au plan des perceptions des intervenants, il concerne une étape supplémentaire. Il réfère au « *plus* » mentionné dans le dernier extrait de verbatim ci-haut. Au fait par exemple de savoir si une plainte sera déposée ou de rencontrer un professionnel si besoin pour un *débreiffing*³⁸. Dans un cas comme dans l'autre toutefois, ces espaces de ventilation appellent, selon les intervenants, une certaine **souplesse d'encadrement** de la part du ou des cadres responsables. Une souplesse basée sur une excellente capacité d'être à l'écoute et de répondre aux besoins des intervenants et de l'équipe, non seulement rapidement après une exposition, mais dans les jours qui suivent.

« Cette souplesse-là moi je la trouve très importante. (...) Parce que tu es encore sur l'adrénaline au fond là ! Tes tu correct tes tu correct ? Oui oui ! Mais... »
 (p24-25/R7.1)

³⁸ Via le programme d'aide aux employés ou autrement.

« Moi ce que j'aime c'est qu'il y en a qui se font poser la question, moi je me le suis déjà faite poser : t'es-tu correct pour finir ton shift ? À la limite si je ne suis pas capable, je vais dire bin écoute, donne-moi un break pour la journée, pis je reviens. Bien cette question-là ou cette ouverture-là est posée. Moi je trouve ça excellent parce que pour d'aucun, ça va leur prendre ça, une petite journée pour dire ok je décompresse et pour d'autres y vont dire non non ».

(p21-22/R3)

Une conceptualisation résumant le discours des intervenants ainsi analysés est proposée dans la section finale de ce rapport (section 7), en lien avec l'ensemble des données de l'évaluation.

6.2. Climat d'équipe : Besoins évaluatifs, faisabilité et réalité terrain...

Deux éléments majeurs ont conduit à ajuster ou modifier le mandat d'évaluation initialement consenti pour documenter l'évolution du climat d'équipe. D'une part, l'utilité de monitorer l'évolution du climat d'équipe en fonction de l'exposition à la violence a semblé pour les acteurs, au fil du temps, d'une validité écologique moins pertinente. De plus, l'acceptabilité associée à la démarche même de créer un nouvel outil pour ce faire³⁹ a constitué un autre écueil de faisabilité majeur sur le terrain.

Nous avons donc recentré nos efforts d'accompagnement et de suivi d'implantation dans une perspective d'examen plus large d'indicateurs normalement associés aux pratiques collaboratives, telles qu'elles furent énoncées aux livrables du modèle d'action du programme endossé au préalable par les acteurs. De plus, nous avons cherché à privilégier des indicateurs collés à la réalité écologique de la pratique des éducateurs, possédant un haut niveau d'acceptabilité pour le milieu. Ceci nous a conduits à utiliser plusieurs items d'un outil proposé par ARIAL & DUFOUR (2012) et appelé la *Grille des indicateurs des perceptions du climat d'équipe* (communications personnelles avec les auteurs, 2015). Toutefois, les enjeux de faisabilité ont contribué à ce que les mesures soient prises très longtemps après la fin de l'implantation du *Volet 1*. Les observations de cette section du rapport sont donc d'une portée excessivement limitée. Nous les présentons tout de même par souci de transparence.

Initialement, ARIAL & DUFOUR ont conçu leur questionnaire pour mettre en valeur la pertinence de ce qu'ils ont qualifié de *savoir expérientiel* des éducateurs. La première version de leur outil a été soumise à des praticiens terrain et sa validité écologique explorée par le biais de focus groups et par une administration de quelques protocoles de façon exploratoire en 2011⁴⁰. Le format de l'outil a ensuite été revu pour donner lieu à sa version actuelle, qui date de 2012. Il aurait été largement utilisé au sein du milieu par la suite⁴¹. Cet instrument possède donc un très fort niveau de validité écologique et une excellente acceptation par le milieu. Il devenait plus facile de l'utiliser en traitant les données générées sous forme de sondage pour tenter de documenter certaines perceptions associées au livrable organisationnel suivant du modèle d'action : *partage adéquat des informations cliniques pertinentes et implantation des stratégies d'intervention individualisées*. En effet, ce partage est supposé emporter

³⁹ Sous forme de sondage.

⁴⁰ Communications personnelles de Danielle Nadeau avec les auteurs de la grille, 2015.

⁴¹ Idem.

avec lui divers bénéfices, dont plusieurs ont été mentionnés par les éducateurs eux-mêmes lors du groupe focalisé.

Toutefois, en plus du problème de délai associé à la prise de mesure, la validité psychométrique de cet outil n'a jamais été démontrée. Ce problème limite toute conclusion ferme susceptible d'en être tirée, même dans un contexte de triangulation de données évaluatives organisationnelles. Leur examen a davantage été effectué à titre exploratoire. Ainsi, nous avons pris la décision d'examiner certains résultats issus des items de cette grille, que les chefs de service avaient déjà pris la liberté d'utiliser. Comme il a été dit, nous les avons traités sous forme de sondage, sans toutefois être en mesure de fournir un poids trop important aux données en découlant. Mentionnons toutefois qu'aucune des données générées ne contredit ni ne limite les conclusions intégratives des données évaluatives discutées en section 7 de notre rapport. Au contraire.

6.2.1. Méthodologie spécifique : Outil et temps de mesure

Selon ses auteurs, l'objectif de la grille est d'apporter un éclairage sur le fonctionnement systémique au sein de l'unité évaluée pour comprendre la dynamique de l'équipe afin de prioriser les interventions correctives à privilégier, le cas échéant. Elle vise également et surtout à renforcer et valoriser les aspects positifs du fonctionnement de l'équipe, et à permettre de structurer les échanges en vue d'améliorer ce qui aurait avantage à l'être sur l'unité. Elle doit donc être présentée et utilisée comme un outil de prévention et de support aux équipes par le spécialiste en activité clinique qui y est attiré. La compilation des résultats est effectuée par ce dernier et présenté d'abord au gestionnaire, puis, dans un second temps, partagé avec l'équipe d'éducateurs.

L'outil consiste en un questionnaire comportant un total de 90 items, où chaque éducateur doit cocher son niveau d'accord sur une échelle de type Likert en trois points (« en désaccord », « moyennement en accord », ou « en accord »). Il s'agit donc d'une échelle ordinale en trois points, marquant une gradation positive dans la perception du répondant. Selon ses auteurs, l'outil a pour but de mesurer (ou selon leurs termes de « *prendre le pouls* ») du climat d'équipe, afin d'apporter des correctifs réalistes en lien avec des problèmes que la grille pourrait permettre de déceler. Elle fournirait ainsi des indicateurs du climat régnant au sein du groupe de jeunes (16 items), de l'équipe d'éducateurs (44 items), de l'organisation (17 items), et des indicateurs de la qualité des relations avec les partenaires externes à l'unité (13 items). Ces derniers concernent des partenaires dont l'influence est déterminante dans l'évolution et la prise en charge clinique d'un jeune.

Chaque regroupement d'items est rapporté comme une sorte d'échelle en soi, évaluée par le total des différents niveaux d'accords en fonction de leur gradation positive. Aucun item n'est inversé quant à cette gradation. De plus, cet outil est accompagné d'une modalité de structuration de commentaires basée sur les réponses fournies à certains regroupements d'items selon trois couleurs : En vert – *ce qui va bien* ; En jaune – *ce qui est à surveiller* et en Rouge – *ce qui est à travailler*.

Deux importants bémols ont restreint l'utilisation de cet outil dans son intégralité actuelle à nos fins évaluatives. D'une part, la cohérence interne et la structure factorielle de cet instrument (au plan des échelles proposées), demeurent à être réalisée⁴². De plus et surtout, la façon de calculer la pondération des échelles proposées ne peut pas être effectuée de la façon actuellement suggérée par les auteurs⁴³. Toutefois, cela ne constitue pas une contre-indication à utiliser **certains des items** de l'outil à titre de sondage et à des fins exploratoires, pour les trianguler avec l'ensemble des autres données évaluatives dans une perspective de diagnostic organisationnel. Ainsi, pour la sélection de certains ces items, nous avons privilégié la perspective de l'examen du **maintien possible de certains acquis** au plan des bénéfices associés à l'implantation des approches collaboratives. En général, l'implantation de telles approches permet une expérience de rapprochement entre les partenaires interdisciplinaires des équipes de prise en charge clinique. D'autre part, en cohérence avec les propos fournis par les intervenants aux termes des divers focus groups, nous avons retenu des items associés à l'impact de l'exposition à la violence (climat et sentiment de sécurité au sein de l'équipe).

L'autre défi de taille restreignant l'utilisation d'items sélectionnés de la Grille à nos fins évaluatives, comme il a été dit, concerne le fait que pour différentes raisons, il n'a pas été possible de recueillir des données en post-implantation, immédiatement après la fin de l'implantation du *Volet 1*⁴⁴ ni de « suivre » l'évolution des indicateurs retenus dans le temps. La prise de mesure fut effectuée auprès des éducateurs de l'unité de mise sous garde un an et demi après la fin de l'implantation du *Volet 1* pour le premier temps de mesure (août 2014), et 10 mois plus tard (juin 2015) pour le second temps de mesure⁴⁵. C'est pourquoi nous avons recentré nos efforts d'évaluation dans une perspective exploratoire d'examen plus large d'indicateurs normalement associés aux approches collaboratives, pour dresser un état de situation en post, au long cours, après la fin des efforts d'implantation active. Autrement dit : qu'en est-il de la perception du climat de violence sur l'unité et de celles associées aux relations avec les partenaires externes longtemps après ces premiers efforts ? C'est dans cette perspective que nous avons examiné les données issues de ces questionnaires.

6.2.2. Résultats (sur items sélectionnés)

Au total, 53 items ont été retenus sur les 90 proposés comme indicateur subjectifs. Les résultats aux deux temps de passation, soit août 2014 (T1 ; N = 10 répondants) et juin 2015 (T2 ; N = 11) sont rapportés au sein des tableaux 6 à 9 et brièvement commentés ci-après. Nous avons regroupé la présentation des résultats en fonction des thèmes suivants : Dynamique du groupe au plan des jeunes

⁴² Rappelons que les auteurs ne le présentent pas comme un instrument psychométrique ni validé au plan de la recherche. Nous pensons qu'il est assez utilisé et assez solide au plan de sa validité écologique, pour que des efforts soient consentis à une exploration éventuelle de sa structure factorielle.

⁴³ En d'autres termes, le score additif des gradations d'accords pour chacun des regroupements d'items en fonction des échelles proposées est une donnée qui ne peut rien dire en soi et ne devrait pas apparaître dans les versions ultérieures de cet outil.

⁴⁴ C'est-à-dire au même moment ou peu après le focus group de décembre 2013.

⁴⁵ Mentionnons que la grille a été administrée auprès des éducateurs par le chef d'équipe, sur une base volontaire et anonyme.

(tableau 6 – 11 items), climat afférent au vécu d'équipe et aux relations entre les éducateurs (tableau 7 – 19 items), perceptions de l'organisation face au travail des éducateurs et au soutien reçu (tableau 8 – 10 items) et perceptions des relations avec les partenaires externes (tableau 9 – 8 items). Pour respecter la conception initiale de l'outil et faciliter la lecture des résultats et leur appropriation par les acteurs du milieu, les fréquences des niveaux d'accords sur chacun des points de l'échelle ont été conservées mais traduites en % de répondants. Ils sont présentés simultanément pour les deux temps de mesure au sein des tableaux.

Tableau 6
Dynamique de groupe (jeunes)

N°	Nature	%Dés T1 08-14	%Dés T2 06-15	%Moy T1 08-14	%Moy T2 06-15	%Acc T1 08-14	%Acc T2 06-15
Q1	La communication dans le groupe est respectueuse (verbale et non verbale).	0	0	80	55	20	45
Q2	La violence verbale est peu présente.	0	0	0	0	100	100
Q3	La violence physique est peu présente.	0	0	0	36	100	64
Q5	Les jeunes respectent l'espace.	10	0	40	27	50	73
Q6	Les jeunes parlent ouvertement en présence des éducateurs.	20	9	30	18	50	73
Q9	Le baromètre du climat de groupe est calme (souvent un jeune plus réactif).	10	0	20	36	70	64
Q10	Il y a une distance relationnelle saine entre les jeunes et les éducateurs.	10	0	40	9	50	91
Q11	Les jeunes s'impliquent dans les activités de la programmation.	0	0	10	0	90	100
Q12	L'ambiance du groupe est agréable.	0	0	10	0	90	100
Q14	Les jeunes collaborent aux interventions.	0	0	20	18	80	82
Q15	Les jeunes sont mobilisés par un ou des projets.	0	0	90	55	10	45

Au plan de la dynamique du groupe de jeunes comme telle, il y a peu de changement sinon des changements la plupart positifs notés entre les deux temps de mesure. Toutefois, moins d'intervenants se disent davantage en accord avec le fait que la présence de violence physique est peu présente au temps 2. Compte tenu du très petit nombre de répondants, si un ou deux intervenants changent d'avis, les résultats varient beaucoup. Il n'est pas possible de parler de différence significative dans un tel cas.

Est-ce que la clientèle était moins problématique ou est-ce que les jeunes plus réactifs étaient mieux compris et gérés quant à leur dynamique de violence ? Il ne nous est pas possible de répondre à ces questions non plus en se basant sur les réponses à ces items, et ces questions dépassent le cadre de notre mandat. Notons toutefois que ces résultats laissent supposer que le « *baromètre du groupe* » était plutôt calme (i.e. peu de jeunes très réactifs, contrairement à ce qui prévalait au début des travaux du *Volet 1*, comme en période de post-implantation immédiate). De plus, le temps de passation est trop loin de la fin de l'implantation pour que ces changements puissent avoir des liens avec les jeunes suivis dans le cadre du projet. Les autres items sont d'une plus grande pertinence dans le cadre de notre mandat,

car ils concernent des éléments associés aux pratiques collaboratives et aux changements de pratiques y afférents, le cas échéant.

Tableau 7
Travail des éducateurs et fonctionnement de l'équipe

N°	Nature	%Dés T1 08-14	%Dés T2 06-15	%Moy T1 08-14	%Moy T2 06-15	%Acc T1 08-14	%Acc T2 06-15
Q19	L'équipe d'éducateur est unie.	0	0	90	82	10	18
Q20	Les éducateurs se sentent en sécurité.	0	0	10	18	90	82
Q21	Les éducateurs se font confiance entre eux.	0	0	90	91	10	9
Q22	Les éducateurs ne parlent pas négativement des jeunes, des parents et des partenaires en leur absence.	20	27	70	64	10	9
Q30	Les communications entre les éducateurs sont respectueuses.	10	0	10	27	80	73
Q31	Le transfert d'information entre les éducateurs est efficace.	0	0	50	55	50	45
Q33	Les conflits entre les éducateurs sont abordés entre eux.	20	0	50	64	30	36
Q34	Les éducateurs se permettent de donner leurs opinions cliniques lors des comités.	0	0	20	18	80	82
Q36	Les éducateurs sont en mesure d'échanger avec leurs collègues en lien avec une ou des interventions posées.	0	0	40	64	60	36
Q40	Les éducateurs connaissent leurs responsabilités cliniques.	0	0	50	0	50	100
Q42	Les objectifs des plans d'intervention sont connus et partagés par toute l'équipe.	10	9	40	36	50	55
Q43	Les moyens privilégiés au plan d'intervention sont mis en application.	10	0	50	46	40	60
Q45	Les diverses recommandations cliniques sont appliquées (2 ^e niveau, décisions prises lors des comités, MEI etc.).	0	0	40	9	60	91
Q47	Les éducateurs partagent une responsabilité commune face aux jeunes.	0	0	50	9	50	91
Q50	Les éducateurs demandent du support clinique au besoin.	0	0	40	27	60	73
Q53	Les éducateurs prennent l'initiative d'aller chercher les informations nécessaires à leur travail.	0	0	40	0	60	100
Q55	Les éducateurs appuient les interventions de leurs collègues.	0	0	30	18	70	82
Q57	Les interventions sont cohérentes.	0	0	50	36	50	64
Q58	Le transfert d'un jeune vers un autre milieu est planifié et structuré.	0	0	20	27	80	73

On constate à travers les deux temps de mesure que l'équipe semble se sentir mieux supportée au plan du soutien clinique (Q50), et dit davantage appliquer les recommandations cliniques des mécanismes de soutien prévus (Q45). Toutefois, il semble que le transfert d'informations cliniques pertinentes entre les membres de l'équipe (Q31) et principalement le fait d'échanger sur des interventions posées entre collègues (Q36) semblaient faire l'objet d'un consensus moins unanime au second temps de mesure, soit encore plus loin de la fin des efforts d'implantation du *Volet 1*. Il en va de même du fait de structurer et

planifier le transfert d'un jeune vers un autre milieu (Q58). Ces derniers aspects de la pratique étaient assez bien supportés par le protocole de dispensation de services. Il semble que peu de traces en soient restées plus d'un an et demi après les derniers efforts d'animation du protocole.

Tableau 8
Climat organisationnel face au soutien reçu

No	Nature	%Dés T1 08-14	%Dés T2 06-15	%Moy T1 08-14	%Moy T2 06-15	%Acc T1 08-14	%Acc T2 06-15
Q62	Les éducateurs expriment leur point de vue aux gens concernés.	0	0	60	45	30	50
Q63	Les éducateurs sont solidaires des décisions prises par l'organisation même s'ils ont un point de vue différent.	0	0	20	27	80	73
Q64	L'opinion des éducateurs est prise en considération.	0	0	40	55	60	45
Q65	Les éducateurs reconnaissent les actions visant le bien-être des employés.	0	0	20	27	80	73
Q66	Les éducateurs ont le sentiment que l'organisation fait appel à leur expertise.	0	0	40	73	60	27
Q68	Les éducateurs sont reconnus et valorisés.	0	0	50	36	50	64
Q69	Les éducateurs se sentent supportés dans leur pratique.	0	0	60	45	40	55
Q74	Les horaires permettent du temps clérical.	0	0	10	9	90	91
Q76	L'organisation offre du support supplémentaire au besoin (ex : la présence d'un éducateur, « débriefing », plan d'aide etc.).	0	0	0	18	100	82
Q77	L'organisation corrige rapidement les situations problématiques sur le plan fonctionnel (ex : bris de matériel).	0	0	20	27	80	73

Face au soutien reçu, les résultats sont assez stables. Les éducateurs auraient le sentiment que l'organisation pourrait un peu moins faire appel à leur expertise et ils disent avoir moins l'impression que leur opinion est prise en considération au second temps de mesure. Par contre, du même souffle, ils diront se sentir davantage valorisés dans leur rôle d'éducateurs. Les variations sont toutefois minimales et ont probablement fort peu de liens (sinon aucun) avec le projet évalué. Le tableau 9 concernant les indicateurs externes est possiblement plus révélateur du grand décalage entre la fin du projet et le temps où le sondage a été réalisé au sein de l'équipe.

Tableau 9
Relations avec les partenaires externes

No	Nature	%Dés T1 08-14	%Dés T2 06-15	%Moy T1 08-14	%Moy T2 06-15	%Acc T1 08-14	%Acc T2 06-15
Q78	La communication avec les parents est faite de façon hebdomadaire.	0	0	10	0	90	100
Q79	Les parents participent aux rencontres « officielles » pour leur enfant (accueil, PI, PSI, MEI etc.).	10	0	30	36	60	64
Q80	Les parents sont invités à participer à des activités dans le milieu de vie.	30	9	60	73	10	18
Q82	Les parents sont consultés et invités à s'impliquer dans la vie de leur enfant.	0	0	40	36	60	64
Q85	Les partenaires consultent les éducateurs pour connaître leur opinion.	0	0	20	45	80	55
Q86	Les éducateurs et la personne autorisée ont une vision commune de l'intervention.	0	0	60	91	40	9
Q88	La communication avec les partenaires (PA, délégué, etc.) du CJQ est efficace.	0	0	50	64	50	36
Q89	La communication avec les partenaires externes au CJQ est efficace (école, communautaire etc.).	0	0	60	50	40	50

On note ici une forte diminution sur la plupart des indicateurs subjectifs de collaboration inter-établissements (Q85, Q86 et Q 88). Ainsi, *les éducateurs ont moins l'impression d'être consultés par leurs partenaires* au second temps de mesure. Ils rapportent *un niveau d'accord moindre à établir une vision commune* (surtout avec la personne autorisée) et à établir une communication efficace entre les partenaires intra-CJ. Du reste, le niveau d'accord avec les partenaires externes demeure relativement moyen. Or, ces aspects n'avaient pas été mesurés immédiatement après les efforts d'implantation par le biais du sondage, mais les intervenants les ont mentionnés dans le focus group, comme des éléments facilités par les changements de pratiques et les impacts positifs à courts termes notés suite à l'implantation du *Volet 1*.

7. Conclusion : pertinence du projet, enjeux d'implantation et constats

Aux termes du projet, le regard évaluatif permet de constater que le fait de tendre vers des pratiques collaboratives basées sur un partage d'informations cliniques pertinentes et détaillées entre l'équipe d'éducateurs, le délégué à la jeunesse et les professionnels responsables de leur fournir du soutien clinique, furent associés à une diminution des situations d'urgence et des événements d'isolement/contention reliés, et ce, sans égard au genre (donc autant chez les garçons que chez les filles). De plus, outre les indicateurs objectifs relatifs aux comportements des jeunes, les indicateurs subjectifs (perceptions des intervenants), suggèrent également des bénéfices très positifs immédiatement après les efforts d'implantation.

L'importance de prendre du recul face à la situation d'un jeune dont la prise en charge est complexe voire menaçante pour les membres de l'équipe, de même que la plus-value associée à l'analyse fouillée du parcours du jeune au sein des services comme partie des éléments à prendre en compte dans l'anamnèse clinique, ont été mis en évidence aux termes de ce projet. À ce sujet, l'implantation pilote du protocole de dispensation de services en menant à une lecture clinique plus adéquate des situations, a également favorisé la collaboration interprofessionnelle en supportant le partage d'une vision commune à son sujet. Elle aurait permis d'individualiser l'intervention en assurant une plus grande flexibilité de celle-ci. Le programme dans son *Volet 1*, aurait aussi favorisé selon l'avis des cliniciens, un sentiment de cohérence et de sécurité dans l'équipe, ainsi qu'une plus grande continuité d'intervention. Il aurait aussi habilité l'équipe à se recentrer sur les approches sécuritaires, et favorisé le partage des responsabilités de l'intervention, en impliquant davantage les jeunes, leur famille et les partenaires externes à l'unité, dans l'atteinte des objectifs visés par celle-ci.

Toutefois, ce même regard évaluatif nous oblige à constater qu'une partie seulement des ingrédients actifs et des activités de collaboration clinique prévues au projet et conceptualisés au sein du modèle d'action du programme, ont été soit implantés ou maintenus. En d'autres termes, nous avons constaté qu'ils n'ont été implantés que partiellement au sein des unités hébergeant des jeunes contrevenants, et qu'ils ne furent pas maintenus en post-implantation au sein de l'unité de mise sous garde pour adolescents.

Au cours de la seconde année post-implantation, seulement trois adolescents des cinq initialement référés dans le cadre du *Volet 1* étaient toujours hébergés sous garde. Les acquis constatés suite à la révision et à l'individualisation de leur programmation de réadaptation, pour tenir compte de leur « *dynamique de violence* », ont semblé se maintenir quelques mois seulement après la fin des efforts soutenus d'implantation du *Volet 1*, du moins en ce qui a trait à la diminution des situations d'urgence où ils étaient impliqués. Au plan des événements d'isolement/contention par contre, des signes plus subtils suggèrent cependant un certain maintien des bénéfices, même en post-implantation à moyen terme.

De même, la tirangulation de l'ensemble des données du suivi d'implantation laisse transparaître des signes que l'implantation du *Volet 1* a pu laisser des traces positives au plan des pratiques collaboratives, traces qui auraient perduré quelques mois après la fin de l'implantation. Toutefois, plus le temps a passé,

moins ces signes auraient persisté. C'est en ce sens qu'on peut interpréter les réponses des éducateurs aux items Q85, Q86 et Q88 de *l'Outil sur le climat d'équipe*, laissant entrevoir qu'au second temps de mesure (i.e. plus d'un an après la fin du *Volet 2*), les éducateurs de l'unité avaient encore moins l'impression d'être consultés par leurs partenaires externes et rapportaient un niveau d'accord moindre à l'établissement d'une vision commune avec ceux-ci, qu'au premier temps de mesure (effectué en période post-implantation du *Volet 1*). Autrement dit, sans égard au climat moins favorable qui semblait prévaloir au sein de l'unité à ce moment, les éducateurs rapportaient en général des perceptions plutôt favorables au plan de la collaboration avec leurs partenaires externes. Toutefois, ces indices de perception favorable se sont amoindris au fur et à mesure que le temps a passé, sans égard à l'amélioration du climat d'équipe sur d'autres aspects.

En post-implantation à long terme, c'est la fréquence des situations d'urgence où étaient impliqués d'autres jeunes de l'unité de mise sous garde que ceux initialement référés au programme, qui a augmenté de façon très importante (aux plans quantitatifs et qualitatifs). S'en est suivie, une rareté de situations potentiellement problématiques où des stades d'intervention étaient encore possibles, avant que la violence n'éclate au sein de l'unité. Nous avons proposé que certains jeunes, nouvellement incarcérés au sein de l'unité de mise sous garde après la fin du projet, auraient pu bénéficier grandement d'un examen approfondi de leurs dossiers dans le cadre des étapes proposées par le protocole de dispensation de services. Nous avons également posé la question de savoir jusqu'à quel point le comportement de ces autres jeunes n'a pas contribué à miner le climat général de violence au sein de l'unité en post-implantation, et fragilisé le maintien des acquis observés pour les jeunes du *Volet 1*.

Par ailleurs, au cours de la période d'observation, un de ces jeunes a fait l'objet d'un hébergement dans une autre unité sous l'autorité de la *LPJ*. Nous avons questionné alors la qualité du transfert des informations cliniques le concernant entre les équipes de prise en charge. Dans ce contexte, il est compréhensible que les acquis observés après l'implantation du *Volet 1* dans l'unité de mise sous garde, aient pu s'avérer plus difficiles à maintenir au long cours dans sa situation. Nous mettons par ailleurs en évidence ici les suggestions de l'équipe de réadaptation interne au plan des *améliorations souhaitées*, à l'effet de réaliser un transfert personnalisé et une lecture approfondie du dossier et de la situation d'un jeune lorsqu'il est transféré d'un milieu d'hébergement à un autre, ou lorsqu'il retourne dans la communauté et continue à avoir besoin de soins ou de services sociaux. À la base, ces suggestions pourraient contribuer à l'instauration de conditions plus gagnantes assurant une continuité de soins et services davantage collée au parcours de vie d'un jeune, le situant aussi dans sa globalité d'individu présentant un ensemble de besoins divers.

Du reste, sans un porteur stable imputable d'opérationnaliser et garder vivantes les pratiques collaboratives interdisciplinaires promues dans ce projet, les avantages associés à celles-ci sont apparus **limités et circonscrits dans le temps**. En d'autres termes, l'entreprise ne s'est pas traduite ultimement sur le terrain par l'implantation (dans le cas des adolescentes) ou par le maintien et une révision (pour les adolescents référés au *Volet 1*), d'une programmation de réadaptation *individualisée* qui aurait été offerte dans le cadre du programme, et aurait pu se refléter au sein des plans de services. C'est pourquoi nous parlons ici d'une *généralisation partielle* du programme ou de ses ingrédients actifs que le suivi d'implantation a permis de documenter, et du fait que l'absence du maintien des acquis à plus long

terme semble aussi liée à la fin des efforts d'implantation. Mais que manquait-il pour obtenir des conditions d'implantation « gagnantes » susceptibles d'assurer une généralisation de telles pratiques collaboratives probantes interdisciplinaires ?

L'observation participante a mis en évidence des difficultés diverses dont une implantation tardive et partielle des processus prévus au *Volet 2*. Des difficultés ayant caractérisé les tentatives de généralisation du protocole au sein d'unités dont les chefs d'équipe et les éducateurs n'avaient pas participé aux travaux du *Volet 1* d'une part, et qui étaient davantage habitués à intervenir dans une perspective de *Protection de la Jeunesse* d'autre part, et ce, même si ces milieux sont appelés à héberger ponctuellement des adolescentes visées par des mesures en LSJPA (comme les adolescentes visées par ce projet). Ceci peut sembler anodin, mais il peut exister des différences de sous-culture importante dans les approches d'intervention à préconiser au sein de ces différents milieux de pratique, ponctuant d'une façon toute particulière les défis au plan de la liaison et du partage de certaines informations cliniques entre les acteurs.

Or, ces enjeux sont communs aux étapes et embûches associées à l'instauration d'approches concertées ou de collaborations interprofessionnelles au sein de contextes intersectoriels. Dans ces contextes, les professionnels doivent d'abord prendre le temps d'établir un lien de confiance mutuel, éclairé par le partage d'une vision et d'un vocabulaire *communs* au sujet des enjeux cliniques et des processus d'intervention (CAREAU *et coll.*, 2015 ; D'AMOURS, 2005 ; JOHNSON, ZORN, TAM, LAMONTAGNE et JOHNSON, 2003). Un tel défi pour l'implantation d'approches collaboratives entre différents services et juridictions, sera fortement amenuisé lorsqu'il y a un ou plusieurs porteurs de la concertation clinico-administrative dans une telle entreprise. En d'autres termes, un ou des porteurs, en mesure d'exercer un **leadership fonctionnel à la fois** aux plans administratifs et cliniques. En effet :

« Parmi les facteurs associés à une collaboration réussie, les auteurs notent particulièrement : l'engagement « ferme » des équipes de gestion, l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels partenaires appelés à collaborer ensemble, et la mise en place d'un dialogue continu et l'échange des informations cliniques pertinentes entre les acteurs (COTTRELL, LUCEY, PORTER et WALKER, 2000 ; BRIÈRE, DAGENAI, LARIVIÈRE, DUPONT et DUTIL, 2007 ; ROUSSEAU, AMMARA, BAILLARGEON, LENOIR et ROY, 2007). L'engagement des équipes de gestion permet d'assurer les conditions propices à la structuration des réseaux de communication (liaison) et la pérennité des processus implantés. Cet engagement est particulièrement important puisque ce sont les gestionnaires qui peuvent influencer le cours des trajectoires de services, et l'ampleur de la charge de travail et qui décident de l'allocation des ressources disponibles. (...) Bref, comme le font remarquer CLOUTIER et ses collègues (2008) : « Lorsque le pouvoir administratif se place aux côtés du clinique, l'intersectoriel « fonctionnel » devient beaucoup plus probable (p. 285). » (NADEAU, BERGERON-LECLERC, POULIOT, CHANTAL et DUFOUR, 2012, p. 81).

Un tel soutien permettra l'établissement et la pérennisation de processus fonctionnels, faisant en sorte que la démarche de compréhension clinique afférente aux situations à très haut défi ne soit pas escamotée. Il faut reconnaître ici la nécessité pour les cliniciens qui interviennent auprès de cette population particulière, de bénéficier des conditions requises et du dégagement nécessaire favorisant une étude du dossier adéquate, et une participation aux processus de liaison et de coordination

nécessairement impliqués. Rappelons ici que : « Les activités de coordination et de liaison font par ailleurs appel à des habiletés spécifiques, différentes du savoir clinique, et exigent du temps, mais elles permettent de dénouer ce qui se présente souvent au clinicien à première vue, sous la forme d'une impasse clinique devant laquelle, seul, il se sentira impuissant (DAGENAIS *et coll.*, 2006 ; NADEAU *et coll.*, 2010). » (NADEAU, BERGERON-LECLERC *et coll.*, 2012, pages 81-82).

Les cliniciens de l'équipe de projet se sont donc positionnés dans un contexte de partage d'expertise clinique, où les éducateurs (éducatrices) des jeunes adolescentes visées au sein du *Volet 2* ont accepté de façon volontaire de participer aux échanges cliniques et aux discussions de cas. Cette ouverture de la part du personnel impliqué n'étonne pas, notamment en raison des sentiments d'impuissance des cliniciens souvent associés à la prise en charge de situations complexes et explosives au plan clinique (NADEAU et PATRY, 2008). Les intervenants étant possiblement en « souffrance » au plan des sentiments associés aux limites de leurs interventions, une ouverture à voir et faire autrement a pu se manifester. Les cliniciens de l'équipe de projet, en plus de leurs compétences, avaient une réponse pertinente à proposer, ce qui a permis de susciter l'adhésion de leurs collègues. Toutefois, les pratiques de collaboration ainsi implantées ont reposé sur la « tête des individus ». Or, de tels réseaux de collaboration et de partage sont très efficaces, le temps qu'ils durent, mais extrêmement friables (DARLINGTON et FEENEY, 2008). Les pratiques de collaboration ainsi implantées ponctuellement n'ont pu prétendre à aucune permanence ou pérennité, même si certains de leurs effets ponctuels ont pu perdurer à moyen terme en post-implantation.

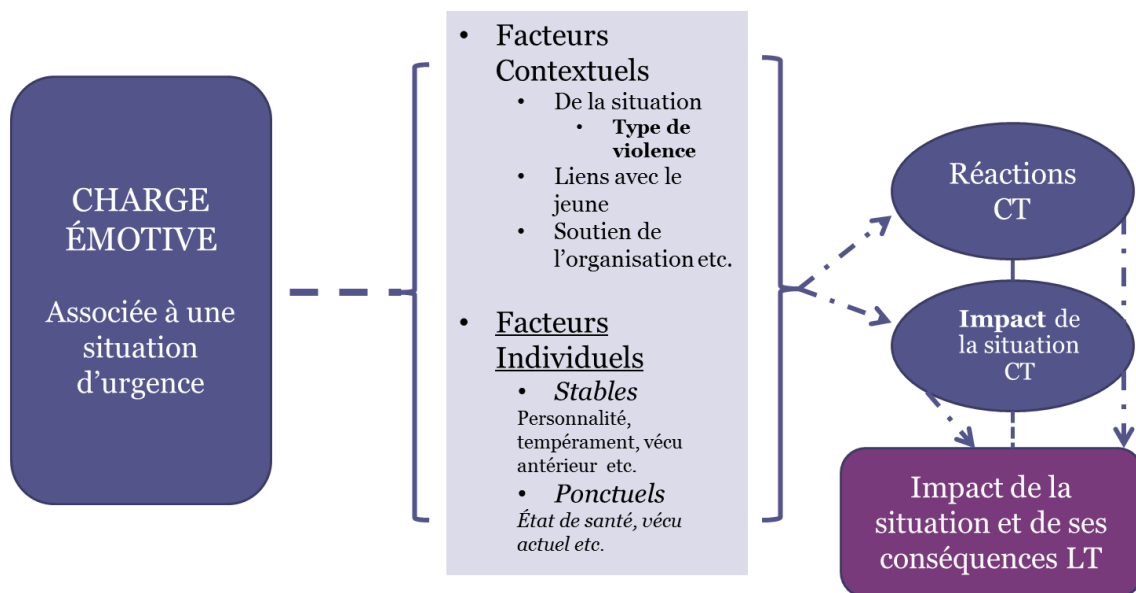
De façon plus spécifique, nous sommes d'avis que la baisse des situations d'urgence plus graves impliquant les adolescentes référées au protocole de dispensation de services, est pour beaucoup attribuable à l'ouverture et à la compétence de l'ensemble des cliniciens impliqués à tenter de faire les choses autrement et à accepter de se mettre dans un contexte d'ouverture et de pratique réflexive. À ce sujet, ils furent libérés pour procéder aux discussions de cas et leurs gestionnaires ne se sont pas opposés à un partage plus fluide de certaines informations cliniques (liaison) dans ces situations particulières, le temps qu'a duré (et fut financé) l'exercice. Ainsi, un dialogue continu entre les juridictions et les services a pu survenir ponctuellement et seulement de façon partielle dans la situation de ces trois adolescentes. Principalement dans le cas de la troisième adolescente, laquelle a été référée extrêmement tardivement, voire trop tardivement à l'équipe de projet, pour bénéficier réellement d'une approche collaborative pouvant être qualifiée réellement d'interdisciplinaire dans son cas. C'est toutefois l'une des jeunes filles qui en aurait possiblement eu besoin de façon beaucoup plus précoce cliniquement parlant, dans sa trajectoire de vie et de services. Or ces données confirment aussi les perceptions des intervenants à l'effet que l'intervention dite de « *bout de ligne* », où un ensemble de moyens très coûteux sont mis en place, survient souvent beaucoup trop tardivement avec cette clientèle.

Pour finir, quant à la **conceptualisation de l'impact de la violence sur les intervenants**, l'analyse des propos émis lors des groupes focalisés suggère qu'un ensemble d'éléments individuels ou contextuels alimentent d'une façon ou d'une autre la charge émotionnelle de l'intervenant associée à une situation de violence à laquelle il est exposé. Cette charge émotionnelle vient impacter à son tour la façon dont l'intervenant et l'équipe vont réagir à court terme pour gérer la situation. De même, à plus long terme,

i.e. lors des interventions ultérieures avec ce jeune, ou encore dans la gestion d'événements apparentés avec d'autres jeunes, des traces de cette charge émotive pourront aussi être à l'œuvre dans les réactions des intervenants, ou miner leur vécu en tant qu'intervenant. Plus particulièrement au plan de leur identité professionnelle, laquelle semble intimement liée à leur sentiment d'efficacité en tant qu'intervenant, et à leur sentiment de sécurité personnelle. À ce niveau, outre les espaces de ventilation, le fait de se sentir appuyé par son employeur a été nommé comme un des facteurs susceptibles d'influencer la nature des impacts après avoir été exposé à une situation de violence de la part de la clientèle.

L'analyse intégrative des propos des intervenants, nous conduit ainsi à suggérer la figure 10 pour schématiser et expliquer d'après leurs discours les facteurs agissants, impliqués dans la genèse des différents types d'impacts à court terme (CT) ainsi qu'à long terme (LT), suite à l'exposition à une situation d'urgence impliquant des comportements violents de la part d'un jeune.

Tableau 10
Impact de l'exposition aux situations d'urgence d'après les intervenants



Rappelons que la constance du soutien offert aux intervenants exposés a semblé, selon ces derniers, primordiale pour éviter l'émergence de différentes formes d'impacts négatifs au long cours. Mentionnons aussi que la souplesse d'encadrement, reconnue, mentionnée et appréciée par les intervenants, devrait se traduire par différents moyens et différentes vérifications faites pour s'assurer que les bonnes mesures à court terme soit mises en place pour prendre soin du personnel. De plus, selon les dires des cliniciens exposés à ces situations, ce soutien est susceptible de se manifester sous différentes formes (formelles et informelles). Mais dans tous les cas, il semble devoir impliquer lui aussi, à l'image du soutien actif aux pratiques collaboratives et de concertation, l'engagement ferme des différentes lignes de gestion. Un incontournable des conditions gagnantes permettant de soutenir le personnel et contribuer à ce qu'il travaille avec efficacité en s'appuyant sur des données probantes, auprès de jeunes contrevenants violents, affectés de problèmes multiples.

Références

- Arborio, A. M. & Fournier, P. (2005). *L'observation directe* (2^e éd., vol. 216). France : Armand Colin.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris [France] : Presses universitaires de France.
- Beauchamp, L. & Mireault, G. (2001). *Rapport d'évaluation du programme de formation Approches sécuritaires en milieu de travail au Centre jeunesse de Québec, 2000-2001*. Québec : Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire
- Beecham, J. (2014). Annual research review : Child and adolescent mental health interventions : A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (6), 714-732. doi :10.1111/jcpp.12216.
- Belknap, J. & Holsinger, K. (2006). The gendered nature of risk factors for delinquency. *Feminist Criminology*, 1 (1), 48-71. doi : 10.1177/1557085105282897.
- Berger, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris [France] : Dunod.
- Berger, M. (2008). *Voulons-nous des enfants barbares ? Prévenir et traiter la violence extrême*. Paris [France] : Dunod.
- Borum, R. & Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. New York [NY] : Guilford Press.
- Bradbury, H., Mirvis, P., Neilsen, E. & Pasmore, W. (2008). Action research at work : Creating the future following the path from Lewin. *The SAGE handbook of action research : Participative inquiry and practice*, 2, 77-92.
- Bradbury, H. & Reason, P. (2003). Action research : An opportunity for revitalizing research purpose and practices. *Qualitative Social Work*, 2 (2), 173-183. doi :10.1177/1473325003002002003.
- Brière, F., Dagenais, C., Larivière, C., Dupont, D. & Dutil, J. (2007). Relever le défi des plans de services individualisés (PSI) au Québec : leçons tirées de l'expérience des équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ). / Taking up the challenge of individual service plans (ISP) in Quebec : Lessons drawn from the experiences of youth intervention teams. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26 (1), 97-112.
- Bright, C. L., Kohl, P. L. & Jonson-Reid, M. (2014). Female in the juvenile justice system : who are they and how do they fare ? *Crime & Delinquency*, 60 (1), 106-125. doi :10.1177/001128711421652.
- Burke, J. D., Loeber, R. & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder : A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4 (11), 1275-1293. doi :10.1097/01.CHI.0000024839.60748.E8.

- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C. & Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration : Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 37 (4), 372-378. doi :10.3109/09638288.2014.918193.
- Catanas, M. (2003). La recherche-action. Récupéré du site *Cadre santé* du groupe Izeos : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-recherche-action.html>.
- Clark, A. F., O'Malley, A., Woodham, A., Barret, B. & Byford, S. (2005). Children with complex mental health problems : Needs, costs and predictors over one year. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (4), 170-178. doi :10.1111/j.1475-3588.2005.00349.x.
- Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S. & Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. *Les inégalités sociales de santé au Québec*, 263-291.
- Cottrell, D., Lucey, D., Porter, I. & Walker, D. (2000). Joint working between child and adolescent mental health services and the department of social services : The leeds model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 (4), 481-489.
- Cowles, C. A. & Washburn, J. (2005). Psychological consultation on program design of intensive management units in juvenile correctional facilities. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36 (1), 44-50. doi:10.1037/0735-7028.36.1.44.
- Darlington, Y. & Feeney, J. A. (2008). Collaboration between mental health and child protection services : Professionals' perceptions of best practice. *Children and Youth Services Review*. 30 (2), 187-198. doi:10.1016/j.childyouth.2007.09.005.
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). *DE 201 : Guide du praticien de l'évaluation évolutive*. Récupéré du site de *La fondation de la famille J.W. McConnell* : <http://www.mcconnellfoundation.ca/fr/resources/publication/de-201-a-practitioner-s-guide-to-d-evelopmental-evaluation>.
- Erickson, C. D. (2012). Using systems of care to reduce incarceration of youth with serious mental illness. *Community Psychology*, 49, 404-416. doi :10.1007/s10464-011-9484-4.
- Fazel, S., Doll, H. & Langström, N. (2009). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities : Posttraumatic stress disorder is overlooked: Reply to Guchereau & al. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 340-341. doi:10.1097/CHI.0b013e318195bfaa.
- Gamble, J. A. A. (2008). *Abc de l'évaluation évolutive*. Récupéré du site de *La fondation de la famille J.W. McConnell* : <http://www.mcconnellfoundation.ca/fr/resources/publication/a-developmental-evaluation-primer#sthash.BznQJPMI.dpuf>.
- Gauthier, B. (dir.) (2006). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Giles, D. C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. New York [NY] : Routledge.

- Goldstein, N., Olubadewo, O., Redding, R. & Lexcen, F. (2005). Mental health disorders : The neglected risk factor in juvenile delinquency. Dans : K. Heilbrun, N. Goldstein & R. Reddings (dir.). *Juvenile Delinquency : Prevention, Assessment, and Intervention* (p.85-110). New York [NY] : Oxford University Press.
- Goodkind, S., Shook, J. J., Kim, K. H., Pohlig, R. T. & Herring, D. J. (2013). From child welfare to juvenile justice : Race, gender, and system experiences. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 11 (3), 249-272. doi :10.1177/1541204012463409.
- Guchereau, M., Jourkiv, O. & Zametkin, A. (2009). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: Posttraumatic stress disorder is overlooked. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (3), 340. doi :10.1097/CHI.0b013e3181949004.
- Johnson, L. J., Zorn, D., Tam, B. K. Y., Lamontagne, M. & Johnson, S. A. (2003). Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration. *Exceptional Children*, 69 (2), 195-209.
- Kerker, B. D. & Dore, M. M. (2006). Mental health needs and treatment of foster youth : Barriers and opportunities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 138-147. doi :10.1037/0002-9432.76.1.138.
- Lapassade, G. (2001). Observation participante. *Revue européenne d'ethnographie de l'éducation*, 1 (1), 9-26.
- L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu : notions et étapes. Dans : J. P. Deslauriers (dir.), *les méthodes de recherche qualitatives* (p. 49-63). Québec : Presses universitaires du Québec.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthode de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses universitaires du Québec.
- Loeber, R., Burke, J. & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 133-142. doi :10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x.
- Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. & Brink, J. (2010). Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital. *Criminal Justice and behavior*, 37 (1), 5-28. doi :10.1177/0093854809347738.
- Marchessault, P. & coll. (2010). *Les approches sécuritaires en milieu de travail. Manuel du formateur*. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.
- McCabe, K. M., Lansing, A. E. Garland, A. & Hough, R. (2002). Gender differences in psychopathology, functional impairment, and familial risk factors among adjudicated delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (7), 860-867. doi: 10.1097/00004583-200207000-00020
- Mercier, C. (1990). L'évaluation de programme d'intervention en milieu naturel. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5 (1), 1-16.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007). Note de clarification relative au concept de suivi continu de l'éthique des projets. Récupéré du site de l'unité de l'éthique : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/download.php?b00dbb6b088e4f0bcb915176d8a75b04>.
- Moretti, M. M., Catchpole, R. & Odgers, C. (2005). The dark side of girlhood : Recent trends, risk factors and trajectories to aggression and violence. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14 (1), 21-25.
- Moretti, M. M. & Odgers, C. (2002). Aggressive and violent girls : Prevalence, profiles and contributing factors. Dans: R.R. Corrado, R. Roesch, S.D. Hart & J.K. Gierowski (dir.). *Multi-problem Violent Youth : A Foundation for Comparative Research on Needs, Interventions and Outcomes* (p. 116-129). Amsterdam : IOS Press.
- Nadeau, D. (2009). Services sociaux, psychiatrie et violence adolescente : Explorer l'efficacité des pratiques de réadaptation. *Psychiatrie et Violence*, 9 (1). doi :10.7202/038868ar.
- Nadeau, D., Alain, M. & Piché, C. (2010). Collaboration du clinique et du judiciaire en contexte de partage d'expertise psychosociale : le piège des attitudes. *Revue scientifique de l'Association internationale francophone des intervenants auprès de familles séparées (AIFI)*, 3, 81-107.
- Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C. P. E., Chantal, M. & Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. M-H. Gagné, S. Drapeau & M-C. Saint-Jacques (dir.). *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Nadeau, D., Malingrey, F., Chantal, M. & Bonneville, S. (2010). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire : Suivi préliminaire d'implantation de l'Offre de services en santé mentale du CIQ-IU*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Nadeau, D. & Patry, M. R. (2008). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Modèle de développement et d'organisation des services*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Nadeau, D., Pilote, C., Gagnon-Harvey, A. A. & Chantal, M. (2012). *Rapport préliminaire portrait-clientèle* (non publié). Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Nadeau, D., Tremblay-Roy, J., Pilote, A., Chouinard, A. & Morel, B. (2014). Intervenir autrement auprès de jeunes contrevenants violents ayant des problèmes de santé mentale. *Rapport d'activité et suivi d'évaluation*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Odgers, C., Vincent, G. M. & Corrado, R. R. (2002). A preliminary conceptual framework for the prevention and management of multi-problem youth. Dans : R. R. Corrado, R. Roesch, S.D. Hart & J. K. Gierowski (dir.). *Multi-problem Violent Youth : A Foundation for Comparative Research on Needs, Interventions, and Outcomes* (p. 302-330). Burke [VA] : IOS Press.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation : Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York [NY] : The Guilford Press.

- Penney, S. R. & Moretti, M. M. (2007). The relation of psychopathy to concurrent aggression and antisocial behavior in high-risk adolescent girls and boys. *Behavioral Sciences and the Law*, 25 (1), 21-41. doi :10.1002/bsl.715.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320 (7227), 114-116. doi :10.1136/bmj.320.7227.114.
- Postlethwait, A. W., Barth, R. P. & Guo, S. (2010). Gender variation in delinquent behavior changes of child welfare-involved youth. *Children and Youth Services Review*, 32 (3), 318-324. doi:10.1016/j.childyouth.2009.09.012.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (1993). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans: A. Bryman & R. Burgess (dir.). *Analysing qualitative data* (p. 173-194). London : Routledge.
- Rockholz, P. B. (2011). Management of youth with substance use disorders in the juvenile justice system. Dans : Y. Kaminer & K.C. Winters (dir.). *Clinical manual of adolescent substance abuse treatments* (p. 415-449). Washington [DC] : American Psychiatric Publishing.
- Rousseau, C., Ammara, G., Baillargeon, L., Lenoir, A. & Roy, D. (2007). *Repenser les services en santé mentale des jeunes. La créativité nécessaire*. Québec : Le comité de la santé mentale du Québec.
- Seymour, F. W. & Davies, E. (2002). Using action research to facilitate change in child protection services. *Journal of Community Psychology*, 30 (5), 585-590. doi :10.1002/jcop.10019.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York : Wadsworth Cengage Learning.
- Stahlberg, O., Anckarsäter, H. & Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions : Prevalences and treatment needs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 (12), 893-903. doi :10.1007/s00787-010-0137-1.
- Swantz, M.-L. (2008). Participatory action research as practice. Dans : P. Reason. & H. Bradbury (dir.). *The SAGE Handbook of Action Research : Participative Inquiry and Practice* (2^e éd, p. 31-48). London [UK] : SAGE Publications.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan M. K. & Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 59 (12), 1133-1143. doi :10.1001/archpsyc.59.12.1133
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Washburn, J. J. & Pikus, A. K. (2005). Detecting mental disorder in juvenile detainees : Who receives services. *American Journal of Public Health*, 95, 1773-1778. doi:10.2105/AJPH.2005.067819.
- Udry-Jørgensen, L., Pihet, S., Suter, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Weinguni, P.,... Stephan, P. (2009). Évaluation de la pensée constructive chez les adolescents délinquants : une approche pour comprendre les réponses inadaptées au stress. *Psychiatrie et Violence*, 9 (1). doi : 10.7202/038867ar.

- Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P. & Nicholls, T. (2006). *Aggression and violence at the b.c. Forensic psychiatric hospital : Description, prediction, management and legal issues*. Port Coquitlam [BC] : BC Mental Health & Addiction Services.
- Vincent, G. M. & Grisso, T. (2005). A developmental perspective on adolescent personality, psychopathology, and delinquency. Dans : T. Grisso, G. Vincent & D. Seagrave (dir.). *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (p. 22-43). New York [NY] : Guilford Press.
- Vincent, G. M., Perrault, R. T., Guy, L. S. & Gershenson, B. G. (2012). Developmental issues in risk assessment : Implications for juvenile justice. *Victims and Offenders*, 7 (4), 364-384. doi :10.1080/15564886.2012.713900.
- Wilson, C. M., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Hart, S. D. & Brink, J. (2013). Predictive validity of dynamic factors : Assessing violence risk in forensic psychiatric inpatients. *Law and Human Behavior*, 37 (6), 377-388. doi :10.1037/lhb0000025.
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research : Design and Methods*. London : Sage.
- Zahn, M. A., Agnew, R., Fishbein, D., Miller, S., Winn, D.-M., Dakoff, G.,... Chesney-Lind, M. (2010). *Causes and correlates of girls' delinquency*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Zahn, M. A., Day, J. C., Mihalic, S. F. & Tichavsky, L. (2009). Determining what works for girls in the juvenile justice system : A summary of evaluation evidence. *Crime & Delinquency*, 55 (2), 266-293. doi :10.1177/0011128708330649.

ANNEXE A : Modèle d'action du programme

Mesures	Dimensions sous-jacentes à la violence Évaluation multi-cible à jour et révision des stratégies d'intervention	Comportements violents exprimés Historique des comportements violents dans l'unité, selon l'approche sécuritaire	Extrants : Liaison + partage vision commune entre acteurs Programmation ou plan d'intervention individualisé
Activités	* Révision dossier coordonnée par SAC * Documenter : MIID; Jesness; HSF; Grille d'orientation charges de cas SM; Inventaire des rapports au dossier; Grille d'historique des comportements violents (annexe E); Aide-mémoire (annexe F)	▪ Grille d'historique des comportements violents	* Délégués, SAC et éducateur parrain : Vision commune de la situation * Présentation et validation des consensus avec l'équipe d'éducateurs * Présentation et partage avec jeunes et sa famille
Clients	Intervenants (délégués ; SAC) et jeunes	Intervenants (éducateurs-parrains et éducateur membre de l'équipe de projet)	* Intervenants(<u>délégués, SAC, éducateurs, agents, intervenant PJ</u>) Jeunes et familles
Livrable organisation	▪ Documentation des informations cliniques pertinentes sous -jacentes aux compts violents	▪ Documentation des patterns de l'expression des comportements violents au sein de l'unité	▪ Partage adéquat des informations cliniques pertinentes et implantation des stratégies d'interventions individualisées
Livrable clientèle	Meilleure connaissance du jeune, travail en relais et liaison entre les équipes externe et interne Diminution des actes de violence (situations d'urgence de niveau 3-4 et 5) dans l'unité pour les jeunes très violents pendant la période de mise sous garde (augmentation des situations de stades 1 et 2 – intervention) <u>Diminution</u> ou <u>stabilisation</u> de la récurrence de délits d'agressions envers autrui pendant la période de mise sous garde		

ANNEXE B : Grille d'historique des comportements violents

Périodes 2012-2013			Stades				
Semaine / an		Semaine / mois	1	2	3	4	5
1	Juillet	1					
2		2					
3		3					
4		4					
	Total / mois		0	0	0	0	0
1	Aout	1					
2		2					
3		3					
4		4					
5		5					
	Total / mois		0	0	0	0	0
1	Septembre	1					
2		2					
3		3					
4		4					
	Total / mois		0	0	0	0	0
5	Octobre	1					
6		2					
7		3					
8		4					
9		5					
	Total / mois		0	0	0	0	0
10	Novembre	1					
11		2					
12		3					
13		4					
	Total / mois		0	0	0	0	0
14	Décembre	1					
15		2					
16		3					
17		4					
	Total / mois		0	0	0	0	0

¹ Grille créée par Alain Chouinard, éducateur au CIQ-IU, basée sur les différents stades proposés par l'approche sécuritaire afin de recenser la *nature et la fréquence* des comportements violents observables. (Marchessault, 2010).

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 

ISBN 978-2-550-76165-5 (imprimé)

ISBN 978-2-550-76165-2 (PDF)