

**Documenter l'implantation de
l'étude clinique de faisabilité d'IRCAJAR**
(Intervention par Remédiation Cognitive Auprès de Jeunes à Risque)

Enjeux de pertinence et de faisabilité pour le milieu

**Documenter l'implantation de
l'étude clinique de faisabilité d'IRCAJAR
(Intervention par Remédiation Cognitive Auprès de Jeunes à Risque)**

Enjeux de pertinence et de faisabilité pour le milieu

Danielle Nadeau, Ph.D.

Psychologue-chercheuse

Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec

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

Alexandra Mercier, Ph.D.

Assistante de recherche

Université Laval — Chaire Richelieu

Décembre 2016

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

Production : Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux 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 Danielle Nadeau à l'adresse :
danielle.nadeau.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal : 4^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationale du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-550-77271-2 (imprimé)
ISBN 978-2-550-77272-9 (PDF)

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

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la Chaire Richelieu qui a contribué au financement de ce suivi d'implantation, en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Capitale-Nationale.

De même, un merci spécial va aux intervenants des équipes rencontrées ayant accepté de nous faire part de leur vision quant à la pertinence d'IRCAJAR, et aux différentes façons d'améliorer la pratique.

Nous remercions en dernier lieu la Docteure Caroline Cellard, neuropsychologue et professeure-chercheuse de l'Université Laval, dont les travaux contribuent à l'innovation de certaines pratiques cliniques au bénéfice des adolescents en grand besoin de protection sociale.

Table des matières

	PAGE
REMERCIEMENTS	III
1. CONTEXTE.....	1
2. MANDAT ET QUESTIONS D'ÉVALUATION	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	3
4. ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS (CHERCHEURS ET MILIEUX DE PRATIQUE).....	6
5. PLUS-VALUE ET PERTINENCE DU PROGRAMME	7
5.2. Résultats	9
5.2.1. Pertinence et plus-value de la thérapie	9
5.2.2. Aspects à considérer par les promoteurs (selon les intervenants).....	12
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	17
RÉFÉRENCES	21
Annexe « A » Plan de mise en œuvre du projet IRCAJAR et des travaux de suivi d'implantation	25
Annexe « B » Rencontres réalisées en cours d'implantation	27
Annexe « C » Points abordés lors de la rencontre	29
Annexe « D » Suivi d'implantation IRCAJAR.....	31

1. CONTEXTE

Les enfants et adolescents ayant vécu la maltraitance présentent davantage de psychopathologies que la population générale, de même que des atteintes cognitives particulières susceptibles d'affecter leur développement et de menacer leur inclusion sociale. Les difficultés cognitives des jeunes victimes sont souvent manifestes et entraînent, entre autres, des difficultés d'attention et de mémoire, pouvant entraver l'adaptation fonctionnelle de certains de ces jeunes au quotidien, ainsi que leurs apprentissages scolaires (MASSON, BUSSIÈRES, EAST-RICHARD, MERCIER ET CELLARD, 2015 ; MASSON, EAST-RICHARD ET CELLARD, 2015 ; MORIN, NADEAU, NADEAU, NOLIN, BIGRAS ET GUAY, 2012 ; NADEAU, BERGERON-LECLERC, POULIOT, CHANTAL ET DUFOUR, 2012. Les capacités possibles de récupération associées à la plasticité cérébrale demeurent à être mieux documentées (DAVIDSON ET MCEWEN, 2012 ; LUPIEN, MCEWEN, GUNNAR ET HEIM, 2009), mais il est déjà possible d'explorer certaines façons novatrices d'intervenir dans la trajectoire développementale des jeunes les plus vulnérables, et tenter de compenser pour le stress biologique induit par la maltraitance ou les conditions de vie adverses (CELLARD, 2013).

Le projet « IRCAJAR » (Intervention par Remédiation Cognitive Après de Jeunes À Risque) est une initiative en ce sens. Il s'agit de l'adaptation d'un traitement développé en Angleterre (CIRCuiTS), implanté à titre pilote par la chercheuse CAROLINE CELLARD dans le cadre d'une étude clinique de faisabilité entre 2013 et 2016 au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (« CIUSS de la Capitale-Nationale »¹), auprès d'une clientèle adolescente suivie en protection de la jeunesse². Cette initiative a permis d'expérimenter pour une toute première fois un traitement novateur auprès d'une population très vulnérable et souvent difficile d'accès pour les chercheurs, par le biais d'interventions individualisées de pointe. Ce traitement a été adapté par le D^{re} CELLARD en fonction des besoins en santé mentale de la clientèle victime de maltraitance, déjà documentés au préalable³. À titre de chercheuse d'établissement au CIUSSS de la Capitale-Nationale, DANIELLE NADEAU a reçu le mandat d'accompagner l'équipe de recherche du D^{re} CELLARD et les acteurs du milieu, pour soutenir et guider les étapes d'implantation de cette première étude clinique de faisabilité concernant IRCAJAR, et pour **documenter certains aspects de cette implantation, entre autres, au plan des enjeux de pertinence et de faisabilité pour le milieu.**

¹ Cette étude-qualité a débuté en 2013 au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, établissement fusionné en 2015 au sein du CIUSSS de la Capitale Nationale suite à la réforme du réseau SSSS édictée par la *Loi modifiant l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

² C'est-à-dire une population d'adolescents signalés aux autorités, et dont les besoins de protection sociale impliquent une intervention de droit auprès de ces adolescents et de leurs familles, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse.*

³ Voir NADEAU, MALINGREY, CHANTAL ET BONNEVILLE (2010). *La santé mentale des usagers du Centre Jeunesse de Québec – Institut universitaire.* Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires. ISBN : 978-2-921880-02-2.

2. MANDAT ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Le modèle multidimensionnel de CHEN (2005) constitue le cadre théorique intégrateur retenu à l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec, pour guider les travaux d'évaluation des pratiques, services et programmes dispensés aux jeunes vulnérables et leurs familles (PAUZÉ, 2012). Les assises conceptuelles et opérationnelles de ce modèle, reposent sur la détermination de la « *logique d'action* » d'un programme (ou la *théorie du programme*), afin d'aider à en préciser les différents indicateurs au plan des suivis d'évaluation. Cette *logique d'action du programme* doit inclure tant les aspects linéaires de type « cause à effet » associés à la dispensation d'un traitement ou d'un service comme tel (ce que CHEN (2005) appelle le « *modèle de changement* »), que les différents « éléments contextuels spécifiques aux milieux de pratiques et susceptibles d'influencer à la fois la démarche d'implantation et les effets d'un programme » (PAUZÉ, 2012, p. 7B.3).

Le projet IRCAJAR constitue une initiative de développement d'une pratique de pointe qui, si elle fournit les résultats cliniques attendus, est susceptible d'être implantée à plus large échelle pour aider et préparer la transition à l'âge adulte des jeunes victimes de maltraitance les plus affectés au niveau de leur santé mentale. Il devient donc très important pour l'établissement de s'intéresser aux aspects écologiques documentant le réalisme de l'implantation d'une telle approche thérapeutique, et ce, **dès la phase des travaux pilotes sur l'étude de faisabilité clinique**. Dans ce cadre, le mandat du D^{re} NADEAU se décline et se précise de la façon suivante :

- A. Assister l'équipe de recherche du D^{re} CELLARD qui a conçu le traitement CIRCuITS, dans l'élaboration et la réalisation des différentes étapes d'implantation pilote de celui-ci aux termes de l'étude de faisabilité, en respect de l'écologie du milieu (missions d'établissement, réalités de pratiques et aspects liés au recrutement des clients, etc.).
- B. Documenter en cours d'implantation auprès des intervenants et des acteurs du milieu, les difficultés d'implantation du projet et les conditions gagnantes de celles-ci, et s'assurer des mécanismes de liaison permettant le partage de ces informations entre l'équipe de recherche et le milieu pour permettre d'ajuster le tir, au besoin.
- C. Documenter, auprès des intervenants ayant référé des jeunes participants au projet, leurs perceptions de la plus-value et de la pertinence du programme en regard de leur mission en protection de la jeunesse, de même que les principaux défis et conditions gagnantes d'implantation.

Le mandat initialement consenti en mai 2013 prévoyait une 4^e dimension, soit celle de :

« *Consigner les conditions d'implantation de façon à pouvoir dresser le modèle logique d'action du programme (en considérant les différents éléments du modèle de Chen (2005)), pour aider les efforts éventuels d'une implantation à plus large échelle advenant que les essais cliniques associés au traitement s'avèrent concluants* ».

Deux conditions ont toutefois contribué à ajuster le mandat en cours de route pour délaissé ce dernier aspect. D'une part, l'intensité de l'intervention (i.e. la fréquence des séances de thérapie initialement prévues au programme) a semblé associée à une difficulté de recrutement dans certains milieux de vie des jeunes, et fut possiblement liée à une attrition des sujets. Ceci a conduit le D^{re} CELLARD à apporter des modifications au programme comme tel afin d'ajuster le tir. Une version remaniée du programme, mieux adaptée à la fois à la réalité des adolescents victimes et à celle des milieux cliniques et de vie afférents aux services en protection de la jeunesse, est donc actuellement en cours de préparation par l'équipe du D^{re} CELLARD.

D'autre part, la fusion des établissements de santé en février 2015 a entraîné un bouleversement des structures et de certaines fonctions des acteurs en place (voire de certains de ces acteurs), ayant rendu moins pertinent le fait de dresser à court terme, le modèle logique d'action du programme IRCAJAR. Il s'est avéré plus efficient de commencer à documenter certaines conditions critiques d'implantation et de reporter possiblement l'étape de l'élaboration du modèle logique une fois que :

1. les travaux associés à l'offre de service intégrée en santé mentale jeunesse au CIUSSS de la Capitale-Nationale soient finalisés,
2. que les ajustements au programme permettant de le rendre plus convivial et davantage adapté à la réalité des acteurs et milieux concernés soient mieux documentés.

En somme, le projet IRCAJAR dans son ensemble, voulait guider l'exploration et le développement d'une pratique de pointe en remédiation cognitive, pouvant être offerte éventuellement au profit des adolescents ayant été victimes de maltraitance. **À date, aucune étude recensée dans la littérature n'a examiné ces aspects auprès d'une clientèle adolescente recevant des services en protection de la jeunesse.** Il était donc important d'aller chercher le pouls des acteurs-clés principaux susceptibles de renseigner l'équipe de recherche et les décideurs, sur les éléments de contexte à considérer dès le début de l'entreprise pour tenir compte des particularités de la pratique en protection de la jeunesse. C'est aussi ce que la présente étude-qualité réalisée dans le cadre de ce suivi d'implantation a permis de mettre en lumière.

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION : CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Au-delà de la vision linéaire de l'application d'un programme au plan de ses effets, CHEN (2005) propose aux évaluateurs de programmes de « porter leur attention sur : 1) la clientèle cible, 2) les activités, les méthodes d'intervention et l'organisation des services, 3) les caractéristiques des intervenants qui implantent les programmes, 4) l'expertise technique, culturelle et les ressources du milieu, 5) les partenaires qui peuvent avoir une influence sur la dispensation du programme (PAUZÉ, 2012, p. 7B.3).

Ce modèle force à considérer les déterminants qui lient les interventions aux résultats observés, susceptibles d'agir comme variables médiatrices (ex : fidélité d'implantation, adhésion des intervenants etc.),

au-delà des processus d'intervention comme tels, lesquels sont associés à ce que CHEN (2005) appelle, le *modèle de changement*.

L'ensemble de ce qui a trait au *modèle de changement* du programme IRCAJAR concerne, pour sa part, le processus d'opération du traitement CIRCuiTS, adapté pour des jeunes victimes de maltraitance. Ce dernier se résume comme suit :

« La remédiation cognitive est une thérapie psychologique qui aide les personnes à améliorer leurs capacités de concentration et de mémoire. Elle se définit comme « un entraînement comportemental basé sur une intervention qui a pour objectif d'améliorer les processus cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives, cognition sociale ou métacognition) visant la durabilité et la généralisation » (Cognitive Remediation Experts Workshop, Florence, Italie, 2010) (...).

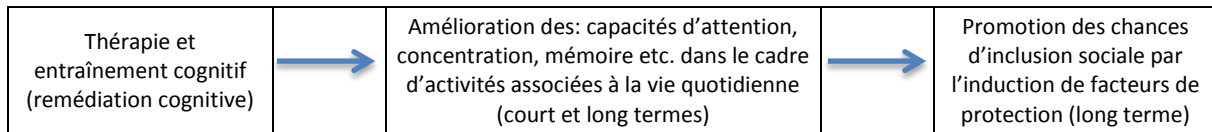
L'objectif de cette thérapie consiste à enseigner à une personne des façons de résoudre des problèmes, comme de se rappeler d'une information importante ou de développer des stratégies pour étudier plus facilement etc. Lors d'une séance de thérapie typique, des activités cognitives sont réalisées sur ordinateur (environ 4-5 activités). Plusieurs activités reliées à la vie quotidienne se déroulent dans des édifices (par exemple, station de train, le collège, le restaurant,...).

Le thérapeute enseigne au patient les meilleures stratégies cognitives à utiliser pour résoudre ces problèmes de la vie de tous les jours. La thérapie se déroule sur une base individuelle, sur une période de 3 mois, à raison de 3 fois par semaine. Les sessions durent environ 1 heure (ou moins, en fonction de la personne). Chaque jour, la personne aura donc l'opportunité de pratiquer des tâches sur ordinateur pouvant l'aider à apprendre de nouvelles informations et à améliorer son fonctionnement neuropsychologique. Le patient et le thérapeute fixent des objectifs importants pour le patient en début de thérapie (par exemple, utiliser un agenda, développer des techniques de travail pour un retour au travail ou à l'école, devenir autonome dans le transport en commun, etc.). (...)

*Les objectifs sont réévalués pendant la thérapie. Ils travaillent ensemble, à l'aide des différentes activités réalisées en thérapie, à atteindre les objectifs du patient. Le thérapeute agit comme un « coach ». (...) L'objectif du traitement est donc **d'améliorer le fonctionnement cognitif et social du patient**, en aidant ce dernier à construire son propre coffre à outils personnalisé, rempli de trucs et de stratégies pour mieux résoudre ses problèmes au quotidien. » (CELLARD, 2013, les italiques et gras étant ajoutés par nous) ».*

Le programme de remédiation cognitive implanté cherche donc à améliorer les compétences cognitives comme la mémoire et l'attention de jeunes ayant été victimes de maltraitance et présentant une atteinte cognitive et psychiatrique (*effet pouvant être qualifiés à court terme dans le cadre du modèle de changement*). Par le fait même, ultimement, le programme cherche à améliorer leur fonctionnement cognitif et social (*effets distants ou à plus long terme dans le cadre du modèle de changement*). Aux fins de ce mandat, nous avons conceptualisé sommairement le modèle de changement d'IRCAJAR de la façon suivante :

Figure 1. Modèle de Changement CIRCuITS



Les variables pertinentes afférentes aux deux premiers rectangles du *modèle de changement* au plan clinique, sont contrôlées et observées par le D^{re} CELLARD et son équipe dans le cadre de leur étude de faisabilité. Elles ne font pas l'objet d'interventions aux termes de notre mandat de suivi d'implantation. Les variables à plus long terme, quant à elles, pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs par le D^{re} CELLARD et son équipe.

Le schéma de la figure 1 pourrait éventuellement être enrichi et intégré au sein d'un cadre global conceptualisant le modèle logique d'action du programme dans sa forme « *comprehensive* » (CHEN, 2005). Toutefois, les travaux d'élaboration du programme dans une mouture susceptible de tenir compte de façon optimale des conditions écologiques associées aux milieux de vies des jeunes et aux divers milieux où ils reçoivent des services, demeurent encore à parfaire et à documenter. Comme il a été mentionné, **c'est plutôt la perspective d'une élaboration éventuelle d'un tel modèle logique d'action** qui a guidé les questions à ce suivi préliminaire d'implantation pilote de la première version du programme, tel que proposé par l'équipe du D^{re} CELLARD.

Bref, ce suivi d'implantation s'est concentré sur la phase *pendant* (CHEN 2005), qui « correspond à la mise en œuvre du programme d'intervention ». Ce faisant, nous nous sommes intéressés, à deux des éléments sur lesquels les évaluateurs de programmes ont avantage à porter plus particulièrement leur attention, soit :

1. Aux activités telles qu'elles sont organisées au sein des services concernés par l'implantation d'une telle pratique de pointe.
2. Au contexte écologique de l'organisation. Les données sur la clientèle cible et sur la nature de l'expertise associées au modèle de changement furent documentées, pour leur part, dans le cadre de l'étude de faisabilité clinique du D^{re} CELLARD.

Pour réaliser notre mandat, l'approche méthodologique s'est avérée davantage qualitative, dans une optique visant à recouper des données à partir d'une perspective suffisante d'acteurs-clés (MERCIER, 1990 ; YIN, 1984 ; PATTON, 1987), et ce, au-delà des effets thérapeutiques pouvant être observés chez les jeunes eux-mêmes¹. Ce suivi d'implantation s'inspire donc d'une approche à la fois participative (PATTON, 2008) et également de type « *goal-free* », i.e. basée davantage sur l'examen des impacts anticipés comme non-anticipés du projet (SCRIVEN, 1997, 1981). Le tout, en se basant sur les perceptions des intervenants concernant les besoins des utilisateurs de services.

¹ Car ces effets, considérés comme des parties intégrantes du *modèle de changement*, furent évalués principalement par le D^{re} CELLARD et son équipe, aux termes du devis de l'étude clinique comme telle.

En somme, nous avons tenté de mieux comprendre les éléments associés à une implantation optimale de cette thérapie en contexte de protection de la jeunesse et de déceler, le cas échéant, si de l'avis des intervenants des changements proximaux délétères non soupçonnés y semblaient associés. **Les indicateurs et modalités de cueillette de données choisis pour réaliser notre mandat furent déterminés en fonction des questions plus pointues à documenter.** Ils sont déclinés au sein des sections suivantes du rapport, en lien avec chacune des différentes questions d'évaluation.

4. ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS (chercheurs et milieux de pratique)

Les deux premiers objectifs d'évaluation sont intimement liés à cet accompagnement. Débutons par le premier, soit :

- ❖ *Assister l'équipe de recherche dans l'élaboration et la réalisation des différentes étapes d'implantation pilote du projet dans le cadre de l'étude de faisabilité, en respect de l'écologie du milieu.*

Nous avons ici proposé à l'équipe du D^{re} CELLARD, un plan de mise en œuvre. Il est joint au rapport sous l'annexe « A ». Ce plan faisait état d'une proposition de déroulement des différentes étapes et travaux nécessaires à la fois pour **implanter** le projet IRCAJAR, et pour en **suivre l'implantation**. L'annexe « A » témoigne des moments où les étapes et activités prévues au plan de mise en œuvre ont été réalisées. Les travaux associés au recrutement et à la participation des jeunes au traitement devant faire l'objet d'une certification éthique, ils revenaient à la responsabilité du D^{re} CELLARD. Ils ont donc été grisés au sein du tableau.

Le plan de mise en œuvre détaille l'ensemble des opérations (associées au suivi d'implantation ET au traitement), afin de faciliter l'implication de tous les acteurs corporatifs et de recherche concernés par ce dossier, toujours en respect de l'écologie du milieu et de sa culture organisationnelle. Il a constitué un document permettant à l'équipe de recherche et aux acteurs du milieu (gestionnaires et intervenants) de suivre l'évolution des activités prévues. Le plan de mise en œuvre a fait l'objet d'une révision en continu avec les équipes concernées, pour maximiser la faisabilité des objectifs annoncés et attendus. Le lecteur intéressé à prendre acte du monitoring de ces activités et de leur réalisation est référé à l'annexe « A ».

La seconde question d'évaluation visait à :

- ❖ *Documenter en cours d'implantation auprès des intervenants et des acteurs du milieu les difficultés d'implantation du projet et les conditions gagnantes de celles-ci, et s'assurer des mécanismes de liaison permettant le partage de ces informations entre l'équipe de recherche et le milieu pour permettre d'ajuster le tir, au besoin.*

Différents aspects des étapes, démarches et rencontres nécessaires prévues à l'annexe « A » et tenues afin de présenter le projet IRCAJAR dans la phase exploratoire aux intervenants (notamment les membres de l'équipe de soutien en santé mentale et les travailleurs sociaux responsables des charges de cas en santé

mentale), furent répertoriés et documentés au sein **d'un journal de bord**¹. Le tout, pour permettre d'observer et de commenter l'évolution et la progression des travaux d'implantation dès la phase pilote du programme dans un contexte d'observation-participative (ABORIO et FOURNIER, 2005 ; SPRADLEY, 1980 ; BRADBURY, MIRVIS, NEILSEN et PASMORE, 2008 ; SWANTZ, 2008). La perspective envisagée ici souhaitait impliquer dès le début les acteurs en protection de la jeunesse susceptibles d'être appelés à s'approprier éventuellement les changements de pratiques concernés par l'implantation de ce nouveau traitement. En les impliquant dès le début, leur contexte de pratique a été considéré tout au long de l'entreprise (SEYMOUR et DAVIS, 2002).

Le journal de bord était tenu par l'assistante de recherche et révisé par l'évaluatrice principale. Il comprenait un résumé ou compte-rendu de toutes les rencontres effectuées au sein du milieu de pratique participant à l'implantation du programme, de même que des notes d'observation lors des rencontres. Ces documents relus en cours de route, ont permis de guider l'équipe du D^{re} CELLARD dans une approche flexible, adaptée à la réalité des jeunes et des milieux. Comme plusieurs de ces éléments ont été pour la plupart discutés par les intervenants interrogés dans le cadre du dernier objectif de suivi d'implantation en section 5 de ce rapport, ils ne sont pas repris ici pour éviter la redondance. De plus, les aspects les plus pertinents sont discutés et intégrés plus loin dans la section recommandations. Nous joignons en annexe « B » la liste des rencontres pour lesquels de tels résumés ou comptes rendus ont été effectués.

5. PLUS-VALUE ET PERTINENCE DU PROGRAMME

Le suivi d'implantation devait également s'intéresser à la question suivante, d'intérêt tant pour les gestionnaires et décideurs associés au milieu de pratique que pour les chercheurs concepteurs du programme :

- ❖ *Documenter auprès des intervenants, leurs perceptions de la plus-value et de la pertinence du programme en regard de leur mission en protection de la jeunesse et de l'amélioration des chances d'inclusion sociale des jeunes référés.*

Des **groupes de discussion** furent conduits avec les praticiens responsables de fournir le soutien clinique direct aux intervenants terrain. Ces groupes ont permis de vérifier les perceptions de ces praticiens sur différents enjeux associés aux difficultés d'implantation du programme de remédiation dans le cadre d'IRCAJAR. L'analyse de contenu s'avérait ici particulièrement utile et pertinente (RITCHIE et SPENCER, 1994 ; PATTON, 1987, POPE, ZIEBLAND et MAYS, 2000). Elle a permis de documenter des aspects novateurs et très ciblés au contexte de la réalité naturelle et écologique du milieu d'implantation visé.

¹ Ce dernier était tenu par l'assistante de recherche et l'évaluatrice principale. Il comprenait un résumé ou compte rendu de toutes les rencontres effectuées au sein du milieu de pratique participant à l'implantation du programme.

➤ *Méthodologie spécifique : élaboration des questions, traitement des données et analyse*

Les questions pour la réalisation des groupes de discussion furent élaborées à la fois en référant aux données de l'observation participante et à la littérature connue pertinente. Le but de cette première étape de suivi, voulait permettre de documenter les perceptions des acteurs-clés identifiés face au traitement proposé, ainsi que les éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'une future offre de service incluant une intervention de remédiation cognitive, le cas échéant. Voici les questions posées :

1. Quelle est votre perception de la « pertinence » et de la « plus-value » clinique de la thérapie CIRCuITS telle qu'adaptée par l'équipe de recherche, pour les jeunes suivis en centre jeunesse (à l'externe et à l'interne (CR))?
2. D'après vous, l'implantation du programme a-t-elle ou non amélioré la situation générale des jeunes, et ce, à quel niveau ?
3. Si on avait à offrir un traitement de remédiation cognitive de ce type aux jeunes suivis en protection au CIUSSS de la Capitale-Nationale, quels sont, d'après vous, les aspects dont les promoteurs devraient tenir compte ?
4. Avez-vous des suggestions d'amélioration ou des éléments dont vous souhaitez nous faire part ?

Ces questions semi-ouvertes ont permis de sonder les perceptions de vingt-neuf (N = 29) intervenants responsables d'offrir du soutien clinique de divers ordres aux équipes terrain en matière de santé mentale et de stratégies d'intervention clinique. Elles ont été posées lors de rencontres d'équipe statutaires où il avait été prévu avec le cadre responsable de chacune des équipes visées, que les résultats cliniques préliminaires du projet pilote soient brièvement présentés. Puis, une discussion sur la pertinence et la plus-value du traitement offert sous l'angle des enjeux d'implantation prenait place¹. Les équipes rencontrées l'avaient déjà toutes été au préalable, en ayant été sollicitées dans le cadre des efforts de recrutement en tout début de projet. Les répondants aux trois groupes de discussion se déclinent donc en 3 gestionnaires et 26 intervenants, dont 6 infirmiers(ières), 7 psychologues et 13 spécialistes en activités cliniques (SAC).

Les entretiens furent enregistrés, puis retranscrits en entier par l'assistante de recherche. L'analyse de contenu des manuscrits (BARDIN, 2003) a été effectuée en recourant aux différentes étapes du « framework approach » (POPE, ZIBELAN & MAYS, 2000). Cette méthode d'analyse de contenu en 5 étapes, s'apparente au modèle semi-ouvert de L'ÉCUYER (1988, 1990). Elle est toutefois davantage ciblée et adaptée au contexte des milieux cliniques dispensateurs de soins en santé et services sociaux.

Par conséquent, l'analyse qualitative thématique effectuée a débuté par une lecture flottante du matériel effectué par l'assistante de recherche et l'évaluatrice principale, puis, par un effort de

¹ Nous avons joint au rapport sous annexe « C », l'agenda proposé pour la tenue et le déroulement des rencontres, agenda transmis aux cadres responsable des équipes au moins une semaine avant la tenue de chacune d'elles.

« segmentation » de ce dernier, en unités de sens distinctes. Ce matériel a été ensuite classé une première fois en utilisant N'Vivo 8, au sein de grandes catégories pré déterminées, en fonction d'éléments au sujet desquels de l'information précise devait être documentée. Puis la codification a été revue et une partie du matériel reclassé au sein de nouvelles catégories. En effet, le modèle d'analyse retenu a permis l'émergence de catégories non prévues au départ, mettant en lumière du nouveau matériel venant enrichir les grilles d'analyse (ex : nouvelles suggestions offertes aux promoteurs du projet, problèmes non anticipés par l'équipe de recherche au départ, éléments concernant des conditions gagnantes d'implantation ou des modalités différentes à explorer etc.). La classification, de même que le recodage furent effectués par l'évaluatrice principale, et présentés ensuite pour discussion au D^{re} CELLARD et à son équipe.

5.2. Résultats

La grille de classification finale consiste en une arborisation comprenant deux principaux nœuds (ou branches) :

1. Pertinence, plus-value (incluant ici les segments qualifiant l'amélioration de la situation des jeunes).
2. Aspects à considérer par les promoteurs, lesquels se déclinent eux même en différents thèmes et sous-thèmes.

Une catégorie « Autre » constituait initialement le dernier nœud. Elle a généré un matériel pertinent qui a été majoritairement recodé au sein des catégories de la grille finale. Cette dernière, résumant les différentes catégories et sous-catégories ainsi générées est jointe à ce rapport sous l'annexe « D ». Nous en présentons le contenu ci-après sous forme d'un texte continu, en illustrant quelquefois nos propos par certains des extraits de verbatims classés.

5.2.1. Pertinence et plus-value de la thérapie

Cette branche se divise en trois principaux sous-thèmes : « *Pertinence* », « *Plus-value* » et « *Outil attractif et intervention non menaçante* ».

❖ *Pertinence*

Au sein des trois groupes, les intervenants se sont dit unanimement convaincus qu'un tel programme trouve toute sa pertinence auprès de la clientèle victime de maltraitance, et ce, peu importe le secteur d'activité ou la discipline clinique auxquels ils appartiennent. Selon eux, cette pertinence s'appuie d'abord sur le fait que ces jeunes présentent souvent des difficultés cognitives, entre autres au plan des fonctions exécutives, restées insoupçonnées ou non identifiées. Ces dernières entraînent pour les jeunes affectés, certains défis importants tout au cours de leur développement.

« ...c'est indéniable que c'est pertinent parce que (...) on soupçonne plusieurs jeunes de notre clientèle avec des problèmes sur le plan exécutif pis ça amène des

difficultés (...) tout au long, des passages (...) passage à la vie adulte (...) passage au secondaire (...) souvent ça amène des problèmes de comportement, de décrochage, des problèmes au niveau relationnel également (...) ».

« (...) ça l'a permis à certains intervenants de réaliser que sur le plan cognitif, on surestime beaucoup nos jeunes (...) donc la pertinence devient pour moi à ce moment-là (...) ».

« (...) je crois que justement les déficits sur le plan cognitif c'est quand même assez présent chez les jeunes qui ont vécu souvent de la négligence où on voit des difficultés et des enjeux affectifs (...) on remarque aussi des impacts sur le développement cognitif ».

D'autre part, les intervenants se disent d'avis que les exercices ou les activités du programme sont rattachés à des choses concrètes pour le jeune, des choses de sa vie et de sa réalité quotidienne. Autrement dit, les intervenants remarquent également une pertinence du point de vue de la situation des jeunes comme telle.

❖ **Plus-value**

Quant à la *Plus-value de la thérapie* (pour la clientèle), le matériel fourni par les répondants a été reclassé en trois sous-thèmes venus enrichir la grille initiale de codification : « *Autonomie fonctionnelle et Estime de Soi* », « *Avantages du processus d'évaluation préalable* » et une catégorie RÉSIDUELLE dite « *Autres avantages* » (pour « autres avantages non classés ailleurs »).

Au niveau du potentiel d'amélioration de l'*Autonomie fonctionnelle et de l'Estime de Soi* du jeune, l'analyse a regroupé au sein de cette catégorie les propos des intervenants appuyant le fait que le programme de remédiation cognitive contribuerait à améliorer l'autonomie fonctionnelle du jeune en adressant, par exemple, des difficultés concrètes. Il permettrait donc aux jeunes de devenir des citoyens plus fonctionnels dans leurs rôles sociaux afférents à la réalité de tous les jours. En fait, en fournissant au jeune des moyens pour contourner certaines de ses difficultés, ou encore en lui permettant d'entraîner certaines de ses capacités cognitives qui peuvent l'être, les intervenants sont d'avis que le programme permet au jeune non seulement d'améliorer son autonomie fonctionnelle, mais également de lui faire réaliser qu'il « peut » apprendre, qu'il possède un « pouvoir » d'apprendre. Ce faisant, un des effets collatéraux que mentionnent les répondants, est qu'en amenant ainsi le jeune à se sentir plus compétent, ils pensent que le programme a une influence très positive sur l'augmentation de l'Estime de Soi, contribuant ainsi à améliorer la santé mentale de l'adolescent.

« (...) on vient équiper un petit peu plus des enfants dans l'exécution de leurs rôles sociaux et je trouve qu'on touche à des déterminants de la santé mentale (...) et aider au rétablissement. »

« Quand tu parles de prendre un autobus ou des choses vraiment simples comme ça. Pour ces jeunes-là qui ont des difficultés cognitives, ça peut être tout un défi. (...) je trouve que ça aide beaucoup (...) ça ne règle pas tous les problèmes (...) mais au moins ça peut les rendre plus fonctionnels dans la vie de tous les jours. »

« La plus-value ben c'est sûr c'est pour aider ces jeunes-là à devenir des citoyens actifs, fonctionnels, qui ne seront pas des boulets pour la société (...) qui vont pouvoir développer leur plein potentiel. »

« Le sentiment d'être compétent chez l'adolescent, de savoir qu'il peut être capable de mémoriser son trajet d'autobus, c'est quelque chose de valorisant (...) ».

Par ailleurs au plan de la plus-value, les intervenants ont mentionné les *Avantages liés au processus d'évaluation préalable*. Ils référaient ici à l'évaluation des processus cognitifs effectuée avant l'expérimentation et le début du traitement, pour identifier et quantifier la présence des difficultés cognitives chez un jeune référé, le cas échéant. Même s'il n'y a pas de rapport écrit transmis¹, le seul fait de procéder à une évaluation de certains processus cognitifs permettant de repérer des forces et faiblesses chez le jeune, et de communiquer aux intervenants certaines stratégies plus ou moins gagnantes par la suite, ou encore d'identifier des éléments devant conduire à une référence vers les services courants, constituerait un grand bénéfice en soi.

Au niveau des *Autres avantages* associés à une plus-value du programme, les intervenants ont mentionné que pour les jeunes en besoin de protection sociale et dont les mesures commandent un séjour en Centre de réadaptation, un des grands avantages est qu'ils sont plus facilement accessibles et que l'on peut ainsi leur offrir le service ou un traitement novateur dont ils sont à même de bénéficier grandement. Ces jeunes n'ont pas tendance à aller chercher des services en milieu naturel, à l'extérieur des murs du Centre jeunesse, et ce, mêmes s'ils y ont droit.

❖ **Outil attractif et intervention non menaçante**

Cette catégorie résulte de segments classés dans une catégorie « *Pertinence autre au départ* ». Elle constitue un résultat non attendu spécifiquement par l'investigation, qui a émergé et s'avère révélateur d'un des bienfaits associés à cette intervention pour une clientèle spécifiquement victime de maltraitance. Du point de vue des cliniciens en effet, pour cette clientèle, les enjeux relationnels rejoués dans l'enceinte de la relation thérapeutique ou de la relation d'aide, constituent un défi constant influençant le cours de celle-ci et ce, à compter même des premières étapes qui entourent la formation de l'alliance thérapeutique.

¹ Ce qui ne pourrait être fait, de toute façon, dans le cadre d'activités de recherche, sans contrevenir aux règles de confidentialité et d'anonymat en recherche, de même qu'aux règles éthiques et déontologiques régissant les bonnes pratiques cliniques.

Un des grands avantages du programme de remédiation cognitive mentionné par les intervenants habitués à naviguer au sein de tels enjeux relationnels, est constitué par le fait que la dimension travaillée d'emblée avec le jeune au départ (la dimension cognitive plutôt qu'affective), de même que le médium (l'ordinateur) et finalement, l'angle de prise (des « jeux » se rapprochant d'activités concrètes de la vie de tous les jours), font en sorte que ce traitement n'est pas « *menaçant* » au plan relationnel pour les adolescents victimes de maltraitance. De l'avis des intervenants, il semble que ce soit un premier support de choix à la création d'une alliance thérapeutique, au sein de laquelle plusieurs autres choses pourraient par la suite être travaillées.

« (...) le médium est très intéressant pour soutenir la création de l'alliance. Je pense qu'avec nos adolescents des fois, c'est pas toujours évident de capter leur attention par le biais de séances peut-être plus traditionnelles (...) de psychothérapie alors que ça, ça permet (...) quelque chose qui est proche du jeu, une façon pour faciliter l'alliance. »

« (...) la formule de suivi est bonne, l'adhérence est plus facilitante, pour les jeunes qui adhèrent pas à un suivi. Avec ce programme-là ils vont y adhérer, c'est plus facilitant et adapté pour eux. »

« c'est sûr que c'est un terrain (...) ça va dans le sens que c'est plus facile de les rejoindre parce que ça crée un intérêt donc c'est moins menaçant (...) ».

5.2.2. Aspects à considérer par les promoteurs (selon les intervenants)

Ici, le matériel recueilli, plus dense, se décline en deux grandes arborisations : les *aspects plus contraignants ou bémols à prendre en compte* (comprenant 3 catégories) et les *suggestions* (qui elles-mêmes se divisent en 7 éléments).

❖ *Aspects plus contraignants ou bémols à prendre en compte*

Un des bémols mentionnés par les intervenants concerne le fait que même s'il semble plus facile d'offrir en milieu fermé un traitement comme celui du projet, une grande majorité de jeunes font de très *courts séjours répétés en Centre de réadaptation*, ce qui peut entraver les possibilités qu'ils terminent leur traitement.

« (...) on a une clientèle qui rentre, qui sort, qui... la compliance n'est pas toujours là. Il peut rentrer un mois, il repart deux mois, il revient, en fugue, ça doit être dur à généraliser dans un milieu comme le nôtre. »

Certains participants ont dit avoir l'impression que l'étude pilote a recruté des *jeunes qui ne correspondent pas à la majorité de la clientèle* qui séjourne en Centre de réadaptation. En effet, ce sont des jeunes considérés comme davantage « stabilisés » dans leur situation personnelle et leur milieu de vie, qui auraient fait l'objet de références.

« Ceux qui ont été recrutés, c'est ceux qui étaient perçus probablement comme les plus stables, les plus disponibles à s'embarquer dans quelque chose d'aussi demandant (...) pas de changements de milieux de vie, (...) pas de rupture de liens, qu'il n'allait rien se passer (...) on pensait dans les prochains trois mois (...) il y a comme une sélection naturelle (...) qui fait que ça rejoint peut-être pas la grosse majorité de la clientèle (...) ».

« (...) c'est très demandant hein, (...), pis c'est ça souvent quand ils (les jeunes) sont aux prises avec des problèmes affectifs très envahissants alors c'est sûr qu'ils n'ont pas la disponibilité pour s'embarquer dans trois séances par semaine. On les exclut d'emblée (...) les éducateurs ne vous les référeront pas... ».

« (...) oui, certainement parce qu'on veut que quand on commence quelque chose on veut que ça fonctionne donc c'est certain que les éducateurs, les travailleurs sociaux sélectionnaient leurs champions, ceux qui pensaient qu'ils étaient le plus stables et donc capables d'en bénéficier. »

Finalement, certains intervenants ont mentionné le fait que bien que le programme leur semble pertinent et bénéfique pour le jeune, il leur paraît être une *intervention coûteuse* au plan des ressources exigées.

« Parce que ce programme-là, ça prend un intervenant par jeune, c'est sûr que le jeune ne peut rien faire tout seul ?

Animateur 2

Il y a des devoirs qui peuvent être donnés au jeune, mais c'est sûr qu'il doit avoir accès à un ordinateur, (...) on lui donne un site, on lui donne un identifiant, pi y'a des petites activités qui peut faire de chez lui ou encore de son unité (...).

Répondant

Parce qu'un intervenant pour un jeune, c'est beaucoup de ressources. »

❖ **Suggestions**

Le fait de créer éventuellement un programme de remédiation cognitive en mesure d'être dispensé sous formes *d'atelier de groupe*, semble une belle piste d'amélioration à considérer d'après les intervenants interrogés. Par ailleurs, ceci s'inscrit beaucoup avec la « culture » de l'intervention psychoéducative en réadaptation juvénile.

« Vous le traitez beaucoup en individuel, avec chaque personne, mais je me demande juste la vision de le faire en tant qu'exercice de mini-groupes, genre d'ateliers (...) ».

« (...) la structure de pensée d'adolescents est un peu déstabilisée aussi, peut-être qu'eux-autres ça les aiderait, tsé des petits mini-groupes de dix à l'école de telle heure à telle heure, c'est un exercice, vous avez trois-quatre thérapeutes et vous suivez (...) »

« Moins long, et l'idée de groupes que vous avez soulevée tout à l'heure, moi je pense aussi que ça peut être un stimulant important. »

De façon unanime, les participants des trois (3) groupes de discussion sont d'avis que dans un monde idéal, offrir la *remédiation cognitive de façon beaucoup plus précoce* aux jeunes suivis en Centre jeunesse serait une bonne chose, et ce, pour diverses raisons :

« (...) ce qui serait encore plus pertinent serait justement d'agir précocement dans la période de latence, en milieu scolaire, ou le niveau de stabilité est plus stable, tout simplement, ce serait plus facile les joindre ».

« (...) une adaptation du programme plus tôt dans l'adolescence ou même en période de latence, en pré-adolescence ou à l'adolescence. On gagnerait dans la facilité d'avoir accès à cette clientèle-là, parce que le défi (...) est sur le plan de l'accessibilité et du maintien de la thérapie. »

« (...) tu arrives au secondaire et tu as des outils que tu n'avais pas. (...) Ça pourrait avoir même un impact sur le décrochage (...) »

« (...) on sait bien que si on réussit à rejoindre nos jeunes en bas âge quand ils rentrent à l'école tsé nous évitons toute cette espèce de structuration pis tous les, toute la cascade (...) de déficits qui s'entrechoquent quand ils commencent à être rejetés par le groupe, qu'ils ont de la difficulté et qui développent une mauvaise estime d'eux-mêmes (...) »

« (...) nos petits qui sont même plus jeunes que 9 ans, nos petits première année, deuxième année en foyer de groupe là c'est le début du parcours scolaire. Je pense que s'ils seraient plus équipés, ils vivraient plus de réussites et on serait moins dans l'abandon éventuellement (...). »

Continuité, généralisation et transférabilité de l'intervention et de ses acquis dans divers milieux ont été identifiées par les intervenants comme des enjeux à considérer dans le cadre d'efforts de développement à venir. L'idée de généraliser les acquis aux autres milieux en dehors du Centre de réadaptation où transitent les adolescents victimes a été, d'une part, mentionnée. On réfère ici aux écoles, familles d'accueil, famille naturelle, et établissements de services. D'autre part, nous avons classé dans cette catégorie les énoncés référant aux suggestions d'outiller les intervenants et autres adultes en charge d'encadrer les adolescents suivis en protection de la jeunesse, dans leurs divers milieux de vie. En effet, d'après les intervenants ayant participé aux discussions, l'inscription de la thérapie offerte par IRCAJAR au sein du *Plan d'Intervention* constitue un premier ancrage, mais ne serait pas jugée comme suffisante. Selon les répondants, cette mesure aurait avantage à être appuyée par des stratégies de soutien pensées pour les intervenants, afin qu'ils se sentent compétents à mobiliser les jeunes. Le tout, de façon à maintenir l'ouverture de ces derniers face au traitement proposé et nourrir leur envie de bénéficier du processus thérapeutique dans son entier.

« (...) pendant qu'il est ici, en protection de la jeunesse c'est une chose, mais lorsqu'il va sortir qu'on puisse faire le switch... en CLSC, ou en continuité sur le continuum du CIUSSS. »

« (...) une fois qu'on a ces résultats-là nous les éducateurs, ce qu'on peut faire pour la plus-value mais pas nécessairement pour le projet lui-même mais la suite des résultats, (...) Dans le fond autant un coffre à outils pour les adolescents que pour les intervenants. »

« (...) des outils concrets, exemple comment je vais faire concrètement pour que ce soit un package deal prêt à utiliser. (...) pour être capable de faire du pouce là-dessus. (...) Parce que nos interventions peuvent être interelliées. »

« (...) faut être capable d'expliquer la plus-value et les retombés pour les intervenants, pour les éducateurs, (...) si un matin le jeune est pouette pouette et que l'éducateur y dit : Ben attend minute je sais comment ça peut t'aider ! Alors il va peut-être le mettre dans un mood où il va l'encadrer et le gadger pour aller en rencontre (...) ».

« (...) il faut penser à un set up particulier en famille d'accueil, pour la même chose, pour que sa famille d'accueil sache ce que ça veut dire, ce que ça implique, c'est les bonnes conditions pour l'introduire, pour aller jusqu'au bout du processus avec la famille (...) ».

Les adolescents victimes de maltraitance présentent souvent à la fois des difficultés exécutives et différents autres de symptômes de psychopathologies, ou encore des facteurs de vulnérabilités très importants à cet égard. C'est une réalité que les intervenants-terrain reconnaissent et mentionnent. Du même souffle, ils sont d'avis qu'un traitement de pointe comme la remédiation cognitive devrait faire partie d'un des traitements offerts à travers une offre de service, modulée en fonction de l'ensemble des symptômes de souffrance affective présents ou à contrôler. Autrement dit d'après eux, un équilibre est à trouver entre le fait de ne pas compartimenter les services offerts aux jeunes selon les symptômes qu'il présente (cognitifs, affectifs, anxieux ou relationnels). Un traitement comme celui offert dans le cadre d'IRCAJAR pourrait être vu comme une sorte d'adjuvant pour soutenir l'amélioration des fonctions cognitives en présence de co-morbidités, dans le cadre d'une offre de services plus globale, où un pont serait fait avec les autres choses à travailler au niveau des indices de psychopathologies ou de la souffrance psychologique présente.

« Moi j'irais dans le sens de répondant 8 de l'évaluation avant, prétraitement, de regarder la disponibilité du jeune à l'apprentissage (...) au niveau affectif est ce qu'il est prêt ? (...) Comment on peut mieux évaluer ça juste peut-être ajouter le BDI, quelque chose comme ça, déjà qu'on pourrait aller voir un peu plus. (...) après ça regarder est-ce qu'on peut les maintenir en thérapie (...) je rajouterais au début et à la fin peut-être un petit quelque chose, une évaluation plus affective (...) avec

des recommandations et, est-ce qu'on peut faire le pont après ça avec une thérapie. »

« (...) je pense aussi allier avec d'autres outils. Mettons le TDA/H, il est médicamenté (...) ben ça pourrait être un outil supplémentaire où la médication vient le stabiliser sur le plan de la concentration un peu, mais avec des circuits neuronaux aptes à être développés. »

« Parce qu'on a une majeure, beaucoup de jeunes carencés en difficulté d'attachement, donc c'est souvent prioritairement ce qu'on va s'adresser dans le service de psychologie et je comprends la convergence qui a autour de ça. Peut-être d'ajouter certains volets. »

« (...) les enfants qui ont un ou deux parents qui ont des conditions qui pourraient affecter sur le plan exécutif, je pense qu'ils sont encore plus à suivre parce que y'a une chaîne à briser je pense dans le climat familial (...) je pense que ces enfants-là devraient être ciblés en priorité. »

Une des dernières suggestions des équipes de cliniciens est relative au fait d'explorer s'il n'est pas possible d'offrir une *thérapie plus courte*. Cela faciliterait d'autant plus la possibilité d'impliquer certains des adolescents visés qui quelquefois peuvent être difficiles à joindre, tout en misant sur le fait que plusieurs d'entre eux sont en mesure de réagir, de s'adapter, et de se mobiliser rapidement face à leur situation.

« Effectivement notre clientèle n'est pas toujours facile à rejoindre, pi y'a beaucoup de mouvements (...) nos jeunes ont des grandes difficultés, sur le plan cognitif (...) une bonne résilience aussi (...) sont capables de bouger assez rapidement : Je ne sais pas si ça pourrait être intéressant d'avoir un projet pilote qui est encore plus compact dans le temps. »

En dernier lieu, les cliniciens sont revenus avec l'importance de ne pas négliger ou oublier la **sphère affective et relationnelle et la régulation des émotions**, qui sont toutes étroitement liées avec les dimensions cognitives dont il faut s'occuper, mais qui doivent aussi, en elles-mêmes, continuer à être « soignées ». De l'avis des cliniciens, cela pourrait permettre une meilleure adhésion au traitement de remédiation proposé à ces jeunes. En effet, au-delà de l'acceptation facile, l'adhésion au traitement constitue un enjeu thérapeutique majeur avec cette clientèle, en raison du côté « menaçant » pour eux de ce que constitue le fait même d'être en relation et ce, avec quiconque.

« A1 : (...) L'aspect central de la régulation des émotions, régulation des émotions tant affective que cognitive parce que ça marche de même (...) R6 : Absolument, parce que si on n'est pas régulé on a pas accès à notre belle boîte à outils, quand nous sommes calmes on l'a, si nous ne sommes pas régulés dans la situation... »

« (...) les jeunes ont cessé le suivi, mais de tenir compte des enjeux affectifs relationnels et tout ça, peut-être que ça diminuerait cette mortalité-là et ça ferait en sorte qu'il y aurait un plus grand succès, une plus grande adhésion. »

« (...) on sent que (...) il y a une curiosité quand on voit un peu les feedbacks de la part des jeunes. Après, c'est vraiment le lien sans doute avec le thérapeute qui va faire perdurer dans le temps (...) faut parler des dimensions relationnelles qui ont un soutien central dans le succès. »

« Donc c'est dans ce sens-là peut-être de rajouter un genre de grille d'analyse de tout l'aspect relationnel qui s'est passé dans cette séance-là ce qui n'est pas fait actuellement, nous sommes plus axés sur les résultats, mais en même temps c'est interrelié, effectivement ce serait très intéressant. »

« (...) il doit y avoir des interactions j'imagine un moment donné l'adolescent ah ben c'est dur, je ne suis pas capable, tout cet aspect-là des verbalisations et comment le thérapeute va répondre à ça, parce que y'a des enjeux à ce moment-là qui pourraient être intéressants. »

« Peut-être investiguer toutes les sphères du développement affectif permettrait d'avoir des repères sur les jeunes et ce qu'on peut attendre, ben, ce qu'on pourrait aussi anticiper de la relation qui pourrait s'établir avec lui pour un peu défricher et mieux comprendre ce qui se joue tout au long de la thérapie par exemple. »

« (...) oui c'est pertinent, oui j'y crois à la mentalisation et tout le système neurologique, qu'on peut développer les deux ensembles. »

En commentaire final, les intervenants ont insisté sur le fait que la *flexibilité nécessaire dans l'intervention*, démontrée par les expérimentatrices, devait aussi demeurer un élément central d'un tel traitement. Ajuster le nombre et la fréquence des séances, la nature et la quantité de tâches entre les séances en fonction des besoins du jeune et de sa réalité, demeure ce qui permettra d'individualiser ce type de traitement et de favoriser le fait que davantage de jeunes y participent.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le projet IRCAJAR visait l'exploration pilote d'une technique de pointe spécialisée et novatrice, la remédiation cognitive assistée par ordinateur, au profit d'une population clinique particulière : des adolescents ayant été victimes de maltraitance et recevant des services en protection de la jeunesse. Le suivi d'implantation réalisé dans le cadre de cette étude-qualité, a permis de faire ressortir plusieurs éléments gagnants associés au fait d'offrir un tel traitement à des adolescents suivis en protection de la jeunesse au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

D'une part, le point de vue des cliniciens impliqués de près avec ces jeunes et les éducateurs qui leur rendent des services, appuie le constat suggéré par l'état des connaissances à l'effet qu'il s'avère pertinent et important de s'intéresser et soutenir le fonctionnement neuropsychologique de ces adolescents, souvent impacté. En effet, la présence de difficultés à ce niveau suite à une expérience de maltraitance, est aussi corrélée au développement de troubles psychiatriques (MASSON *et al.*, 2015 ; MASSON *et al.*, 2016). De plus, certains des problèmes neuropsychologiques présentés par ces jeunes

peuvent entraver le traitement adéquat de l'information provenant de l'environnement et la façon dont l'individu y répond (MORIN *et al.*, 2012). Cela risque à son tour de menacer sérieusement le développement de la régulation émotionnelle de ces jeunes, de même que leur développement social en général, a fortiori si les difficultés neuropsychologiques en cause n'ont pas été détectées efficacement.

Ces constats de la littérature ont été mentionnés en tant que réalités observées par les intervenants-terrain. Du même souffle, ces derniers se sont dit d'avis qu'une démarche telle que celle offerte dans le cadre du projet IRCAJAR, a l'avantage de fournir une forme de repérage de ces difficultés, ce qui entraîne beaucoup de bénéfices pour les jeunes affectés et non dépistés. La pertinence clinique de la démarche et du traitement sont donc confirmés *du point de vue des intervenants*.

RECOMMANDATION 1

Il conviendrait de tendre vers des pratiques cliniques permettant de tenir davantage compte du développement cognitif et neuropsychologique des adolescents (et éventuellement de l'ensemble des jeunes) recevant des services en protection de la jeunesse, et nous recommandons que les initiatives en ce sens continuent d'être encouragées et documentées.

Parmi les autres bénéfices associés à ce projet, même dans sa forme pilote, les cliniciens ont rappelé qu'il s'agit d'une intervention perçue a priori comme non menaçante et ludique par les jeunes, du moins dans la modalité offerte (i.e. en utilisant l'ordinateur). Cette constatation est importante car pour toutes sortes de raisons, une grande majorité des adolescents en besoin de protection sociale ont souvent été soumis au cours de leur développement, à des soins négligents, menaçants ou imprévisibles. Ces derniers ont coloré la nature des schèmes sous-jacents à la formation de leurs liens d'attachement, et partant, leur système de régulation émotionnelle (PEARCE et PEZZOT-PEARCE, 2007 ; DYREGROV, 2010 ; ALLEN, J. G., 2013). Les travaux récents démontrent également des impacts physiologiques sur le développement de certaines structures du cerveau et de la réponse au stress (KOLB et WHISHAW, 2008 ; HEIM *et al.*, 2000 ; MCCRORY *et al.*, 2013).

Ainsi, les enjeux d'abandon, d'imprévisibilité, voire de menaces inhérentes au fait même d'entrer en « relation », constituent autant d'éléments susceptibles de compromettre l'adhésion et le maintien de cette population clinique particulière dans toute forme de mesure d'aide offerte. En ce sens, une technique de pointe comme celle du projet IRCAJAR, représente une double avancée : Elle permet de prendre en compte et intervenir sur des aspects cliniques plus ou moins négligés en protection de la jeunesse jusqu'à maintenant (les fonctions cognitives fines ou neuropsychologiques), dans un contexte non stigmatisant et non menaçant au plan relationnel pour les jeunes. Ce qui facilite leur motivation à s'engager au sein du traitement. De plus, le fait de débiter un programme de thérapie pendant une période d'hébergement en Centre de réadaptation, a permis d'offrir un traitement de pointe à une population à très haut risque qui, même dans le cadre des services courants en santé mentale, n'a pas tendance à aller vers les services qui lui sont offerts.

Le Centre de réadaptation constitue toutefois un milieu de troisième ligne en protection de la jeunesse et la population qui y est desservie est en général affectée d'une multitude de difficultés nécessitant aussi des services de santé spécialisés ou généraux. Même strictement en santé mentale, les intervenants mettent en garde leurs décideurs contre la tentation éventuelle de « compartimenter » l'offre de services offerte à ces jeunes en besoin de protection sociale ou en milieu de garde, en focalisant sur les seules fonctions cognitives et en considérant la remédiation cognitive comme une « panacée ». Ils ont mentionné clairement l'avantage de considérer un tel traitement comme une des interventions à offrir sans oublier la prise en charge au plan affectif et psychoéducatif (réadaptation).

Or, afin d'envisager la perspective d'inclure éventuellement des services de neuropsychologie (repérage et intervention) à long terme au profit de la population des centres jeunesse, il convient de :

- a. Continuer à quantifier et surtout *qualifier* la nature des difficultés à ce niveau.
- b. Identifier les meilleurs « répondants » ou le profil des jeunes les plus susceptibles de bien répondre aux traitements de pointe éventuellement offerts, de même que les conditions optimales de ceux-ci (ex : longueur des séances, niveaux ou éléments spécifiques à travailler etc.).
- c. Continuer à évaluer et monitorer la faisabilité, l'acceptabilité et les conditions critiques d'implantation de ces conditions de traitement optimales dans un contexte d'efficacité maximisée, et ce, en conservant une perspective globale prenant appui d'abord sur la réalité du jeune et de ses besoins spécifiques.

En d'autres termes, conserver une perspective « d'individualisation des interventions », et « d'hierarchisation des services » propre à la culture organisationnelle du milieu (NADEAU, SIMARD, CHANTAL, 2012 ; NADEAU, PILOTE, TREMBLAY-ROY, Boily, MOREL et CHOUINARD, 2015).

RECOMMANDATION 2

Des travaux de recherche fondamentale, épidémiologique et appliquée (évaluations de programmes), devraient continuer à mieux documenter les questions « a », « b » et « c » ci-dessus au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le suivi d'implantation a également permis de mettre en lumière d'autres enjeux à prendre en compte pour guider l'élaboration de versions améliorées du programme de remédiation cognitive CIRCuiTS au bénéfice d'adolescents victimes de maltraitance, dans le respect de la culture de « réadaptation » en protection de la jeunesse. Dans sa forme actuelle, les intervenants reconnaissent que les coûts, les ressources et les conditions matérielles nécessaires à implanter l'approche de façon la plus optimale possible les ont questionnés.

Outre la fréquence des séances et la longueur du traitement, des modalités visant à offrir le traitement dans le cadre d'approches de groupes ou de mini-ateliers ont été nommées comme des suggestions que pourrait explorer l'équipe de recherche dans ses efforts de développement. Ceci n'est pas étonnant, vu

la culture d'intervention en réadaptation juvénile. Mais de façon plus importante encore, les intervenants planchers ont exprimé le souhait que des ateliers et des outils concrets leur soient offerts afin qu'ils puissent aménager leur propre pratique psychoéducative pour tenir compte des interventions offertes à un jeune en neuropsychologie. Et ce, pour maximiser les bénéfices du traitement comme tel, de même que la motivation du jeune à demeurer engagé au sein de celui-ci.

RECOMMANTATION 3

L'équipe de recherche a davantage à poursuivre ses efforts de développement pour explorer des modalités permettant de bonifier et soutenir la pratique psychoéducative de réadaptation auprès des jeunes suivis en centre jeunesse, à la lumière des connaissances en neuropsychologie.

Finalement, la réalité de la grande instabilité physique et des milieux de vies qui caractérise certains adolescents pris en charge depuis plusieurs années en protection de la jeunesse, met en lumière la nécessité d'une réflexion et d'un dialogue à entamer avec des partenaires comme les foyers de groupes, les familles d'accueil et le monde scolaire (tant pour la scolarisation interne et qu'en milieu naturel). Nous suggérons qu'il apparaît ici pertinent de réfléchir aux modalités permettant de maximiser la facilité avec laquelle la remédiation cognitive pourrait être offerte en dehors du Centre de réadaptation ou encore, le cas échéant, continuer d'être offerte à un jeune qui en aurait bénéficié pendant son séjour.

À plus long terme encore, de tels efforts de réflexion, de dialogue et de développement de services, pourraient servir d'autres efforts novateurs permettant éventuellement à l'ensemble des enfants en besoin de protection sociale qui en auraient besoin, de bénéficier à leur tour de services neuropsychologiques, et ce, avant même l'adolescence. Car sur ce point, les intervenants interrogés habitués à travailler avec les adolescents en centre jeunesse (et connaissant les parcours de vie de ces derniers) sont unanimes : malgré la pertinence non-contredite et les gains notables constatés chez leurs clients, tous ont exprimé plusieurs fois le souhait que les jeunes ayant été victimes de maltraitance soient repérés beaucoup plus rapidement dans leurs parcours de vie au plan de leurs difficultés neuropsychologiques.

RÉFÉRENCES

- Allen, J.-G. (2013). *Restoring mentalizing in attachment relationships : Treating trauma with plain old therapy*. Arlington : American Psychiatric Association.
- Arborio, A.M. et Fournier, P. (2005). *L'Enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris : Armand Colin.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bradbury, H., Mirvis, P., Neilsen, E. et Pasmore, W. (2008). Action research at work : Creating the future following the path from Lewin. Dans P. Reason et H. Bradbury (dir.), *The Sage Handbook of Action Research : participative inquiry and practice* (p. 77-92). London : SAGE.
- Cellard, C. (2013). *Projet IRCAJAR : Intervention par Remédiation Cognitive auprès de Jeunes à Risque. Étude clinique de faisabilité*. Soumission d'un projet de recherche pour une évaluation scientifique et éthique de la phase exploratoire. Présenté au secrétariat à la recherche du CJQ-IU.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Récupéré du site du gouvernement du Canada : http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Davidson, R.J. et McEwen, B.S. (2012). Social influences on neuroplasticity : stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15 (5), 689-695.
- Dyregrov, A. (2010). *Supporting traumatized children and teenagers*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., . . . , Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284 (5), 592-597.
- Kolb, B. et Whishaw, I.Q. (2008). *Fundamentals of neuropsychology (6^e éd.)* : Worth Publishers.
- 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.
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R. et Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Récupéré du site *Nature reviews, neurosciences. Advance online publication* : <http://www.nature.com/nrn/journal/v10/n6/full/nrn2639.html>
- Masson, M., Bussièrès, E.-L., East-Richard, C., R-Mercier, A. et Cellard, A. (2015). Neuropsychological profiles of children, adolescents and adults experiencing maltreatment : A Meta-analysis.

The clinical neuropsychologist, DOI : 10.1080/13854046.2015.1061057.
<http://dx.doi.org/10.1080/13854046.2015.1061057>

Masson, M., East-Richard, C., Cellard, C. (2016, July 20). A meta-analysis on the impact of psychiatric disorders and maltreatment on cognition. *Neuropsychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/neu0000228>

McCrary, E. J., De Brito, S. A., Kelly, P. A., Bird, G., Sebastian, C. L., Mechelli, A., . . . , Viding, E. (2013). Amygdala activation in maltreated children during pre-attentive emotional processing. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (4), 269-276. Doi : 10.1192/bjp.bp.112.116624.

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 (2007). *Note de clarification relative aux compétences matérielle et territoriale des comités d'éthique de la recherche*. Récupéré du site du ministère : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/152.256.0.0.1.0.phtml>

Morin, J., Nadeau, M.E., Nadeau, D., Nolin, P., Bigras, M. et Guay, M.C. (2012). Portrait du développement cognitif de l'enfant victime de maltraitance. Dans M.H. Gagné, S. Drapeau et M.C. St-Jacques (dir.). *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 93-115). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Nadeau, D., Bergeron-Leclerc, C., Pouliot, E., Chantal, M. et Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans M.H. Gagné, S. Drapeau et M.C. St-Jacques (dir.). *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 71-85). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.

Patton, M.Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*, 4th edition. Thousand Oaks, CA : Sage.

Pauzé, R. (2012). *Qualité scientifique de la programmation de recherche*. Section 7B de la demande de renouvellement du budget d'infrastructure et d'accréditation à titre d'Institut universitaire déposé en novembre 2012 au Fonds de la Recherche du Québec – Société et Cultures par le CJQ-IU et rédigé par Robert PAUZÉ, Directeur scientifique. Document interne, non diffusable.

Pearce, J.W. and Pezzot-Pearce, T.D. (2007). *Psychotherapy of abused and neglected children* (2^e éd.) : The Guilford Press.

Pope, C., Zibelman, S. et Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *British medical journal*, 320, 114-116.

Ritchie J. et Spencer L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans A. Bryman et R. Burgess (dir.). *Analysing qualitative data* (p. 173-194). London : Routledge.

Scriven, M. (1981). Summative Teacher Evaluation. Dans J. Millman et L. Darling Hammond (dir.). *The New Handbook of Teacher Evaluation : Assessing elementary and secondary school teachers* (p. 244-271). Newbury Park, CA : Sage.

Scriven, M. (1997). Empowerment evaluation examined. *Evaluation Practice*, 18 (2), 165-175.

Seymour, F.W. et Davies, E. (2002). Using action research to facilitate change in child protection services. *Journal of community psychology*, 30 (5), 585-590.

Spradley, J.-P. (1980). *Participant observation*. New York : Holt, Rinehart & Winston.

Swantz, M.L. (2008). Participatory Action Research as Practice. Dans P. Reason et H. Bradbury (dir.). *The Sage Handbook of Action Research : participative inquiry and practice* (p. 31-48). London : SAGE.

Yin, R. K. (1984). Studying the implementation of public programs. Dans W. William, R.F. Elmore, R.P. Nathan, S.A. MacManus et M. Kirst (dir.). *Studying implementation : Methodological and administrative issues* (p. 36-72). London : Chatham House Publishers Inc.

Annexe « A »

Plan de mise en œuvre du projet IRCAJAR et des travaux de suivi d'implantation

Activités	Livrables	Responsables	Collaborateurs	Échéancier
Sensibilisation des acteurs du milieu	– Rencontres préliminaires de sensibilisation avec décideurs (2).	Caroline Cellard Danielle Nadeau	Isabelle Simard Louis McClish Robert Pauzé Lucette Beaumont	Été et Automne 2012 (réalisé)
	– Rencontres de sensibilisation équipes de gestion et APPR de la DDPP-AU.	Danielle Nadeau	Nadine Morency Paul Langlois Alain Côté	Mai 2013 – (réalisé)
	– Rencontre de sensibilisation intervenants ARH santé mentale.	Danielle Nadeau	Lina Faucher	Mai 2013 – (réalisé)
	– Rencontres d'opérationnalisation des premières phases d'implantation (une fois certification éthique obtenue) – Recrutement, accès aux jeunes, locaux pour les évaluations etc.	Caroline Cellard Danielle Nadeau Geneviève Dufour	(1) Nadine Morency (DSJF) Paul Langlois Marie-Josée De Montigny (DDPP-AU) (2) Robin Paradis Josée Dupuis (DSRI)	Août 2013 – (réalisé)
	– Rencontres comité de gestion DSJF : présentation projet et mobilisation des équipes.	Geneviève Dufour Danielle Nadeau		Octobre 2013 (réalisé)
	– Rencontre comité de gestion DSRI .	Marjolaine Masson Geneviève Dujour Danielle Nadeau		Décembre 2013 (réalisé)
Validation scientifique et obtention des autorisations éthiques	– Dépôt au secrétariat de la recherche du devis de l'étude de faisabilité clinique de IRCAJAR.	Caroline Cellard	Danielle Nadeau	Mars 2013 (réalisé)
	– Réponse à la lettre du CCR et dépôt du devis pour le suivi d'implantation	Caroline Cellard	Danielle Nadeau	Mai 2013 (réalisé)
	– Obtention de la certification éthique	Caroline Cellard	Danielle Nadeau	Été 2013 (réalisé)
Présentation du programme et recrutement – Étude de faisabilité	– Rencontres d'opérationnalisation équipes d'intervenants terrain : présentation projet et recrutement.	Caroline Cellard et Alexandra R.-Mercier	Danielle Nadeau et Alexandra R-Mercier Lina Faucher et ARH charges de cas en santé mentale	Automne 2013 (réalisé)
	– Sensibilisation de certains chefs d'unités et éducateurs d'unités : inclusion dans la programmation individualisée du jeune.	Geneviève Dufour Marjolaine Masson Danielle Nadeau		
	– Début des activités de recrutement pour l'Étude clinique de faisabilité.	Caroline Cellard Alexandra R. Mercier	Geneviève Dufour et ARH charges de cas en santé mentale.	Octobre Novembre Décembre 2013 (réalisé)
	– Vérifications et relances, le cas échéant aux ARH.	Alexandra Marcoux	<i>Idem</i> que ci-haut.	

Activités	Livrables	Responsables	Collaborateurs	Échéancier
Évaluation des jeunes référés	– Environ trois heures d'évaluation (effectuée au Centre de réadaptation fréquenté par le jeune) (voir Projet de recherche IRCAJAR, p.6).	Caroline Cellard	Assistants de recherche : Caroline East-Richard Alexandra R-Mercier Marjolaine Masson	Automne 2013 à août 2016 (réalisé)
Dispensation du traitement	– Traitement d'une durée de trois mois (voir Projet de recherche IRCAJAR).	Caroline Cellard	Thérapeutes : C. East-Richard A. R-Mercier	Automne 2013 à août 2016 (réalisé)
Documenter les étapes, difficultés et apporter ajustements si requis	– Retour fait aux ARH, Équipe santé et Psychologues sur le déroulement de l'étude de faisabilité (nb de participants, difficultés etc.). – Analyses des observations (journal de bord)	Caroline Cellard Alexandra R. Mercier Alexandra R.Mercier	Geneviève Dufour Danielle Nadeau	Mars, mai, juin et octobre 2014 <i>Continu à A2016</i>
Mesures post-test (jeunes) Fonctionnement clinique Pertinence du programme	– Environ trois heures d'évaluation (effectuée au Centre de réadaptation fréquenté par le jeune) (voir Projet de recherche IRCAJAR, p.6). – Prises de mesure : fin de la thérapie, suivi 3 mois et suivi 1 an	Caroline Cellard	Assistants de recherche : Caroline East-Richard Alexandra R-Mercier Marjolaine Masson	Hiver 2013 à août 2016 (réalisé)
Renouvellement de la certification éthique à demander	– Demandes adressées en : ▪ Mai 2014 pour obtention en juin 2014. ▪ Mai 2015 et Mai 2016 pour obtention en juin 2016.	Caroline Cellard	Caroline E.-Richard Danielle Nadeau	Mai 2014, mai 2015 et mai 2016 (réalisé)
Documentation Post (intervenants) Pertinence du programme et plus-value	– Retour aux équipes (Équipe Santé, SAC et Psychologues) : Évolution du projet, résultats préliminaires et groupes de discussions sur la pertinence et la plus-value.	Danielle Nadeau Alexandra R-Mercier	Chefs de services : Bernard Ladrie Stéphanie Gagnon	Janvier, février septembre 2016 (réalisé)
Rapport de suivi d'implantation.	– Préparation d'un rapport de suivi d'implantation avec recommandations.	Danielle Nadeau	Alexandra R.-Mercier	Octobre 2016
Diffusion au sein du milieu : – Résultats du programme	Participation à la journée de la recherche 2015 (Étude de faisabilité)	Caroline Cellard Alexandra R.Mercier	Danielle Nadeau Réjean Lemay	Printemps 2015 (réalisé) Hiver 2015

Annexe « B »

Rencontres réalisées en cours d'implantation¹

1. Comité de gestion et comité d'implantation. **28 août 2013**
2. Intervenants psychosociaux responsables des charges en santé mentale (ARH). **11 octobre 2013**
3. Comité de gestion de la direction des services aux jeunes et aux familles (DSJF – Ancien *Centre Jeunesse de Québec-Institut universitaire* avant la fusion du réseau SSSS). **22 octobre 2013**
4. La direction des services de réadaptation en internat et en foyer de groupe (DSRI-FG; Ancien *Centre Jeunesse de Québec-Institut universitaire* avant la fusion du réseau SSSS). **17 décembre 2013**
5. Intervenants psychosociaux responsables des charges en santé mentale (ARH) suivi du recrutement (Ancien *Centre Jeunesse de Québec-Institut universitaire* avant la fusion du réseau SSSS). **20 mars 2014**
6. Rencontre avec les psychologues en Centre de Réadaptation interne (Ancien *Centre Jeunesse de Québec-Institut universitaire* avant la fusion du réseau SSSS). **19 juin 2014**
7. **En mai et juin 2014**, les unités Étape, Passage et Oasis du Gouvernail et Percevant et Mistral de l'Escale ont été visitées afin de présenter le projet aux éducateurs spécialisés et ainsi optimiser le recrutement.
8. Rencontre avec l'équipe du *Service Santé pour les jeunes en protection de la jeunesse* du CIUSSS de la Capitale-Nationale (équipe d'infirmiers et infirmières). **15 octobre 2015**

¹ N'incluent pas les groupes de discussion dans le cadre du suivi en post-implantation.

Annexe « C »

Points abordés lors de la rencontre

IRCAJAR (Thérapie CIRCuiTS)
Suivi post-implantation

1. Présentation Power Point - résultats préliminaires IRCAJAR (10 minutes).
 - a. Retour sur la thérapie CIRCuiTS (en bref)
 - b. Présentation des jeunes référés (n=10)
 - i. Milieux, données socio-démo, professionnels ayant référés etc.
 - ii. Adhérence au traitement par les participants
 - c. Résultats préliminaires (améliorations différents domaines cognitifs)
 - d. Acceptabilité du programme CIRCuiTS
 - i. Par les jeunes
 - ii. Par les thérapeutes
2. Enjeux associés à la faisabilité en cours d'implantation (10 minutes).
 - a. Ajustements apportés au programme de thérapie
 - b. Perceptions des thérapeutes de CIRCuiTS quant au milieu
 - c. Commentaires des équipes d'intervenants du CJQ-IU en cours d'implantation
3. **Questions (focus group) post-implantation** (40 minutes).
4. Points d'information sur autres travaux en neuropsychologie (Chaire Richelieu).

AM/DN

Annexe « D »

Suivi d'implantation IRCAJAR

Arborisation de l'analyse de contenu des propos des intervenants (groupes de discussion)

1. Pertinence et plus-value de la thérapie IRCAJAR

- a. Pertinence
- b. Plus-value
 - a. Autonomie fonctionnelle et estime de Soi
 - b. Avantages liés au processus d'évaluation préalable
 - c. Autres avantages
- c. Outil attractif et non menaçant

2. Aspects à considérer par les promoteurs

- a. Aspect plus contraignants ou bémols à prendre en compte
 - a. Courts séjours répétés en Centre de réadaptation (« CR »)
 - b. Jeunes référés ne représentent pas l'ensemble de la clientèle en CR
 - c. Intervention coûteuse
- b. Suggestions
 - a. Ateliers de groupe
 - b. Remédiation cognitive de façon plus précoce (avant l'adolescence)
 - c. Continuité, généralisation et transférabilité de l'intervention
 - d. Adjuvant pour soutenir les fonctions cognitives en présence de comorbidités
 - e. Thérapie plus courte (ou raccourcir la thérapie)
 - f. Sphère affective et relationnelle et régulation des émotions
 - g. Flexibilité nécessaire dans l'intervention (à maintenir)

