

Université de Montréal

COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS POUR MIEUX
INTERVENIR : INCURSION DANS LE MONDE DES JEUNES DE PARC-
EXTENSION

par
Catherine Quimper

École de service social
Faculté des arts et des sciences

Essai critique présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M.Sc.
en service social

Avril 2014

Catherine Quimper, 2014

Université de Montréal

Cet essai critique intitulé :

COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS POUR MIEUX
INTERVENIR : INCURSION DANS LE MONDE DES JEUNES DE PARC-
EXTENSION

présenté par
Catherine Quimper

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annie Fontaine, professeure adjointe
Directrice de maîtrise

Céline Bellot, professeure agrégée
Examinatrice externe

Table des matières

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS | I |
| COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS POUR MIEUX INTERVENIR : INCURSION DANS LE MONDE DES JEUNES DE PARC-EXTENSION..... | 1 |
| CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES – RECENSION DES ÉCRITS | 4 |
| Regard de la psychologie sur la santé mentale des adolescents | 6 |
| Méthodologies et approches d'intervention en psychologie | 8 |
| Regard de la psychiatrie sur la santé mentale des adolescents | 11 |
| Méthodologies et approches d'intervention en psychiatrie | 12 |
| Regard de la psychiatrie sociale sur la santé mentale des adolescents | 13 |
| Comprendre le cadre d'analyse de la psychiatrie sociale | 13 |
| Méthodologies et approches d'intervention en psychiatrie sociale | 15 |
| Regard du travail social sur la santé mentale des adolescents..... | 16 |
| Méthodologies et approches d'intervention en travail social | 19 |
| Recourir aux services en santé mentale..... | 22 |
| CHAPITRE 2 : PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION | 24 |
| Milieu d'intervention..... | 24 |
| Programme Santé mentale jeunesse | 25 |
| Public ciblé par le projet d'intervention | 27 |
| Présentation du quartier Parc-Extension..... | 27 |
| Les participants au projet d'intervention | 28 |
| Présentation du projet d'intervention | 31 |
| Méthodologie d'intervention | 32 |
| Intervention individuelle | 32 |
| Intervention de groupe..... | 35 |
| Cadre d'analyse : le cadre théorique éco-systémique..... | 36 |
| Définir le cadre théorique éco-systémique | 37 |
| Pertinence de l'utilisation du cadre éco-systémique pour le projet d'intervention..... | 38 |
| Approche d'intervention : l'intervention culturellement sensible | 41 |
| CHAPITRE 3 : ANALYSE CRITIQUE | 44 |
| Bilan de l'implantation du projet d'intervention | 44 |
| Le projet de départ..... | 44 |
| La co-création..... | 45 |

| | |
|---|----|
| À l'interne : l'implication de l'équipe SMJ..... | 45 |
| À l'externe : l'implication de partenaires du milieu communautaire..... | 46 |
| Intégrer les trois volets du projet de stage : la clinique, le milieu communautaire et le travail de rue..... | 49 |
| Les facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation..... | 50 |
| Au plan organisationnel..... | 51 |
| Au plan professionnel..... | 52 |
| Au plan sociétal | 53 |
| Bilan de l'intervention..... | 54 |
| Portrait des participants | 54 |
| Les suivis individuels à la clinique Santé mentale jeunesse..... | 55 |
| Les participants aux soirées-discussion du CCJU | 56 |
| Les participants aux soirées avec PACT de rue | 57 |
| Activités réalisées dans le cadre du projet d'intervention | 57 |
| A la clinique Santé mentale jeunesse | 57 |
| En maison de jeunes au CCJU..... | 59 |
| En contexte de rue avec PACT de rue..... | 61 |
| Les résultats obtenus | 63 |
| Sur les questions se rapportant à la santé mentale posées aux adolescents | 63 |
| Pousser l'analyse un peu plus loin..... | 66 |
| Les facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'intervention | 69 |
| Questionnements éthiques | 69 |
| CONCLUSION | 70 |
| SOURCES DOCUMENTAIRES | 72 |
| Annexe 1 Énoncés sur la santé mentale se rapportant à l'atelier de la première soirée-discussion au CCJU | i |
| Annexe 2 Les réponses obtenues aux questions sur la santé mentale posées aux adolescents..... | iv |
| Annexe 3 Données recueillies lors de l'atelier tenu au cours de la première soirée-discussion au CCJU (jeu des énoncés et des cartons)..... | ix |

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Marie-Hélène Rivest, l'équipe Santé mentale jeunesse et le CSSS de la Montagne de m'avoir accueillie et permis de réaliser ce projet qui me tenait beaucoup à cœur. J'ai eu la chance d'être entourée de professionnels compétents et passionnés qui m'ont énormément appris sur la santé mentale.

Merci à Marco et au Centre communautaire jeunesse unie d'avoir montré un si grand intérêt pour mon projet, d'avoir fait preuve d'ouverture et, surtout, de m'avoir fait confiance. Grâce à vous, ce projet a pris la direction que j'espérais et a contribué à donner au travail social en milieu communautaire l'importance que je lui accorde.

Merci à Vincent pour ton enthousiasme, ta disponibilité, ta patience et ta générosité. Merci de m'avoir laissée entrer et guidée dans ton univers et celui des jeunes. Grâce à ta précieuse collaboration, j'ai pu établir un lien inespéré avec les ados de Parc-Ex et faire considérablement avancer le projet. Merci de m'avoir dit que je m'étais bien débrouillée dans ce monde qui m'était si peu familier et de ne pas m'avoir trouvée trop « nerd ». Merci pour ces après-midi à refaire le monde autour d'une tasse de thé.

Merci à tous les jeunes qui ont participé à mon projet, de près ou de loin. Merci à ceux qui m'ont ouvert leur cœur, confié leurs bonheurs et leurs peines. Vous m'avez souvent fait rire, parfois émue aux larmes. Merci d'être spontanés, authentiques, créatifs. L'adolescence n'est pas toujours facile, la vie d'adulte non plus. Mais vous avez des forces insoupçonnées, des qualités indéniables. Vous êtes beaux. Vous êtes forts. Ne laissez jamais rien ni personne vous convaincre du contraire.

Merci à ma « gang » de l'AHC pour avoir été des collègues en or. Grâce à vous, j'ai passé mes deux plus belles années à l'université. L'AHC est plus qu'un simple emploi étudiant, c'est un milieu de vie, une deuxième maison (où on y passe plus de temps d'ailleurs !). Merci pour votre humour complètement déjanté, votre « feu sacré », votre créativité. Merci d'avoir mis tellement de joie dans ma vie, de m'avoir fait oublier les moments les plus difficiles, de m'avoir fait porter les costumes les plus ridicules. Vous

êtes des êtres exceptionnels et ce fut un immense bonheur de « travailler » avec vous. C'est avec un très gros pincement au cœur que je vous quitterai l'an prochain.

Merci à Annie Fontaine de m'avoir accompagnée, soutenue et encouragée tout au long de cette grande aventure. Merci pour ton professionnalisme et ta rigueur. Merci pour ton dévouement, ta générosité et ta passion. Merci pour ton empathie et ta si grande humanité. J'ai adoré travailler avec toi, être constamment stimulée et poussée à aller plus loin. Ce fut un réel privilège d'avoir fait ce bout de chemin avec toi.

Merci à ma « gang » de la maîtrise, la cohorte de feu ! Vous êtes des femmes (et un homme !) magnifiques, inspirantes. Merci d'avoir été là du début à la fin. Je n'y serais probablement pas arrivée en un morceau sans votre soutien et vos encouragements. Merci d'être si enflammées, d'avoir mille et un projets en tête, de vouloir changer le monde. Chacune, vous m'avez apporté quelque chose de différent, d'unique, qui fait maintenant partie de moi. Merci d'avoir été infiniment plus que des collègues, merci d'avoir été des amies. Bravo à nous d'avoir été si étroitement liées l'une à l'autre et d'avoir créé un noyau d'amour et d'entraide si solide.

Merci à mes amies de longue date, mes piliers, d'être les meilleures amies du monde. Merci de m'avoir écoutée, d'avoir toujours cru en mes capacités (plus que moi !), de m'avoir obligée à sortir de la maison, d'avoir été si compréhensives. Merci pour votre disponibilité à toute heure du jour et de la nuit, pour votre amour inconditionnel.

Merci à mes parents de m'avoir donné les « outils de la vie » dont j'ai tant eu besoin pour réussir tout ce que j'ai entrepris. Merci pour votre présence et votre amour. Merci à ma famille de faire partie de ma vie.

Merci à toutes les autres personnes d'exception qui ont croisé ma route et qui l'ont parsemée de bonheur ici et là.

COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS POUR MIEUX INTERVENIR : INCURSION DANS LE MONDE DES JEUNES DE PARC- EXTENSION

La santé mentale suscite encore aujourd'hui une grande curiosité, des interrogations et moult remises en question au sein de la société québécoise. Certaines figures publiques en font la promotion dans le cadre de vastes campagnes de financement et de sensibilisation alors qu'une mobilisation toujours plus grande se fait sentir dans la sphère politique en matière de prévention. Qu'est-ce que la santé mentale ? Voilà une fascinante question qui en laisse plusieurs perplexes.

C'est à partir d'une méconnaissance du sujet qu'est née, étonnamment, ma passion pour ce domaine de recherche et d'intervention. Lors de mon premier stage en service social auprès des personnes âgées, j'ai développé un intérêt toujours plus grand pour comprendre ce volet du bien-être général qui ne se trouve pas nécessairement au niveau physique, matériel ou émotionnel mais plutôt dans les méandres de l'esprit. J'étais captivée par cette dimension à mes yeux nouvelle, de par son extraordinaire portée et sa stimulante complexité.

À cela s'ajoute mon affection toute particulière pour les jeunes. L'adolescence est une période fantastique. Tant de transformations s'observent, tant de rêves se chérissent et tant de possibilités se présentent. Cette phase de la vie n'est certes pas toujours douce, elle porte parfois un goût amer. Mais la difficulté de certains obstacles rencontrés n'a d'égale que la fabuleuse capacité d'adaptation dont les adolescents savent faire preuve. Ils sont audacieux et forts. Les adolescents m'inspirent.

C'est à partir de ces deux éléments qu'a commencé à germer l'idée d'un projet d'intervention lié à la santé mentale des adolescents. En entrant d'abord en contact avec des intervenants d'une école secondaire située dans le quartier Côte-des-Neiges, à Montréal, j'ai pris conscience du défi que représente la prévention en santé mentale chez les jeunes. Mis à part certains programmes de prévention spécifiques concernant la violence dans les relations amoureuses, la consommation de substances ou encore

l'intimidation, la santé mentale ne fait généralement pas partie des stratégies scolaires de sensibilisation auprès des adolescents.

Dans le cadre de la maîtrise en service social, mon stage d'intervention a été mis en place au sein du programme Santé mentale jeunesse (SMJ) du Centre local de services communautaires Parc-Extension (CLSC). Ce programme fait partie de la Direction des services spécifiques du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne (CSSS), soit l'une des trois grandes directions qui composent cette institution. En bref, le programme Santé mentale jeunesse de Parc-Extension s'adresse aux jeunes de 0 à 17 ans en situation de détresse psychologique dont le volet culturel, dans la majorité des cas, est largement concerné. En effet, l'équipe multidisciplinaire de Parc-Extension travaille en étroite collaboration avec les professionnels de pédopsychiatrie transculturelle dédiée à cette population.

À mon arrivée, le projet d'intervention est passé à travers un long processus de co-construction avec le milieu. Il me fallait trouver un projet qui soit bien ancré dans l'environnement de la clinique Santé mentale jeunesse, tout en ayant, dans la mesure du possible, un aspect novateur. C'est alors que je suis tombée sur le document qui allait fonder les bases de mon projet. Il s'agit du *Continuum de services aux personnes présentant des problèmes de santé mentale*, élaboré en 2009 par la Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire et par la Direction des services généraux et services spécifiques du CSSS de la Montagne. Dans la foulée du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du gouvernement du Québec, le CSSS s'est donné pour mission de réaliser un état de situation quant aux besoins de la population et d'établir les priorités d'action qu'il devrait mettre en œuvre afin d'améliorer l'accès et favoriser une meilleure intégration des services en santé mentale sur son territoire.

Ce projet clinique a fait ressortir que, selon l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais (2006), 18% des jeunes (0-18 ans) vivant sur le territoire du CSSS de la Montagne auraient besoin de services en santé mentale pour cause de troubles transitoires (graves ou persistants). Du nombre de jeunes ayant besoin de services, soit 6 569 jeunes, seulement 878 (13%) ont été rejoints. Cela signifie qu'environ un jeune sur 10 reçoit les services en santé mentale nécessaires, sans compter les jeunes dont le trouble de santé

mentale n'a pas été identifié ou reconnu, ce qui pourrait faire baisser encore plus dramatiquement le taux de percée.

Les trois constats issus des forums Adolescence orchestrés dans le cadre du projet clinique *Continuum de services aux personnes présentant des problèmes de santé mentale* qui ont retenu mon attention sont les suivants :

1. Accès à des services de proximité : le CSSS doit intervenir dans les milieux de vie, plus près des jeunes et de leur famille. L'intervention directe dans la communauté, par exemple à l'école, est essentielle pour augmenter l'accessibilité et l'assiduité aux services.
2. Manque de connaissance des besoins spécifiques des jeunes du territoire en matière de santé mentale : l'état actuel des connaissances quant aux principaux problèmes qui touchent plus particulièrement les jeunes pointe vers l'anxiété, la dépression, les problèmes d'adaptation et l'idéation suicidaire. Cependant, ces données sont basées majoritairement sur l'expérience professionnelle. Il faut développer un moyen de quantifier les besoins des jeunes.
3. Méconnaissance des ressources : les intervenants du réseau connaissent peu les ressources de la communauté, d'où la difficulté de référer les adolescents vers celles-ci et la perte de temps associée à leur recherche. La variété des problèmes en santé mentale nécessite la mise à jour régulière des ressources disponibles et le développement de partenariats entre les organismes communautaires, les écoles et le CSSS.

Dans l'optique d'un avancement des connaissances et d'une contribution à l'innovation sociale, cet essai critique se veut une réflexion sur la question de la prévention en santé mentale auprès des adolescents du quartier Parc-Extension. En se basant sur les trois constats énumérés ci-haut, soit la nécessité de développer des services de proximité, le besoin d'améliorer les connaissances sur les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes, ainsi que l'importance de créer des partenariats avec tous les acteurs de la communauté, le projet de stage vise à explorer les stratégies qui permettraient de répondre à ces orientations. La démarche comprend donc trois volets : l'intervention individuelle à la clinique Santé mentale jeunesse; l'intervention de groupe et le

développement d'un partenariat avec le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) et l'intervention en contexte de rue avec l'organisme PACT de rue. L'objectif commun derrière ces trois volets d'intervention est d'aller à la rencontre des jeunes de Parc-Extension dans des contextes variés (incluant leur milieu de vie) et de comprendre leurs perceptions sur la santé mentale afin d'ouvrir un champ de réflexion sur ce qui pourrait aider le CSSS à mieux répondre à leurs besoins.

Cet essai comprend trois chapitres. Le premier présente la recension des écrits portant sur la question de la santé mentale chez les adolescents en faisant ressortir les cadres d'analyses généralement utilisés pour comprendre cette question, les méthodologies d'intervention ainsi que les approches habituellement employées pour intervenir dans ce domaine. Le deuxième chapitre présente d'abord de manière approfondie le milieu d'intervention et le programme dans lequel le projet s'inscrit. Puis, il expose et justifie le cadre d'analyse, la méthodologie et l'approche retenus pour le projet d'intervention. Le troisième chapitre établit les bilans d'implantation et d'intervention du projet en analysant notamment ce qui a favorisé et a fait obstacle à celui-ci aux plans organisationnel, professionnel et sociétal, et la pertinence des choix théorique et méthodologique qui y sont liés. L'essai se conclut par une discussion sur les questionnements qui demeurent sans réponse et les éléments d'approfondissement qui pourraient être abordés à la suite de ce projet.

CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES – RECENSION DES ÉCRITS

La santé mentale est un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre au cours des trente dernières années dans plusieurs disciplines dont la psychologie, la psychiatrie et le travail social. La question a été traitée par des professionnels et des chercheurs de tous horizons, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, ce qui a généré le développement de visions parfois similaires, parfois diamétralement opposées. Or, les écrits montrent que l'observation de la santé mentale chez les adolescents a été négligée et que peu d'études ont été consacrées à cette population (Buston, 2002), particulièrement au sein des différentes communautés culturelles présentes dans les pays dits « développés » (Byck *et al.*, 2013).

La santé mentale chez l'enfant et l'adolescent est définie comme la capacité de croître aux niveaux psychologique, émotionnel, intellectuel et spirituel; d'initier et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes; d'avoir la conscience de l'autre et de l'empathie; de jouer et d'apprendre selon le groupe d'âge et le niveau intellectuel appropriés et enfin, de développer son sens moral du bien et du mal (Gilliland *et al.*, 2010). Selon plusieurs études (Stern *et al.*, 1999; Burnett-Zeigler *et al.*, 2011), la prévalence des troubles de santé mentale chez les adolescents se situe entre 13 et 32%, l'apparition des premiers troubles se manifestant entre 12 et 24 ans, mais la majorité serait détectée plus tard dans la vie adulte (Patel *et al.*, 2007). Ce retard dans l'identification et, par conséquent, le traitement des troubles de santé mentale chez les adolescents, entraîne sont lot de conséquences, telles que de plus faibles niveaux d'instruction et de réussite scolaire, la consommation et l'abus de substances, la violence et une santé sexuelle et reproductive plus à risque (Patel *et al.*, 2007). Malgré ces données inquiétantes, seulement 7% des pays dans le monde¹ ont une politique claire en santé mentale pour les enfants et les adolescents (Patel *et al.*, 2007).

La recension des écrits réalisée dans le cadre de cet essai se veut une exploration des principaux courants qui ont façonné, au cours des dernières décennies, la définition et la compréhension de la santé mentale chez les adolescents. Considérant la problématique énoncée en introduction, soit la sous-utilisation des services publics en santé mentale par les adolescents, et le contexte du milieu de l'intervention, le quartier fortement multiethnique de Parc-Extension, cette recension s'intéresse à la vision des auteurs de différentes disciplines qui abordent la question de la santé mentale chez les adolescents sous l'angle de l'importance du facteur culturel dans l'interprétation de cette problématique. Les quatre courants présentés sont la psychologie, la psychiatrie et le sous-courant de la psychiatrie sociale et le travail social. Pour chacun sont explicitées les méthodologies d'intervention utilisées et les approches généralement employées dans ce champ d'intervention. La dernière section de ce chapitre est consacrée à la recension des facteurs pouvant favoriser ou faire obstacle à l'accès aux services en santé mentale chez les adolescents.

¹ De ce nombre, 78% des politiques en santé mentale pour la jeunesse se trouvent dans les pays développés (Patel *et al.* 2007).

Regard de la psychologie sur la santé mentale des adolescents

En psychologie, la santé mentale des adolescents est souvent abordée sur le plan des symptômes, qui sont divisés en deux groupes : les manifestations symptomatiques de type intériorisé et les manifestations symptomatiques de type extériorisé. Les premières font référence au stress vécu de façon interne chez l'adolescent, comme la dépression, l'anxiété, les obsessions et les compulsions, les troubles alimentaires, les phobies, les psychoses, etc. Les secondes renvoient à des comportements présentés par l'adolescent qui l'emmènent à entrer en conflit avec les autres, tels que l'agressivité, la délinquance, le refus de l'autorité, les comportements sexuels inappropriés, la dépendance aux substances, etc. Dans les deux cas, ces problèmes sont sévères et sont de nature à affecter sérieusement son développement (Sirin *et al.*, 2013; Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, 2014).

D'après Sirin *et al.*, la plupart des recherches effectuées en psychologie ont, à ce jour, porté sur les manifestations symptomatiques de type extériorisé, ce qui suggère un biais sur la façon dont la société voit la jeunesse contemporaine. De plus, peu d'écrits sont disponibles sur les manifestations de type internalisé chez les adolescents immigrants de première (nés à l'extérieur du pays d'accueil) ou de deuxième (nés dans le pays d'accueil mais dont au moins un des deux parents est né à l'extérieur du pays d'accueil) génération venant d'études longitudinales qui couvrent toute la période de l'adolescence (12-19 ans). L'étude de Sirin *et al.* vient combler ce vide et présente des résultats intéressants. Les auteurs se sont penchés sur le lien entre le phénomène d'acculturation et l'évolution des symptômes de type internalisé chez les adolescents immigrants. L'acculturation, dans ce contexte, est définie comme l'ensemble des défis liés à la négociation sociale et culturelle rencontrés par les adolescents immigrants entre le pays d'origine et le pays d'accueil (p. 737). Le stress engendré par ce processus a différentes sources, comme l'apprentissage de nouvelles règles sociales, qui entraînent parfois la confusion, l'expérience du racisme et de la discrimination et le conflit intergénérationnel, dont l'objectif est de trouver un équilibre entre la conservation des éléments de la culture d'origine et l'appropriation des éléments de la culture d'accueil (p. 737). Les recherches de Sirin *et al.* ont par ailleurs démontré qu'au cours de l'adolescence, les symptômes de type internalisé (anxiété, dépression et symptômes somatiques) ont tendance à diminuer, mais lorsque le facteur de

l'acculturation est pris en compte, ils augmentent de façon notable. Par conséquent, les auteurs avancent que le processus d'acculturation est un facteur déterminant de la santé mentale des adolescents immigrants.

Les travaux de Kenny *et al.* (2013) présentent un autre aspect de la santé mentale chez les adolescents sous la loupe de la psychologie. L'adolescence est une période de changements importants dans les relations interpersonnelles et la construction du réseau social. Les auteurs analysent l'impact des relations parentales, amicales et amoureuses sur la santé mentale des adolescents. Premièrement, concernant les relations parentales, lorsque les enfants deviennent adolescents, leur réseau de socialisation primaire passe de la famille aux pairs. En quête d'autonomie, les adolescents se tournent davantage vers leurs amis que leurs parents pour obtenir du soutien, avec qui les tensions et les conflits à intensité modérée sont sains et vont en diminuant avec l'âge. Selon Kenny *et al.*, les études ont montré que des relations positives entre les parents et leurs adolescents, basées sur le soutien, l'affection et l'approbation, entraînent des taux moins élevés de dépression chez les jeunes. À l'inverse, les conflits intenses et répétés, l'autorité abusive et une communication déficiente sont associés à un bien-être général plus faible. Certaines recherches ont même observé une corrélation positive entre un haut niveau de critique de la part des parents et des comportements d'automutilation chez les adolescents. Deuxièmement, au niveau des relations amicales, les amitiés sincères et solides sont considérées comme les liens les plus importants pour les adolescents, surtout au début de l'adolescence. Toujours selon Kenny *et al.*, plusieurs études ont d'ailleurs démontré l'impact positif d'un bon réseau social sur le bien-être des adolescents. Le degré d'intimité perçu par ces derniers dans leurs relations amicales est l'élément qui semble avoir le plus grand impact sur la prévalence de l'anxiété sociale chez les jeunes. Finalement, c'est généralement à l'adolescence que les individus expérimentent leurs premières relations amoureuses. Kenny *et al.* rapportent que peu d'études ont analysé l'impact des relations amoureuses sur la santé mentale des adolescents, mais d'après quelques recherches, les relations positives semblent augmenter les compétences sociales des jeunes alors que les relations négatives sont plus souvent reliées à des symptômes dépressifs.

L'exemple des recherches de Sirin *et al.* et de Kenny *et al.* en psychologie fait ressortir l'importance de l'acculturation et des relations interpersonnelles pour comprendre l'enjeu de la santé mentale chez les adolescents. La section suivante présente les méthodologies et approches d'intervention dominantes en psychologie.

Méthodologies et approches d'intervention en psychologie

L'intervention individuelle en psychologie

Deux types d'intervention individuelle sont prédominants dans les écrits : la thérapie psychodynamique et l'approche cognitive-comportementale. La thérapie psychodynamique tire ses sources de la psychanalyse et utilise principalement le concept de l'inconscient. Un lien est « établi entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle. La personne est ainsi amenée à prendre progressivement conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement » (Ordre des psychologues du Québec). Concernant le problème de l'automutilation, par exemple, Larose (2009) a recensé deux thérapies psychodynamiques dominantes. La première est la thérapie de Krenberg, dont l'objectif est d'analyser le sens du comportement dans le transfert. Ses construits de base sont la relation à l'objet, la diffusion de l'identité ainsi que l'agression alors que l'aspect central de la thérapie est l'alliance thérapeutique. La seconde est la thérapie de Rockland (aussi appelée thérapie de soutien d'orientation psychodynamique) et elle « s'inspire d'une compréhension dynamique de la personnalité tout en incluant des interventions cognitives comportementales et pharmacologiques » (p. 11). Son objectif est de renforcer les fonctions du *moi* permettant une meilleure adaptation.

L'approche cognitive-comportementale est une « psychothérapie centrée sur la modification de pensées et de comportements problématiques. [Elle] applique des principes dérivés de la recherche scientifique afin de traiter et modifier certains comportements humains. [Elle] s'intéresse d'abord à la solution des problèmes actuels et en second lieu uniquement, à la compréhension de leur origine dans le passé » (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2014). Elle se qualifie comme une intervention active, directive, structurée et relativement de courte durée (Idem).

L'approche cognitivo-comportementale comporte six objectifs essentiels auprès des adolescents : améliorer leurs habiletés sociales ; augmenter leur nombre d'activités plaisantes ; promouvoir la relaxation ; augmenter les pensées positives et diminuer les pensées négatives ; favoriser la communication et finalement, améliorer leurs aptitudes en résolution de problèmes et maintenir les gains acquis (Phillips *et al.* 2003).

L'intervention individuelle ou de groupe en psychothérapie

Les approches issues de la psychothérapie sont très présentes, voire dominantes, dans les écrits sur la prévention en santé mentale auprès des jeunes. Au Québec, deux programmes ont été implantés depuis quelques années dans plusieurs écoles secondaires de la province. Le premier, le programme d'intervention Pare-Chocs pour adolescents dépressifs, vise à prévenir ou réduire la dépression chez les adolescents par l'enseignement d'habiletés spécifiques de protection : habiletés sociales; autocontrôle et augmentation du niveau d'activités plaisantes; diminution des distorsions cognitives; techniques de relaxation; habiletés de communication, de négociation et de résolution de problèmes et finalement, estime de soi et image corporelle. Un autre objectif est d'accompagner les parents des jeunes participants afin qu'ils puissent soutenir et mieux comprendre leur enfant. Le programme Pare-Chocs consiste donc essentiellement en une trousse comprenant des outils d'animation de groupes d'adolescents dépressifs que les professionnels détenant une formation en santé mentale et en animation de groupe peuvent utiliser (psychologue, psychologue scolaire, psychoéducateur et travailleur social). Le programme s'échelonne sur douze rencontres avec des groupes de 6 à 10 adolescents de 14 à 17 ans ainsi que sur trois rencontres avec les parents des participants (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec - *CTREQ*).

Le second programme québécois, celui de Réseau Ado du Québec², est similaire au premier puisqu'il s'agit également d'une intervention de groupe. Deux animateurs formés par l'organisme se chargent d'encadrer la discussion entre des jeunes volontaires souhaitant participer à l'atelier qui se déroule pendant les heures de classe. Cinq questions préétablies permettent aux animateurs d'orienter la discussion et de tendre vers les objectifs qu'elles sous-tendent, soit la prévention du suicide, le développement de la

² Informations obtenues directement de la superviseure de Réseau Ado du Québec, Mme Mia Guillemette.
Nom du document : Protocole d'entente (confidentiel, sur demande seulement).

réflexion sur la santé mentale et l'augmentation des connaissances du réseau d'aide et de références qui entoure les jeunes.

Un élément retient particulièrement l'attention dans le programme de Réseau Ado : le fait que le sujet du suicide n'est jamais abordé directement dans les groupes de discussion. Cette volonté de l'organisme de prendre des chemins alternatifs pour traiter la question est une stratégie reconnue dans les écrits pour combattre le phénomène de contagion chez les adolescents. Plusieurs études montrent que le fait de publiciser certaines pratiques, comme le suicide, l'automutilation ou les troubles alimentaires, peut encourager ou déclencher cette pratique chez un jeune possédant certaines dispositions (par exemple, la dépression ou l'anxiété). La contagion se fait par les médias, Internet (les sites et les forums), les articles de journaux scolaires et les discussions en classe, mais surtout entre pairs. Puisque les adolescents ont accès à toute sorte d'information, il est recommandé de leur transmettre une information adéquate (sans tenir de discussion ouverte en groupe), de leur donner accès aux ressources disponibles et de leur fournir un support constant. Un acte tel que le suicide ou la tentative de suicide doit toujours être mis en contexte et être inscrit dans un large spectre d'autres comportements d'adaptation inadéquats. Ainsi, les écoles doivent suivre des lignes directrices et des politiques claires à ce sujet (Toste et Heath, 2010).

Les interventions individuelles ou de groupe en psychothérapie ont pour point commun, tout comme l'intervention individuelle en psychologie, d'aborder la santé mentale de façon relativement individuelle chez les adolescents. L'attention est portée sur leurs émotions et leurs comportements que la psychothérapie tente de modifier par le *counseling*. Les éléments présents dans l'environnement plus large ne sont pas pris en compte. Il est cependant intéressant de remarquer que certains programmes ouvrent une brèche sur l'intervention de type systémique, telle que celle-ci sera présentée dans la section *Regard du travail social sur la santé mentale des adolescents*. Le programme Pare-Chocs, par exemple, inclut les parents (donc le sous-système familial) dans son programme de rencontres. Réseau-Ado fait également un effort en ce sens en encourageant la réflexion des jeunes sur les changements possibles dans le domaine de la santé mentale à un niveau systémique.

Regard de la psychiatrie sur la santé mentale des adolescents

La psychiatrie est l'une des nombreuses branches de la médecine « qui porte sur le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies mentales, celle-là même qui peuvent créer des troubles au niveau des humeurs, des pensées et/ou du comportement. [...] La psychiatrie privilégie une approche biopsychosociale » (Association des médecins psychiatres du Québec, 2014). Depuis le début des années 80, la publication consécutive de versions révisées du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (plus communément désigné sous le sigle *DSM*, abréviation de l'anglais pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a contribué à instaurer une tendance très forte axée sur la médicalisation de la psychiatrie et, par conséquent, de la santé mentale. Cette tendance se traduit par « un souci d'objectivité dans la description des symptômes et le diagnostic et par le désir d'identifier des liens stables entre symptômes, causes et traitements » (Corin *et al.*, 2007, p. 39).

Selon Briggs (2009), le monde de la santé mentale chez les adolescents s'est vu enseveli, au cours des dernières années, sous un « déluge psychiatrique », dominé par une approche basée sur le diagnostic médical. Le nombre de troubles du comportement identifié chez les jeunes a explosé alors que la portée des interventions s'est vue guidée par l'évaluation et la gestion des risques et mesurée par le changement au niveau des symptômes. Cette vision est clairement identifiable dans les travaux de Thapar *et al.* (2012), par exemple, qui montrent que la dépression chez les adolescents, l'un des troubles de santé mentale les plus fréquents, est le plus souvent causée par la puberté et la maturation cérébrale et cognitive. Ces facteurs comprennent « une compréhension sociale et une conscience de soi renforcées, des changements dans les circuits du cerveau impliqués dans le système cognitif de la récompense et de la notion du danger et l'augmentation significative des niveaux de stress, particulièrement chez les filles (environ deux filles pour un garçon) » (p. 1057). D'après les auteurs, cette prévalence deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons a fait l'objet de plusieurs recherches et ne serait pas attribuée à une différence de genre dans la demande d'aide de services en santé mentale ou l'identification des symptômes. Elle serait plutôt liée aux changements hormonaux observés chez la fille qui devient femme. En effet, les changements hormonaux chez l'adolescente contribuent à rendre le cerveau plus sensible

aux effets néfastes du stress et donc, favorisent l'apparition des premiers signes de la dépression.

Toutefois, Thapar *et al.* reconnaissent que l'identification des causes de la dépression chez les adolescents est difficile car les différents facteurs de risque sont constamment en interaction. Aux changements hormonaux inhérents à la puberté, autant chez les filles que chez les garçons, s'ajoutent d'abord les prédispositions familiales et génétiques. Les enfants dont les parents ont connu au moins un épisode dépressif sont de trois à quatre fois plus à risque d'en développer un à leur tour comparativement aux enfants de parents qui ne vivent pas avec un trouble de santé mentale. Ensuite, les auteurs identifient à la source de la dépression des facteurs de risque psychosociaux : des événements stressants, par exemple une blessure ou un deuil, ou des situations d'adversité chronique telles que le mauvais traitement, l'intimidation et la pauvreté. La mutation du gène transporteur de la sérotonine peut également augmenter le risque de dépression, mais seulement en présence d'autres facteurs psychosociaux. En ce qui concerne l'ethnicité ou la migration, la recension des écrits effectuée dans le domaine de la psychiatrie n'a pas fait ressortir d'études qui l'associent directement avec les troubles de santé mentale. Il en est autrement pour la psychiatrie sociale, dont les tendances sont explicitées plus loin.

Méthodologies et approches d'intervention en psychiatrie

La médication est sans conteste la réponse la plus fréquente de la psychiatrie aux divers troubles de santé mentale. Corin *et al.* (2007) illustrent que « les médicaments occupent une place croissante dans les pratiques en santé mentale, particulièrement dans le champ de la psychose » (p. 37). D'après les auteures, plusieurs courants expliquent cette place prépondérante du médicament dans nos sociétés occidentales. Premièrement, le médicament s'inscrirait dans le mouvement de consommation plus large qui prend d'assaut les sociétés « modernes ». On le décrit alors comme « un objet que l'on produit, échange et impose [...], susceptible de modifier en profondeur le rapport à soi et au monde » (p. 38). La mondialisation toucherait donc également le domaine de la médication. Deuxièmement, le médicament serait une façon de concrétiser un problème en « une réalité de l'ordre des choses » (p. 38). La possibilité, pour les praticiens de la santé, d'identifier de manière biologique ou génétique les maux d'une population, leur

donnerait le sentiment sécurisant de pouvoir agir à la source de ces maux. La section qui suit présente le regard de la psychiatrie dite « sociale » sur la santé mentale des adolescents.

Regard de la psychiatrie sociale sur la santé mentale des adolescents

Sous le terme de « psychiatrie sociale » ont été rassemblés les écrits issus du domaine de la psychiatrie, mais avec une vision sociale, englobante, de la santé mentale. Contrairement à la psychiatrie classique, la psychiatrie sociale accorde une place importante au facteur culturel, ce qui permet une meilleure compréhension de la problématique présentée dans cet essai. Dans cette section sont présentées la vision de la psychiatrie sociale sur la santé mentale des adolescents ainsi que les méthodologies et approches d'intervention généralement utilisées sous ce cadre d'analyse.

Comprendre le cadre d'analyse de la psychiatrie sociale

Alors que les premiers immigrants installés au Canada, successivement aux deux Guerres mondiales, provenaient majoritairement d'Europe et des États-Unis, les récentes vagues d'immigration se voient marquées par d'importantes arrivées d'Asie, d'Afrique et d'Amérique centrale et du Sud. Les nouveaux immigrants s'établissent, pour la vaste majorité, dans les grandes villes canadiennes telles que Toronto, Vancouver et Montréal. Plusieurs études ont démontré que la prévalence des troubles de santé mentale les plus communs est plus faible chez les immigrants nouvellement arrivés, mais qu'elle a tendance à augmenter avec la durée de résidence dans le pays d'accueil et égale celle des personnes nées au Canada (Kirmayer *et al.*, 2011).

La migration implique des changements majeurs dans trois domaines de transition, soit les liens interpersonnels et le réseau social, le système socioéconomique et le système culturel et social. Elle comprend trois phases, la prémigration, la migration et le rétablissement. Chaque phase de la migration est associée à des facteurs de risque pour la santé mentale des migrants. Chez l'enfant et le jeune adolescent, l'âge et le stade de développement, l'interruption de la scolarisation et la séparation de la famille étendue et du réseau social sont les facteurs de risque associés à la phase de prémigration. L'exposition à de la violence et à des conditions de vie difficiles ou extrêmes (par exemple, la résidence temporaire dans un camp de réfugiés), la malnutrition, l'incertitude

par rapport à l'avenir et la séparation d'avec un proche significatif pourvoyeur de soins et d'affection, comme les parents, sont les facteurs de risque associés à la phase de migration. Finalement, le stress relié à l'adaptation de la famille dans le pays d'accueil, les difficultés inhérentes à l'adaptation scolaire (système d'éducation différent et nouvelle langue), l'acculturation (identité ethnique et religieuse, conflits intergénérationnels et conflits liés aux rôles sexuels) ainsi que la discrimination et l'exclusion sociale sont les facteurs de risque associés à la phase de rétablissement (Kirmayer *et al.*, 2011).

Le cadre d'analyse de la psychiatrie sociale prend largement en compte les différents niveaux du modèle écologique de Bronfenbrenner de la personne qui sont l'ontosystème (la personne), le microsystème (les sous-systèmes qui ont une influence directe sur la personne de par leur proximité avec elle, tels que la famille et le milieu de travail), le mésosystème (les interactions entre ces sous-systèmes), l'exosystème (les organismes communautaires, le gouvernement), le macrosystème (les valeurs, les croyances, les idéologies et les pratiques culturelles) et le chronosystème (le temps) (Damant *et al.*, 2001). Ce cadre d'analyse est de plus en plus présent dans les écrits scientifiques (Hurd *et al.*, 2013)

La psychiatrie sociale, à l'instar de la psychiatrie classique, accorde de l'importance aux facteurs de risque personnels à la source des troubles de santé mentale, tels que les changements hormonaux ainsi que les prédispositions familiales et génétiques des individus. C'est au deuxième niveau écologique, le microsystème, que les deux domaines diffèrent. La famille occupe une grande place dans la vie de l'adolescent, migrant ou non. Or, les parents migrants occupent plus souvent des emplois à statut précaire, c'est-à-dire à temps partiel ou sur appel, à horaires irréguliers. Dans leur étude sur le lien entre la santé mentale des adolescents et les différents régimes de travail de leurs parents, Dockery *et al.* (2009) ont montré qu'en plus de réduire la stabilité des unions et la cohésion des familles, les emplois à horaires atypiques des parents ont un impact sur la santé mentale des enfants. Au sein des familles nucléaires où les deux parents biologiques sont présents, cet impact se fait peu sentir. Cependant, les résultats sont très différents pour les familles monoparentales. Cette recherche a mis en lumière la prévalence plus élevée de troubles de santé mentale chez les adolescents vivant avec seulement un de

leurs parents. De plus, les adolescents dont ce parent travaille ont une meilleure santé mentale que ceux dont le parent ne travaille pas. Finalement, même si le parent travaille, la santé mentale des adolescents est plus à risque si l'horaire de travail du parent est considéré comme irrégulier ou atypique. Lee *et al.* (2013) ajoutent que les difficultés familiales chroniques, comme les difficultés financières, parce qu'elles constituent un facteur de stress important, ou les relations conflictuelles entre les parents, parce qu'elles affectent les pratiques parentales (incohérence ou dureté dans la discipline, hostilité, rejet, etc.) peuvent également avoir un lourd impact sur la santé mentale des adolescents.

La psychiatrie sociale emprunte également beaucoup au cadre d'analyse structurelle. À des fins d'illustration, Viner *et al.* (2012) exposent comment les déterminants sociaux de la santé affectent la santé mentale des adolescents. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit ces déterminants comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local³ » (Organisation mondiale de la santé). Par conséquent, Viner *et al.* considèrent que les facteurs d'ordre structurel, tels que la richesse nationale, les inégalités sociales et l'accès à l'éducation, sont ceux qui ont le plus grand impact sur la santé mentale des adolescents. Dans le même ordre d'idées, la présence d'une famille aimante et offrant du soutien, d'une école sécuritaire et engagée ainsi que d'un réseau social fort favorise grandement le maintien d'une bonne santé mentale chez les adolescents. D'autres études sur les déterminants sociaux de la santé (Gaber *et al.*, 2013; Reiss, 2013) abondent dans le même sens : la migration et un statut socioéconomique précaire ont un impact notable et généralement néfaste sur la santé mentale des adolescents.

Méthodologies et approches d'intervention en psychiatrie sociale

Les écrits sur les approches qui pourraient être directement reliées à la psychiatrie dite « sociale » sont rares. Dans le domaine de la santé mentale auprès des adolescents issus des communautés culturelles, les plans de soins coopératifs sont les plus susceptibles de

³ Ce qui correspond à l'exosystème et au macrosystème de l'échelle écologique de Bronfenbrenner

correspondre à ce cadre d'analyse. Les plans de soins coopératifs ont été bien développés et implantés pour la population adulte dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, mais sont encore aujourd'hui plus l'exception que la norme pour la population jeune (Rousseau *et al.*, 2012). Cette approche est employée notamment au sein de l'équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension, où se déroule le projet de stage.

Les plans de soins coopératifs se comparent à l'approche systémique dans la mobilisation des intervenants de première ligne, tels que les cliniques, les écoles et les organisations communautaires, grâce à leur proximité avec les adolescents et leur famille. Ils se distinguent toutefois en misant sur le rôle du pédopsychiatre répondant comme chef d'orchestre dans la construction d'une alliance thérapeutique, la négociation des enjeux culturels et l'organisation d'un plan de traitement de concert avec l'intervenant principal et la famille (Rousseau *et al.*, 2012).

Par cette approche, la psychiatrie sociale reconnaît la nécessité d'offrir des services de proximité en santé mentale et d'adapter ces services aux besoins des différentes communautés culturelles afin d'améliorer l'accessibilité pour les immigrants et les réfugiés. Les plans de soins coopératifs auprès de cette population particulière peuvent être résumés ainsi :

« Cultural consultation with refugee children whose families have experienced premigratory trauma requires a combination of cultural knowledge and trauma therapy methods that encompass not only individually focused psychotherapy and alternative and traditional approaches, but also systemic interventions addressing the consequences of organized violence on the family's social relationships. [...] The child psychiatric consultant can assist the primary care consultee and family in holding the trauma narrative and organizing a safe network around the child and family. Beyond the technical transfer of know-how, the consultant supports the consultee so that the trauma transmission process, which is an essential aspect of recovery, may become more fruitful than harmful (p. 133) ».

Dans la section suivante sont mises en lumière les similitudes entre les plans de soins coopératifs de la psychiatrie sociale et l'approche dominante en santé mentale en travail social.

Regard du travail social sur la santé mentale des adolescents

L'approche systémique en travail social accorde non seulement une importance à l'individu, mais également aux différents systèmes dont celui-ci fait partie (familial,

scolaire, professionnel, social, etc.). Elle s'intéresse aux interactions entre ces différents systèmes, aux rétroactions, au phénomène de causalité circulaire, à la communication (notamment ses structures), aux règles, aux frontières, aux rôles, aux mécanismes de régulation, etc.

Les écrits montrent une forte corrélation entre une famille protectrice, des interactions et des liens familiaux sains et le bon développement des adolescents. Les jeunes qui se considèrent comme des membres importants de leur famille ont une estime de soi plus élevée, un fonctionnement cognitif plus sain, des taux de dépression moins élevés, un plus grand bien-être général, une meilleure performance scolaire et une plus haute tendance à poursuivre leurs études (Alicea *et al.*, 2012). Yip (2005) abonde dans le même sens en expliquant que, d'après le modèle systémique, qu'il nomme « perspective multidimensionnelle », le soutien des parents (mais aussi des pairs) est crucial afin d'aider les adolescents à gérer les tensions et au stress. Les parents et amis sont considérés comme d'excellents agents de « ventilation » pour aider à évacuer les frustrations, la colère, la tension et les sentiments de vide. Van Velsor et Orozco (2007) en arrivent aussi à cette même conclusion et ajoutent que l'implication parentale améliore également les attitudes et comportements des jeunes, la participation et l'assiduité scolaire et le taux de graduation. Toutefois, les parents d'origines ethniques diverses issus de milieux socio-économiques défavorisés rencontrent des barrières importantes qui nuisent à leur implication. Il y a les barrières structurelles, telles que la difficulté à combler les besoins essentiels à cause de la pauvreté, l'incapacité à obtenir une assurance-santé, la langue, le manque de ressources, la violence institutionnelle, etc. Il y a également les barrières psychologiques comme la vision négative des services sociaux et de santé, le manque de confiance en soi, le racisme perçu, etc (Alicea *et al.*, 2012 ; Van Velsor et Orozco, 2007).

En plus d'intégrer les différents systèmes présents dans l'environnement des jeunes, comme l'école et la famille, l'approche systémique en travail social accorde également beaucoup d'importance à la communauté et au rôle de plaidoyer des intervenants sociaux : l'intégration et l'arrimage des ressources sont essentiels. À ce propos, Yip (2005) soutient que certains comportements chez les adolescents, comme

l'automutilation, sont fortement influencés par le contexte socioculturel (ainsi que socio-économique) dans lequel ceux-ci se trouvent. Par conséquent, au lieu de blâmer les adolescents pour leurs comportements inadéquats, il est nécessaire, voire crucial, de préconiser un environnement qui prend soin d'eux (rôle de plaidoyer). Les auteurs Choate et Curry (2009) résumant de façon très juste et succincte la pertinence et l'importance du « plaidoyer systémique » et de l'approche systémique en travail social en matière de prévention en santé mentale auprès des adolescents :

« While addressing this issue with parents, students, and other stakeholders is important, school counselors also can advocate for policy changes to address this problem on a larger scale. Counselors can advocate for and promote school-level systemic change by questioning current practices and the status quo (Bailey et al., 2007; Stone, 2005), educating others, giving positive constructive feedback, and suggesting concrete changes (Cobia & Henderson, 2007). However, it is important to recognize that change should not be limited to written policies or procedures, as the stated values of schools are not the only messages that may be conveyed to students. School counselors also should attend to the *hidden curriculum*, the unintentional messages students receive at school, as these may even be in direct opposition to stated policy and intended practice (Cobia & Henderson). The hidden curriculum might include traditions, interactions, messages in media and materials used at school, the implicit rules, or the behaviors of faculty and staff that may perpetuate stereotypes and further marginalize groups of students. The most effective way to combat the hidden curriculum is through the deliberate design of interventions and programming around issues such as the ones raised throughout this article (p.219-220). »

Dans les plans de soins collaboratifs mis en place au CSSS de la Montagne, les travailleurs sociaux occupent la plupart du temps le rôle d'intervenants pivots, un rôle essentiel à l'orchestration des services en santé mentale. Les travaux de Diaz-Cruz *et al.* (2005) ont fait ressortir la mission particulière du travail social en santé mentale auprès des jeunes, soit celle de faire le pont entre les objectifs thérapeutiques des plans de soins collaboratifs et les préoccupations plus terre-à-terre des jeunes. Les auteurs donnent l'exemple de l'école, centre névralgique de prévention chez les adolescents (Muehlenkamp *et al.*, 2010), et du travail, l'une de leurs principales sources d'inquiétude par rapport à l'avenir. Diaz-Cruz *et al.* avancent que « l'orientation de la majorité des individus prise dans la vie adulte est déterminée par les expériences que ceux-ci ont réalisées à l'école et au travail durant l'adolescence. Conséquemment, il est essentiel que les parents, les enseignants, la communauté et les professionnels de la santé qui interagissent dans la vie de ces adolescents évaluent avec précision les facteurs de risque liés à l'école et à l'emploi afin d'obtenir une meilleure compréhension de leurs besoins, retards potentiels et orientation future » (p. 156). Les raisons derrière l'absentéisme

chronique de certains jeunes permettent généralement d'identifier les problèmes de fond que ceux-ci vivent à la maison, par exemple. La vision du travail social est donc de profiter des occasions de rencontre en clinique pour un trouble de santé mentale pour aborder d'autres thématiques qui touchent les adolescents et ainsi, intervenir à plusieurs niveaux simultanément (personnel, familial, social, scolaire et communautaire) (Diaz-Cruz *et al.*).

Méthodologies et approches d'intervention en travail social

Au Québec, les travailleurs sociaux qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale auprès de la jeunesse sont le plus souvent employés par les CSSS dans des hôpitaux et des cliniques spécialisées, telle que l'équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension ou œuvrent dans le milieu communautaire. Ils travaillent en contexte interdisciplinaire avec des professionnels de la psychiatrie, la psychologie, la psychoéducation, l'art thérapie et l'ergothérapie. Cette approche est communément désignée par le modèle d'intervention de suivi psychosocial qui entretient trois objectifs principaux : se concentrer sur la situation présente plutôt que passée; accompagner les personnes dans leur atteinte d'un équilibre entre leur état émotionnel et les pressions du monde extérieur, ainsi que prendre en compte le contexte culturel de l'intervention et miser sur une pratique basée sur la force de la communauté (Walker, 2003).

Ce dernier élément retient particulièrement l'attention chez plusieurs auteurs qui considèrent l'intervention communautaire en travail social comme la pierre angulaire de la logique systémique élaborée précédemment. Effectivement, le « communautaire » évoque souvent des concepts-clés comme « entraide, réseau, communication, reconnaissance, médiation, représentation, mobilisation, pouvoir, justice sociale, démocratie, partenariat, etc. » (Kanouté *et al.*, 2011, p. 408). Selon Fortin (1994), il « se définit par rapport à la communauté, il est sa portion organisée ». Par communauté, l'auteure entend un ensemble « de réseaux où des liens sont créés par des identités communes qui font naître des solidarités essentielles à la sociabilité ». Le communautaire se voit donc représenté par des organismes et associations de tous genres qui tissent et entretiennent des liens formels et organisés et dont les objectifs sont variés : offre de services à la communauté, militantisme, changement social, etc.

Kanouté *et al.* (2011) recensent l'importance des organismes communautaires dans une multitude de volets, dont le soutien aux collectivités, la résilience des familles vulnérables, l'appriovissement de l'expérience migratoire et l'actualisation et la bonification du capital social des familles immigrantes grâce à un accès plus grand à l'information, leur permettant de relever les défis relatifs à l'acculturation (un des facteurs de risque les plus importants identifiés par Sirin *et al.* dans la première section de ce chapitre). Cependant, ce sont les relations école-organisme communautaire qui retiennent davantage leur attention. Selon les auteures, il y a un consensus clair dans les écrits « à l'effet que la prise en charge des besoins complexes des familles, surtout en contexte urbain conjuguant pluriethnicité marquée et défavorisation, impose une dynamique de collaboration, voire de partenariat, entre l'école et des ressources communautaires » (p. 418). Elles font notamment référence à une étude des collaborations entre les familles immigrantes et les écoles ainsi que les trajectoires de réussite scolaire des élèves immigrants à Montréal et à Sherbrooke. Les résultats ont montré que la réussite scolaire est « la résultante de la mobilisation personnelle de l'élève, de celle de sa famille autour de la scolarisation, de celle de l'école et de ses acteurs, et de celle d'une communauté médiatrice dans le décodage de la culture scolaire » (p. 415).

Dans le cadre d'une étude ethnographique multi-sites, Rahm *et al.* (2012) ont exploré les occasions d'apprentissage et de développement identitaire qu'offrent certains programmes communautaires aux jeunes immigrants de première et de deuxième génération. Selon les auteurs :

« [Les] programmes communautaires pour les jeunes sont, en plus de la famille et de l'école, une ressource importante, qui offre non seulement un endroit sécuritaire où les jeunes peuvent aller après les heures de cours, mais aussi un espace contribuant à leur développement. Ils jouent également un rôle non négligeable dans l'intégration à la société d'accueil des familles immigrantes et de leurs enfants. Les programmes communautaires de qualité facilitent le processus d'acculturation face aux pratiques sociales et culturelles, indispensables à la réussite socioscolaire des familles immigrantes et de leurs enfants, tel que l'accès à des modèles socioculturels de la société d'accueil, à des ressources et d'opportunités d'apprentissage supplémentaire à l'école autant que l'aide de surmonter des barrières linguistiques diverses » (p. 88).

Rahm *et al.* ont donc étudié deux programmes communautaires sur une période de trois ans (2009 à 2011) dans deux quartiers défavorisés de Montréal. Le premier, l'atelier *Arts-sciences* est un projet pilote développé par les auteurs en collaboration avec l'organisme

Aspiration, qui vise l'intégration des personnes immigrantes. L'atelier fait partie du programme d'École du samedi, un service éducatif fondé en partenariat avec certaines écoles du quartier pour favoriser la réussite scolaire des enfants et l'intégration de leurs familles. Le projet *Arts-sciences* propose à des jeunes de 10 à 12 ans la réalisation d'activités structurées ayant pour objectif la découverte des sciences et des arts. Le second projet, élaboré sous le chapeau du programme ScienceFilles, un programme scientifique parascolaire conçu en 1986 et destiné aux filles seulement, a pris la forme de la création d'un journal scientifique pour ses participantes. À l'initiative des auteures, les filles ont travaillé à la publication de sept numéros d'un journal dont les articles ont été écrits sur des thèmes qu'elles ont choisis.

La participation des jeunes à des activités qui les intéressent, sous la tutelle de ces deux programmes novateurs, a eu des impacts positifs pour ceux-ci. Les auteurs ont remarqué que ces projets ont permis aux jeunes de « vivre des relations significatives et positives avec des adultes et de côtoyer d'autres jeunes à l'extérieur du cadre scolaire habituel. De plus, leur participation, parce que les jeunes étaient encouragés dans ces programmes à devenir des agents actifs de leurs apprentissages et développement, a constitué un vecteur d'*empowerment* pour ces jeunes » (p. 91-92).

Rahm *et al.* soulignent la spécificité des trajectoires migratoires de leurs participants. Comme mentionné précédemment, tous les jeunes étaient des immigrants de première ou de deuxième génération, avec chacun une histoire et un lien variable avec le pays d'origine. Les auteurs ont examiné, au cours des trois années de déploiement de leurs programmes, la façon dont les jeunes fusionnent les univers de la science, celui de leur culture ethnique et la culture jeune et passent simultanément de l'un à l'autre. Leurs observations ont été marquées par la complexité des trajectoires où le projet migratoire est souvent l'agent liant du noyau familial. Pour plusieurs jeunes, il n'y avait pas de linéarité dans leur trajectoire. Il a également été remarqué que les perceptions des adolescents sur les différentes cultures sont loin d'être immuables et se transforment au fil du temps.

En se référant aux exemples d'actions décrites ci-haut, c'est donc dire que des organismes communautaires s'activent à l'amélioration du bien-être de leur communauté.

D'après Chamberland *et al.* (1996), le secteur communautaire « est actif dans le champ de la promotion-prévention même s'il n'en utilise pas la terminologie pour décrire ses interventions. En effet, les initiatives communautaires visant à protéger les droits des individus, à réduire les inégalités sociales, à améliorer la qualité de vie des quartiers, contribuent souvent à prévenir des problèmes de comportement et à protéger la santé physique et mentale de la population (p. 68) ». Par conséquent, les environnements sociaux proches et éloignés des familles sont de plus en plus la « cible » des programmes de promotion-prévention. Par promotion-prévention, Chamberland *et al.* entendent une approche et un courant de pensée qui affrontent les approches biomédicales traditionnelles qui « attribuent la responsabilité des problèmes aux individus [et à leurs déficits personnels] » (p. 69). Autrement dit, toujours selon la logique systémique du travail social, les problèmes entourant la vie des adolescents et de leurs familles ne peuvent plus seulement être abordés à un niveau microsystémique; la collectivité a un rôle important à jouer.

Recourir aux services en santé mentale

Tel qu'énoncé dans l'introduction de cet essai, le taux de percée des services publics en santé mentale auprès des jeunes était de 13% en 2006 sur le territoire du CSSS de la Montagne. Autrement dit, environ un jeune sur dix ayant été identifié avec un trouble de santé mentale a reçu les services nécessaires, et ce, sans compter ceux dont le trouble de santé mentale n'a jamais été identifié. Afin de pouvoir améliorer ce taux de percée, il faut comprendre ce qui incite ou non les jeunes à faire la demande de services.

Ce qui semble faire consensus dans les écrits est le poids de la stigmatisation qui affecte encore durement le domaine de la santé mentale. Le stigma est défini comme « un ensemble de préjugés et d'attitudes et de comportements discriminatoires qu'ont des personnes, à l'endroit d'un [jeune], qui sont influencés par le comportement social de ce jeune et/ou par la connaissance d'une condition ou d'un traitement psychiatrique propre à celui-ci » (Moses, 2010, p. 985). Les trois pôles de stigmatisation les plus importants sont la famille, les pairs et l'école. Les adolescents identifiés comme ayant un trouble de santé mentale sont plus souvent l'objet d'exclusion, de moqueries, de marginalisation, de jugement, d'accusations non fondées, etc. (Moses, 2010). Cependant, selon Wright *et al.*

(2011), l'utilisation d'« étiquettes » appropriées peut contribuer à réduire la stigmatisation. Dans le cas de la dépression, par exemple, la perception de l'entourage de l'adolescent aux prises avec ce trouble de santé mentale aura plus tendance à percevoir le jeune comme étant « malade » plutôt que « faible ». Cela ne s'applique pas toutefois au trouble psychotique, qui est associé à l'imprévisibilité et à la dangerosité.

Un autre frein à l'accessibilité aux services de santé mentale pour les adolescents regroupe un ensemble de facteurs relatifs au fonctionnement du système de santé québécois. Premièrement, la lourdeur administrative, comme le fait de devoir passer par l'accueil psychosocial des CLSC et d'être référé à un autre intervenant par la suite, et des barrières légales (l'impossibilité pour un adolescent de moins de 14 ans d'obtenir des services sous le sceau de la confidentialité) en découragent plusieurs. Deuxièmement, l'établissement de critères de références parfois subjectifs, mais surtout difficiles à cerner, combiné à « la vision bien enracinée de certains professionnels, contribue à parcelliser la santé mentale des [adolescents] et les éloigne d'une approche holistique, flexible et qui répond à leurs besoins » (Briggs, 2009, p. 50).

Un troisième élément qui peut influencer le recours aux services de santé mentale chez les adolescents est leurs perceptions de ces services. D'abord, si les adolescents gardent un souvenir négatif de leur premier contact avec les services de santé mentale, ils seront moins enclins à assister régulièrement à leurs rendez-vous, à suivre les recommandations des professionnels et à faire de nouveau appel aux services dans l'avenir (Buston, 2002). Ensuite, selon une étude de Davidson et Manion (1996), en cas d'inquiétude par rapport à leur santé mentale, les adolescents seraient portés à consulter un médecin de famille (32%), un professionnel de la santé, soit un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social (25%), un autre intervenant (21%), une ligne téléphonique de soutien ou une clinique pour adolescents (8%), personne (7%), la famille ou les amis (4%) ou une autre personne (3%). Cependant, cette étude est contredite par les recherches d'Hui Yap *et al.* (2013) qui font ressortir que la famille et les amis seraient les premiers confidents des adolescents en difficulté. La peur que la perception de leur médecin de famille leur devienne défavorable, par exemple, empêcherait beaucoup de jeunes de se tourner vers certains professionnels de la santé. Une autre étude intéressante est celle de Cheng (2009)

sur la perception qu'ont les adolescents des travailleurs sociaux. Les résultats de l'enquête ont démontré que les travailleurs sociaux sont perçus comme des professionnels moins compétents que les autres, comme les psychologues et les médecins, et qu'ils représentent une aide de second choix. Cette vision aurait été alimentée par l'essence même du travail social, qui consiste souvent à faire une première évaluation de la personne et de la référer aux services spécialisés nécessaires. En résumé, les trois barrières principales au recours aux services en santé mentale chez les adolescents se concentrent autour de la stigmatisation, certaines défaillances du système de santé et de services sociaux ainsi que les perceptions des adolescents envers les services. Il faut toutefois garder en tête qu'il existe autant de raisons de faire ou non une demande d'aide qu'il existe d'individus.

Cette recension des écrits a présenté l'état des connaissances sur la question de la santé mentale auprès des adolescents dans quatre champs d'expertise, soit la psychologie, la psychiatrie, la psychiatrie sociale et le travail social. Il s'est conclu sur une exploration des perceptions des jeunes sur les services publics en santé mentale et les différents obstacles qui peuvent mettre un frein à leur utilisation. Les principaux cadres d'analyse, méthodologie d'intervention et approches étant maintenant recensés, il convient de présenter ceux qui ont été retenus pour le présent projet de stage.

CHAPITRE 2 : PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

Ce deuxième chapitre présente d'abord de manière approfondie le milieu de stage, le programme dans lequel s'insère le projet d'intervention ainsi que le public ciblé par ce projet. En second lieu, il est question de la méthodologie d'intervention, du cadre d'analyse et de l'approche retenus pour ce projet d'intervention.

Milieu d'intervention

Le stage se déroule au sein de l'équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension, qui fait partie de la Direction des services spécifiques du CSSS de la Montagne. Un CSSS a pour fonction de chapeauter les CLSC, les centres d'hébergement public (CHSLD) et les hôpitaux de soins généraux et spécialisés situés sur son territoire. La mission du CSSS de la Montagne est d'améliorer la santé et le bien-être de la

population de son territoire via l'accomplissement de cinq mandats principaux, regroupés par le concept de « responsabilité populationnelle » : connaître et prendre en charge l'état de santé de la population; coordonner et gérer l'utilisation des services mis à la disposition de la population; gérer de façon optimale la gamme de services offerts; définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire, ainsi qu'informer et consulter la population afin de l'impliquer et de mesurer sa satisfaction.

D'autre part, le CSSS de la Montagne soutient la réalisation de sa mission première par l'intégration d'une mission universitaire d'enseignement et de recherche. Le CSSS, dont les activités de recherche et de formation concernent les services de première ligne, en contexte de pluriethnicité, est affilié à l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'UQAM (CSSS de la Montagne, 2012). Le CSSS de la Montagne est composé de trois grandes directions, soit la Direction des services généraux et des services spécifiques, le programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).

Programme Santé mentale jeunesse

Au CLSC de Parc-Extension, deux équipes principales dispensent les services à la jeunesse (0-18 ans) ayant des troubles de santé mentale : l'équipe Santé mentale jeunesse et l'équipe Jeunes en difficulté. En 2009, lors de l'élaboration du projet clinique intitulé *Continuum de services aux personnes présentant des problèmes de santé mentale*, la Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire et la Direction des services généraux et services spécifiques se sont donné pour objectif de répartir plus efficacement les services entre les deux équipes et de créer les ponts nécessaires entre celles-ci afin de mieux assurer les services répondant aux besoins des jeunes (CSSS de la Montagne, 2009). Chaque semaine, l'équipe de liaison, composée de la chef de programme et des agentes de liaison en rotation, détermine à quel programme seront assignés les nouveaux dossiers d'après le ou les problème(s) qui touche(nt) le jeune, selon que les symptômes du trouble sont de type intériorisé (Santé mentale jeunesse) ou extériorisé (Jeunes en difficulté). Les problèmes de santé mentale du premier type comprennent notamment la dépression, l'anxiété, le trouble du stress post-traumatique (TSPT) et les troubles dissociatifs et psychotiques alors que ceux du

deuxième type touchent aux problèmes relatifs à l'abus (physique, psychologique ou sexuel), la négligence, ainsi que les comportements de délinquance et à risque (consommation abusive de drogue, d'alcool ou de médicaments et comportements sexuels inappropriés). L'identité et le rôle de chaque programme soulèvent encore beaucoup de questionnements au sein de l'institution et parmi les équipes de professionnels qui les composent. Les situations que vivent les jeunes sont très complexes et il est difficile pour les intervenants de départager les dossiers, car la présence des deux types de symptômes (intériorisés et extériorisés) est très fréquente.

L'équipe Santé mentale jeunesse est composée d'une psychologue, de deux travailleuses sociales, d'une art thérapeute et d'une spécialiste en réadaptation psychosociale. L'équipe offre une large gamme de services, majoritairement cliniques, comme le Guichet d'accès jeunesse, qui sert de porte d'entrée pour toutes les demandes en santé mentale jeunesse via un agent de liaison; l'évaluation et le suivi thérapeutique individuel, familial ou en couple; des rencontres à domicile; des consultations directes et indirectes avec les psychiatres répondants rattachés à l'équipe; des consultations directes et indirectes avec d'autres départements et services; des rencontres dans les écoles; des groupes d'habiletés parentales (Ces années incroyables) pour les parents d'enfants âgés entre deux à dix ans, ainsi que le programme Santé mentale à l'école (programme de formation continue sur la santé mentale pour les employés des écoles du quartier Parc-Extension).

Les consultations cliniques directes et indirectes ont lieu de façon hebdomadaire à la demande des professionnels responsables des dossiers et occupent une place privilégiée au sein de l'équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension. En effet, elles permettent aux intervenants de différentes disciplines impliqués ou non dans un dossier de profiter de l'expertise de chacun et de résoudre des situations qui se trouvent parfois dans une impasse. Le psychiatre répondant y a généralement un rôle-clé et guide les rencontres. Par psychiatre répondant, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend un « [...] interlocuteur privilégié des intervenants de première ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Il [échange] et [donne] ses avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent une expertise spécialisée. Dans certains cas, le psychiatre offre le traitement » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005).

Comme il a été vu précédemment dans la recension des écrits, les plans de soins collaboratifs en santé mentale sont au cœur de l’approche employée par l’équipe Santé mentale jeunesse pour répondre aux besoins des jeunes du quartier Parc-Extension. Ces plans de soins suggèrent l’intervention d’un psychiatre répondant qui coordonne les services et met en place une alliance thérapeutique entre les différents partenaires impliqués (le client et sa famille, le CLSC, l’école et les ressources communautaires). Les travailleurs sociaux ont un rôle-clé dans ce type d’intervention en tant que premiers acteurs de soutien psychosocial et intervenants pivots dans la majorité des cas. L’équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension se démarque par son approche holistique, empathique et sensible à la réalité culturelle de ses clients.

Public ciblé par le projet d’intervention

Présentation du quartier Parc-Extension

La présentation qui suit a pour objectif de mettre en lumière les particularités de Parc-Extension par rapport aux autres quartiers de Montréal. Les chiffres qui y sont présentés peuvent sembler dépeindre une population aux prises avec de nombreuses difficultés. Effectivement, un grand nombre d’habitants de Parc-Extension rencontre quotidiennement des défis considérables. En gardant en tête la précédente recension des écrits, il s’agit ici de montrer comment certains facteurs, tels que la migration et le statut socioéconomique, ont une influence directe sur la santé mentale des personnes et, par conséquent, sur le projet d’intervention présenté dans le cadre de cet essai.

Parc-Extension fait partie de l’un des arrondissements (Villeray – Saint-Michel – Parc-Extension) les plus peuplés de la ville de Montréal (142 000 habitants, 8,6% de la population totale de la ville). Il compte une forte présence de familles avec enfants (sept familles sur dix ont au moins un enfant à la maison) et un taux d’immigration particulièrement élevé. Effectivement, en 2006, l’arrondissement se classait au troisième rang pour ce qui est de la concentration d’immigrants qui y vivent (quatre personnes sur dix sont nées à l’extérieur du Canada) et présente une grande proportion de personnes appartenant au groupe des minorités visibles (42%) (Ville de Montréal, 2009). Parc-Extension se démarque par une immigration récente provenant de l’Asie du Sud, particulièrement de l’Inde, du Pakistan et du Sri Lanka. La langue représente un défi

particulier puisque 58,3% de la population a une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Toujours en 2006, selon la ville de Montréal, moins d'une personne sur deux (45%) pouvait soutenir une conversation en français ou en anglais.

Le territoire du CSSS de la Montagne se distingue par ses contrastes : certains quartiers (Outremont et Westmount) ont un niveau de vie parmi les plus élevés au Canada alors qu'une large proportion de la population des autres quartiers vit dans des conditions économiques très précaires. Le taux de chômage s'élève à 11% de la population active et atteint 18% à Parc-Extension (CSSS de la Montagne, 2009). Parmi les personnes de 15 ans et plus qui ont un revenu, le taux de faible revenu se situe à 49,5% alors que 23,5% des familles économiques (au moins deux personnes apparentées) vivent sous le seuil de faible revenu (Villeray – Saint-Michel – Parc-Extension). Concernant l'habitation, 73% des logements sont occupés par des locataires et plus de 37% des ménages locataires doivent consacrer au moins 30% de leur revenu pour se loger (Ville de Montréal, 2009).

Chez l'ensemble des jeunes de 15 à 24 ans du CSSS de la Montagne, 20,9% n'ont pas de diplôme d'études secondaires; à Parc-Extension, ce taux grimpe à 44%. Selon la Direction de la santé publique, le taux de victimisation (enfants victimes d'abandon, de négligence, d'abus physique ou sexuel) et d'externalisation (enfants ayant des troubles de comportement) était, en 2006, significativement plus bas pour le territoire du CSSS de la Montagne que pour Montréal. Le taux de délinquance juvénile est de 110 cas pour 1 000 à Parc-Extension comparativement à 60 à Montréal. Durant la période 2000-2003, il y a eu 21 cas de suicide en moyenne par année dans le territoire du CSSS de la Montagne pour un taux de 10 pour 100 000 personnes. Ce taux est nettement plus faible que celui du Québec, qui est de 19,3 pour 100 000 personnes (CSSS de la Montagne, 2009).

Les participants au projet d'intervention

Comme le projet de stage comporte trois milieux d'intervention, soit la clinique Santé mentale jeunesse, le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) et l'intervention en contexte de rue avec PACT de rue, les participants ont été appelés à y contribuer à travers ces trois différents contextes. D'abord, des adolescents utilisant les services de la clinique ont partagé leur point de vue sur plusieurs questions entourant la santé mentale dans le cadre de leur suivi individuel. Leur participation a pris la forme d'un échange à partir des

questions que je leur ai posées et d'une discussion selon leur niveau d'intérêt pour le sujet. Ils n'ont pas été sélectionnés sur la base de caractéristiques communes (âge, sexe, origine ethnique ou problème présenté), mais en fonction du contexte de l'intervention et de leur intérêt à aborder cette thématique ou non.

Ensuite, le projet a invité les jeunes qui fréquentent le CCJU à participer aux ateliers spécialement mis en place pour eux, qui ont pris la forme de soirées-discussion portant sur un ou plusieurs aspects liés à la santé mentale. Les adolescents qui fréquentent le CCJU sont à grande majorité des garçons vivant dans le quartier Parc-Extension, allant de la sixième année du primaire à la cinquième année du secondaire. Pour profiter des services du centre, ils doivent être inscrits à l'école et devenir membre. Le CCJU est la maison des jeunes officielle du quartier Parc-Extension. L'association est reconnue depuis 1989 comme organisme communautaire autonome et s'implique activement depuis plus de vingt ans au sein de la Coalition Jeunesse de Parc-Extension (table de concertation jeunesse du quartier). Déclaré « Zone de non-violence » en 1996, le CCJU est également devenu, en 2010, signataire de la Charte pour un monde non-violent du Sommet mondial des lauréats du prix Nobel de la paix. La mission première du CCJU est de soutenir les jeunes du quartier dans leur passage de l'école primaire à l'école secondaire et de les épauler dans leur cheminement vers la vie adulte en favorisant leur pleine intégration à la vie québécoise et en les aidant à devenir des citoyens actifs, responsables et bien intégrés au marché du travail (Centre communautaire jeunesse unie).

Puis, d'autres jeunes ont participé au projet à l'occasion de rencontres informelles organisées par un des travailleurs de rue de l'organisme PACT de rue. Ils ont été recrutés individuellement selon leur intérêt à participer à une discussion sur la santé mentale. Il est important de préciser que ces adolescents ne vivent pas dans la rue. Leur contribution au projet passe par la possibilité de s'exprimer sur différents enjeux entourant la santé mentale en dehors des cadres traditionnels que sont la famille, l'école, les maisons de jeunes et la clinique. L'organisme PACT de rue, qui signifie Projet Ado Communautaire en Travail de rue a été fondé à la même époque que le CCJU, soit en 1991. Sa mission est de « venir en aide aux jeunes de toutes origines âgés de 12 à 25 ans vivant des situations problématiques par le biais du travail de rue » (PACT de rue). L'organisme œuvre

aujourd'hui dans six quartiers de Montréal, dont Parc-Extension, et emploie dix travailleurs de rue dont les champs d'expertise sont le décrochage scolaire et social, la toxicomanie, les droits et responsabilités, les relations amoureuses, la santé sexuelle (contraception et infections transmises sexuellement et par le sang – ITSS), ainsi que la violence et la délinquance.

Les rapports entre les adolescents et les acteurs des trois milieux d'intervention varient d'un contexte à l'autre. En clinique, les jeunes sont suivis par un professionnel sur une base volontaire, ce qui leur permet de développer un lien personnalisé avec leur intervenant dont la profondeur et la solidité varient avec le temps et selon la situation vécue. Dans le cadre du présent projet de stage, les adolescents suivis avaient un dossier nouvellement pris en charge par l'équipe Santé mentale jeunesse. Au CCJU, les adolescents visés par les soirées-discussion fréquentent régulièrement le centre et sont plutôt familiers avec les intervenants qui y travaillent, particulièrement celui avec qui le projet a été construit. Les jeunes et les intervenants du CCJU sont généralement en relation de proximité puisque ces derniers connaissent très bien leur milieu. En contexte de rue, le travailleur de rue avec lequel la collaboration a été mise sur pied étant nouveau dans le quartier (moins de six mois), le lien de confiance avec les jeunes n'avait pas encore été créé. Les travailleurs de rue sont généralement bien reçus dans l'univers des adolescents, mais il leur faut plusieurs mois, voire une année ou deux, avant de tisser des liens vraiment solides avec eux.

Pour ce qui est des interactions entre les trois principaux acteurs, c'est-à-dire le CLSC, le CCJU et PACT de rue, les liens varient. Alors que les intervenants du CCJU et de PACT de rue travaillent régulièrement ensemble, le CLSC n'a pas de lien particulier avec eux en dehors de ce projet de stage. Ma superviseure ignorait l'existence de PACT de rue dans le quartier Parc-Extension et l'intervenant principal du CCJU n'a pas de personne-référence à contacter au CLSC en cas de besoin. Cette question est traitée dans le troisième chapitre portant sur l'analyse critique du projet d'intervention. Après avoir présenté, au premier chapitre, la recension des écrits sur la santé mentale auprès des adolescents et fait ici le portrait du milieu de stage et de la population ciblée par le projet d'intervention, il

convient maintenant d'expliquer ce dernier en détail en présentant ses objectifs, sa méthodologie d'intervention, son cadre d'analyse ainsi que son approche.

Présentation du projet d'intervention

Tel que présenté dans l'introduction, les trois constats issus des forums Adolescence, tenus en 2009 au CSSS de la Montagne dans le cadre d'un projet clinique portant sur la santé mentale des jeunes qui ont retenu mon attention sont : la nécessité de développer des services de proximité, le besoin d'améliorer les connaissances sur les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes, ainsi que l'importance de créer des partenariats avec tous les acteurs de la communauté. Ces trois constats sont à la base de mon projet d'intervention et m'ont permis d'en articuler l'objectif principal, qui est l'exploration de stratégies permettant de mieux connaître les besoins des jeunes et de développer des collaborations, en contexte de proximité, avec des acteurs du milieu communautaire afin de répondre adéquatement à ces besoins. Pour ce faire, le projet d'intervention a été co-construit et mis en place dans trois milieux différents, soit la clinique Santé mentale jeunesse, le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) et le contexte de rue avec l'organisme PACT de rue.

Le projet d'intervention comporte également plusieurs objectifs spécifiques. Le premier est le renforcement de la compréhension mutuelle entre les milieux institutionnel et communautaire. Le rôle de liaison étant autrefois assuré par les organisateurs communautaires⁴ employés par le CSSS de la Montagne, les deux milieux évoluent aujourd'hui plutôt en parallèle. Les professionnels du CLSC manquent de temps et d'outils pour entretenir des relations avec le milieu communautaire alors que les intervenants de celui-ci ne savent pas à qui référer les jeunes présentant des troubles de santé mentale qui fréquentent leurs lieux. Ces deux types de ressources étant complémentaires, elles auraient avantage à être offertes aux jeunes de manière intégrée grâce à une meilleure concertation des milieux.

⁴ Les organisatrices et organisateurs communautaires « analysent les besoins de la population et agissent comme personne ressource auprès de groupes cibles. Ils conçoivent, coordonnent et mettent en œuvre des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de favoriser son développement. Les organisatrices et organisateurs communautaires du réseau de la santé et des services sociaux travaillent principalement en CLSC » (avenirensante.com).

Le second objectif spécifique est la démythification du suivi psychosocial individuel en clinique auprès de la population adolescente de Parc-Extension. Derrière le faible taux de percée des services en santé mentale se cachent certainement des barrières culturelles, linguistiques, psychologiques, physiques et/ou structurelles qui rendent difficile l'accès aux soins pour les jeunes de Parc-Extension. Les barrières comprennent les perceptions, les préjugés, les limites, les obstacles, la discrimination et le manque de ressources.

Le troisième objectif est l'avancement de la connaissance sur les besoins en santé mentale des jeunes de Parc-Extension. En effet, bien que le CSSS de la Montagne soit un établissement affilié universitaire et que des équipes de recherche travaillent sur de multiples questions touchant la population du territoire, les travaux effectués par le Laboratoire d'observation du CSSS montrent que « l'interprétation des statistiques d'utilisation des services en santé mentale présente plusieurs difficultés et que les méthodes de comptabilisation des diagnostics ne sont pas en mesure de refléter l'ensemble du portrait de la situation [quant aux problèmes de santé mentale de la population] » (CSSS de la Montagne, 2009). D'autant plus que la voix des jeunes se fait rarement entendre et qu'il est nécessaire d'aller à leur rencontre pour mieux les comprendre.

Méthodologie d'intervention

Le projet de stage a la particularité d'intégrer une méthodologie mixte, soit l'intervention individuelle et l'intervention de groupe. Les adolescents suivis en clinique n'ayant pas pu former un groupe sur la base de caractéristiques communes, à cause du trop petit bassin d'individus qui composent la clientèle du CLSC de Parc-Extension, l'introduction de deux méthodes d'intervention s'est avérée nécessaire. Ces méthodes sont présentées dans la section qui suit.

Intervention individuelle

La méthodologie d'intervention principale retenue pour la réalisation de ce projet d'intervention est l'intervention individuelle, également nommée intervention sociale personnelle. Cette méthode vise à « déceler les problèmes personnels liés au fonctionnement social et, bien que son intervention se pratique directement auprès des individus, elle a pour but l'amorce de changements, non seulement personnels, mais aussi

interactionnels et environnementaux » (Thibault, 2011). Au cœur de l'intervention individuelle est établie la nécessité d'utilisation des ressources personnelles et sociales, c'est-à-dire celles qui existent dans le réseau de la personne aidée, celles qui « peuvent être offertes par les intervenantes ou l'organisme dans lequel se fait l'intervention, celles qui peuvent être obtenues ou celles qui doivent être créées » (Thibault, 2011). Évidemment, ce type d'intervention comporte également des aspects sociaux et collectifs plus larges inhérents à la pratique du service social en rattachant les sentiments, les actions et les pensées de la personne à son contexte familial, communautaire et sociétal (Bourgon, 2007).

L'intervention individuelle est la méthode privilégiée par l'équipe Santé mentale jeunesse du CLSC de Parc-Extension. Effectivement, les services offerts par cette équipe ont été conçus dans le but d'effectuer l'évaluation du fonctionnement social (anciennement l'évaluation psychosociale) de la personne et d'établir un suivi individuel en clinique. Les services ont une vocation thérapeutique, assurée par une équipe interdisciplinaire composée d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une spécialiste en réadaptation psychosociale, d'une art thérapeute et de deux travailleuses sociales.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». La vision globale du CSSS de la Montagne s'appuie notamment sur cette définition et repose sur deux concepts : le rétablissement des personnes et l'équilibre des efforts d'intervention entre prévenir, guérir et soigner. Par le rétablissement des personnes, l'établissement entend la « valorisation de l'autonomie, la confiance en la capacité des personnes et [son] inclusion dans les différentes sphères de la société, [qui] constituent de puissants leviers agissant sur la santé mentale des individus ». En ce qui a trait à l'équilibre des efforts d'intervention, le CSSS de la Montagne entretient la conviction que « la prévention des problèmes de santé mentale est un élément déterminant dans le maintien de la santé et du bien-être des personnes ». Ainsi, il doit y avoir une certaine continuité entre chaque niveau d'intervention – première, deuxième et

troisième lignes – et une distribution équilibrée des ressources entre les trois volets – prévenir, guérir et soigner (CSSS de la Montagne, 2009).

Le mandat de l'équipe Santé mentale jeunesse s'inscrit dans cette ligne directrice puisque les professionnels travaillent sur la base des deux concepts énumérés précédemment (le rétablissement des personnes et l'équilibre des efforts d'intervention entre prévenir, guérir et soigner) auprès d'une population présentant des problèmes sévères, avec manifestation symptomatique de type intériorisé ou de type extériorisé, susceptibles d'affecter sérieusement le développement des personnes. Le premier volet du projet de stage s'arrime donc avec le mandat de l'équipe Santé mentale jeunesse en étant consacré au suivi clinique individuel de jeunes ayant un ou des troubles connu(s) de santé mentale.

Dans le cadre du stage, la méthodologie d'intervention individuelle prend aussi la forme de l'intervention en contexte de rue. Le travail de rue se distingue des autres méthodes puisque l'intervenant « œuvre directement sur le terrain, agissant comme pont entre les jeunes en rupture, le quartier et le réseau conventionnel (organismes communautaires, CLSC, hôpitaux, centres d'hébergement, ressources d'aide à l'emploi, etc.) » (PACT de rue, 2014 Il favorise les actions concertées avec les différents partenaires locaux et module son travail autour de trois concepts-clés : la prévention (intervention dans les milieux de vie des jeunes), la présence (disponibilité et confidentialité pour les jeunes) et l'accompagnement (soutien dans les démarches entreprises volontairement par les jeunes) (PACT de rue). La collaboration avec PACT de rue prend la forme de deux rencontres informelles avec les jeunes et en présence du travailleur de rue portant sur divers aspects reliés à la santé mentale.

Le projet de stage prévoit aussi la création et la diffusion d'un outil de sensibilisation à la santé mentale destiné aux jeunes de Parc-Extension. Cet outil prend la forme d'un dépliant ayant pour titre « La santé mentale... c'est pas fou ! » qui met l'accent sur les services de l'accueil psychosocial du CLSC de Parc-Extension et du CLSC de Côte-des-Neiges. Celui-ci reçoit, évalue ou redirige vers les établissements publics ou communautaires toutes les demandes de service de première, deuxième ou troisième ligne en santé mentale pour les jeunes du territoire. Il a pour objectif principal d'offrir plus de services en première ligne afin de désengorger les deuxième et troisième lignes des

hôpitaux. Le dépliant, à l'aide d'un vocabulaire accessible et d'un visuel attrayant, incite les jeunes à consulter un professionnel de la santé et des services sociaux au CLSC de son quartier pour toute question et/ou inquiétude au sujet d'un ou de plusieurs aspects de sa vie. Les thèmes évoqués dans le dépliant sont tous des « troubles » auxquels les professionnels du CSLC peuvent répondre, via l'équipe Santé mentale jeunesse ou Jeunes en difficulté.

Intervention de groupe

Le projet d'intervention comprend également, mais dans une moindre mesure, de l'intervention de groupe. Le travail de groupe est « une activité orientée vers un but, ce qui renvoie à une façon de procéder comprenant des tâches planifiées, ordonnées de façon méthodique et exécutées dans le cadre d'une pratique en service social (p. 96) » (Lindsay, 2003). Il permet aux membres de répondre à certains besoins tout en poursuivant l'objectif de « provoquer un changement dont les buts sont voulus et planifiés, et dont les opérations sont en rapport direct avec ces buts ».

Le groupe mis sur pied dans le cadre du projet de stage est de type « axé sur les besoins », dont les pratiques sont dites d'éducation. Il a pour objectif « le développement de connaissances et l'apprentissage d'habiletés ou la réflexion sur un savoir-être » (Lindsay, 2003, p. 101) et l'intervenant y a un rôle de formateur. La démarche du groupe est plus centrée sur la diffusion d'information que sur l'expression des membres. Les phases du travail de groupe sont les suivantes : la phase de pré-groupe ou de planification; la phase de début, la phase de travail et la phase de la fin (Lindsay, 2003). Concrètement, ce groupe prend la forme de soirées-discussion avec les adolescents, un projet élaboré en partenariat avec le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU). Or, dans le cadre du stage, il n'y a que deux soirées-discussion ponctuelles qui ne comprennent pas de phases distinctes. Durant deux séances d'une heure, les jeunes reçoivent de l'information sur les services offerts par le CLSC et sont invités à discuter via des activités interactives sur des thèmes reliés à la santé mentale.

La pensée derrière cette intervention de groupe ponctuelle est de répondre aux besoins exprimés par les jeunes. En 2010, le CCJU a réalisé une enquête sur les besoins des jeunes de Parc-Extension (CCJU, 2010). Il en est ressorti plusieurs points de vue

intéressants. Le premier est que, en général, les interventions (soirées-discussion, invitation d'un spécialiste, soirées-témoignage, distribution de dépliants de sensibilisation, ateliers, etc.) sont décidées pour répondre à des « problèmes » choisis par les intervenants, liés à des sujets très présents dans les médias ou établis par les institutions ou des subventions gouvernementales destinées à un domaine particulier (les gangs de rue, le suicide, la drogue, etc.). Dans un tel contexte, les interventions sont souvent conçues pour limiter, empêcher, interdire et contrôler les jeunes. Le message envoyé aux jeunes est négatif, suppose une faute commise et les incite à changer de direction. Pourtant, d'après l'enquête, les adolescents se montrent intéressés par l'apprentissage d'information positive et utile, par exemple sur leurs droits et responsabilités en tant que citoyens ou les relations interpersonnelles. Selon le CCJU, les jeunes qui fréquentent le centre sont pour la plupart orientés vers les solutions et doivent être encouragés dans ce sens.

Le second point de vue intéressant se situe au niveau des besoins en information. Dans le sondage sur les besoins des jeunes, les thèmes ont été nommés de façon traditionnelle, c'est-à-dire comme des « problèmes ». Toutefois, ceux-ci auraient pu être présentés de manière positive. Par exemple, le thème de la violence aurait pu être remplacé par celui des « relations pacifiques » ou encore, les grossesses non désirées et les ITSS par la « sexualité saine et responsable ». Il est possible que cette formulation alternative suscite un plus grand intérêt chez les adolescents.

Le troisième point de vue concerne les sujets qui touchent moins de jeunes : les intervenants ne doivent pas faire le choix de ce qui sera présenté au courant de l'année par le CCJU parce qu'un sujet n'a récolté l'intérêt que d'un tiers d'entre eux. Le Centre croit qu'en toute circonstance, chaque jeune doit savoir « qu'il existe une panoplie de ressources informatives, mais aussi des personnes pouvant les aider à résoudre leurs difficultés et à trouver leur chemin » (CCJU, 2010).

Cadre d'analyse : le cadre théorique éco-systémique

Le projet de stage portant sur la nécessité de développer des services de proximité, le besoin d'améliorer les connaissances sur les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes ainsi que l'importance de créer des partenariats avec tous les acteurs de la

communauté, cette section présente le cadre d'analyse et l'approche d'intervention derrière sont élaboration. Le cadre d'analyse et l'approche d'intervention retenus pour l'élaboration de ce projet d'intervention sont le cadre théorique éco-systémique et l'approche culturellement sensible. La section suivante présente les concepts-clés de chacun ainsi que les éléments qui justifient ce choix pour le projet d'intervention.

Définir le cadre théorique éco-systémique

La présentation du milieu de stage et du projet d'intervention, dans la section précédente, a permis de faire ressortir le caractère multisystémique de ceux-ci en ciblant trois principaux noyaux d'intervention : l'individu et sa famille dans un cadre clinique (en partenariat avec les écoles et les Centres jeunesse), un groupe d'individus dans un environnement communautaire ainsi que plusieurs individus en contexte d'intervention de rue. Par conséquent, comme le projet de stage se nourrit de l'interaction entre le système-client et ces différents sous-systèmes et entre ceux-ci et l'environnement, le choix de poser un regard éco-systémique sur l'ensemble de la problématique était tout indiqué.

Le cadre théorique éco-systémique est issu de la fusion du cadre d'analyse systémique et du modèle écologique en travail social. Le premier est né de la théorie des systèmes de Von Bertalanffy, qui place le concept de système au cœur de son fondement. Le système est défini comme « un ensemble d'éléments en interaction de sorte qu'une modification quelconque de l'un d'entre eux entraîne une modification de tous les autres. [Le système est constitué] d'éléments organisés, interdépendants et interagissant qui cherche, dans un environnement donné, à atteindre un ou des buts déterminés, explicites ou non, en évoluant et en produisant une ou des activités » (Carignan, 2011, p. 144). Le second, le cadre d'analyse écologique, est un paradigme scientifique élaboré notamment par Bronfenbrenner pour « étudier et comprendre le développement humain, dans un contexte systémique et relationnel, qui façonne à la fois l'individu ainsi que son environnement immédiat et éloigné » (p. 147). Le modèle écologique se compose en six systèmes interdépendants : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Carignan, 2011).

Le cadre théorique éco-systémique met l'accent sur l'aspect social de la profession du travail social, contrairement aux théories psychodynamiques qui, par exemple, se concentrent sur l'individualité des personnes. Selon Payne (2005), la pensée principale derrière ce cadre d'analyse concerne l'insertion de l'individu dans l'ordre social présent, les relations de l'individu avec les autres systèmes et les interactions entre ceux-ci, de même que les objectifs de justice sociale et de changement. Toutefois, l'analyse éco-systémique ne vise pas le changement social radical comme le font les théories radicales et critiques. D'après Chamberland *et al.* (1996), le modèle écologique :

« [enrichit plutôt] la compréhension des problèmes sociaux en insistant sur l'examen des relations complexes qui relient l'individu à son environnement et en reconnaissant la capacité de l'être humain d'agir sur les systèmes sociaux. Ce modèle, avec son analyse plus holistique, [élargit] l'éventail des facteurs de risque ou de protection en relevant le rôle important joué par les environnements éloignés dans l'étiologie des problèmes sociaux. Ainsi, l'organisation des sociétés et la volonté des dirigeants politiques ou économiques de participer ou non au bien-être des populations, de même que les valeurs sociales véhiculées, sont reconnues dans ce modèle comme des facteurs importants dans l'émergence des problèmes sociaux. Ce modèle insiste sur l'élaboration d'actions concertées, portant sur plusieurs systèmes simultanément (environnement familial, social, facteurs politiques et économiques, etc.) et comportant une variété de moyens d'action et de stratégies (p. 68) ».

Ainsi, le cadre théorique éco-systémique intègre, de façon équilibrée, les éléments psychologiques et sociaux de la pratique du travail social et permet de comprendre comment les individus interagissent entre eux, avec d'autres systèmes et dans des environnements sociaux plus larges (Payne, 2005).

Pertinence de l'utilisation du cadre éco-systémique pour le projet d'intervention

C'est par l'intervention individuelle auprès des jeunes que le cadre d'analyse éco-systémique permet de se pencher sur l'ontosystème. En effet, le volet clinique se concentre sur la personne, c'est-à-dire ses caractéristiques personnelles, son histoire et/ou sa trajectoire migratoire ainsi que ses forces. D'autre part, comme la famille est un élément crucial dans la prévention et le maintien de la santé mentale chez les jeunes et qu'elle joue un rôle de première importance dans les interventions de l'équipe Santé mentale jeunesse, le cadre éco-systémique permet l'analyse en profondeur du microsystème et des relations de celui-ci avec son environnement plus large (mésosystème). Tel que relevé dans la précédente recension des écrits, les familles d'origine étrangère, dont les parents sont majoritairement des immigrants de première génération, vivant en milieu urbain et socio-économiquement défavorisé, peuvent

rencontrer des barrières importantes à l'intégration sociale, culturelle, économique et citoyenne. Effectivement, Cleek *et al.* (2012) expliquent que ces familles luttent souvent contre de multiples obstacles qui interfèrent avec l'utilisation de leurs propres capacités et aptitudes à recourir à de l'aide. Ces obstacles comprennent la pauvreté, la violence conjugale, l'abus des enfants, l'abus de substances, le racisme et d'autres formes de discrimination qui mènent vers un sentiment de désespoir. Ces familles interagissent également avec de multiples systèmes extérieurs tels que les écoles, les programmes d'assistance sociale, les tribunaux de la famille, les agences de protection de l'enfance, les familles d'accueil et les refuges. Cleek *et al.* avancent que ces systèmes peuvent avoir des objectifs différents et échouer à coordonner leurs priorités et services, ce qui entrave l'efficacité de chaque système et crée un sentiment général de confusion, de fragmentation et de futilité dans les familles qui en ont recours. De plus, comme ces systèmes ont tendance à mettre l'accent sur les individus et les problèmes, ils n'ont pas tendance à encourager les familles et les communautés à utiliser ses propres forces, compétences et capacités de guérison.

Cette vision est partagée par McAdam et Mirza (2009) qui s'appuient sur l'exemple de la consommation de substance chez les jeunes pour expliquer les difficultés systémiques que vivent les familles. Selon eux, bien que l'abus de substance soit un comportement individuel, celui-ci est inévitablement lié et influencé par la « matrice » socioculturelle dans laquelle il s'inscrit. Chez les individus (plus vulnérables), la consommation de substances est le résultat d'interactions entre la génétique de la personne, son comportement, l'environnement ainsi que des facteurs psychosociaux et culturels. De plus, McAdam et Mirza proposent que les adolescents aux prises avec des problèmes de consommation vivent des difficultés qui dépassent largement et transcendent l'éducation reçue, leurs besoins sociaux, leur santé ou encore le crime présent dans la communauté. Ces jeunes ont généralement de la difficulté, d'une part, à faire confiance aux autres et à développer et entretenir des relations interpersonnelles simples et, d'autre part, à juger correctement et mesurer le poids des alternatives qui se présentent à eux, ce qui les amène à se laisser facilement influencer. Plusieurs de ces jeunes viennent de familles dans lesquelles les parents ont peu d'intérêt ou d'espoir en regard de leur avenir, étant prises dans des cycles de difficultés culturelles et structurelles. Finalement, beaucoup d'autres

proviennent de familles brisées, évoluent auprès de plusieurs générations de personnes qui baignent dans une adversité constante et vivent dans des communautés qui cultivent malgré elles le sens de la perte d'espoir. Le cadre d'analyse éco-systémique permet de prendre en compte tous ces éléments.

Un autre exemple de la pertinence de l'utilisation de ce cadre est l'étude de Kelley (1994) avec les familles réfugiées, une population très présente sur le territoire du CLSC de Parc-Extension. Le cadre éco-systémique voit le comportement de la famille réfugiée dans son contexte et se concentre sur les problèmes émergeant des interactions entre les systèmes plutôt que sur les problèmes individuels de la personne. Autrement dit, l'accent est mis notamment sur les facteurs interpersonnels et non sur les facteurs intrapsychiques afin de résoudre les problèmes sans passer par l'analyse des motivations subconscientes. La migration, dans des circonstances d'évitement de risques et de dangers présents dans le pays d'origine, interrompt le fonctionnement familial, laissant plusieurs individus marqués par divers traumatismes. Pour ces familles ayant trouvé refuge à l'étranger, qui doivent déjà s'adapter précipitamment à une nouvelle vie, des transformations nombreuses et rapides sont une source de stress supplémentaire. Le cadre éco-systémique vise à rétablir et maintenir la stabilité à l'intérieur des systèmes et entre les systèmes de façon progressive et en permettant l'acclimatation aux changements. Idéalement, une modification dans l'un des systèmes influence graduellement les autres à un rythme qui permet aux familles de s'adapter. De plus, ce cadre propose de mettre l'accent sur les difficultés identifiées par la famille, d'évaluer plutôt que de poser un diagnostic, de rechercher et de miser sur les forces, ainsi que de désaccentuer la causalité des problèmes. Bien que cet exemple concerne une population très particulière, celle des personnes ayant le statut de réfugié, le cadre éco-systémique s'applique tout aussi bien aux familles immigrantes de première génération de milieux urbains socioéconomiques défavorisés en proposant une lecture qui dépasse l'individualisation des problèmes.

Puisque le projet d'intervention s'inscrit en service social avec une vision de l'intervention sociale qui dépasse l'individualisation des problèmes, le cadre éco-systémique permet l'analyse de l'exosystème, ce qui inclut le quartier Parc-Extension et les communautés qui y vivent ainsi que les organismes communautaires, comme le

Centre communautaire jeunesse unie et PACT de rue. Les écrits ont démontré plus haut que la communauté dans laquelle les jeunes vivent a une grande incidence sur leur bien-être général et sur l'apparition de troubles de santé mentale. Rahm *et al.* (2012) expliquent que les programmes communautaires pour les jeunes sont une ressource importante, complémentaire à la famille et à l'école, qui offre de multiples bienfaits. Premièrement, les organismes communautaires proposent un endroit sécuritaire où les jeunes peuvent passer du temps après les cours. Deuxièmement, ils constituent souvent un pôle d'intégration à la société d'accueil des familles immigrantes et un facilitateur de leur processus d'acculturation. D'après Roffman *et al.* (2003), ce processus concerne les « pratiques sociales et culturelles, indispensables à la réussite socioscolaire des familles immigrantes et de leurs enfants, tel que l'accès à des modèles socioculturels de la société d'accueil, à des ressources et d'opportunités d'apprentissage supplémentaire à l'école autant que l'aide de surmonter des barrières linguistiques diverses » (p. 88). Troisièmement, les organismes communautaires contribuent à la construction de relations significatives entre les jeunes et des mentors et des tuteurs pouvant agir comme modèles positifs. Ils permettent également l'accès à un riche réseau social et à des occasions éducatives de qualité. Finalement, ils ont une mission d'accompagnement dans la réalisation de certains défis (comme les barrières linguistiques) ainsi que la construction de liens avec les pairs.

À l'échelle macrosystémique (valeurs, croyances, idéologies et pratiques culturelles), le regard éco-systémique sur la problématique a pour but d'entraîner une mouvance locale, provinciale et nationale soutenant les projets de sensibilisation des communautés sur les signes, symptômes et facteurs de risque reliés aux troubles de santé mentale chez les jeunes (McArt *et al.*, 1999). Ces projets doivent aussi travailler sur la définition des valeurs des communautés, la conception de la maladie mentale, la stigmatisation et les tabous ainsi que les liens entre santé mentale et culture et religion.

Approche d'intervention : l'intervention culturellement sensible

Le travail social auprès des populations immigrantes s'inscrit à travers quatre grands courants idéologiques : l'assimilationnisme, le multiculturalisme, l'interculturalisme et l'antiracisme (Roy, Legault et Rachédi, 2008). L'approche interculturelle, qui découle du

troisième courant idéologique, s'inspire du modèle de l'interculturalisme québécois et offre une variété de pratiques, allant du travail social interculturel à l'ethnopsychiatrie. Le modèle de pratique ayant été choisi pour le projet de stage, l'intervention culturellement sensible, se rattache cependant à la fois à l'approche interculturelle et à l'idéologie antiraciste, le quatrième courant idéologique susmentionné (Roy, Legault et Rachédi, 2008).

L'emploi d'une approche culturellement sensible à l'intérieur d'un cadre d'analyse écosystémique est jugée appropriée dans la plupart des écrits, notamment par Beauvolsk, van de Sande et Renault (2011) qui croient que la théorie des systèmes de Bertalanffy s'applique bien dans un contexte multiculturel. Selon les auteurs, « le groupe culturel d'un immigrant est un système. Les valeurs et les traditions de ce groupe sont les frontières du système. L'immigrant, en tant qu'élément du système, tend à respecter ces frontières et à se conformer aux valeurs et aux traditions de son groupe culturel » (p. 116). Cette approche, d'après Rachédi et Legault (2008), doit donc être intégrée dans toutes ses composantes : la personne (ontosystème) et les déterminants extérieurs (microsystème, exosystème et macrosystème). De plus, poursuivent les auteurs, « une perspective historique doit être présente dans l'ensemble du modèle interculturel systémique. Cette histoire, qui est à la fois diachronique et synchronique, individuelle, familiale, nationale et internationale, doit nous amener à prendre en considération l'évolution des institutions et des structures » (p.124). Ceci dit, le travailleur social doit suivre un processus qui prend en compte toutes les variables présentes dans l'intervention, dont les trois étapes sont le temps de décentration, le temps de la compréhension du système de l'autre et le temps de la négociation ou de la médiation (Cohen-Emerique, 2000). Ainsi, comme le projet d'intervention au CLSC de Parc-Extension se déroule en contexte multisystémique et multiethnique, l'approche culturellement sensible s'avère adéquate.

Néanmoins, la question de la « sensibilité » outrepassé le concept de l'ethnie. Selon Payne (2005), la sensibilité d'une approche d'intervention peut être requise dans d'autres contextes où les divisions sociales sont présentes. C'est le cas de l'intervention auprès de la jeunesse. Le XX^e siècle a vu la jeunesse devenir le symbole d'une génération,

constituée pour la première fois en force politique au Québec dans les années soixante avec la Révolution tranquille (Gauthier, 1994). Depuis, la société moderne, avec la démocratisation de l'éducation notamment, permet aux jeunes de prolonger la période de l'adolescence et de retarder l'arrivée à l'âge adulte. Il en résulte la formation d'une classe d'âge baignant dans un climat social plus libre qui élabore sa propre sous-culture. Celle-ci est fondée sur des valeurs différentes de la génération précédente et porte une nouvelle vision du monde (Attias-Donfut, 1996).

D'un autre côté, comme le fait remarquer Gauthier (2000), la démocratisation de l'enseignement « a produit des effets inattendus, comme le report de l'âge [pour un] premier emploi stable, [un] premier logement autonome, [l'] entrée dans la vie de couple, etc. » (p. 24). Actuellement, le contexte est différent de celui des années soixante et les repères pour définir la « jeunesse » sont devenus flous. De nouveaux modes de vie font leur apparition : les jeunes quittent le domicile familial pour faire leur « propre » vie, sans nécessairement devenir autonomes ou s'installer en couple. Souvent soutenus financièrement par leurs parents, ils réalisent des expériences hors du milieu familial qui se traduisent régulièrement par la transgression des interdits (sexualité, drogue et alcool) et des comportements extrêmes.

En ce qui concerne les jeunes immigrants, le défi est double puisque ces derniers doivent, d'une part, traverser l'adolescence, qui est l'âge des choix, de la conquête d'autonomie et de la recherche d'affiliation (Gauthier, 1998) et d'autre part, comme l'avance Alvarado (1993), « s'adapter à leur nouvel environnement, mais aussi négocier cette adaptation en lien étroit avec celle opérée par leur famille » (p. 211). Une approche sensible à la « culture jeune » des immigrants prend donc en compte la contradiction qui peut émerger de la négociation entre la préservation des éléments identitaires traditionnels et l'intégration au nouveau contexte socioculturel (Hohl et Normand, 1996). De plus, parce que l'adaptation des jeunes à la société d'accueil se fait généralement beaucoup plus aisément et rapidement que pour leurs parents, les adolescents deviennent très tôt impliqués dans les transactions des parents avec les institutions de cette société d'accueil, notamment pour la traduction. Cette situation a pour effet de renverser les rôles parents-

enfants au sein de la famille et de « parentifier » les jeunes, ce qui bouleverse profondément la structure familiale (Tousignant, 1992).

Les rapports de classes socioéconomiques structurent toutefois la société québécoise contemporaine plus fortement encore que les conflits intergénérationnels (Lima, 2005). En gardant en tête que les jeunes, à l'adolescence, traversent une période complexe de leur vie, marquée par de multiples transitions et transformations, l'ambivalence et la formation de leur identité, une approche sensible à l'importance de ce passage et réceptive à la découverte des sous-cultures de la jeunesse apparaît comme un pas de plus vers la création d'un lien durable avec ces jeunes. Le chapitre suivant montre comment l'approche culturellement sensible et le cadre d'analyse éco-systémique décrits ici ont teinté le projet d'intervention de prévention en santé mentale auprès des jeunes.

CHAPITRE 3 : ANALYSE CRITIQUE

Bilan de l'implantation du projet d'intervention

Cette section fait la rétrospective de l'implantation du projet d'intervention, soit de son élaboration jusqu'à l'étape précédant sa mise sur pied. Il est donc ici question de la présentation du projet de départ, du processus de co-crédation avec le milieu de stage et des partenaires externes, des étapes menant à l'intervention et de la recension des facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation aux plans organisationnel, professionnel et sociétal.

Le projet de départ

A l'origine, le projet de stage devait être réalisé à l'école secondaire La Voie, située dans le quartier Côte-des-Neiges, sur le territoire du CSSS de la Montagne à Montréal. Il s'agissait d'un projet de prévention à l'apparition de troubles en santé mentale chez les jeunes de deuxième secondaire. À l'été 2013, les travaux inhérents au cours SVS 6932 – Projet de stage ont donc été accomplis en ce sens. Toutefois, à la fin du mois de juin, la détentrice officielle du poste de travailleuse sociale à l'école La Voie a repris ses fonctions et la personne qui devait assurer la supervision de mon projet de stage a été transférée au Programme régional d'accueil et d'intégration aux demandeurs d'asile (PRAIDA). Malgré mes efforts et ceux de l'École de service social pour conserver le

projet, ce dernier est tombé à l'eau et des démarches ont été entreprises pour trouver un nouveau milieu de stage.

La co-crédation

À l'interne : l'implication de l'équipe SMJ

À la fin de l'été 2013, le programme Santé mentale jeunesse (SMJ) du CLSC de Parc-Extension s'est montré ouvert à recevoir une stagiaire de maîtrise pour l'année 2013-2014. Ce milieu clinique étant peu habitué à encadrer des projets de deuxième cycle de l'École de service social de l'Université de Montréal, un grand chantier de co-crédation s'est alors mis en branle, impliquant la superviseure de stage, la directrice de stage et moi-même. L'objectif était de trouver un projet d'intervention pouvant satisfaire les besoins de la clinique SMJ, les exigences académiques de l'École et mes propres intérêts d'intervention.

C'est au cours de la deuxième semaine de stage que deux idées de projets en lien avec mon projet de départ ont été mises sur la table. En effet, toute l'équipe SMJ s'est réunie à l'initiative du Dr Rousseau, la psychiatre répondante du CLSC de Parc-Extension, afin de développer un projet-pilote durant l'année 2013-2014. Toutes les professionnelles et stagiaires de l'équipe ont été conviées à cette rencontre, car la vision première du Dr Rousseau était d'impliquer l'ensemble des disciplines dans ce projet. Deux idées maîtresses ont été retenues : la création d'une clinique jeunesse à l'école Lucien-Pagé (polyvalente fréquentée par la grande majorité des jeunes de Parc-Extension, mais située sur le territoire du CSSS du Cœur-de-l'Île) ou la mise sur pied d'un *drop in* au CLSC de Parc-Extension. Après discussion, la première idée a été mise de l'avant car elle offrait les possibilités suivantes :

- Une meilleure accessibilité pour les jeunes (présence de professionnels à l'école, un lieu qu'ils fréquentent tous les jours);
- Une offre de services non bureaucratiques;
- Une variété d'activités proposées aux jeunes : jeux, lecture, ateliers de sensibilisation et de prévention ponctuels, activités sociales, distribution de matériel informatif et consultations privées;

- La création d'un lieu où il serait possible pour les jeunes de tisser de nouveaux liens (avec d'autres jeunes et/ou les intervenants), d'encourager leur socialisation et de favoriser leur intégration;
- Une place pour l'intervention de crise;
- Une présence régulière et permanente du CLSC en milieu scolaire afin de promouvoir le modèle de « l'intervention-prévention ».

Ce projet a suscité un grand enthousiasme chez les professionnels et les stagiaires. Il a ensuite été soumis à la chef de programme. Cette dernière nous a informés qu'un projet similaire avait déjà été présenté par le CSSS du Cœur-de-l'Île il y a plus d'un an, mais qui n'avait finalement jamais vu le jour.

À l'externe : l'implication de partenaires du milieu communautaire

À la troisième semaine du stage, il a été confirmé que le projet d'une clinique jeunesse à Lucien-Pagé ne pourrait être réalisé pour de multiples raisons administratives. Avec ma superviseure, je me suis donc tournée vers un projet de partenariat avec le milieu communautaire. Le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) et le Centre communautaire des femmes sud-asiatiques (CCFSA) ont été identifiés comme partenaires potentiels. Le premier, car ses utilisateurs forment la population ciblée par le projet d'intervention initial (prévention en santé mentale auprès d'adolescents du secondaire) et qu'il ne semblait pas y avoir de lien déjà créé avec le CLSC. Le second parce que beaucoup de résidentes de Parc-Extension proviennent de l'Asie du Sud et fréquentent ce centre et les responsables de celui-ci avaient déjà entamé des démarches de collaboration avec le CLSC via Dr Rousseau. D'ailleurs, le CCJU et le CCFSA collaborent ensemble lorsqu'il est question d'aborder le thème de la violence dans les relations hommes-femmes avec les jeunes. Finalement, je n'ai pas obtenu de suivi à propos de la collaboration avec le CCFSA alors je me suis concentrée sur le partenariat avec le CCJU.

Collaborer avec le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU)

J'ai contacté et rencontré les responsables du CCJU dès le mois de septembre. Lors du premier entretien, la direction du CCJU et ses responsables m'ont présenté l'organisme, sa mission, ses valeurs, ses activités et m'ont dressé un portrait de la population qui le fréquente. Je me suis présentée à mon tour et leur ai expliqué quels étaient mes intérêts et

mes objectifs de stage. Une fois la table mise, nous avons pu échanger sur ce qui pouvait être développé au courant de l'année. Le CCJU s'est montré très enthousiaste à l'idée de collaborer avec le CLSC, ce qui nous a permis d'explorer plusieurs pistes intéressantes. La première piste envisagée a été la tenue de soirées-discussion au CCJU sur le thème de la santé mentale. Les soirées-discussion font partie des activités organisées par le centre qui incitent les jeunes à réfléchir et échanger sur des thèmes particuliers. Les sujets sont choisis par les jeunes en début d'année lorsque ceux-ci remplissent un sondage sur ce qui les intéresse. Les intervenants analysent ensuite les demandes des jeunes et les harmonisent avec des thèmes qu'ils jugent importants, afin de répondre à leurs besoins tout en permettant à l'organisme de remplir sa mission (dont l'une des composantes est la création d'un environnement de non-violence, par exemple).

Le thème de la santé mentale devait donc être intégré au programme du CCJU, qui m'a offert deux soirées-discussion pour l'aborder avec les jeunes. Les intervenants du centre m'ont informée que la santé mentale n'était pas un sujet d'intérêt pour les jeunes parce que ce dernier est méconnu et peu concret pour les adolescents. Ils m'ont alors proposé de créer deux ateliers interactifs et dynamiques qui permettraient aux jeunes d'apprendre de façon non passive et de laisser libre cours à la discussion. Ces ateliers auraient à être développés soit par les intervenants du CCJU, soit par moi-même ou encore en tandem.

Le CCJU était également intéressé à l'idée d'obtenir une présence régulière de professionnels du CLSC pour créer des liens avec les jeunes et aider les intervenants à gérer les situations où la santé mentale d'un jeune est en question. Les intervenants se disent mal outillés et sans ressource pour répondre aux besoins des jeunes qui vivent avec un trouble de santé mentale et qui fréquentent le centre. Ils déplorent aussi la disparition des organisateurs communautaires (OC) qui assuraient, il y a quelques années, le rôle de « courroie de transmission » entre les milieux institutionnel et communautaire. Malheureusement, cette idée n'a pas eu l'aval de ma superviseuse de stage. Selon elle, des contraintes budgétaires et organisationnelles nous empêcheraient de poursuivre ce projet à long terme. Ainsi, sans pouvoir assurer la pérennité d'une telle présence dans le milieu, je devrais me concentrer sur l'aspect clinique de mon stage car les consultations individuelles constituent la mission première de l'équipe SMJ, d'autant plus qu'aucun des

stagiaires en psychologie n'était finalement disponible pour assurer cette présence du CLSC au CCJU.

Pour solidifier et agréments le partenariat entre le CCJU et le CLSC, ma directrice de stage et moi-même avons réfléchi sur la création de divers outils assurant une meilleure connaissance mutuelle des deux milieux. Nous avons fait ressortir les possibilités suivantes :

- Rédiger une synthèse du document *Regard sur les besoins des adolescentes et adolescents du quartier Parc-Extension* (enquête effectuée par le CCJU en 2010 sur les besoins des jeunes) à l'intention des professionnels du CLSC de Parc-Extension;
- Créer un répertoire des organismes communautaires du quartier Parc-Extension et leurs services à l'intention des professionnels du CLSC et des organismes communautaires de Parc-Extension;
- Produire un outil de communication sur les services offerts par le CLSC destiné aux jeunes afin d'augmenter leur connaissance de ces services et d'encourager leur utilisation;
- Présenter, à la fin du stage, le travail réalisé en collaboration avec le CCJU aux équipes SMJ et Jeunes en difficulté (JED);
- Organiser un dîner-rencontre entre le CCJU et le CLSC.

Les deux premières idées n'ont pas été retenues par ma superviseuse de stage. Selon elle, le document *Regard sur les besoins des adolescentes et adolescents du quartier Parc-Extension* peut être lu directement par les professionnels alors que le répertoire des organismes communautaires est un outil qui, à sa connaissance, existe déjà et dont la mise à jour a été faite récemment. Concernant l'outil de communication, j'avais le champ libre pour le créer et le soumettre à la direction. Pour ce qui est des rencontres en fin de stage, il n'y avait pas de problème là non plus, je devais seulement en faire la demande à la chef de programme.

Collaborer avec PACT de rue

Afin d'enrichir davantage le projet de stage, ma directrice de stage et moi-même avons également exploré la possibilité d'une collaboration avec PACT de rue, un organisme dédié au soutien de jeunes en difficulté via une intervention de proximité en contexte de rue. La même semaine, j'ai été mise en contact avec Vincent, un travailleur de rue d'expérience mais nouveau dans le quartier Parc-Extension. Vincent a été immédiatement emballé par le projet. Comme travailleur de rue, il peut rarement identifier les troubles de santé mentale chez les jeunes, mais plutôt leurs conséquences, comme la toxicomanie. Il est d'avis qu'il s'agit d'un sujet très important qui touche un grand nombre de jeunes. Au mois de décembre, Vincent et moi avons commencé à réfléchir sur ce que le volet « rue » pouvait apporter à mon projet de stage. D'abord, le contexte informel de la rue nous permettrait d'aller à la rencontre des jeunes en dehors des cadres traditionnels que sont la maison, l'école, le centre communautaire et la clinique. Ensuite, nous nous sommes demandé si les ateliers créés pour le CCJU pouvaient être reproduits dans ce contexte informel, ce à quoi nous avons répondu vouloir mettre en place quelque chose de différent. Nous en sommes arrivés à la conclusion que nous étions intéressés à connaître ce que les jeunes ont à dire sur la santé mentale lorsqu'ils ne sont pas accompagnés de leurs parents, leurs professeurs, leurs intervenants ou leurs professionnels de la santé. Nous avons donc prévu organiser deux soirées dans un restaurant du quartier avec deux ou trois jeunes différents pour chacune.

Intégrer les trois volets du projet de stage : la clinique, le milieu communautaire et le travail de rue

Après avoir déterminé mes trois pôles d'intervention, soit la clinique SMJ, le milieu communautaire via le CCJU et l'intervention de rue, je devais trouver ce qui allait lier ces milieux dans un projet d'intervention cohérent et novateur. Je souhaitais rester dans le domaine de la prévention, pour répondre aux besoins des jeunes, tout en permettant aux trois milieux de remplir leurs missions respectives. De plus, il m'apparaissait important que ce projet ait une portée macrosystémique et qu'il fasse émerger des questionnements et des débats d'ordre sociétal.

En revenant sur la statistique du taux de percée du CSSS de la Montagne en santé mentale auprès des jeunes (13% des jeunes ayant un trouble de santé mentale reçoivent

des services publics en santé mentale), je me suis demandé comment il serait possible d'améliorer ce dernier dans le quartier Parc-Extension. Ma réflexion m'a portée vers l'objectif général suivant : explorer des stratégies permettant de mieux connaître les besoins des jeunes et de développer des collaborations, en contexte de proximité, avec des acteurs du milieu communautaire afin de répondre adéquatement à ces besoins. Les raisons derrière cet objectif sont les suivantes : premièrement, pour comprendre la réalité des jeunes, il faut connaître les milieux dans lesquels ils évoluent. Deuxièmement, pour soutenir les jeunes, il faut créer une action concertée. Troisièmement, pour aider les jeunes, il faut les écouter. Ainsi, l'implantation de mon projet d'intervention consistait à organiser la mise sur pied de stratégies qui faciliteraient ma compréhension des différents milieux d'intervention, encourageraient leur mobilisation et leur concertation et me donneraient accès aux perceptions des jeunes sur la santé mentale et les services publics offerts en santé mentale.

Les facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation

L'implantation du projet d'intervention s'est échelonnée sur quatre mois, soit du début du mois de septembre à la fin du mois de décembre. Cette relative longue période peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'abord, le fait d'avoir changé de milieu de stage après avoir complété le cours SVS 6932 – Projet de stage a fait en sorte que le projet a dû être repensé au complet, même si le thème de fond demeurerait très similaire : la prévention en santé mentale chez les adolescents en milieu scolaire versus la prévention en santé mentale en milieu clinique, communautaire et en contexte de rue. Ensuite, plusieurs pistes de projet ont été étudiées sans toutefois pouvoir être réalisées, telles que la création d'une clinique jeunesse à la polyvalente Lucien-Pagé, l'ouverture d'un *drop in* pour les adolescents au CLSC de Parc-Extension et la mise sur pied d'une présence régulière du CLSC au CCJU, ce qui a nécessité un grand investissement de temps et d'énergie. Finalement, la définition du projet a pu réellement être faite lorsque la mobilisation des trois milieux d'intervention – la clinique SMJ, le CCJU et PACT de rue – a été confirmée. Dans cette section sont présentés les facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation du projet d'intervention aux plans organisationnel, professionnel et sociétal.

Au plan organisationnel

C'est sans aucun doute au plan organisationnel que les plus grandes difficultés ont été rencontrées durant l'implantation du projet d'intervention. Premièrement, la clinique SMJ a connu, à l'automne 2013, un taux d'utilisation nettement inférieur à la moyenne. La liste d'attente était vide et seulement deux ou trois nouveaux dossiers arrivaient chaque semaine via le Guichet d'accès. Étant cinq stagiaires en clinique (trois en psychologie, une en art thérapie et moi-même), un partage des dossiers devait être fait de la manière la plus équitable possible entre nous, ce qui en a rendu l'attribution plus longue que prévu. Ainsi, les clients étaient si rares que le regroupement par problématique n'était pas envisageable puisque les quelques dossiers attirés à chacune présentaient des demandes très variées.

Deuxièmement, le projet d'assurer une présence régulière du CLSC en milieu communautaire, plus particulièrement au CCJU, n'a pu être réalisé à cause de contraintes au niveau des ressources humaines et du budget dont dispose le CLSC de Parc-Extension. En effet, l'équipe SMJ n'est composée que de cinq professionnelles à temps plein sur quatre jours par semaine (une psychologue, deux travailleuses sociales, une art thérapeute et une spécialiste en réadaptation psychosociale) dont la lourdeur de la charge de travail laisse peu de place à de l'intervention préventive hors clinique. En plus de leurs tâches habituelles respectives, la psychologue assurait la supervision des trois stagiaires en psychologie, l'art thérapeute assumait celle de la stagiaire en art thérapie et l'une des travailleuses sociales se chargeait de la mienne alors que la spécialiste en réadaptation sociale ne travaillait que trois jours par semaine. Même si l'automne 2013 n'était pas aussi achalandé qu'à l'habitude, l'accomplissement de ce travail suffisait à remplir leur agenda. Ainsi, la clinique SMJ ne pouvait se permettre de libérer l'une de ses professionnelles de façon régulière pour le développement d'un projet pilote en milieu communautaire, dont la pérennité n'était pas assurée, puisque l'intervention individuelle en clinique demeure sa mission première.

Troisièmement, la structure organisationnelle du CSSS a été un frein important à l'implantation d'un projet d'intervention. En effet, lorsque je soumettais un projet, je devais passer d'abord par ma superviseuse de stage afin qu'elle l'approuve, puis, si le

projet en question obtenait son aval, il était présenté à l'équipe SMJ. Si l'équipe souhaitait aller de l'avant avec le projet, celui-ci devait être soumis à la chef de programme. A partir de cette étape, je n'avais plus de contrôle sur l'approbation du projet. Je devais attendre qu'il soit proposé et accepté par l'échelon supérieur à la chef de programme. J'ai appris qu'il était très important de respecter la hiérarchie et de ne pas la remettre en question. Il ne m'était pas possible de proposer moi-même mes idées et d'en faire la promotion auprès des instances concernées. Ainsi, lorsque j'ai souhaité obtenir plus d'information sur la raison du refus du projet de clinique jeunesse à l'école Lucien-Pagé, afin de comprendre et d'analyser la structure décisionnelle du CLSC, ma superviseure m'a avisée qu'il s'agissait d'informations confidentielles et il aurait été mal vu de poser des questions à la chef de programme sur le sujet.

Au plan professionnel

Dès la première rencontre avec ma superviseure de stage, au mois d'août 2013, celle-ci m'a informée qu'elle en était à sa première expérience de supervision avec une étudiante de maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Par conséquent, elle avait assuré la supervision de stages exclusivement cliniques sans projet d'intervention et elle éprouvait de la difficulté à comprendre les objectifs de l'École de service social aux cycles supérieurs, ainsi que de l'inquiétude par rapport à ses capacités d'encadrer un tel stage. Implanter un projet de stage ayant une vision macrosystémique du travail social a donc représenté un défi.

D'un autre côté, ma superviseure détient une remarquable expérience clinique, notamment en intervention interculturelle, qui m'a été d'une grande utilité pour la partie clinique de l'implantation. Son expertise a beaucoup enrichi ma réflexion sur les interventions individuelles et mes connaissances sur la pratique en contexte multiculturel. Un autre facteur ayant facilité l'implantation du projet a été la présence du Dr Cécile Rousseau comme psychiatre répondante au sein de l'équipe SMJ. Dr Rousseau est une spécialiste de la pédopsychiatrie interculturelle et est un important vecteur de changement social. Sa passion pour la santé mentale auprès des jeunes ainsi que ses rôles de plaidoyer et de défense de droits ont été une grande inspiration et un levier pour l'implantation de mon projet de stage.

Finalement, l'implication et l'enthousiasme des intervenants du CCJU et de PACT de rue ont également beaucoup facilité l'implantation du projet d'intervention. Au CCJU, les responsables et la direction se sont montrés très ouverts et flexibles par rapport à l'insertion du thème de la santé mentale dans le calendrier d'activités du centre. Eux et moi étions sur la même longueur d'onde quant à l'importance du sujet et ils m'ont d'autant plus accordé carte blanche en ce qui a trait au format des soirées-discussion que je souhaitais animer. De son côté, Vincent, travailleur de rue chez PACT de rue, a aussi occupé un rôle important dans le projet en jouant le rôle de « courroie de transmission » entre le monde de la rue et l'univers académique/clinique. Il m'a beaucoup aidée dans l'élaboration du projet en m'informant sur la réalité des jeunes, sur ce qu'il était possible de faire ou non en contexte de rue et sur les dynamiques entre les différents acteurs comme l'école, le milieu communautaire, le milieu familial, les gangs de rue et le CLSC. Il est également très important de mentionner que les intervenants du CCJU et de PACT de rue ont assuré l'entièreté du recrutement des participants au projet : le CCJU a fait la publicité des soirées-discussion directement au centre alors que Vincent a recruté les jeunes personnellement dans le cadre de son travail.

Au plan sociétal

Quelques éléments ont également fait obstacle à l'implantation du projet d'intervention au niveau sociétal. D'abord, les politiques de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) concernant les CSSS sont très strictes, et ce, pour des raisons de restrictions budgétaires. À Montréal et au Québec, les CSSS sont divisés en territoires et doivent répondre aux besoins de la population résidant sur leurs territoires respectifs seulement. Sur le territoire du CSSS de la Montagne, il n'y a pas d'école secondaire. La majorité des élèves du quartier Parc-Extension étudient à la polyvalente Lucien-Pagé, située sur le territoire du CSSS du Cœur-de-l'Île. Cette situation complique souvent l'intervention auprès des jeunes, car la travailleuse sociale scolaire à Lucien-Pagé est employée par le CSSS du Cœur-de-l'Île mais doit référer les jeunes habitant à Parc-Extension au CSSS de la Montagne. À plus grande échelle, si le CLSC de Parc-Extension souhaite mettre en place un projet en milieu scolaire pour atteindre la population adolescente, comme j'ai tenté de le faire, un partenariat doit impérativement être créé avec le CSSS du Cœur-de-l'Île. Ainsi, à cause de ces découpages territoriaux, le développement de projets est

souvent freiné par des démarches administratives complexes et/ou des restrictions budgétaires.

Un autre élément est l'aspect légal de l'intervention auprès des jeunes. Au Québec, seuls les jeunes de 14 ans et plus ont droit à la confidentialité de leurs dossiers médical et psychosocial. Or, en première et deuxième secondaire, les jeunes sont pour la plupart âgés de 12 et 13 ans, ce qui oblige les professionnels de la santé et des services sociaux à obtenir le consentement parental après la première intervention. Cette loi est un facteur qui a fait obstacle à l'implantation du projet d'intervention car il était nécessaire de trouver un projet qui ne discriminerait pas les jeunes en fonction de leur âge ou qui compliquerait la participation de certains pour cette même raison.

Un facteur ayant cependant favorisé l'implantation du projet d'intervention est le fait que le secteur de la santé mentale au Québec, et particulièrement au CSSS de la Montagne, bénéficie d'un budget important et ne subit pas de coupes budgétaires notables. Les besoins sont en croissance tout comme le nombre d'emplois dans ce domaine, ce qui prouve une certaine mobilisation de la part du gouvernement à améliorer la qualité des soins offerts à la population. Le fait également que la santé mentale soit de moins en moins taboue au sein de la société, de par l'augmentation de campagnes de sensibilisation, encourage généralement un grand enthousiasme de prévention et d'intervention auprès des acteurs concernés.

Bilan de l'intervention

Deuxième et dernière partie de l'analyse critique, le bilan de l'intervention dresse le portrait des principales réalisations accomplies durant le stage. Ce bilan se divise en cinq sections : la présentation des participants; la concrétisation des activités planifiées lors de l'implantation du projet; les résultats obtenus et les constats tirés de ces activités; la recension des éléments qui ont favorisé et fait obstacle à l'intervention et finalement, les questionnements éthiques soulevés par ce projet.

Portrait des participants

Tous les jeunes rencontrés et qui ont participé au projet (une quarantaine) sont des résidents du quartier Parc-Extension. Ils sont également tous des immigrants de première

(nés à l'extérieur du Canada) ou de deuxième (nés au Canada et dont au moins un des deux parents est né à l'extérieur du Canada) génération. En clinique, 60% de mes clients étaient des filles alors qu'en contexte communautaire, plus de 90% des participants au projet étaient des garçons. Il a été intéressant de constater, en cours d'intervention, que les trois milieux d'intervention ne sont pas étanches, c'est-à-dire que certains jeunes se sont impliqués dans le projet à plusieurs niveaux. Alors que l'une de mes idées préconçues était que, selon leur profil, les jeunes fréquentent majoritairement soit l'un ou l'autre des milieux d'intervention (la clinique, la maison de jeunes ou la rue), celle-ci s'est avérée fautive puisque plusieurs jeunes ont été rencontrés dans les trois contextes offerts. Je pense à un adolescent en particulier qui a été rencontré la première fois lors d'une soirée avec PACT de rue, puis revu à une soirée-discussion au CCJU, ou encore un autre qui a également été rencontré la première fois en contexte de rue mais qui a m'a confié utiliser les services de la clinique Santé mentale jeunesse en individuel. Cette première partie dresse le portrait des participants dans les trois contextes d'intervention du projet.

Les suivis individuels à la clinique Santé mentale jeunesse

Les adolescents que j'ai eu l'occasion de suivre en clinique de manière individuelle ou familiale ont des profils très variés dont le détail est présenté à la Figure 1. La durée des suivis s'est échelonnée sur un à six mois, dépendamment des raisons à la source de la demande de consultation et du degré d'implication des jeunes ou des familles. Deux adolescents (Leila et Ricardo⁵) ont été suivis de façon intermittente sur une longue période car il était très difficile de les rejoindre ou parce qu'ils ne se présentaient pas à leurs rendez-vous. Le suivi d'une adolescente, Archisha, a pris fin abruptement après que cette dernière soit retournée dans son pays d'origine sans préavis. Seulement un enfant, Ahmar, n'était pas directement ciblé pour le projet en raison de son âge (cinq ans). Parmi les cinq dossiers qui m'ont été attribués, deux jeunes (Noélie et Ricardo) ont été identifiés comme participants au projet car le contexte de l'intervention et le lien que j'avais créé avec eux le permettaient.

Figure 1 Portrait psychosocial des jeunes suivis à la clinique Santé mentale jeunesse

⁵ Tous les noms ont été modifiés afin de préserver la confidentialité des personnes.

| Nom | Age | Sexe | Pays d'origine | Raison(s) de la consultation | Durée du suivi |
|----------|-----|--------|----------------|---|--------------------------|
| Archisha | 16 | Fille | Inde | Dépression | Un mois |
| Leila | 15 | Fille | Mexique | Anxiété | Quatre mois (irrégulier) |
| Noélie | 17 | Fille | Québec (Pérou) | Dépression et tentative de suicide | Trois mois |
| Ricardo | 13 | Garçon | Rwanda | Troubles de l'adaptation | Six mois (irrégulier) |
| Ahmar | 5 | Garçon | Pakistan | Trouble envahissant du développement ⁶ | Quatre mois |

Les participants aux soirées-discussion du CCJU

Tel qu'indiqué dans la présentation du projet d'intervention, les jeunes qui fréquentent le CCJU sont des adolescents inscrits à l'école, allant de la sixième année du primaire à la cinquième année du secondaire et plus de 80% d'entre eux sont des garçons. Selon les intervenants du CCJU, ce déséquilibre est expliqué par le fait que les adolescentes issues des communautés culturelles sont très encadrées par leur famille et ont moins de liberté que les garçons au niveau des sorties et des heures de rentrée, par exemple. La majorité d'entre elles doit rentrer à la maison directement après l'école et ne peut fréquenter la maison de jeunes. Pour les deux soirées-discussion, les intervenants du CCJU ont pris toute la portion du recrutement en main. La participation à la première soirée-discussion était en accès libre, ce qui signifie que les jeunes n'avaient pas à s'inscrire et que tous pouvaient y participer. Cette soirée a attiré 21 jeunes, dont 18 garçons et trois filles. La participation à la deuxième soirée-discussion était possible sur invitation seulement par les responsables du CCJU. Les participants ont été sélectionnés sur la base de leur bon comportement général au CCJU, leur maturité et leur intérêt à participer à une activité plus approfondie sur la santé mentale. Neuf garçons entre 12 et 15 ans ont pris part à la deuxième soirée-discussion.

⁶ Dossier qui a ensuite été transféré à l'équipe spécialisée en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED) après l'obtention du diagnostic d'autisme.

Les participants aux soirées avec PACT de rue

A l'instar du CCJU, le monde de la rue est un univers masculin où les filles se font rares. D'après Vincent, travailleur de rue chez PACT de rue, la rue est un espace encore très macho, toutes cultures confondues, qui n'est pas occupé par la femme, souvent confinée à la maison. Les travailleurs de rue rejoignent donc très peu les filles (20% au maximum après plusieurs années de travail dans le même quartier), d'autant plus que celles-ci sont rapidement étiquetées comme ayant un problème aussitôt qu'elles entrent en contact avec les intervenants. Les deux soirées organisées avec PACT de rue ont été exclusivement composées de garçons, soit trois pour la première et deux pour la deuxième. Les participants, principalement originaires des pays d'Asie du Sud (Inde et Pakistan), étaient âgés entre 15 et 16 ans et fréquentaient tous l'école. Selon Vincent, le profil de ces adolescents ne représente pas l'ensemble des jeunes avec qui il travaille quotidiennement. Les jeunes touchés par le travail de rue sont majoritairement âgés entre 18 et 30 ans et ne fréquentent pas les institutions (par exemple, les écoles) et les installations pour jeunes (comme les maisons de jeunes); ils sont en plus grande rupture sociale que ceux rencontrés dans le cadre du projet.

Activités réalisées dans le cadre du projet d'intervention

Cette section présente les activités réalisées dans les trois milieux d'intervention, soit la clinique Santé mentale jeunesse, le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) et le contexte de rue avec PACT de rue. Le précédent bilan de l'implantation a présenté les étapes qui ont mené vers la réalisation de ces différentes activités. En rappelant l'objectif premier du projet de stage, soit la nécessité de développer des services de proximité, le besoin d'améliorer les connaissances sur les problèmes de santé mentale vécus par les jeunes ainsi que l'importance de créer des partenariats avec tous les acteurs de la communauté, il s'agit maintenant d'expliquer ce qui a été fait concrètement auprès des jeunes de Parc-Extension sur la question de la santé mentale.

A la clinique Santé mentale jeunesse

Un suivi psychosocial individuel a été effectué auprès de quatre adolescents et d'un enfant dans le cadre de rencontres au CLSC. Ce volet clinique du stage a favorisé l'atteinte de quatre objectifs. D'abord, il m'a permis de connaître l'éventail des services publics en santé mentale offerts aux adolescents en travaillant en institution au sein d'une

équipe interdisciplinaire et à vocation transculturelle. Ensuite, il m’a familiarisée avec les principaux troubles de santé mentale rencontrés chez la population adolescente du quartier Parc-Extension et les moyens employés pour y remédier. Puis, il m’a offert un accès privilégié à la réalité des jeunes du quartier et à leur perception des services qu’ils reçoivent. Finalement, ce volet clinique m’a donné la possibilité d’étudier et d’analyser les dynamiques entre le CLSC et les autres acteurs du milieu communautaire.

Dans le cadre de ces suivis, j’ai pu élaborer les questions adressées aux jeunes portant sur la santé mentale qui seraient à la base de mon projet d’intervention. Ces questions m’ont permis d’évaluer la connaissance des adolescents sur le sujet ainsi que leur intérêt à en parler et à en apprendre davantage. Dans certains contextes, des questions ont été ajoutées ou retirées afin d’assurer une meilleure fluidité dans mes discussions avec les jeunes, tout en demeurant essentiellement les mêmes. Les questions posées sont présentées à la Figure 2.

Figure 2 Questions portant sur la santé mentale adressées aux adolescents de Parc-Extension

| |
|--|
| 1. Si je vous dis « santé mentale », qu’est-ce qui vous vient en tête en premier, sans réfléchir ? |
| 2. Si je vous dis que nous allons discuter de santé mentale aujourd’hui, qu’est-ce que vous me répondez ? Comment réagissez-vous ? |
| 3. Que connaissez-vous sur la santé mentale ? |
| 4. Quels sont les éléments qui, selon vous, favorisent une bonne santé mentale ? |
| 5. Quels sont les éléments qui, selon vous, ne favorisent pas une bonne santé mentale ? |
| 6. Que connaissez-vous du CLSC ? |

Mes interventions au CLSC m’ont également permis d’élaborer un dépliant d’information sur la santé mentale destiné aux jeunes de Parc-Extension. Ce dépliant, intitulé *La santé mentale, c’est pas fou !*, comprend essentiellement une définition de la santé mentale, les services offerts par le CLSC et les sujets pouvant être abordés avec ses professionnels ainsi que huit raisons d’aller les consulter. Malheureusement, ce dépliant n’a pas vu le jour avant la fin de mon stage, à cause des contraintes organisationnelles mentionnées plus haut. La prochaine section présente les résultats obtenus quant à l’atteinte des

objectifs susmentionnés ainsi que les réponses des adolescents aux questions sur la santé mentale.

En maison de jeunes au CCJU

Deux soirées-discussion ont été animées au CCJU dans le cadre du projet d'intervention. Les soirées-discussion font déjà partie des activités régulières de l'organisme. À raison d'une fois par mois, les responsables font appel à des intervenants-invités qui viennent animer un atelier sur des thèmes divers qui touchent à la réalité des jeunes, comme la violence dans les relations amoureuses ou les métiers d'avenir. Le CCJU était ouvert à intégrer le thème de la santé mentale à son calendrier puisque c'est un sujet d'actualité et qui concerne les jeunes, malgré leur faible intérêt à en parler a priori. À ce propos, l'élaboration des soirées-discussion a été fortement influencée par la lecture du document *Regard sur les besoins des adolescentes et adolescents du quartier Parc-Extension* (CCJU, 2010), dont il a précédemment été fait mention dans la présentation de la méthodologie d'intervention. En effet, je voulais mettre sur pied des ateliers qui correspondent aux besoins et aux aspirations des jeunes, en écartant le plus possible les notions de « problèmes » (par exemple, la dépression, le suicide ou la violence) et de « mauvais comportements » (comme la consommation de substances, l'adhésion à un gang de rue ou le décrochage scolaire) de la discussion. L'idée derrière les soirées-discussion était d'amener les jeunes à découvrir leurs forces, à prendre connaissance de solutions accessibles pour surmonter un défi et à voir la santé mentale de façon positive. L'élaboration des soirées-discussion a également été influencée par mes échanges avec les responsables du CCJU, qui m'ont exprimé leurs trois besoins principaux, soit la démystification de la santé mentale auprès des jeunes qui fréquentent l'organisme, la création de matériel visuel destiné au CCJU et l'ouverture d'un meilleur canal de communication entre le CCJU et le CLSC de Parc-Extension.

La première soirée-discussion, qui a accueilli, à la fin du mois de janvier, une vingtaine de jeunes, a débuté par un tour de table durant lequel les adolescents étaient invités à répondre aux trois premières questions portant sur la santé mentale (voir Figure 2). Mon objectif était de cerner les connaissances et les perceptions des jeunes sur la santé mentale, ce qui constitue à mon avis le premier outil à la base de la conception de

n'importe quel programme de prévention. En second lieu, les jeunes ont participé à un jeu sur les facteurs favorisant et défavorisant une bonne santé mentale (questions 4 et 5) ainsi que sur les services offerts par le CLSC (question 6). J'avais préalablement écrit, sur des bouts de papier, un ensemble de mots et de phrases se rapportant à chacune des trois catégories⁷ (facteurs favorisant, facteurs défavorisant et services du CLSC) que j'avais ensuite placés pêle-mêle sur une table. Il y avait également une vingtaine de mots et phrases qui n'appartenaient à aucune catégorie que les jeunes devaient laisser sur la table. Ces énoncés comprenaient des éléments n'ayant aucun lien avec la santé mentale, mais qui lui sont souvent associés et plusieurs termes correspondant à des « étiquettes » attribuées à tort aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Cette partie du jeu avait pour but de travailler sur les préjugés entourant la santé mentale. Il a donc été demandé aux jeunes, en quinze minutes, de placer les énoncés sur les trois cartons correspondant aux trois catégories sans se référer à moi ou aux autres adultes présents. Après le jeu, nous sommes revenus en grand groupe et avons discuté de l'emplacement des énoncés sur les cartons. J'ai conclu l'atelier en demandant aux jeunes, maintenant qu'ils possèdent de nouvelles connaissances sur la santé mentale et le CLSC, ce qui pouvait les amener ou non à consulter un professionnel du CLSC, une question que j'ai jugée pertinente d'ajouter au canevas de base, en vue de proposer de nouvelles idées pour inciter les jeunes à utiliser davantage les services.

La deuxième soirée-discussion, tenue à la mi-mars, a été volontairement conçue de manière très différente de la première qui visait avant tout à recueillir de l'information auprès des jeunes. L'orientation de la deuxième soirée-discussion était de répondre aux besoins des jeunes tels que présentés dans l'enquête du CCJU en leur transmettant de l'information utile et en leur permettant d'avoir une discussion positive sur la santé mentale. Comme les trois quarts des jeunes présents avaient assisté à la première soirée-discussion, j'ai débuté le deuxième atelier en faisant un retour sur ce qu'ils avaient retenu du premier. Puis, ils ont visionné une vidéo réalisée par un psychologue nommé Jean Rochette⁸ sur la définition de la santé mentale. De manière amusante et vulgarisée, le

⁷ Ensemble des énoncés présenté en Annexe 1

⁸ La vidéo est actuellement disponible à l'adresse suivante :
<http://www.youtube.com/watch?v=leFC3LIJoAM>

professeur Alexandre Lithium (personnage créé pour la série de capsules sur la santé mentale) explique aux jeunes que la santé mentale est une chose que les humains possèdent à leur naissance (sauf dans les rares cas de problèmes rencontrés pendant la formation du fœtus) et qu'ils doivent tenter de garder tout au long de leur vie. Le professeur explique aussi que les humains possèdent un bagage de ressources et de capacités qui leur permettent d'affronter les difficultés. Selon le psychologue, la santé mentale réside dans la faculté de s'adapter aux situations qui nous arrivent et donc, dans nos forces.

Après avoir visionné la vidéo, les participants se sont assis autour d'une grande table afin de compléter la deuxième partie de l'atelier. Nous avons discuté de la vidéo présentée et il leur a été demandé d'écrire, dans un premier temps, trois forces qu'ils possèdent dans n'importe quelle sphère de leur vie (scolaire, sociale, amoureuse, etc.). Ils ont tour à tour présenté leurs forces aux autres participants. Dans un second temps, ils ont écrit et présenté aux autres trois difficultés ou défis qu'ils ont à relever dans leur quotidien. Finalement, je leur ai remis chacun un outil (marteau, tournevis, pinces, etc.) provenant d'un coffre placé en évidence sur la table et ils ont dû trouver trois « outils » leur permettant de surmonter leurs difficultés et les présenter au reste du groupe. Durant toute la deuxième partie de l'atelier, les jeunes étaient attachés l'un à l'autre à l'aide d'une ficelle que j'avais enroulée autour de leurs poignets et du mien. Ils savaient qu'ils n'en connaîtraient la raison qu'à la fin de l'atelier. J'ai utilisé deux techniques visuelles lors de cette soirée-discussion (les outils et la ficelle) afin, d'une part, de les amuser et qu'ils se posent des questions et, d'autre part, afin que mon message ait un plus grand impact dans leur mémoire. Les résultats de la première et de la deuxième soirée-discussion sont présentés dans la prochaine section (Les résultats obtenus).

En contexte de rue avec PACT de rue

Le travailleur de rue de Parc-Extension, Vincent, a été emballé par un projet d'intervention sur la santé mentale des jeunes dès le départ. À son arrivée dans le quartier comme travailleur de rue, il avait essayé d'entrer en contact avec le CLSC de Parc-Extension afin de développer une collaboration entre l'institution et l'organisme PACT de rue, mais ses efforts sont restés vains jusqu'à aujourd'hui. Selon Vincent, les

travailleurs de rue, dans leur pratique, sont souvent témoins des conséquences des troubles de santé mentale chez les adolescents, qui se manifestent par la consommation de substances, la violence, la criminalité ou encore certaines formes de rupture sociale (par exemple, le décrochage scolaire). C'est pourquoi ils ont besoin de l'expertise des institutions en matière de santé mentale, combinée à leur propre expertise de la population, pour mieux intervenir auprès de celle-ci. D'après Vincent, les milieux institutionnel et communautaire devraient travailler ensemble (en complémentarité) dans le meilleur intérêt des jeunes.

Vincent et moi n'avions pas de plan précis quant à la forme que prendraient les soirées avec les jeunes puisque notre collaboration a débuté seulement vers la fin de l'automne. Après quelques rencontres, nous étions néanmoins sur la même longueur d'onde concernant plusieurs aspects. D'abord, nous voulions réduire le cadre des rencontres à sa plus simple expression, c'est-à-dire faire sentir aux jeunes qu'ils discutaient en dehors des contextes traditionnels que sont la maison, l'école, le CCJU ou le CLSC. Un de mes questionnements étant de savoir si les jeunes s'expriment différemment selon l'endroit où ils se trouvent et les personnes qui les entourent, nous devions effacer toute trace de structure, qu'elle soit familiale, scolaire, communautaire ou institutionnelle afin de les entendre dans leur état le plus « naturel » possible. Ensuite, Vincent et moi étions d'avis qu'une certaine standardisation des questions sur la santé mentale était nécessaire si je voulais comparer les réponses avec celles obtenues dans les autres milieux d'intervention. Nous avons donc décidé que la discussion avec les jeunes débiterait par les mêmes questions que celles posées en rencontre individuelle et lors de la première soirée-discussion au CCJU (Figure 2). Enfin, nous avons convenu d'un endroit neutre (un restaurant de Parc-Extension) pour rencontrer les jeunes et laisser libre cours à la conversation une fois la réponse aux questions terminée.

Deux soirées avec les jeunes, d'une durée approximative d'une heure, ont finalement été organisées en collaboration avec PACT de rue. Trois jeunes ont participé à la première et deux à la seconde (tous des garçons). Vincent avait ciblé et invité des adolescents avec lesquels il avait commencé à entretenir un lien, malgré son arrivée récente à Parc-Extension, et leur a offert le repas grâce au budget accordé par PACT de rue pour ce

genre d'intervention. Les résultats de ces deux rencontres sont présentés dans la prochaine section (Les résultats obtenus).

Les résultats obtenus

Cette section présente une discussion sur les données recueillies lors des activités tenues dans les trois contextes d'intervention du projet de stage, soit la clinique Santé mentale jeunesse (deux participants), le Centre communautaire jeunesse unie (CCJU) (30 participants) et en contexte de rue avec PACT de rue (cinq participants).

Sur les questions se rapportant à la santé mentale posées aux adolescents

A la première question (Si je vous dis « santé mentale », qu'est-ce qui vous vient en tête en premier, sans réfléchir ?), la notion de « problème » est apparue en clinique et en contexte de rue alors que des concepts relatifs au cerveau ont pris plus d'importance au CCJU. Un des deux participants en clinique a cependant associé la santé mentale à des émotions et des sentiments. Lors de la deuxième soirée avec PACT de rue, les jeunes ont été plus en profondeur dans leurs réponses et ont fait ressortir un lien entre la santé mentale et la capacité pour une personne de faire ce qu'elle désire et d'atteindre un but. Dans les trois contextes d'intervention, les jeunes ont mis un certain temps à répondre à la question et ne semblaient avoir aucune ou très peu d'idée sur le sujet. Sans grande surprise, la santé mentale n'a pas été considérée dans son sens positif (avoir la santé mentale) mais plutôt comme un état problématique. Les réponses obtenues à cette première question montrent que dès l'entrée en matière, les adolescents ont une très faible connaissance et une perception généralement négative de la santé mentale.

La seconde question (Si je vous dis que nous allons discuter de santé mentale aujourd'hui, qu'est-ce que vous me répondez ? Comment réagissez-vous ?) a entraîné des réactions plutôt polarisées chez les adolescents. Au CCJU, les trois quarts des jeunes disaient n'être pas du tout intéressés par le sujet de la santé mentale, plusieurs n'avaient pas d'opinion car ils ne savaient pas de quoi nous allions parler, un ou deux jeunes étaient intéressés et un a confié se sentir concerné par le sujet parce que l'une de ses tantes est « folle ». En contexte de rue, la majorité des jeunes était d'accord ou indifférente à l'idée d'en parler alors que quelques-uns ont mentionné avoir le désir d'en apprendre plus et de donner leur opinion sur le sujet. Je pense que l'effet de groupe a eu un certain poids sur la

réponse à cette deuxième question. Au CCJU, le groupe était composé d'une vingtaine de jeunes assis autour d'une grande table à côté de laquelle je devais me tenir debout afin que tous puissent m'entendre. L'ambiance se rapprochait donc plus d'un contexte scolaire que celui d'une maison de jeunes. Je crois que les jeunes avaient l'impression d'être en classe et se laissaient plus facilement influencer par le jugement des autres. À l'opposé, les soirées avec PACT de rue étaient très intimes et permettaient davantage la libre expression. J'en ai déduit que si le sujet de la santé mentale est amené de manière intéressante et créative aux adolescents, ceux-ci se montrent assez ouverts à en parler.

À la troisième question (Que connaissez-vous sur la santé mentale ?), les jeunes ont majoritairement répondu qu'ils ne connaissaient rien sur la santé mentale. Néanmoins, c'est en contexte de rue que les réponses ayant le plus de matière à réflexion ont été données. Pour la plupart des adolescents, la santé mentale est associée à un handicap, qu'il soit physique ou mental, car ils ont affirmé qu'un problème de santé mentale est généralement apparent et qu'il y a un lien entre le handicap physique et mental. Selon plusieurs, la santé mentale est aussi reliée au comportement, surtout en ce qui a trait à la consommation de drogues et au fait de « dépasser les limites » (ils n'ont pas précisé de quelles limites il s'agit). D'autres ont plutôt attribué la santé mentale à la capacité de régler ses problèmes et d'atteindre ses buts. Le concept d'intelligence est également ressorti, dans l'optique où la santé mentale correspond à des connaissances et du savoir sur différents sujets. L'analyse des réponses à cette troisième question montre assez clairement une méconnaissance générale du sujet de la santé mentale chez les adolescents et son association à des concepts erronés tels que la déficience intellectuelle et physique, les forces et les faiblesses d'une personne ainsi que la connaissance et le savoir.

La quatrième question (Quels sont les éléments qui, selon vous, favorisent le maintien d'une bonne santé mentale ?) a fait jaillir une multitude de réponses très variées d'un contexte d'intervention à l'autre. En clinique, il a été intéressant de remarquer que les réponses données par les jeunes étaient intimement liées à leurs motifs de consultation. En effet, Noélie, qui vivait beaucoup de relations conflictuelles avec sa mère, a fait de nombreux liens entre la santé mentale et la notion de problème. D'un autre côté, Ricardo a mentionné, pour parler du sujet de la santé mentale, des émotions qu'il aimerait vivre et

des caractéristiques qu'il devrait développer pour améliorer (selon lui) sa situation. En contexte de rue, les adolescents ont principalement attribué le maintien d'une bonne santé mentale à la présence d'un réseau de soutien (amis, parents) et à l'influence des pairs. Ils ont également mentionné le rôle de la génétique (l'hérédité), la prise de temps pour soi-même et le fait d'avoir un bon emploi comme facteurs déterminants. Ces résultats laissent croire que les jeunes ont une certaine notion des éléments à la source d'une bonne santé mentale. Ils auraient donc une meilleure connaissance des moyens pour maintenir une bonne santé mentale que du concept en tant que tel. Par contre, lors de l'atelier tenu au CCJU dans le cadre de la première soirée-discussion (le jeu des énoncés et des cartons), les jeunes ont obtenu trois bonnes réponses sur 12. Un grand nombre d'énoncés qui n'ont pas de lien avec la santé mentale (intelligence, fille, petit cerveau, apparence physique, ethnie, retardé, déficient(e) intellectuel(le), incapacité à se contrôler) ont été placés sur le carton des facteurs favorisant le maintien d'une bonne santé mentale, ce qui suggère une mauvaise compréhension de la question, mais aussi la forte présence de préjugés. A mon avis, la stigmatisation envers les personnes ayant un trouble de santé mentale est bien présente chez les jeunes.

Des tendances similaires à la quatrième question ont été observées à la cinquième (Quels sont les éléments qui, selon vous, ne favorisent pas le maintien d'une bonne santé mentale ?). En clinique, Noélie et Ricardo ont suivi exactement le même modèle de réponse alors qu'en contexte de rue, les jeunes ont dit que les facteurs ne favorisant pas le maintien d'une bonne santé mentale sont l'inverse de ceux mentionnés à la question précédente, soit la solitude et la fermeture aux autres. La drogue a occupé à nouveau une place importante; selon les adolescents, la drogue a un impact négatif sur le comportement des personnes et la possibilité de se réaliser en tant qu'individu. Au CCJU, les jeunes ont eu neuf bonnes réponses sur 13 à cette question dans le cadre de l'atelier, mais ont y également inclus dix énoncés n'ayant aucun lien avec la santé mentale (malade mental, malformation au cerveau, couleur de la peau, handicapé(e), paresse, lâcheté, manque d'efforts, fou/folle, pas bon/pas bonne, faiblesse). Encore une fois, les idées fausses semblent très répandues chez les adolescents au sujet des troubles de santé mentale et des personnes qui en sont atteintes.

Concernant la sixième question (Que connaissez-vous du CLSC ?), l'attribution de rôles médical et administratif au CLSC (rendez-vous médicaux, vaccination, assurance maladie) a été assez répandue dans les trois milieux d'intervention. Néanmoins, plusieurs jeunes ont mentionné que la santé mentale peut également y être traitée et que l'institution a pour mission d'aider les gens de tous âges dans le domaine de la santé de manière générale. Au CCJU, les jeunes ont pu placer 15 des 23 énoncés reliés au CLSC sur le carton approprié, ce qui laisse transparaître une connaissance plutôt bonne des services institutionnels auprès de cette population.

D'autres questions ont été posées à certains jeunes, lorsque le contexte le permettait, afin de pousser l'analyse un peu plus loin. En clinique, j'ai demandé à Noélie pour quelles raisons elle avait décidé, au fil des semaines, de poursuivre le suivi individuel. Elle m'a répondu que les rencontres lui font du bien, que les professionnels sont là pour écouter les personnes et ne pas les juger et qu'elle peut se confier en toute confidentialité. A la même question, Ricardo m'a répondu qu'il aime parler et qu'il croit que parler l'aide à devenir calme (un des objectifs qui avaient été inscrits dans son plan d'intervention). En contexte de rue, j'ai demandé aux jeunes, lors de la deuxième soirée, ce qu'ils feraient s'ils ne se sentaient vraiment pas bien pendant au moins deux semaines. L'un a dit qu'il en parlerait à ses parents d'abord, puis il consulterait un professionnel du CLSC s'il n'arrivait pas à se sentir mieux avec le soutien de ses proches. L'autre en parlerait à ses amis en premier et aurait recours à l'écriture pour essayer de comprendre ce qui se passe et trouver la solution « à l'intérieur de lui ». Selon les deux adolescents présents, il y a plusieurs façons de trouver une solution à un problème. Un des deux jeunes avait déjà eu recours aux rencontres individuelles en CLSC, mais il a abandonné le suivi parce qu'il lui était difficile d'obtenir un rendez-vous à cause du peu de disponibilités offertes par le professionnel. L'analyse de ces réponses me laisse penser que les jeunes voient de manière plutôt positive les services offerts par le CLSC, mais qu'il y aurait certaines améliorations à apporter, notamment concernant l'accessibilité.

Pousser l'analyse un peu plus loin

La deuxième soirée-discussion au CCJU, qui avait pour objectif de discuter de santé mentale de manière positive et de faire réfléchir les jeunes sur leurs forces, a été des plus

étonnantes à plusieurs égards. D'abord, j'ai été fortement (et agréablement) surprise par la capacité de rétention de l'information des jeunes. Après leur avoir demandé ce qu'ils avaient retenu de la première soirée-discussion et du jeu des énoncés et des cartons, les adolescents ont pu facilement énumérer au moins six énoncés pour chaque catégorie (les facteurs favorisant le maintien d'une bonne santé mentale, les facteurs défavorisant le maintien d'une bonne santé mentale et les services trouvés en CLSC). Ils ont également très bien compris l'essentiel du message de la vidéo du psychologue Jean Rochette sur le l'aspect « inné » de la santé mentale. Les jeunes ont ensuite fait naturellement le lien entre la vidéo et l'atelier sur les forces, les faiblesses et les outils d'adaptation et ce, en y participant activement. Finalement, ils ont montré beaucoup de perspicacité quant aux techniques visuelles qui ont été employées, particulièrement la ficelle qui les avait reliés ensemble durant tout l'atelier. Spontanément, les participants m'ont expliqué que la ficelle signifie que le groupe doit être solidaire et s'entraider pour bien fonctionner car tout le monde « est dans le même bateau ». Nous avons donc fait suivre la discussion sur le caractère social de la santé mentale, qui doit amener les personnes à comprendre qu'il ne s'agit pas d'une question seulement individuelle, mais aussi communautaire.

Le projet d'intervention élaboré dans le cadre de ce stage a été exceptionnellement positif pour PACT de rue. Pour Vincent, qui est nouveau dans le quartier Parc-Extension, les soirées de discussion ont contribué à lui ouvrir une porte sur le monde des jeunes en passant du temps de qualité avec quelques-uns d'entre eux. Pour certains adolescents, les soirées ont permis de démystifier le travail de rue et le rôle de Vincent dans la communauté. D'autant plus que s'ensuit généralement le phénomène de « contamination », c'est-à-dire que ces jeunes en parleront à d'autres et l'information pourrait faire boule de neige. Ce projet a donc aidé Vincent à créer des liens avec les adolescents, ce qui est à la base de son travail et de toute intervention en contexte de rue. Nous nous sommes évidemment questionnés sur notre approche, que j'ai trouvée trop « universitaire » et conceptuelle. J'ai eu l'impression que la santé mentale est un concept qui est resté flou dans l'imaginaire des jeunes. Toutefois, selon Vincent, l'important n'est pas que les jeunes puissent donner une définition de la santé mentale mais qu'ils soient en mesure d'identifier la naissance d'un trouble de santé mentale et qu'ils aient les ressources et les outils nécessaires à leur disposition pour leur venir en aide. A cet égard,

Vincent est convaincu que l'objectif a été atteint pour les cinq jeunes qui ont participé aux soirées, d'autant plus que celles-ci ont facilité son intégration dans l'univers de la rue de Parc-Extension. De mon côté, la participation de PACT de rue au projet a représenté une ressource inestimable pour entrer en contact avec les jeunes en dehors des cadres formels. Sans PACT de rue, il m'aurait été impossible de rencontrer des jeunes autrement qu'en clinique ou à la maison de jeunes. La présence d'un travailleur de rue aux soirées a joué un rôle très important de courroie de transmission entre l'univers des jeunes et mon propre univers académique, notamment au niveau du vocabulaire (différence importante entre celui des jeunes et le mien) et de la culture des jeunes évoquée précédemment dans cet essai. Bref, la collaboration entre PACT de rue et le CLSC a été bénéfique pour les adolescents et les deux parties impliquées.

A posteriori, les activités réalisées dans le cadre de ce projet de stage ont été révélatrices quant à la pertinence de mes choix par rapport au cadre d'analyse, à l'approche et à la méthodologie d'intervention retenus. D'abord, concernant le cadre d'analyse, il m'apparaît évident que le cadre éco-systémique convient le mieux à ce type de projet. Le modèle d'intervention du CSSS de la Montagne est systémique à la base puisque les intervenants travaillent toujours avec le système-client (la personne et sa famille) et les autres systèmes qui entrent en interaction avec celui-ci (l'école, les Centre jeunesse). De plus, le projet visait à intégrer les niveaux plus larges du modèle écologique, comme le volet communautaire. En ce qui concerne l'approche d'intervention, l'approche culturellement sensible au sens de la culture d'origine des participants a été présente en trame de fond durant tout le projet. D'un autre côté, la prise en considération de la culture jeune a été évidente, notamment dans le volet d'intervention en collaboration avec PACT de rue. Finalement, pour ce qui est de la méthodologie de l'intervention, le choix d'intégrer une mixité des méthodes (individuelle et de groupe) s'est avéré juste car les milieux d'intervention étaient très différents les uns des autres. Afin d'explorer les multiples univers des adolescents, il était nécessaire de s'adapter aux différents contextes en optant pour une méthodologie variée et pertinente à chacun.

Les facteurs ayant favorisé et fait obstacle à l'intervention

Au niveau des suivis individuels en clinique, le haut taux d'absentéisme, l'irrégularité des rencontres et le départ brusque de certains jeunes (retour imprévu dans leur pays d'origine) ont été un frein à la création de liens avec ceux-ci. En effet, lorsque l'intervention est souvent interrompue, il est plus difficile de bâtir une relation de confiance et d'approfondir la discussion. Par conséquent, seulement deux jeunes ont pu participer à mon projet d'intervention.

En ce qui concerne l'intégration des trois volets du projet, soit l'intervention en clinique, l'intervention en maison de jeunes et l'intervention en contexte de rue, je n'ai pas pu bénéficier de soutien particulier de la part de mon milieu de stage, ma superviseure n'étant impliquée que dans le volet clinique. J'ai dû réfléchir à mon approche, concevoir mes ateliers et créer mes partenariats moi-même (avec l'aide de ma directrice de maîtrise dans le cas de PACT de rue). A mon avis, mon projet en a souffert parce que je n'ai pas eu accès à l'expertise ni à la créativité des autres professionnels et stagiaires du CLSC. Malgré l'enthousiasme de plusieurs en début de projet, tout le monde était finalement trop occupé pour y mettre du sien.

D'un autre côté, les collaborations avec le CCJU et PACT de rue ont été extrêmement riches en idées et en information, ce qui a constamment alimenté ma réflexion tout au long du projet. Mes partenaires du milieu communautaire m'ont donné l'opportunité d'apprendre à connaître ma population cible et de créer des liens avec les jeunes d'une manière que seule l'intervention en clinique n'aurait pu me permettre de faire.

Questionnements éthiques

L'une de mes plus grandes préoccupations éthiques au cours de mes suivis individuels en clinique a été le volet « thérapeutique » de mes interventions auprès des jeunes. Pour les travailleuses sociales qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale, la ligne est très floue entre le suivi psychosocial et la thérapie, un acte réservé aux thérapeutes membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSCFQ). Les professionnelles de la clinique Santé mentale jeunesse (travailleuses sociales, art thérapeute et spécialiste en réadaptation sociale) ont beaucoup d'expérience et peuvent plus aisément faire la distinction entre la variété des actes réservés. Toutefois,

il est très difficile de le faire en tant que stagiaire, ce qui me plaçait régulièrement dans une situation d'inconfort vis-à-vis de mes clients.

Un autre questionnement éthique dont la clinique Santé mentale jeunesse est souvent l'objet est le manque de confidentialité pour ses clients. Les professionnelles n'ont pas accès à des bureaux fermés, ce qui a pour conséquence de ne pas protéger entièrement les données personnelles des clients, surtout lors de conversations téléphoniques. Le manque de locaux est un problème dans plusieurs CLSC.

CONCLUSION

La santé mentale chez les adolescents est un sujet d'actualité, mais encore peu exploré. La littérature fait ressortir que les ministères et autres structures décisionnelles tardent à mettre en place des politiques efficaces afin de venir en aide aux adolescents vivant avec un trouble de santé mentale. En 2006, sur le territoire du CSSS de la Montagne, seulement 13% des jeunes présentant un trouble de santé mentale avaient reçu les services publics nécessaires. En réponse à cette statistique inquiétante, des professionnels de tous horizons se questionnent et se mobilisent afin de mieux répondre aux besoins de la jeunesse. Les plans de soins collaboratifs en santé mentale se présentent notamment comme une approche prometteuse auprès de cette population.

Dans l'optique d'un avancement des connaissances et d'une innovation dans ce champ d'expertise, le projet de stage avait pour but d'emprunter la démarche du CSSS de la Montagne et de poursuivre la réflexion sur l'amélioration du taux de percée des services publics en santé mentale auprès des jeunes. Plus précisément, l'objectif était d'explorer des stratégies permettant de mieux connaître les besoins des jeunes et de développer des collaborations, en contexte de proximité, avec des acteurs du milieu communautaire afin de répondre adéquatement à ces besoins. Le stage a donc été divisé en trois volets d'intervention : la clinique, la maison de jeunes et le contexte de rue.

Les activités réalisées dans le cadre de ce projet ont permis, selon moi, d'atteindre cet objectif général, ainsi que les trois objectifs spécifiques établis au départ. Premièrement, un pas en avant a été fait vers le renforcement de la compréhension mutuelle entre les milieux institutionnel et communautaire en expérimentant la création de partenariats entre

le CLSC et deux organismes communautaires (le CCJU et PACT de rue). Deuxièmement, le suivi psychosocial individuel a pu être démystifié grâce à mes interventions en contextes de maison de jeunes et de rue. En effet, le fait de pouvoir « mettre un visage » sur les services du CLSC a contribué à « humaniser » l'établissement alors que les discussions sur la santé mentale ont mieux fait connaître ses services. Finalement, malgré la petite taille de l'échantillon, les données recueillies lors des activités ont permis de poser un regard éclairant sur les perceptions des jeunes par rapport à divers aspects de la santé mentale et pourraient être le point de départ d'un autre projet à plus long terme.

Les différents volets du stage ont également fait ressortir le besoin criant d'informer davantage les adolescents sur la question de la santé mentale afin de réduire la stigmatisation qui semble bien présente dans l'univers des jeunes et que ceux-ci aient tous les outils et les ressources nécessaires pour faire face à un éventuel trouble de santé mentale. Les jeunes ont montré un intérêt et une capacité indéniable à en apprendre plus sur la santé mentale, d'autant que l'information leur soit présentée de manière amusante, vulgarisée et créative.

Le territoire du CSSS de la Montagne est riche en ressources. Le projet d'intervention a démontré que des organismes communautaires possèdent une connaissance précieuse du milieu dans lequel ils travaillent et de la population avec laquelle ils interagissent. Il est donc impératif que les milieux institutionnel et communautaire collaborent afin d'adopter une approche qui soit plus près des jeunes et de leurs familles. La clinique jeunesse en milieu scolaire serait une excellente initiative qui augmenterait la présence de l'institution sur le terrain et encouragerait la prévention.

Bien du chemin reste encore à faire pour arriver à cerner l'ampleur de la question de la santé mentale chez les adolescents. Quel est l'importance du rôle de la stigmatisation dans l'accès aux services ? Les communautés culturelles de Parc-Extension vivent-elles des réalités qui échappent toujours à notre regard ? Ces questions me stimulent à poursuivre mon travail auprès d'elles et à continuer mon exploration du monde fascinant de l'adolescence.

SOURCES DOCUMENTAIRES

Alicea, Stacey *et al.* (2012). « Step-Up: Promoting Youth Mental Health and Development in Inner-City High Schools », *Clinical Social Work Journal*, volume 40, p. 175-186

Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). En ligne
<http://www.ampq.org/>

Attias-Donfut, C. (1996). « Jeunesse et conjugaison des temps ». *Sociologie et sociétés*, volume 28, numéro 1, p. 13-22

Beauvolks, M.-A., A. van de Sande et G. Renault. (2011). « L'approche interculturelle en contexte multiculturel », dans *Le travail social. Théories et pratiques*, 2^e édition. Montréal : Gaëtan Morin, p. 113-127

Bourgon, M. (2007). « L'intervention individuelle en travail social ». Dans J.P. Deslauriers et Y. Hurtubise (sous la direction de), *Introduction au travail social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval

Briggs, Stephen. (2009). « Risks and opportunities in adolescence: understanding adolescent mental health difficulties », *Journal of Social Work Practice*, volume 23, numéro 1, p. 49-64

Burnett-Zeigler, Inger *et al.* (2012). « Prevalence and Correlates of Mental Health Problems and Treatment Among Adolescents Seen in Primary Care », *Journal of Adolescent Health*, volume 50, numéro 6, p. 559-564

Buston, Katie. (2002). « Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? », *Journal of Adolescence*, volume 25, p. 231-242

Byck, Gayle R. *et al.* (2013). « Prevalence of mental health disorders among low-income African American Adolescents », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, volume 48, p. 1555-1567

Carignan, L. (2011). « Principales approches en travail social ». Dans Turcotte, D. et J.-P. Deslauriers (dir.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 141-163

Centre communautaire jeunesse unie. En ligne : www.jupx.org

Centre communautaire jeunesse unie. (2010). *Regard sur les besoins des adolescentes et adolescents du quartier Parc-Extension*

Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. Direction de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire et Direction des services généraux et spécifique. (2009). *Projet clinique – Continuum de services aux personnes présentant des problèmes de santé mentale*.

Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. (CTREQ). Pare-Chocs. En ligne <http://www.ctreq.qc.ca/produits/outils/pare-chocs.html>

Chamberland *et al.* (1996). « Les dimensions sociales de la prévention et de la promotion du bien-être des jeunes et de leur famille : un portrait des pratiques au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, volume 9, numéro 2, p. 65-86

Cheng, Tyrone C. (2009). « Factors related to adolescents' seeking help from social workers in mental health settings », *Children and Youth Services Review*, volume 31, p. 807-812

Choate, Laura et Jennifer R. Churry. (2009). « Addressing the Sexualization of Girls Through Comprehensive Programs, Advocacy, and Systemic Change: Implications for Professional School Counselors », *ACSA Professionnal School Counseling*, volume 12, numéro 3, p. 213-222

Cleek, Elizabeth N. *et al.* (2012). « The Family Empowerment Program: An Interdisciplinary Approach to Working with Multi-Stressed Urban Families », *Family Process*, volume 51, numéro 2, p. 207-217

- Cohen-Emerique, M. (2011). « Pour une approche interculturelle en travail social ». *Théories et pratiques*. Rennes Cedex : Presses de l'École des hautes études en santé publique
- Corin, Ellen, Gauthier, Annie et Cécile Rousseau. (2007). « Le médicament, ses reliefs et ses ombres sur la scène de la clinique transculturelle », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, volume 26, numéro 2, p. 37-51
- Damant, Dominique, Poirier, Marie-Andrée et Jacques Moreau. (2001). « Ça prend tout un village pour élever un enfant. Une approche écologique visant le développement des enfants », dans *Problèmes sociaux. Études de cas et interventions sociales*. Tome II, sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer. Québec. Presses de l'Université du Québec, p. 319-336
- Davidson, S. et I. G. Manion. (1996). « Facing the challenge: Mental health and illness in Canadian youth », *Psychology, Health and Medicine*, volume 1, numéro 1, p. 41-56
- Diaz-Cruz, Elizabeth *et al.* (2005). « Adolescents' Need to Talk About School and Work in Mental Health Treatment », *Social Work in Mental Health*, volume 3, numéro 1-2, p. 155-169
- Dockery, Alfred, Li, Jianghong et Garth Kendall. (2009). « Parents' work patterns and adolescent mental health », *Social Science & Medicine*, volume 68, p. 689-698
- Fortin, Andrée. (1994). « Notes sur la dynamique communautaire », *Nouvelles pratiques sociales*, volume 7, numéro 1, p. 23-32
- Gaber, Tilman Jakob *et al.* (2013). « Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people », *Glob Health Action*, volume 6, p. 1-12
- Gauthier, M. (1994). « Le mouvement étudiant des années soixante comme aspect du mythe de la Révolution tranquille au Québec ? » Dans Hudon, R. et B. Fournier, *Jeunesses et politique*, tome 2 : mouvements et engagements depuis les années trente. Québec : Les Presses de l'Université Laval et l'Harmattan, p. 233-255

- Gauthier, M. (2000). « L'âge des jeunes : un fait social instable », *Lien social et Politiques*, numéro 43, p. 23-32
- Gilliland, David. (2005). « Developments in Child and Adolescent Mental Health Services », *Child Care in Practice*, volume 11, numéro 1, p. 51-61
- Hohl, Janine et Michèle Normand. (1996). « Construction et stratégies identitaires des enfants et des adolescents en contexte migratoire : le rôle des intervenants scolaires », *Revue française de pédagogie*, volume 117, p. 39-52
- Hurd, Noelle M., Stoddard, Sarah A. et Marc A. Zimmerman. (2013). « Neighborhoods, Social Support, and African American Adolescents' Mental Health Outcomes: A Multilevel Path Analysis », *Child Development*, volume 84, numéro 3, p. 858-874
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. En ligne <http://www.iusmm.ca/>
- Kanouté, Fasal *et al.* (2011). « Les relations école-organisme communautaire en contexte de pluriethnicité et de défavorisation », *Revue des sciences de l'éducation de McGill*, volume 46, numéro 3, p. 407-421
- Kelley, Patricia. (1994). « Integrating systemic and postsystemic approaches to social work practice with refugee families », *Families in Society*, volume 75, numéro 9, p. 541
- Kenny, Rachel, Dooley, Barbara et Amanda Fitzgerald. (2013). « Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence », *Journal of Adolescence*, volume 36, p. 351-360
- Kirmayer, Laurence J. *et al.* (2011). « Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care », *Canadian Medical Association Journal*, volume 183, numéro 12, p. E959-E967
- Larose, Hélène. (2009). « Programme de soutien à l'intervention pour des intervenants travaillant avec des jeunes qui présentent des comportements d'automutilation », Mémoire de maîtrise, Université de Montréal

Lee, Tae Kyoung, Wickrama, K. A. S. et Leslie Gordon Simons. (2013). « Chronic Family Economic Hardship, Family Processes and Progression of Mental and Physical Health Symptoms in Adolescence », *Journal of Youth and Adolescence*, volume 42, p. 821-836

Lima, L. (2005). « De la construction d'une génération sacrifiée à la formation d'une « classe d'âge » : la requalification du problème social de la jeunesse au Québec entre 1983 et 2000 », *Sociologie et sociétés*, volume 37, numéro 2, p. 235-253

Lindsay, J. (2003). « Le service social des groupes : concepts et pratique ». Dans J.P. Deslauriers et Y. Hurtubise (sous la dir.), *Introduction au travail social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval

McAdam, Elspeth et K. A. H. Mirza. (2009). « Drugs, hopes and dreams: appreciative inquiry with marginalized young people using drugs and alcohol », *Journal of Family Therapy*, volume 31, p. 175-193

McArt, Ebba W., Shulman, Donald A. et Elizabeth Gajary. (1999). « Developing an Educational Workshop on Teen Depression and Suicide : A Proactive Community Intervention », *Child Welfare*, volume 78, numéro 6, p. 793-806

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*.

Moses, Tally. (2010). « Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders », *Social Science and Medicine*, volume 70, p. 985-993

Muehlenkamp, Jennifer J., Walsh, Barrent W. et Moira McDade. (2010). « Preventing Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Signs of Self-Injury Programs », *Journal of Youth Adolescence*, volume 39, p. 306-314

Ordre des psychologues du Québec. En ligne <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/orientations-theoriques.sn>

Organisation mondiale de la santé. En ligne <http://www.who.int/fr/>

PACT de rue. En ligne <http://www.pactderue.org/>

Patel, Vikram *et al.* (2007). « Mental health of young people: a global public-health challenge », *The Lancet*, volume 369, numéro 9569, p. 1302-1313

Payne, M. (2005). « Anti-discrimination and Cultural and Ethnic Sensitivity ». Dans *Modern Social Work Theory*, New York : Palgrave Macmillan, p.142-160

Payne, M. (2005). « Systems and Ecological Perspectives ». Dans *Modern Social Work Theory*, New York : Palgrave Macmillan, p.142-160

Phillips, Jane Hanvey, Corcoran, Jacqueline et Connie Grossman. (2003). « Implementing a cognitive-behavioral curriculum for adolescents with depression in the school setting », *Social Services Abstracts*, volume 25, numéro 3, p. 147-158

Rachédi, L. et G. Legault. (2008). « Le modèle interculturel systémique », dans *L'intervention interculturelle*, 2^e édition. Montréal : Gaëtan Morin, p. 121-142

Rahm *et al.* (2012). « Le rôle des organismes communautaires dans la réussite scolaire et de développement identitaire des jeunes issus de l'immigration », *Diversité urbaine*, volume 12, numéro 1, p. 87-104

Reiss, Franziska. (2013). « Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review », *Social Science and Medicine*, volume 90, p. 24-31

Roffman, J. G. *et al.* (2003). « Facilitating Positive Development in Immigrant Youth: The Role of Mentors and Community Organizers ». Dans Perkins *et al.* (dir.). *Community youth development*. Thousand Oaks, Sage

Rousseau, Cécile, Measham, Toby et Lucie Nadeau. (2012). « Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, volume 18, numéro 1, p. 121-136

- Sirin, Selcuk R. *et al.* (2013). « The Role of Acculturative Stress on Mental Health Symptoms for Immigrant Adolescents: A Longitudinal Investigation », *Developmental Psychology*, volume 49, numéro 4, p. 736-748
- Stern, Susan B, Smith, Carolyn et Sung Joon Jang. (1999). « Urban families and adolescent mental health », *Social Work Research*, volume 23, numéro 1, p. 15-27
- Thapar, Anita *et al.* (2012). « Depression in adolescence », *The Lancet*, volume 379, numéro 9820, p. 1056-1067
- Thibault, Sylvie. (2011). « Nature et fondements de l'intervention sociale personnelle ». Dans D. Turcotte et J.P. Deslauriers (sous la direction de), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Toste, Jessica R. et Nancy L. Heath. (2010). « School Response to Non-Suicidal Self-Injury », *The Prevention Researcher*, volume 17, numéro 1, p. 14-17
- Tousignant, Michel. (1992). « La santé mentale des migrants : analyse de son contexte social et longitudinal », *Santé mentale au Québec*, volume 17, numéro 2, p. 35-45
- Van Velsor, Patricia et Graciela L. Orozco. (2007). « Involving Low-Income Parents in the Schools: Communitycentric Strategies for School Counselors », *ACSA Professional School Counseling*, volume 11, numéro 1, p. 17-24
- Ville de Montréal. (2009). *Profil sociodémographique : Villeray – Saint-Michel – Parc-Extension*. En ligne : <http://www.arrondissement.com/tout-get-document/u4031-portrait-arrondissement-villeray-saint-michel-parc-extension>
- Viner, Russell M. *et al.* (2012). « Adolescence and the social determinants of health », *The Lancet*, volume 379, p. 1641-1652
- Walker, Steven. (2003). « Social Work and Child Mental Health: Psychosocial Principles in Community Practice », *British Journal of Social Work*, volume 33, p. 673-687

Wright, Annemarie, Jorm, Anthony F. et Andrew J. Mackinnon. (2011). « Labeling of mental disorders and stigma in young people », *Social Science and Medicine*, volume 73, p. 498-506

Yap, Marie Bee Hui, Reavley, Nicola et Anthony Francis Jorm. (2013). « Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey », *Journal of Affective Disorders*, volume 147, p. 255-261

Yip, Kam-shing. (2005). « A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting », *Child and Adolescent Mental Health*, volume 10, numéro 2, p. 80-81

Annexe 1 Énoncés sur la santé mentale se rapportant à l'atelier de la première soirée-discussion au CCJU

Facteurs favorisant le maintien d'une bonne santé mentale

| |
|--|
| La réponse aux besoins de base : <ul style="list-style-type: none">- Besoins physiologiques (manger, dormir, se vêtir)- Besoin de sécurité (avoir un toit, avoir des revenus suffisants, être dans un environnement sécuritaire)- Besoin d'appartenance (amour, amitié, famille)- Besoin d'estime (confiance en soi et en les autres, estime et respect pour soi et pour ses pairs)- Besoin d'accomplissement (épanouissement, réalisation de soi) |
| Une bonne hygiène de vie (nutrition saine, sommeil réparateur et activité physique) |
| Une vie équilibrée (temps bien réparti entre l'école, le travail, les loisirs et le réseau social) |
| Des exercices de relaxation et de détente |
| La gestion efficace du stress |
| Une médication appropriée |
| Des relations interpersonnelles saines et positives |
| Le soutien d'un bon réseau social |
| La prévention (consultation de professionnels de la santé, information) |
| Des perspectives d'avenir stimulantes |
| Le caractère communautaire d'une société (entraide) |
| La démystification de la santé mentale dans la société |

Facteurs défavorisant le maintien d'une bonne santé mentale

| |
|---|
| Une mauvaise hygiène de vie (malnutrition, manque de sommeil et sédentarité) |
| Une vie déséquilibrée (temps mal réparti en l'école, le travail, les loisirs et le réseau social) |
| Le stress non géré et persistant |
| Une maladie chronique |
| L'utilisation de drogues et la consommation d'alcool |
| La solitude et l'absence d'un réseau social significatif |
| Des dynamiques familiales et sociales problématiques (conflits) |
| Un membre de la famille atteint d'un trouble de santé mentale (par exemple, un parent) |
| Une perte parentale précoce |
| La désinformation et le manque de connaissance sur la santé mentale |

| |
|---|
| La banalisation des troubles de santé mentale dans la société |
| La violence dans l'environnement (maison, école, quartier) |
| Le caractère individualiste d'une société (compétition) |

Le CLSC

| |
|--|
| CLSC de Parc-Extension / 7085 rue Hutchison / 514 273-9591 / Lundi au vendredi de 8h à 20h |
| CLSC de Côte-des-Neiges / 5700 ch. de la Côte-des-Neiges / 514 731 8531 / Lundi au vendredi de 8h à 20h / Samedi, dimanche et fériés de 8h à 16h |
| Services gratuits et confidentiels avec ou sans rendez-vous |
| Accueil, suivi, orientation et consultation psychosociale |
| Rencontres à la maison |
| Urgences et crises familiales |
| Rencontres à l'école |
| Être référé au bon professionnel de la santé en cas de besoin |
| Avoir des réponses à ses questions |
| Un moyen simple de se sentir mieux |
| Obtenir une aide professionnelle et personnalisée |
| Prendre le temps de ventiler |
| Rencontrer des gens intéressés à sa culture et à son parcours de vie |
| Surmonter les difficultés une étape à la fois |
| Se confier sans se faire juger |
| Psychiatres |
| Psychologues |
| Travailleurs sociaux |
| Psychoéducateurs |
| Art thérapeutes |
| Infirmières |
| Nutritionnistes |
| Médecins |

Les énoncés n'ayant pas de lien avec la santé mentale

| |
|-------------------------|
| Malformation au cerveau |
| Petit cerveau |
| Handicapé(e) |
| Malade mental |
| Intelligence |

| |
|------------------------------|
| Retardé |
| Fou/folle |
| Déficient(e) intellectuel(e) |
| Ethnie |
| Couleur de la peau |
| Garçon |
| Fille |
| Pays d'origine |
| Faiblesse |
| Lâcheté |
| Manque d'efforts |
| Paresse |
| Incapacité à se contrôler |
| Pas bon/pas bonne |
| Nul/nulle |

Quel est le bon moment pour venir consulter le CLSC (affiche réalisée pour le CCJU suite à la tenue de la première soirée-discussion)

| | |
|---|---|
| Si un ou plusieurs de ces symptômes sont présents depuis au moins deux semaines | Pour discuter de différents sujets |
| Perturbations du sommeil (excès ou manque) | Questions sur la sexualité (ex. relations ou grossesse) et la santé sexuelle (ex. ITSS) |
| Problèmes d'appétit (trop grand ou trop faible, irrégulier) | Inquiétude par rapport à la consommation (drogue et/ou alcool) |
| Lenteur ou agitation | Conflits fréquents/persistants (famille, amis, professeurs, élèves, etc.) |
| Difficulté de concentration, de mémoire ou indécision | Réussite scolaire /questions par rapports à l'avenir |
| Fatigue inhabituelle, perte d'énergie | Questions sur l'orientation ou l'identité sexuelle |
| Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités de la vie quotidienne | Témoign/victime de violence (conjugale, familiale, à l'école, etc.) |
| Humeur dépressive : tristesse ou sentiment de vide | Adaptation à la vie au Québec |
| Dévalorisation de soi ou culpabilité excessive | Questions sur les droits |

Annexe 2 Les réponses obtenues aux questions sur la santé mentale posées aux adolescents

Question 1 : Si je vous dis « santé mentale », qu'est-ce qui vous vient en tête en premier, sans réfléchir ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|---|
| Clinique | Problèmes mentaux Fous |
| | Se sentir mal Être triste Être ému Être fâché Être content |
| CCJU | Cerveau Avoir une bonne mémoire Tête Psychologie Cancer Faire travailler le cerveau Intelligence Folle |
| Contexte de rue | Problème social, personnel Différent de vous Problèmes dans tête Problèmes physiques et familiaux |
| | Nos sentiments Ce qu'on fait, ce qu'on aime Ce qu'on apprend Avec qui on s'entend bien Aucune idée Insomnie : à cause de ta mentalité, ça touche à ta santé La santé influence la mentalité Être bien dans son corps Apprendre ce que tu veux Atteindre un but : si tu veux faire un métier X mais que tu n'es pas bon dans une matière reliée, ça va affecter l'atteinte de ton but et ta santé mentale |

Question 2 : Si je vous dis que nous allons discuter de santé mentale aujourd'hui, qu'est-ce que vous me répondez ? Comment réagissez-vous ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|---|
| clinique | n/a |
| CCJU | Je suis intéressé Je m'en fous J'ai une tante qui a un problème, qui est folle Je suis indécis car je ne sais pas de quoi on va parler Je ne me sens pas concerné Ça m'intéresse car je ne sais pas si ça peut m'arriver |
| Contexte de rue | Ok On va pouvoir donner notre opinion On va discuter du sujet Être curieux Apprendre des choses |
| | Ça me fait utiliser trop ma tête Ça ne me dérange pas J'aimerais en apprendre plus |

Question 3 : Que connaissez-vous sur la santé mentale ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|--|
| Clinique | Rien |
| | Ce sont les sentiments C'est comment on se sent |
| CCJU | n/a |
| Contexte de rue | Rien Problème dans la tête Handicap mental Signe apparent ou pas La plupart du temps ça se voit, c'est dans l'apparence Ça peut apparaître plus tard Ça dépend de ce qu'on fait Consommation, ceux qui fument Ceux qui dépassent les limites Problèmes familiaux Ça prend plus de temps pour la croissance |

| | |
|--|---|
| | <p>Il y a un lien entre handicap physique et mental, on peut le voir</p> <p>Dyslexie, épilepsie</p> <p>C'est comme avoir huit ans dans sa tête et 25 ans dans son corps</p> |
| | <p>Les sentiments</p> <p>Ce que tu aimes</p> <p>Les choses que tu voudrais avoir</p> <p>La santé mentale change de jour en jour</p> <p>Les gens qui règlent leurs problèmes rapidement versus ceux qui les règlent lentement (scolaires, familiaux, amicaux, amoureux, compétition dans la classe)</p> <p>Plus de savoir : si on sait plus de choses, on peut mieux régler ses problèmes</p> <p>La santé mentale, c'est des connaissances, du savoir sur différentes choses</p> <p>Intelligence</p> |

Question 4 : Quels sont les éléments qui, selon vous, favorisent le maintien d'une bonne santé mentale ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|--|
| Clinique | <p>Se délivrer de ses secrets</p> <p>Parler de ses problèmes</p> <p>Ne pas se créer de problèmes</p> |
| | <p>Être content</p> <p>Être joyeux</p> <p>Être riche</p> <p>Être heureux</p> <p>Être sérieux</p> <p>Être studieux</p> |
| CCJU | Atelier (voir Annexe 3) |
| Contexte de rue | <p>L'apparence physique</p> <p>Un bon emploi</p> <p>La génétique; on peut transmettre le problème</p> <p>Influence des pairs : drogues, mettre des idées dans la tête qu'on n'aurait pas eues par soi-même</p> <p>Se tenir avec des bonnes personnes</p> |
| | <p>Les amis</p> <p>Quelqu'un qui te soutient</p> <p>Les psychologues : ils t'aident à t'organiser pour faire tes devoirs</p> |

| | |
|--|--|
| | Prendre du temps pour soi-même Ton entourage, tes parents Parler aux adultes parce qu'une personne qui est plus âgée que toi a plus de savoir et de vécu |
|--|--|

Question 5 : Quels sont les éléments qui, selon vous, ne favorisent pas le maintien d'une bonne santé mentale ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|--|
| Clinique | Avoir des problèmes Se créer des problèmes Être surchargé |
| | Être triste Être furieux Être méchant Être louche Être ignoré Être ému Être déçu |
| CCJU | Atelier (voir Annexe 3) |
| Contexte de rue | Les personnes qui t'entourent Les émotions Les actions Les pensées (à quoi tu penses quand tu es seul) |
| | L'inverse de tout ce qui a été dit avant La solitude (les amis sont importants) Ne pas parler au monde Garder en soi ce qu'on veut dire, ne pas s'ouvrir La procrastination La drogue : parce que tu n'as pas d'objectif si tu consommes. Tu ne vas pas atteindre tes objectifs et ta mentalité change Ceux qui ne se droguent pas vont avoir plus d'expérience que ceux qui se droguent Tu vas avoir des regrets par rapport à la drogue |

Question 6 : Que connaissez-vous du CLSC ?

| Milieu d'intervention | Réponses |
|-----------------------|---|
| Clinique | Pour les rendez-vous médicaux Parler pour avoir de l'information Assurance maladie Rencontres |
| | Là où on fait les vaccins Pour se soigner Soigner le mental On a des rendez-vous |
| CCJU | Atelier (voir Annexe 3) |
| Contexte de rue | Piqûres Docteurs Aide sociale Travailleur social Malade : corps et tête |
| | Pour aider le monde, pour la santé Pour parler à quelqu'un qui a plus d'expérience Pour ta santé, n'importe quoi Pour tout le monde : les jeunes, les vieux En premier les gens du CLSC vont t'évaluer et ils vont te référer au psychologue Ça va t'aider à ne pas ignorer ton problème |

Annexe 3 Données recueillies lors de l'atelier tenu au cours de la première soirée-discussion au CCJU (jeu des énoncés et des cartons)

Facteurs favorisant le maintien d'une bonne santé mentale

| |
|--|
| Intelligence |
| Psychoéducateurs |
| Infirmières |
| Fille |
| Être référé au bon professionnel de la santé en cas de besoin |
| Petit cerveau |
| Services gratuits et confidentiels avec ou sans rendez-vous |
| Apparence physique |
| Des perspectives d'avenir stimulantes |
| Ethnie |
| Retardé |
| Avoir des réponses à ses questions |
| Déficient(e) intellectuel(le) |
| Une bonne hygiène de vie (nutrition saine, sommeil réparateur et activité physique) |
| Incapacité à se contrôler |
| Prendre le temps de ventiler |
| La réponse aux besoins de base : <ul style="list-style-type: none"> - Besoins physiologiques (manger, dormir, se vêtir) - Besoin de sécurité (avoir un toit, avoir des revenus suffisants, être dans un environnement sécuritaire) - Besoin d'appartenance (amour, amitié, famille) - Besoin d'estime (confiance en soi et en les autres, estime et respect pour soi et pour ses pairs) - Besoin d'accomplissement (épanouissement, réalisation de soi) |

Facteurs défavorisant le maintien d'une bonne santé mentale

| |
|--|
| Malade mental |
| La banalisation des troubles de santé mentale dans la société |
| Une mauvaise hygiène de vie (malnutrition, manque de sommeil et sédentarité) |
| Le stress non géré et persistant |
| Malformation au cerveau |

| |
|--|
| Couleur de la peau |
| Handicapé(e) |
| La solitude et l'absence d'un réseau social significatif |
| Paresse |
| Lâcheté |
| La désinformation et le manque de connaissances sur la santé mentale |
| La gestion efficace du stress |
| Manque d'efforts |
| Fou/folle |
| Pas bon/pas bonne |
| Un membre de la famille atteint d'un trouble de santé mentale (par exemple, un parent) |
| Une vie déséquilibrée (temps mal réparti entre l'école, le travail, les loisirs et le réseau social) |
| L'utilisation de drogues et/ou alcool |
| Une maladie chronique |
| Faiblesse |

Le CLSC

| |
|--|
| Rencontrer des gens intéressés à sa culture et à son parcours de vie |
| Art thérapeutes |
| CLSC de Parc-Extension / 7085 rue Hutchison / 514 273 9591 / Lundi au vendredi de 8h à 20h |
| Accueil, suivi, orientation et consultation psychosociale |
| Des dynamiques familiales et sociales problématiques (conflits) |
| Des exercices de relaxation et de détente |
| Surmonter les difficultés une étape à la fois |
| Un moyen simple de se sentir mieux |
| CLSC de Côte-des-Neiges / 5700 ch. de la Côte-des-Neiges / 514 731 8531 / Lundi au vendredi de 8h à 20h / Samedi, dimanche et fériés de 8h à 16h |
| La prévention (consultation de professionnels de la santé, information) |
| Travailleurs sociaux |
| Rencontres à la maison |
| Obtenir une aide professionnelle et personnalisée |
| La violence dans l'environnement (maison, école, quartier) |
| Le soutien d'un bon réseau social |
| La démystification de la santé mentale dans la société |
| Nutritionnistes |
| Pays d'origine |

| |
|--|
| Psychologues |
| Urgences et crises familiales |
| Une vie équilibrée (temps bien réparti entre l'école, le travail, les loisirs et le réseau social) |
| Se confier sans se faire juger |
| Une médication appropriée |
| Psychiatres |

Les énoncés n'ayant pas de lien avec la santé mentale

| |
|---|
| Le caractère individualiste d'une société (compétition) |
| Une perte parentale précoce |
| Des relations interpersonnelles saines et positives |
| Le caractère communautaire d'une société (entraide) |
| Nul/nulle |
| Rencontres à l'école |