

Université de Montréal

**Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de
contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes
au Québec : la perception des intervenants**

Par Christine Drolet

École de psychoéducation
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de
M.Sc. Psychoéducation
Option mémoire et stage

Avril 2019

© Drolet, 2019

Résumé

Les mesures de contention et d'isolement (MCI) sont utilisées en dernier recours en centres de réadaptation (CR) pour jeunes dans le but de contrôler les comportements violents et agressifs. Leur utilisation n'est pas sans conséquence : elle peut entraîner des séquelles physiques et psychologiques tant chez les jeunes que chez les intervenants. Aucune preuve empirique ne suggère qu'elles aident au développement de stratégies d'autorégulation ou de comportements prosociaux. Même légiféré, elles semblent influencées par des motifs situationnels menant à leur recours. **Objectif.** Explorer les motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants. **Méthode.** Un devis qualitatif a permis de procéder à une analyse thématique. La saturation empirique a été atteinte à la suite de l'analyse de 628 rapports de MCI provenant de 21 unités de CR pour jeunes pendant une période d'observation de quatorze mois. **Résultats.** Les intervenants justifient leur utilisation des MCI par neuf motifs qui sont distribués dans quatre catégories : les antécédents immédiats perçus, les comportements observables, les contraintes externes et les objectifs cliniques et réadaptatifs. L'accumulation et l'interaction de ces motifs déclenchent le recours aux MCI. **Conclusion.** Étudier les motifs tirés de la situation d'interaction menant aux MCI plutôt que ceux reliés à l'individu ou à l'environnement a parfait notre connaissance du jugement clinique de l'intervenant. L'identification des catégories permet d'orienter les formations portant sur les motifs contribuant à l'utilisation des MCI et de proposer des stratégies cliniques préventives afin de réduire leur utilisation.

Mots clés Contention, Isolement, Éducateurs, Jeunes, Centre de réadaptation, Pratiques coercitives, Jugement clinique.

Abstract

Restraints and seclusions (R&S) in youth residential treatment centers (RTCs) should be used as a last resort to control violent and aggressive behavior. Their use has consequences; it can lead to physical and psychological iatrogenic effects for both youth and educators. There are no empirical evidences that suggest that they help develop self-regulation strategies or prosocial behaviors. Even if they are legislated by laws, recourse to R&S seems to be highly influenced by situational factors. **Objective.** Explore the reasons involved in the decisions-making process leading to R&S application in RTCs, according to practitioner's perceptions. **Methodology.** A qualitative thematic analysis explanatory design was used. Empirical saturation was reached following the analysis of 628 reports of R&S, from 21 RTCs units for youths over the course of fourteen months. **Results.** Practitioners justify their use of R&S by nine reasons, divided into four categories: perceived immediate antecedents, observables behaviors, external constraints and clinical and readaptative goals. The addition and interaction of these reasons triggers the use of R&S. **Conclusion.** Studying the reasons derived from the interaction situation leading to R&S rather than those related to the individual or the environment has enhanced our knowledge of the practitioner's clinical judgment. The identification of categories could help to improve practitioners' training, in regards of the factors contributing to the use of the R&S as well as address preventive clinical strategies to reduce their use.

Keys words Restraint, seclusion, educators, youth care setting, residential treatment center, clinical judgement.

La table des matières

Résumé.....	II
Abstract	III
La table des matières.....	IV
Liste des figures	VI
Liste des tableaux.....	VII
Liste des acronymes	VIII
Liste des abréviations.....	IX
Dédicace.....	X
Remerciements.....	XI
Introduction.....	13
Chapitre 1 : Contexte théorique	16
Distinctions entre mesure disciplinaire, de sécurité et de contrôle.....	16
Définition et ampleur des mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation	17
Les motifs et les impacts de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement	18
Les facteurs influençant la décision d'utiliser les mesures de contention et d'isolement	20
L'objectif de la recherche	23
Chapitre 2 : Article scientifique	24
Introduction.....	25
Méthode	27
Situation à l'étude et sources d'information.....	27
Procédures et analyses.....	28
Résultats.....	29
Antécédents immédiats perçus	31
Comportements et affects observables	33
Contraintes externes	34
Objectifs cliniques et réadaptatifs	35
Discussion.....	39
Antécédents immédiats perçus	39
Comportements et affects observables	41

Contraintes externes	42
Objectifs cliniques et réadaptatifs	43
Les dynamiques lors du processus de jugement clinique des intervenants	45
Motifs de plusieurs catégories	45
Motifs d'une même catégorie.....	45
La présence d'un seul motif	46
Limites du projet de recherche et perspectives d'avenir	47
Contributions théoriques et méthodologiques	48
Conclusion	50
Bibliographie	53
Chapitre 3 : Discussion générale.....	61
Contributions à la psychoéducation et aux milieux de pratique	61
Conclusion	64
Références	65
Annexe : Le projet de recherche	76
Situation à l'étude	76
Sources d'informations.....	76
Mandats d'intervention.....	78
Procédures.....	79
Démarche de thématization en continu	79
Démarche de thématization séquenciée.....	81
Éthique de la recherche.....	82

Liste des figures

Figure 1. Reproduit de Larue et al., (2009). <i>Multifactor model of influence decision making regarding seclusion</i> . P. 5. Traduction libre.....	22
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Liste des tableaux

Tableau I. Schématisation des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants.	30
Tableau II. Description des deux temps de mesure	77
Tableau III. Portrait des unités du CCSMTL et du CISSSME.	78

Liste des acronymes

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CCSMTL: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CISSSME : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

CPEJ : Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

LPJ : Loi de la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et services sociaux

MCI : Mesures de contention et d'isolement

PJ : Protection de la jeunesse

RI : Ressources intermédiaires

Liste des abréviations

P. ex. : Par exemple

Etc. : Et cætera

Dédicace

Les jeunes qui fréquentent les centres de réadaptation ont vécu de la négligence, des abandons, des violences physiques, psychologiques et parfois même des traumatismes qui les marqueront pour la vie. Ils ont besoin d'être accompagnés dans *l'ici et maintenant* par des intervenants bienveillants, empathiques, disponibles, rigoureux, créatifs et patients qui assurent une constance dans l'intervention. Bien souvent, ce sont ces intervenants qui permettront à ces jeunes de se sentir en sécurité, écoutés, aimés, valorisés et acceptés.

Les intervenants vous parleront en bien des jeunes qu'ils accompagnent, car ces derniers ont de magnifiques qualités et vivent des épreuves qui leurs permettront de se surpasser comme vous et moi. Ils démontrent une grande résilience, amènent de la joie, du plaisir et surtout des valeurs humaines aux intervenants qu'ils côtoient. Ils nous font comprendre que le bonheur est parfois dans les petites choses, que l'injustice fait mal et que les petits gestes posés peuvent affecter plus d'une personne. Lorsque nous avons la possibilité d'être témoins de l'expérience terrain de ces intervenants qui vivent le quotidien avec ces jeunes, il nous est plus facile de comprendre leur réalité.

Je dédie ce mémoire à tous les intervenants sociaux travaillant en CR pour jeune au Québec, qu'ils soient éducateurs, agents d'intervention, agent de relations humaines, travailleurs sociaux ou psychoéducateurs. Ensemble, poursuivons les recherches scientifiques en partenariat avec les milieux cliniques et offrons un accompagnement de qualité à nos intervenants afin qu'à leur tour, ils puissent être en mesure de bien accompagner les jeunes.

Pensons collectif; seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin!

Remerciements

Durant mes années d'étude, au baccalauréat, je ne pouvais pas m'imaginer étudier à temps plein tout en ne m'impliquant pas dans des projets bénévoles et en ne travaillant pas dans divers milieux cliniques. Même si ces implications sociales et professionnelles avaient peu de poids sur ma demande d'admission à la maîtrise, contrairement aux notes académiques, j'étais optimiste et je poursuivais celles qui me tenaient à cœur. Ainsi, j'ai décidé de foncer, d'être confiante de mes choix et jouer le tout pour le tout. Cette confiance en l'avenir et en mes capacités m'a été transmise par mes parents. Papa, Maman, je tiens à vous remercier : durant mes années de vie, à votre façon, vous avez su m'inculquer des valeurs humaines fondamentales. Vous m'avez appris à ne jamais abandonner et à être reconnaissante, même des petites réussites. Merci de m'avoir encouragée dans mes projets personnels et professionnels.

Durant ces deux années d'écriture, des personnes exceptionnelles m'ont épaulée. En premier lieu, je tiens à remercier mon meilleur ami, mon confident, mon amoureux : grâce à toi Marc-André, j'ai pu bien saisir le sens des mots rigueur et persévérance. Tu as su être d'une grande écoute et d'un soutien inconditionnel. Je suis extrêmement reconnaissante du temps que tu as pu passer à me relire, à me corriger, à m'encourager, à m'aider à vulgariser et à me ramener dans le moment présent. Tu me démontres une grande confiance, ce qui me permet à tout coup de me dépasser et de relever de grands défis. Je t'aime, tu es un être exceptionnel!

Deux autres personnes ont fait partie de ma vie du début à la fin de cette belle expérience. Ce sont des femmes exceptionnelles, fortes, ambitieuses et d'une sensibilité hors du commun : Camille et Geneviève, mes fidèles partenaires de lab! Vous avez facilité mon arrivée dans cette nouvelle ville et dans cette nouvelle université. Ces deux dernières années auront été remplies de fous rires, d'entraide, de partage, de situations loufoques et cela aura permis de créer une amitié forte. J'aime la complicité que nous avons développée. Les gens qui vous croiseront dans leur vie seront chanceux, car vous êtes des psychoéducatrices qualifiées et talentueuses.

En outre, je tiens à remercier mon directeur de recherche : Steve, tu as su constater ma persévérance, ma passion et ma détermination à atteindre les études supérieures dès notre première rencontre. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de m'intégrer à un projet de recherche stimulant, novateur et ambitieux. C'était un plaisir de travailler à tes côtés, ta passion et ta rigueur m'ont

permis de me dépasser. Mes efforts des deux dernières années ont porté fruit, je dépose un mémoire par article qui, je l'espère, pourra répondre aux besoins des milieux cliniques en centres de réadaptation pour jeunes.

Un merci spécial à mes amies de Québec (elles se reconnaîtront) ainsi que mes deux merveilleuses sœurs, Vickie et Trycia. Je suis si chanceuse de vous avoir dans ma vie!

De sincères remerciements à mon ami Toby Germain, ton aide pour mes derniers kilomètres avant le dépôt m'a été précieuse.

De plus, je tiens à remercier les bénévoles et mes collègues du Centre d'étude sur le Trauma, merci pour votre temps!

Finalement, je voudrais souligner que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD) a contribué financièrement à la réalisation de ce projet de recherche. Merci!

Mon parcours atypique m'aura permis de développer des compétences et des connaissances appréciables qui me permettent aujourd'hui d'entreprendre une profession qui me passionne, la psychoéducation.

Introduction

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) régit les seize centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Chaque établissement est composé d'une Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) qui reçoit tous les signalements faits en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA; Gouvernement du Québec, 2013a). Dans chaque établissement, plusieurs centres de réadaptation (CR) pour jeunes en difficulté d'adaptation s'y retrouvent et offrent des services de nature psychosociale. La LPJ s'applique auprès des enfants et des adolescents mineurs dont la sécurité ou le développement est considéré comme étant compromis (situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques, troubles de comportement sérieux; Éditeur officiel du Québec, 2018a, 31 décembre). La LSJPA, quant à elle, s'applique aux adolescents âgés entre 12 et 18 ans ayant commis une infraction au Code criminel. Cette loi a pour objectif de responsabiliser le jeune, d'assurer sa réadaptation et d'éviter la récidive tout en assurant la protection du public (Ministère de la justice du Canada, 2019, 14 février).

Annuellement, environ 3 000 enfants et adolescents sont hébergés en CR et en ressources intermédiaires¹ au Québec suite à une prise en charge par la DPJ ou une sentence sous la LSJPA (Gouvernement du Québec, 2016). Les CR accueillent des jeunes âgés entre six et vingt et un ans qui ne peuvent plus être hébergés à domicile et qui présentent des difficultés adaptatives (p. ex. présence de problèmes extériorisés et intériorisés, problèmes d'attachement, retards de développement; Gouvernement du Québec, 2016). À ce propos, les caractéristiques et les événements propres à la vie de ces jeunes les amènent à démontrer davantage d'impulsivité, de comportements agressifs et délinquants et des problèmes de santé mentale (Fraser, Archambault et Parent, 2016; LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau Le Blanc, 2003). De plus, les CR offrent des services aux adolescents présentant des troubles de comportement avec violence verbale et physique ainsi que de lourds parcours de conflits et d'oppositions (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, 2016).

¹ Les ressources intermédiaires offrent des services de soutien et d'assistance aux jeunes âgés entre six et dix-huit ans en leur proposant une vie de groupe (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, 2016).

Chaque jour, plusieurs centaines d'intervenants partagent leur quotidien avec ces jeunes et leur offrent des services afin de favoriser leur réadaptation et leur réinsertion sociale (LeBlanc, 2011). Le modèle d'intervention retenu afin de répondre aux besoins de ces enfants et adolescents au Québec est l'approche psychoéducative (LeBlanc et al., 2003). Elle comporte un cadre de référence qui regroupe une théorie de la rééducation (Guindon, 1970) et une approche de milieu (Gendreau, 1978). Ce cadre de référence comprend un ensemble d'opérations professionnelles (observation, animation, évaluation, planification, etc.) que les intervenants utilisent au quotidien avec les jeunes (LeBlanc et al., 2003). Ainsi, leur rôle est d'assurer la supervision, la gestion et l'intervention auprès des jeunes. Ils organisent, coordonnent et animent les activités du programme (Fraser et al., 2016). En plus, le modèle psychoéducatif propose des attitudes professionnelles qui sont nécessaires à l'établissement et au maintien de la relation d'aide et d'accompagnement (Gendreau, 2001). Ces attitudes comprennent six schèmes relationnels : la considération, la sécurité, la confiance, la disponibilité, la congruence et l'empathie. Selon Leblanc et al. (2003), l'action éducative dans un milieu d'intervention implique que le travail des intervenants consiste à nouer des rapports avec les jeunes, afin d'établir un *vécu partagé*. Ce *vécu partagé* s'actualise au quotidien lors d'activités communes, d'interactions centrées sur les repas ou encore d'accompagnements individuels (Gendreau, 2001). Les intervenants ont d'abord la tâche d'assurer une présence chaleureuse et dynamique tout en participant à l'action avec le jeune lors d'interactions dans *l'ici et maintenant* (Gendreau, 2001).

Par le *vécu partagé*, les intervenants usent de stratégies d'intervention éducative telle que l'ignorance intentionnelle, la pacification (Fraser et al., 2016), l'intervention par signes, l'humour, l'aide opportune, la clarification, la restriction dans l'accès à l'espace et aux objets, les mises en garde et conséquences et plusieurs autres (Renou, 2005). Dans le cas où les stratégies d'intervention éducatives n'auraient pas mené à l'arrêt des comportements indésirables du jeune, les mesures de contention et d'isolement (MCI) sont utilisées afin de gérer les comportements violents et agressifs des jeunes (Ledoux, 2012). Cependant, elles représentent des interventions controversées au sein des CR (Ledoux, 2012). En effet, les MCI peuvent augmenter les comportements agressifs chez les jeunes (Fryer, Beech, et Byrne, 2004) et mènent à des impacts physiques et psychologiques durables, autant chez ces derniers que chez les intervenants (Day, Daffern et Simmons, 2010; Grimes, 2012). Le recours à ces méthodes peut entraîner une escalade de la violence minant la réadaptation des jeunes (Fraser et

al., 2016). De plus, aucune preuve empirique ne suggère que ces pratiques coercitives aident ces derniers à acquérir des stratégies d'autorégulation ou de comportements prosociaux (Day et al., 2010).

De ces faits et considérant la vulnérabilité des jeunes, l'utilisation des MCI doit être réduite au minimum (Crosland et al., 2008; Fryer, Beech, et Byrne, 2004; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot, 2009). Bien que balisé par des lois, le choix de l'utilisation de ces mesures dépend du jugement clinique de l'intervenant (Gouvernement du Québec, 2010) et d'une évaluation complexe qui doit tenir compte d'une multitude de facteurs (Steckley et Kendrick, 2008). À ce propos, plusieurs auteurs en milieux psychiatriques et en CR recommandent d'aller explorer les facteurs tirés de l'interaction entre le jeune et l'intervenant lors de ces mesures de dernier recours (Grimes, 2012; Ledoux, 2012; McLean, 2015). Le processus de réflexion, les alternatives utilisées afin de gérer les comportements agressifs ainsi que les facteurs pris en compte par les intervenants derrière la prise de décision quant à l'application des MCI devraient être explorés (Ledoux, 2012). À l'aide d'un devis qualitatif, l'objectif général de cette étude est d'explorer les motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants. Étudier ces motifs permettra d'entamer une démarche réflexive (Schon, 1983) et critique des pratiques actuelles controversées et offrira des leviers d'interventions.

Chapitre 1 : Contexte théorique

Dans ce premier chapitre, plusieurs études tirées de la littérature portant sur les MCI sont présentées. D'emblée sont introduites les distinctions entre les différentes mesures coercitives ainsi que les définitions et l'ampleur des MCI en CR. Ensuite, les impacts des MCI sur les jeunes et sur les intervenants sont abordés, suivi des facteurs influençant l'utilisation des MCI en CR et en contexte psychiatrique. Finalement, ce chapitre se termine par l'objectif de l'étude.

Distinctions entre mesure disciplinaire, de sécurité et de contrôle

Selon le rapport 2014-2015 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal² (CCSMTL), publié en 2016, les mesures coercitives³ comprennent trois types d'interventions qui se distinguent entre-elles par leurs objectifs spécifiques. Premièrement, les mesures disciplinaires ont pour objectif éducatif d'amener le jeune à cesser ou à modifier un comportement inadéquat qui contrevient aux règles de vie de l'unité, et ce, par l'utilisation de la privation, la réparation et les retraits. Deuxièmement, selon ce rapport, les mesures de sécurité ont pour objectif de « prévenir des situations ou des événements qui pourraient compromettre la démarche d'intervention ou la sécurité de l'utilisateur, d'autres personnes ou des installations ». Les fouilles et les saisies entrent dans cette catégorie. Finalement, les mesures de contrôle sont des mesures exceptionnelles à utiliser en derniers recours qui « visent exclusivement à assurer le contrôle d'un usager ayant une conduite dangereuse, et ce, afin de l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions ». Elles comprennent les contentions et les isolements. Ce mémoire étudie spécifiquement ce type de mesure coercitive.

² Ce rapport n'apporte pas d'autres précisions quant aux distinctions entre mesures de sécurité et mesures exceptionnelles.

³ En CR pour jeunes, les mesures coercitives sont appelées mesures particulières. Pour l'ensemble du mémoire, le terme mesures coercitives sera utilisé.

Définition et ampleur des mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation

Le CCSMTL et la dernière revue systématique portant sur l'utilisation des MCI (Roy, et al. sous presse) définissent la contention comme étant une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne contre son gré, et ce, en utilisant la force humaine ou un moyen mécanique (p.ex. menotte, clé de bras). Ils définissent la mesure d'isolement comme étant l'acte de confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (p.ex. dans une pièce barrée). Ce sont des mesures exceptionnelles qui ne doivent être utilisées qu'en dernier recours (Day, 2002). Le seul objectif clinique recensé dans les études est d'arrêter le jeune dans ses comportements de danger envers lui-même ou autrui (Day et al., 2010).

En 2017, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a publié un rapport quant à l'utilisation des MCI au Québec. Dans ce rapport, elle émet une distinction pour la définition de la contention décrite ci-haut. Selon eux, la technique du *caring (holding)* est utilisée par les intervenants auprès de la population à l'enfance (six à onze ans) lorsqu'ils prennent les enfants dans leurs bras afin de les aider à se calmer. Cependant, le rapport précise que les pratiques divergent selon les établissements quant à la compilation du *caring* dans les rapports MCI : certains les comptabilisent comme une contention et d'autres non. En outre, le rapport de la Commission rapporte que la durée moyenne des isolements se situe autour des 30 minutes et que la durée maximale en 2015-2016 était de trois heures.

Les mesures de contention et d'isolement sont utilisées en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2018b, 31 décembre) qui va comme suit :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

L'article 10 de la LPJ (Éditeur officiel du Québec, 2018a, 31 décembre) s'appuie sur l'article ci-haut et fournit des informations supplémentaires :

Toute mesure disciplinaire prise par un établissement qui exploite un centre de réadaptation à l'égard d'un enfant doit l'être dans l'intérêt de celui-ci conformément à des règles internes qui doivent être approuvées par le conseil d'administration et affichées bien en vue à l'intérieur de ses installations. L'établissement doit s'assurer que ces règles sont expliquées à l'enfant de même qu'à ses parents.

Une copie des règles internes doit être remise à l'enfant, s'il est en mesure de comprendre, de même qu'aux parents de l'enfant. Une copie de ces règles doit également être transmise à la Commission, au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la région régionale et à l'établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Les mesures, notamment l'isolement, prévues à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la mesure d'hébergement en unité d'encadrement intensif prévu à l'article 11.1.1 de la présente loi ne peuvent jamais être utilisées à titre de mesure disciplinaire.

Le rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse rapporte qu'en 2016 au Québec, 4247 jeunes ont été sujets à 32 377 mesures de contention et 3459 ont fait l'objet de 23 131 isolements (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2017).

Les motifs et les impacts de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement

En 2008, Steckley et Kendrick ont procédé à une étude qualitative auprès de 37 jeunes âgés entre 10 et 17 ans ainsi que 41 membres du personnel de différents établissements (foyer pour enfants, pensionnats, etc.) quant à l'utilisation des MCI. Les auteurs rapportent qu'autant les jeunes que les intervenants vivent des impacts négatifs lors de l'utilisation de la contention et ils mettent en doute les mauvaises pratiques en matière de contentions physiques qui ne sont pas seulement utilisées qu'en dernier recours (Steckley et Kendrick, 2008). En effet, des sentiments négatifs sont vécus autant par les intervenants (peur et colère) que par les jeunes (se sentir humilié, choqué, etc.). Ces derniers rapportent même des blessures physiques (ecchymoses, abrasions) lors de certains recours à la contention. Les impacts psychologiques et physiques chez les jeunes (traumatismes, blessures, décès, etc.; Davidson, McCullough, Steckley et Warren, 2005; Day et al., 2010; Huckshorn, 2004; Nunno, Holden et Tollar, 2006) sont donc nombreux.

Dans un même ordre d'idées, en 2015, McLean a étudié qualitativement les tensions vécues chez dix-sept travailleurs australiens lors de la gestion de comportements difficiles et perturbateurs chez les jeunes. Les entrevues semi-structurées ont permis d'identifier que l'utilisation de la contention

créée chez les intervenants de l'inconfort et du stress. Ces derniers sont préoccupés par l'impact qu'auront leurs interventions visant à contrôler les comportements difficiles, tels que les MCI, sur les relations qu'ils ont développées avec les jeunes (McLean, 2015). À ce propos, Fraser et collaborateurs, en 2016, ont exploré les interventions qui sont utilisées par les intervenants lors de l'apparition de ces comportements chez les jeunes hébergés en CR. Leur étude qualitative, qui s'est déroulée au Québec, a permis de découvrir que certaines interventions pouvaient augmenter la fréquence d'utilisation des MCI. Effectivement, l'adoption d'attitudes contrôlante et autoritaire chez les intervenants augmente la présence de comportements d'opposition et d'agression chez les jeunes. Par exemple, des interventions telles que de rappeler la règle ou encore d'avoir recours aux MCI augmente ces comportements. Les résultats de leur étude proposent que l'utilisation des MCI s'inscrive dans un cycle d'agression, plutôt que de le contrôler ou de la prévenir. À l'inverse, les auteurs soulèvent que des interventions telles que l'ignorance intentionnelle ou la pacification diminuent le recours aux MCI. Ces constatations sont appuyées par plusieurs auteurs lorsqu'ils proposent des pistes d'intervention à privilégier (avertissements verbaux et non verbaux) pour désamorcer les crises et ainsi freiner les comportements d'opposition et d'agression (Anglin, 2004; Boyer, Guay et Goncalves, 2014; Delaney, 2006; Robitaille, 2009).

Même si les connaissances actuelles offrent des pistes d'interventions à privilégier afin de prévenir le cycle d'agression chez les jeunes, les MCI demeurent encore trop utilisées (Day et al., 2010). Selon le rapport de la CDPDJ fait au Québec en 2016, l'utilisation des MCI doit être diminuée pour des raisons de détresse intense et d'impacts supplémentaires qu'elle peut engendrer (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2017). Ces contrecoups liés à l'utilisation des MCI sont d'ailleurs assez importants pour s'établir comme une préoccupation majeure, non seulement chez les gestionnaires d'établissements, mais aussi chez plusieurs chercheurs (Crosland et al., 2008; Deveau et Leitch, 2015; Jani, Knight et Jani, 2011; Ledoux, 2012; Miller, Hunt et Georges, 2006; Wisdom, Wenger, Robertson, Van Bramer et Sederer, 2015). Leurs préoccupations sont motivées principalement par les conséquences psychologiques et physiques (sentiment d'humiliation, traumatisme, blessure; Davidson, McCullough, Steckley, et Warren, 2005; Day et al., 2010; Huckshorn, 2004) chez les jeunes et les intervenants.

Une revue systématique conduite en CR par Day en 2002 conclut à une banalisation des MCI, à une absence de consensus sur l'utilité thérapeutique et à une diversité quant à la pratique et les raisons

soutenant leur utilisation. L'auteur proposait en 2002 d'étudier davantage le processus décisionnel des intervenants, car peu d'études existaient sur les facteurs qui influencent le recours aux MCI. En outre, compte tenu des informations rapportées ci-haut, d'identifier les motifs associés au recours aux MCI permettrait d'adapter les interventions cliniques et ainsi diminuer l'utilisation de ces mesures. Partant de ces faits, il a été possible de recenser plusieurs recherches ayant étudié les facteurs justifiant l'utilisation des MCI en CR, entre 2002 et 2015. Les conclusions des recherches soulèvent plusieurs facteurs personnels (reliés aux caractéristiques du jeune ou de l'intervenant) et environnementaux (organisationnels) associés à l'utilisation des MCI en CR et en milieux psychiatriques. Majoritairement, les études recensées ont été réalisées aux États-Unis et proposent un devis quantitatif; certaines proviennent aussi d'autres pays (Canada, Australie) et ont été réalisées avec un devis qualitatif ou mixte. Une prudence est de mise quant à l'interprétation de ces facteurs, car l'effet additif de leur influence et leur combinaison n'a pas été prouvé.

Les facteurs influençant la décision d'utiliser les mesures de contention et d'isolement

En 2009, Thomann a réalisé une étude (mixte, É-U) auprès d'une population de 56 jeunes, intervenants et administrateurs en CR. Il a étudié leurs perceptions quant à l'utilisation de la contention et les résultats soulèvent plusieurs facteurs reliés au jeune. Par exemple, d'être un jeune en bas âge, d'avoir vécu des hébergements plus longs et de présenter des troubles de stress post-traumatique ou des troubles graves du comportement (dangerosité envers eux-mêmes ou les autres) est associé à l'utilisation des MCI. De plus, d'autres études en CR aux É-U proposent certains résultats qui concordent avec Thomann (2009) lorsqu'ils rapportent que l'âge (plus jeune; Farragher, 2002; Leidy, Haugaard, Nunno et Kwartner, 2006), le genre (être un garçon; Hood, 2011; Stewart, Theall-Honey, Armieri et Cullion, 2010), la durée des hébergements (plus long; Leidy et al., 2006), la couleur de la peau (être un jeune à la peau noire; DosReis et al., 2010) et le diagnostic (présenter des troubles de comportement; Krezmien et al., 2015) sont des facteurs associés aux MCI.

Par la suite, certaines caractéristiques personnelles chez l'intervenant influenceraient le recours aux MCI. En effet, une conclusion de l'étude de Helin (2007) auprès de 126 intervenants travaillant auprès d'adolescents (mixte, É-U) propose que l'empathie des intervenants envers les jeunes permette de diminuer l'utilisation de la contention. Quant à lui Thomann (2009) soutient que les intervenants qui bâtissent une relation de confiance avec les jeunes, qui apprennent à les connaître et à comprendre

leurs besoins, auront moins recours aux MCI. Eu égard à ces résultats, les attitudes professionnelles de l'intervenant (Gendreau, 2001) auraient donc un impact important lors du recours aux MCI. Pour poursuivre, Lee-Lipkins (2014) apporte d'autres caractéristiques propres à l'intervenant dans son étude auprès de 161 intervenants en CR (quantitative, É-U). Il souligne que d'être plus vieux, être de sexe masculin, avoir un plus haut niveau d'éducation et moins d'ancienneté dans l'établissement sont des facteurs qui contribuent à l'utilisation de la contention par l'intervenant. De plus, selon ce même auteur, un intervenant supportant l'utilisation de la punition corporelle contribue davantage à l'utilisation de la contention.

Nonobstant ces facteurs, les caractéristiques de l'intervenant et du jeune ne seraient pas les seules à être impliquées lors du recours aux MCI. Effectivement, certains auteurs rapportent des résultats relatifs à certains moments de la journée. Par exemple, DosReis et al. (2010), dans leur étude auprès de 156 adolescents (quantitative, É-U), rapportent que la majorité des MCI se produisent après l'école. Pour leur part, dans leur étude auprès de 415 jeunes (quantitative, É-U), Leidy et al. (2006) rapportent que la majorité des contentions subviennent l'après-midi ou le soir. Elles sont également le plus utilisées le lundi et cela tend à diminuer plus la semaine avance. De plus, leurs résultats rapportent qu'il y a une hausse au milieu et à la fin de la période de placement du jeune adolescent et qu'un plus long placement amène le jeune à vivre plus de contention.

Ensuite, une étude en milieu psychiatrique auprès de 82 professionnels (infirmières, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) publiée en 2011 par Mann-Poll et collaborateurs (mixte, É-U), soulève des facteurs contextuels. En effet, le ratio intervenant-usager, le manque d'espace, causé notamment par la non-disponibilité de salles individuelles, et la culture institutionnelle, qui diffère dépendamment si l'utilisateur est en unité de soins intensifs de crise ou en unité d'observation, sont des facteurs associés à l'utilisation des MCI. Quelques années plus tard, en 2009, Larue et al., (quantitatif, CAN) ont exploré les facteurs qui influençaient le processus décisionnel des infirmières lors de leur recours aux MCI. Les auteurs ont examiné onze études provenant de milieux psychiatriques, ce qui leur a permis de proposer un modèle conceptuel qui regroupe différentes catégories de facteurs. Ce modèle est présenté dans la figure 1 ci-dessous.

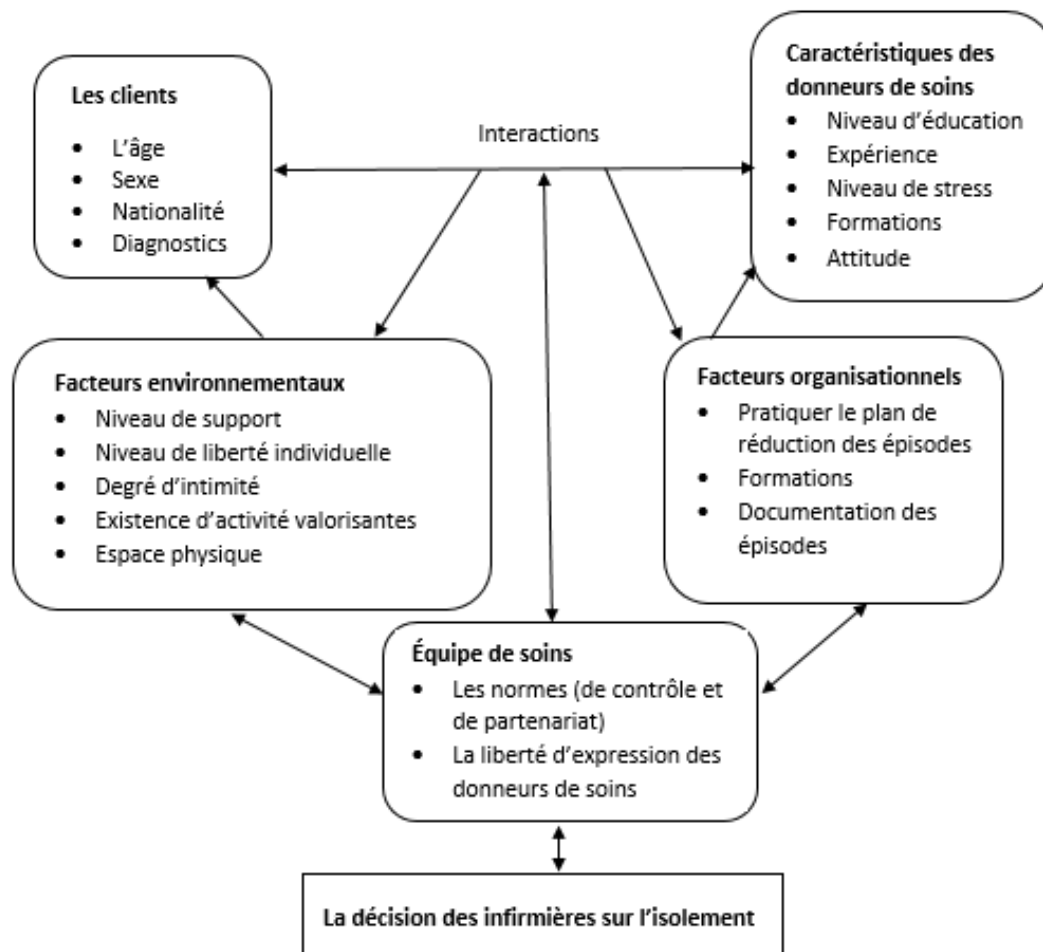


Figure 1. Reproduit de Larue et al., (2009). *Multifactor model of influence decision making regarding seclusion*. P. 5. Traduction libre.

Leurs résultats proposent des facteurs reliés aux caractéristiques des patients (les hommes reçoivent plus de contentions physiques, ont un plus haut risque de dangerosité), aux caractéristiques des donneurs de soins (présentent du stress, de l'épuisement, une attitude contrôlante négative, un plus faible niveau d'éducation et une expérience limitée), aux caractéristiques de l'équipe de soins (décisions prises par les membres de l'équipe, les normes) et à l'organisation (la documentation des MCI, les formations offertes). Ainsi, le jugement clinique des intervenants est influencé par une multitude de facteurs, plutôt qu'une analyse objective de la situation (Larue et al., 2009).

En somme, il a été possible de répertorier plusieurs facteurs qui sont associés à l'utilisation des MCI en CR et en milieu psychiatrique qui se classent dans différentes catégories. En revanche, les connaissances empiriques tirées de la littérature n'expliquent pas la manière dont ces facteurs se manifestent lors des situations d'interactions entre le jeune et l'intervenant. D'ailleurs, plusieurs auteurs suggèrent d'étudier ces interactions lors du recours aux MCI (Grimes, 2012; Ledoux, 2012; McLean, 2015).

L'objectif de la recherche

Le but de cette étude est d'explorer les motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants. Ainsi, l'objectif est l'identification des motifs justifiant ce recours. Plusieurs auteurs en milieux psychiatriques et en CR recommandent d'aller explorer les motifs qui déterminent l'interaction entre le jeune et l'intervenant lors de ces mesures de dernier recours (Grimes, 2012; Ledoux, 2012; McLean, 2015). De plus, en 2002, Day avait émis la nécessité d'étudier davantage le processus de jugement clinique en CR. Ainsi, cette étude permettra d'entamer une démarche réflexive (Schon, 1983) et critique des pratiques actuelles controversées et offrira des leviers d'interventions.

Chapitre 2 : Article scientifique

Exploration des motifs justifiant la prise de décision de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement : la perception des intervenants en centre de réadaptation pour jeunes au Québec

Drolet, Christine, École de psychoéducation, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté

Couvrette, Amélie Ph.D. Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Roy, Camille, École de psychoéducation, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté

Porfilio-Mathieu, Lyann, Département de psychologie, Université de Montréal.

Dumais, Alexandre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Geoffrion, Steve, Ph.D. École de psychoéducation, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté

Correspondance :

Christine Drolet
Christine.drolet.1@umontreal.ca

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Centre d'Étude sur le Trauma,
7331, rue Hochelaga
H1N 3V2 Montréal (QC), CAN

Introduction

Les centres de réadaptation (CR) accueillent des jeunes âgés entre six et vingt et un ans composant avec des difficultés psychologiques et sociales (trouble des conduites; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2017; LeBlanc et al., 2003; Lee-Lipkins, 2014). L'adversité vécue par ces jeunes les amène à démontrer davantage d'impulsivité, à manifester davantage de comportements agressifs et délinquants et à développer des problèmes de santé mentale (Butler et McPherson, 2007; Fraser, Archambault et Parent, 2016; Le Blanc et al., 2003). Les intervenants en CR partagent leur quotidien avec ces jeunes, veillent à leur éducation et promeuvent le développement de leurs capacités personnelles, tout en favorisant leur réadaptation et leur réinsertion sociale (American Association of Children's Residential Centers, 2009; Gendreau, 2001; LeBlanc et al., 2003). Ils utilisent des interventions éducatives (p. ex. reformulation, humour; Renou, 2005) afin de faciliter des prises de conscience et une généralisation des acquis (Puskas, Caouette, Dessureault et Mailloux, 2012). Ils peuvent également utiliser différentes techniques d'intervention pour désamorcer les crises (Anglin, 2004; Boyer, Guay et Goncalves, 2014; Delaney, 2006; Robitaille, 2009) et ainsi freiner les comportements d'opposition et d'agression. Lorsque ces méthodes ne mènent pas à l'arrêt des comportements visés, les mesures de contention et d'isolement (MCI) sont utilisées. Au Québec, le recours aux MCI se fait en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2018b, 31 décembre) et de l'article 10 de la LPJ (Éditeur officiel du Québec, 2018a, 31 décembre). Ces lois imposent qu'elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, lorsqu'il y a un danger imminent pour le jeune ou pour autrui (Day et al., 2010; Day, 2002; Ledoux, 2012; Mann-Poll et al., 2011; Thomann, 2009). De plus, les MCI sont exceptionnelles et, à ce titre, elles doivent tenir compte de l'état physique et mental du jeune et ne doivent pas être utilisées à titre de mesure disciplinaire (Gouvernement du Québec, 2015).

La contention se définit comme étant une mesure de contrôle limitant la liberté de mouvement d'une personne contre son gré en utilisant la force humaine ou un moyen mécanique (p. ex. clef de bras, menottes). L'isolement consiste à confiner une personne dans un lieu, d'où elle ne peut sortir librement, pour un temps déterminé (p. ex. pièce verrouillée de l'extérieur; Day, 2002; Roy et al., sous presse). En 2016 au Québec, 4247 jeunes ont été sujets à 32 377 mesures de contention tandis que 3459 jeunes ont fait l'objet de 23 131 isolements (Commission des droits de la personne et des droits de la

jeunesse, 2017). Plusieurs auteurs rapportent que l'utilisation des MCI n'est pas sans impact. Elles peuvent entraîner des séquelles psychologiques et physiques (sentiment d'humiliation, traumatisme, blessure; Davidson, McCullough, Steckley, et Warren, 2005; Day et al., 2010; Huckshorn, 2004) autant chez les jeunes que pour les intervenants (Fryer et al., 2004; Geoffrion et Ouellet, 2013; Grimes, 2012; Lebel, Huckshorn et Caldwell, 2010; McLean, 2015; Steckley et Kendrick, 2008) et contribuent à une escalade de la violence (Fraser et al., 2016; McLean, 2015). La revue systématique de Day en 2002 traitant des MCI a démontré que son utilisation est une pratique banalisée par les intervenants et qu'aucune preuve empirique ne justifie leur utilité thérapeutique. De plus, elles peuvent être utilisées par convenance, coercition ou punition (Kennedy et Mohr, 2001).

Dans le milieu de la santé, les études révèlent que le recours à ces mesures reposerait également sur le jugement clinique des intervenants (Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot, 2009; Mann-Poll et al., 2011). Day (2002) rapportait que ce jugement clinique n'avait pas été examiné empiriquement. De plus, quelques études en CR et en milieu psychiatrique proposent une multitude de facteurs contribuant à l'utilisation des MCI, autres que ceux justifiés par le danger imminent pour le jeune et pour autrui (Day, 2002; Grimes, 2012; Larue et al., 2009; Ledoux, 2012; Mann-Poll et al., 2011; McLean, 2015). À titre d'exemple, certaines caractéristiques du jeune telles que le bas âge, les hébergements de longue durée et la présence de troubles de stress post-traumatique ou de troubles graves du comportement (Thomann, 2009) sont associées à l'utilisation des MCI. Ensuite, des facteurs contextuels tels que le ratio intervenant-usager, le manque d'espace (p. ex. non-disponibilité des salles individuelles) et la culture institutionnelle (p. ex. travailler en unité de soins intensifs de crise ou en unité d'observation) sont associés à l'utilisation de ces mesures (Mann-Poll et al., 2011). De plus, des caractéristiques liées à l'intervenant, comme son évaluation quant à la gravité du danger (p. ex. patient agité, désorienté, violent; Mann-Poll et al., 2011), son expérience (utilisation des MCI, durée à l'emploi; Lee-Lipkins, 2014; Mann-Poll et al., 2011), sa formation aux techniques non coercitives; Crosland et al., 2008; Lee-Lipkins, 2014; McLean, 2015; Miller et al., 2006) et son offre de supervision et de soutien (développer des relations positives tout en imposant ses limites, intervenir en dyade, etc. ; Ledoux, 2012; McLean, 2015; Miller et al., 2006) sont associées au recours aux MCI. Eu égard à ce qui précède, notre connaissance des facteurs tirés de la littérature porte à croire qu'aucune étude en CR n'aurait exploré les motifs influençant le jugement clinique de l'intervenant lors de situations

d'interaction immédiate entre ce dernier et le jeune. De plus, aucun modèle des facteurs menant à l'utilisation des MCI n'aurait été développé en CR.

Le but de cette étude est d'explorer les motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants. Ainsi, l'objectif est l'identification des motifs justifiant ce recours. Plusieurs auteurs en milieu psychiatriques et en CR recommandent d'aller explorer les motifs qui déterminent l'interaction entre le jeune et l'intervenant lors de ces mesures de dernier recours (Grimes, 2012; Ledoux, 2012; McLean, 2015). Ainsi, cette étude permettra d'entamer une démarche réflexive (Schon, 1983) et critique des pratiques actuelles controversées et offrira des leviers d'interventions.

Méthode

Situation à l'étude et sources d'information

Après chaque recours aux MCI, les intervenants doivent justifier leurs interventions dans un rapport déposé aux dossiers des jeunes. Le terme « intervenants » comprend à la fois les éducateurs, qui sont en permanence avec les jeunes dans les unités de réadaptation, et les agents d'intervention, qui sont appelés à intervenir lors de situations conflictuelles. Au total, 628 rapports de MCI, s'échelonnant sur quatorze mois, ont été utilisés. Ils proviennent de 21 unités issues de CR pour jeunes de deux régions administratives du Québec⁴. Les unités couvertes hébergent des garçons et des filles de tous âges, sous des mandats de la LPJ et de la LSJPA. Ces rapports ont une longueur variable, allant d'une ligne à plusieurs paragraphes. Ils sont rédigés en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2018b, 31 décembre) qui exige que chaque mesure soit consignée en mentionnant une description des moyens utilisés, la période d'utilisation ainsi que la description des comportements ayant motivé la prise ou le maintien de cette mesure. Ainsi, l'analyse de ces rapports a permis d'identifier les motifs ayant motivé la prise de décision de l'utilisation des MCI, car il était possible d'analyser la justification de l'intervenant lors de leur application. Les données fournies étaient

⁴ La région administrative de Montréal et la région administrative de la Montérégie. L'ensemble du corpus fournis par l'établissement du CCSMTL a été utilisé. Pour le CISSSME, le tiers de l'échantillon fournis a été utilisé et la méthode d'échantillonnage choisie était de type stratifié en fonction du type d'unité afin de représenter des unités de genres, d'âge et mandat confondus.

dénominalisées ce qui permettait de préserver la confidentialité des individus. Nous utilisons des données secondaires qui n'exigeaient pas de consentement de la part des intervenants. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de la Capitale-Nationale (CJQ-IU-2016-12) et par deux certificats d'éthique, soit un émis par le CCSMTL et l'autre par le CISSSME.

Procédures et analyses

Une approche qualitative a été privilégiée afin de décrire en profondeur la complexité du recours aux MCI. Cette approche a permis la réalisation d'une analyse thématique qui a été menée selon le modèle de Paillé et Mucchielli (2016)⁵. Cette étude a été construite en deux temps. Dans un premier temps, la démarche de thématization en continu (Paillé et Mucchielli, 2016) a été appliquée en utilisant les 232 rapports de MCI du CCSMTL. L'étudiante chercheuse a suivi les étapes de la démarche en organisant le contenu des rapports et en faisant des analyses de sens. Ainsi, il y a eu émergence d'une liste de motifs qui étaient identifiés par les intervenants dans les rapports de MCI comme justifiant leur recours. Une fois l'identification des motifs les plus importants, significatifs et redondants (Blais et Martineau, 2006), une grille de codification a été créée. Un processus d'accord inter juge a été effectué sur les 232 rapports et le taux de concordance a été de 83.85 %. De plus, cette grille a été présentée à douze experts en CR, agissant sous le titre de chefs de service (vérification auprès des experts; Lincoln et Guba, 1985). Ces derniers ont confirmé que ces motifs étaient utilisés pour justifier l'utilisation des MCI chez leurs intervenants.

Dans un deuxième temps, la démarche de thématization séquentielle (Paillé et Mucchielli, 2016) a été appliquée sur le reste du corpus à l'étude, c'est-à-dire sur les 396 rapports de MCI du CISSSME. Selon les auteurs de cette démarche, l'analyse de thématization séquentielle se déroule en deux temps soit (a) en tirant un échantillon du contenu au hasard et en l'analysant pour créer une grille de codification et (b) en appliquant cette grille à l'ensemble du contenu. Dans ces circonstances, ayant déjà créé une grille de codification sur un échantillon du corpus, nous pouvions par la suite l'appliquer aux 396 rapports. Cette démarche était pertinente, car elle permettait que d'autres motifs significatifs, qui n'avaient pas été ciblés dans le premier échantillon du CCSMTL, s'ajoutent en cours d'analyse.

⁵ Pour plus de détails sur l'échantillon à l'étude, voir la section Annexe ; Le projet de recherche.

Ainsi, nous pouvions ajuster la grille afin de la rendre plus robuste à l'ensemble du corpus à l'étude. Cette codification a mené à l'atteinte d'une saturation empirique. Le processus d'accord inter juge a été effectué sur le tiers de l'échantillon et le taux de concordance a été de 86.73 %. Le taux final de concordance des deux échantillons combinés est de 85.29 %, ce qui est considéré comme satisfaisant (Miles et Huberman, 2003).

En somme, durant le processus d'analyse thématique, il y a eu fusion, subdivision et regroupement des thèmes. C'est l'aboutissement d'un processus évolutif et analytique qui a permis l'atteinte des thèmes finaux (Paillé et Mucchielli, 2016).

Résultats

Selon la perception des intervenants, neuf motifs viennent justifier leur recours aux MCI. Les neuf motifs ont été classés en quatre catégories. Ils sont illustrés dans le tableau I et expliqués ci-dessous.

Tableau I. Schématisation des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants.

Catégories de motifs	Antécédents immédiats perçus	Comportements et affects observables	Contraintes externes	Objectifs cliniques et réadaptatifs
Motifs	<p>Avoir vécu une situation particulière</p> <p>(Une rencontre, une conséquence, une fugue, un tribunal)</p> <p>Avoir vécu une mesure coercitive</p> <p>(Un retrait, un accompagnement physique, une contention physique, une contention mécanique, un isolement)</p>	<p>Affects perçus</p> <p>(Signes d'agitation et émotions).</p> <p>Comportements jugés perturbateurs</p> <p>(Refus de collaborer, non-respect du code de vie et des règlements, résistance à l'intervention, perturbe la vie de groupe, etc.)</p> <p>Comportements d'agressions</p> <p>(Intimidation, agressivité verbale, physique, envers soi-même, envers les objets, menaces et menaces de mort)</p>	<p>Mesures demandées par un supérieur ou le jeune</p> <p>Par manque d'effectif</p> <p>(Humain et matériel)</p>	<p>Par objectif d'apaisement</p> <p>Par objectif de prévention et de sécurité</p>

Antécédents immédiats perçus

Cette catégorie comporte des facteurs provoquant chez le jeune un état émotionnel qui peut le mener à adopter des *comportements et affects observables*. La présence ou l'absence de ces antécédents varie d'un rapport à l'autre, ce qui peut être expliquée par des standards de rédaction qui varient⁶.

Avoir vécu une situation particulière se présente lorsqu'un intervenant rapporte des événements importants vécus par le jeune durant la journée. Ceux-ci influencent, selon son jugement clinique, les comportements ultérieurs du jeune.

«À la suite de sa journée difficile au tribunal où le jeune a appris qu'il avait une ordonnance d'évaluation psychiatrique, on opte pour un retrait préventif au local de retrait hors service afin de faire baisser la colère du jeune. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

«Le jeune s'est désorganisé à la suite de la rencontre avec une intervenante de l'unité. En sortant de la salle de rencontre, celui-ci s'en est pris physiquement aux agents d'intervention affectés au local de retrait. Le jeune a été maîtrisé rapidement au sol par les deux agents. Une fois les agents sur place, un de ces derniers a mis les menottes à l'adolescent et ceux-ci ont pu procéder avec le jeune vers la chambre d'isolement. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

«Il est réactif à la suite de la perte de ses sorties autonomes pour la durée d'une semaine. Son éducateur l'a rencontré pour lui annoncer le tout durant la pause personnelle. Il sort de sa chambre ensuite à plusieurs reprises afin de revendiquer ses sorties à son éducateur. Je lui demande de retourner à sa chambre. Lorsqu'il en sort en sacrant, j'appelle un agent en prévention. Il claque fortement sa porte de chambre à 3 reprises, cela a pour but de faire réagir ses voisins de chambre. On procède à un retrait hors service. À l'arrivée des agents, il tient une chaise dans ses mains et la met devant lui afin d'empêcher les agents d'intervenir. Nous discutons avec lui durant plusieurs minutes. Les agents entrent tranquillement dans sa chambre, ils enlèvent la chaise des mains du jeune et une contention s'en suit pour effectuer le déplacement. » — Unité ouverte pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

En somme, une journée au tribunal (un retour, un séjour), une rencontre avec un intervenant ou encore une conséquence (annoncée ou vécue) sont des situations particulières qui peuvent être vécues, qui

⁶ Cette constatation est présentée dans la partie discussion de l'article scientifique.

influencent les réactions émotives et comportementales des jeunes et mènent ainsi l'intervenant à avoir recours aux MCI.

Avoir vécu une mesure coercitive justifie le recours aux MCI à la suite d'un retrait (de l'unité, en chambre, hors groupe), d'un accompagnement physique, d'une contention physique ou mécanique, d'un isolement ou d'une fouille. Ces mesures coercitives se retrouvent dans le même évènement, soit dans le même rapport de MCI. D'une part, les intervenants justifient leur MCI par la présence d'une mesure coercitive précédente, comme présenté dans l'extrait suivant.

«À la suite d'une intervention physique sur le jeune, durant laquelle il a été menotté, il est placé en salle d'isolement. Lorsque celui-ci est calme et coopère, nous le replaçons dans sa chambre au local de retrait. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

D'autre part, plusieurs mesures coercitives peuvent se retrouver dans un même évènement. Ainsi, cela implique que les mesures coercitives précédentes n'ont pas mis fin aux comportements d'opposition ou d'agression. L'extrait suivant présente la présence d'une accumulation de MCI dans un même rapport.

«À l'annonce du retrait hors unité, le jeune tente de sortir de sa chambre et de frapper l'éducatrice. Celle-ci barre donc la porte de chambre du jeune (isolement) afin d'assurer la sécurité de tous. Le jeune refuse de collaborer avec les agents. L'éducatrice lui laisse un temps afin de suivre de lui-même jusqu'à la salle de retrait. Le jeune est envahi, il crie et il tente de frapper les agents. Une mesure de contention est nécessaire jusqu'à la salle de retrait afin d'assurer la sécurité de tous. Lors de la contention, le jeune crache et mord un des agents ». — Unité spécialisée en santé mentale pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

Comportements et affects observables

Cette catégorie comprend les comportements verbaux et non verbaux du jeune qui sont considérés comme des motifs justifiant le recours aux MCI. Elle présente une escalade de confrontation, voire de violence, lors d'une situation d'interaction entre le jeune et l'intervenant. Ces facteurs se présentent sous la forme d'une sévérité croissante, variant d'une faible opposition à des comportements de danger imminent pour le jeune ou pour autrui.

Affects perçus sont des éléments observables, tirés du non-verbal du jeune (émotion négative, agitation, fébrilité, etc.) sans qu'il n'y ait nécessairement d'intervention directe. L'intervenant inscrit dans les rapports les éléments qui influencent ou accroissent l'adoption de comportements d'opposition ou d'agression (il devient raide physiquement, il semble chargé de rage, elle semble fébrile, etc.).

« Il démontre de la surexcitation tout au long du trajet de retour de l'école. Il se désorganise rapidement à sa chambre en arrivant. » — Unité ouverte spécialisé pour les garçons âgés de 6 à 12 ans.

« Il tape sur les meubles de sa chambre et est visiblement en colère par le ton et le contenu de ce qu'il dit. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

« À notre arrivée au local de retrait hors service, nous avons placé le jeune en isolement, car il était agressif. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

Comportements jugés perturbateurs sont des éléments observables qui démontrent une non-collaboration et/ou une réaction négative à l'intervention (refus de collaborer, non-respect des règles de l'unité, résiste physiquement à la mesure coercitive, etc.). L'intervenant rapporte que ces comportements peuvent déranger les autres jeunes et la quiétude du groupe.

« Les agents doivent procéder à une contention puisque la jeune ne veut pas les suivre jusqu'au bloc, adopte des comportements perturbateurs dans le corridor et dérange aussi la période du scolaire. » — Unité d'encadrement intensif pour les filles âgées de 14 à 17 ans.

« Le jeune dérange constamment et s'amuse à contaminer le local de retrait. Nous sommes dans l'obligation de le placer en isolement afin qu'il se dépose et surtout qu'il respecte nos interventions ». — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 21 ans.

« Les agents doivent procéder à une mesure de contention, car la jeune refuse de collaborer au déplacement. » — Unité d'encadrement intensif pour les filles âgées de 14 à 17 ans.

Comportements d'agression sont des éléments observables qui démontrent une agressivité dirigée envers le jeune lui-même, l'intervenant, les autres jeunes ou les objets. L'intervenant rapporte que ce facteur justifie le recours aux MCI lorsque ces manifestations se présentent sous forme de violence verbale et physique, de comportements d'intimidation, de menaces et de menaces de mort. D'ailleurs, ce facteur contient en lui-même une gradation quant au risque de danger (blasphème jusqu'à la menace de mort). Différents extraits sont présentés afin de présenter les différents niveaux d'intensité des comportements d'agression chez les jeunes.

« Une mesure d'isolement est demandée comme la jeune a renversé des chaises de cuisine sur son passage. » — Unité d'encadrement intensif pour les filles âgées de 14 à 17 ans.

« Il brise son auto, on lui nomme qu'on va la mettre à la poubelle puisqu'il pourrait se blesser. Il se met en colère. Il pleure, cri, donne des coups dans le mur et lance ses jouets. Contention. » — Unité de troubles de l'attachement pour les garçons et les filles âgés de 6 à 10 ans.

« Le jeune frappe dans sa porte au lever, car on lui demande de faire son ménage. Il crie et manque de respect à l'éducateur. Il sort de sa chambre et menace l'éducateur. Il tente d'intimider l'éducateur en lui disant qu'il veut lui "casser la gueule". Isolement. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 20 ans.

« Nous descendons le jeune en contention panier en raison de ses comportements violents (mord, donne des coups de pieds et de poings à lui-même ainsi qu'à l'adulte). Il continue ses comportements violents une fois qu'il arrive à la salle de retrait (se frappe au visage, tente de mordre l'adulte). Nous maintenons donc la contention, face au sol, pendant 10 minutes. » — Unité de troubles de l'attachement pour les garçons et les filles âgés de 6 à 10 ans.

Contraintes externes

Cette catégorie présente les contraintes organisationnelles et environnementales qui mènent à l'utilisation des MCI. L'analyse de cette catégorie démontre que le processus décisionnel est influencé et limité par des éléments externes.

Mesure demandée par un supérieur ou par le jeune lui-même réfère à la demande qui influence la décision d'utiliser les MCI. Par exemple, un chef de service peut demander à l'intervenant d'avoir recours à une MCI, sans que le rapport n'indique la description d'un danger pour le jeune ou pour autrui. De plus, le jeune lui-même peut demander de vivre une MCI afin de s'apaiser. À quelques reprises, ce facteur était le seul pour justifier la mesure.

« Le jeune va en isolement, tel que demandé par le chef de service. » — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 21 ans.

« Ordre formel de (Chef de service); ce jeune doit être en tout temps menotté lors de ses déplacements en transport sécuritaire ». — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 21 ans.

« À la suite de sa rencontre, il s'est fâché. Il demande d'aller dans la salle d'isolement. » — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 21 ans.

« Lorsque nous faisons une intervention auprès du groupe, le jeune a semblé envahi et il a demandé de prendre un moyen au local de retrait. » — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 21 ans.

« Un agent négocie à plusieurs reprises avec le jeune. Il ne collabore pas. La permanence demande la contention. Les agents font la mesure de contention sur le lit du jeune. Il se débat, donc les agents le collent sur le mur. » — Unité de garde fermée pour garçons âgés de 12 à 20 ans.

Par manque d'effectif se présente lorsqu'un intervenant juge qu'il est nécessaire de recourir aux MCI, car les intervenants sont en nombre restreint sur l'étage ou qu'il n'y a pas de locaux de disponibles.

« Compte-tenu que l'éducatrice est seule à l'étage on barre la porte de la chambre par mesure de sécurité. » — Unité d'encadrement intensif pour les filles âgées de 14 à 17 ans.

« Je demande qu'on maintienne la porte fermée jusqu'à ce qu'une salle du bloc se libère pour la sécurité des agents. » — Unité spécialisée en santé mentale pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

Objectifs cliniques et réadaptatifs

Cette catégorie témoigne des objectifs d'intervention, selon le jugement clinique et discrétionnaire de l'intervenant, qui mènera au recours aux MCI.

Par objectif d'apaisement se présente lorsque l'intervenant rapporte que l'utilisation des MCI permettra au jeune de retrouver son calme et de s'apaiser. Il apparaît la majorité du temps dans les rapports justifiant le recours à l'isolement et parfois seul.

« Afin d'éviter tout débordement du jeune, celui-ci est dirigé en salle d'isolement afin qu'il puisse s'apaiser et retrouver son calme. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

« Après plusieurs tentatives de lui trouver une occupation et un moyen pour se calmer, on procède à un retrait hors service. Début de la mesure d'isolement. On lui demande de se calmer et de s'asseoir au fond de la salle pour démontrer sa disponibilité. » — Unité ouverte spécialisée pour les garçons âgés de 6 à 12 ans.

« Arrivé au local de retrait hors service en contention mécanique, on enlève les menottes au jeune, car il n'est pas en colère envers les agents. On le laisse quand même en isolement afin qu'il se calme, car il semble chargé de rage. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

Par objectif de prévention et de sécurité se présente lorsqu'un intervenant désire prévenir et éviter un comportement qui pourrait mener, dans certains cas, à un danger immédiat pour l'intégrité, la sécurité du jeune ou d'autrui. En agissant à titre préventif, l'intervenant prévient une désorganisation du groupe ou encore des comportements qui peuvent mettre le jeune ou autrui en danger.

« Début de l'isolement préventif puisque l'autre jeune est sorti de sa salle et les deux filles avaient prévu de sortir ensemble. Nous barrons la porte en attendant de faire intégrer l'autre jeune (tous les agents sont occupés). » — Unité spécialisée en santé mentale pour les filles âgées de 12 à 17 ans.

« Deux jeunes ont engagé le combat dans la cour de l'unité. Par prévention les agents ont appliqué les menottes sur le jeune. Il était un peu agité. » — Unité de garde fermée pour les garçons âgés de 12 à 21 ans.

De plus, afin d'assurer la sécurité, l'intervenant utilise les MCI afin de protéger le jeune contre lui-même et de préserver l'intégrité du personnel, tel que présenté dans les extraits ci-dessous.

« Le jeune menace de se tuer. Il claque sa porte. Il se met en isolement volontaire. Il faut enlever les fils du Mp3. Les agents doivent immobiliser le jeune au sol pour prendre ses effets personnels, car il y a un risque suicidaire. » — Unité ouverte pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

« Lors de l'intervention, le jeune est à sa chambre et frappe à trois reprises le sergent. Une contention est nécessaire afin que ce dernier ne blesse personne et ne se blesse lui-même. » — Unité ouverte pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

« Il ouvre sa porte et lance un soulier sur l'éducatrice, une contention est nécessaire pour la sécurité d'autrui. Les agents interviennent et il crache au visage d'un agent. Contention jusqu'aux salles. » — Unité spécialisée en santé mentale pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

« On lui nomme son avertissement en lui nommant qu'il dérange les autres jeunes qui sont présentement couchés. À ce moment, il lance son verre d'eau directement au visage de l'éducatrice, lance son verre et se dirige vers elle. Il frappe l'éducatrice au bras et sur le thorax. Une contention est appliquée par l'éducatrice puisque le jeune met la sécurité et l'intégrité de l'éducatrice en danger. » — Unité ouverte pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

En définitive, tous les motifs présentés dans le tableau I et décrit ci-haut peuvent se présenter par plusieurs dans un même rapport de MCI. Afin de rendre plus évident la catégorisation, les deux extraits complets présentés ci-dessous ont été découpés à l'aide de crochets et identifiés avec les différents motifs des résultats.

Extrait 1 : « [Il est à la cuisine et selon son débit de voix, nous sentons qu'il est fragile ce matin. Il parle rapidement, il ne rit pour rien, refuse de déjeuner] — **Affects perçus**. On lui rappelle les consignes du matin, il se couche sur la table, il parle à tous les garçons. On lui mentionne que la prochaine étape sera d'aller prendre une pause à sa chambre. On lui fait un reflet de ses comportements. [Refuse toujours de déjeuner] — **Comportements jugés perturbateurs**. On lui demande donc d'aller à sa chambre. On appelle les agents en prévention. Il se dirige à sa chambre. On lui propose de prendre un moyen et [il refuse] — **Comportements jugés perturbateurs**. Nous appliquons sa grille ITCA, nous appliquons son 2 minutes. [Il frappe dans son mur, cri, ouvre sa porte] — **Comportements d'agressions**. Nous faisons un décompte pour fermer sa porte. [Il continue de crier et de frapper dans sa porte] — **Comportements d'agressions**. Nous demandons un retrait hors service. [Il ouvre sa porte et lance un soulier sur l'éducatrice] — **Comportements d'agressions**. [Une contention est nécessaire pour la sécurité d'autrui] — **Par objectif de prévention et de sécurité**. » — Unité spécialisée en santé mentale pour les garçons âgés de 12 à 17 ans.

Extrait 2 : « La jeune doit assumer un souper en chambre, mais [aucun agent n'est disponible] — **Par manque d'effectif** pour rester avec l'éducatrice à l'étage et sa ligne d'intervention stipule que nous ne devons pas rester seule en sa présence considérant ses antécédents de violence. Nous prenons alors la décision de l'installer au salon pour le souper et la faire remonter pour la période des postes et pauses, et ce dès qu'un agent sera disponible. [Au moment de monter, elle démontre ses signes d'activation : elle fait de multiples demandes qu'elle sait que nous répondrons par la négative et fait des sourires en coin] — **Comportements et affects perçus**. Une fois à l'étage, l'agente doit quitter pour un code bleu et [nous obtenons la permission de la permanence de barrer sa porte de chambre pour assurer la sécurité d'autrui] —

Mesure coercitive précédente (isolement en chambre). [Dès que la jeune prend conscience que sa porte de chambre est barrée, elle se met à crier et frapper dans sa porte.] — **Comportements d'agressions.** À ce moment, [elle n'est plus réceptive et ne cesse de frapper violemment dans sa porte] — **Comportements d'agressions** [ce qui dérange les autres demoiselles à leur chambre] — **Comportements perturbateurs.** [Une mesure hors unité est alors demandée. Une contention est nécessaire pour se rendre au bloc retrait] — **Mesure coercitive précédente,** [car la jeune tente de donner des coups de pieds aux agents présents et menace de les blesser] — **Comportements d'agressions.** Par la suite, [elle tente de donner des coups de pied à l'éducatrice et elle essaie de faire trébucher les agents d'intervention] — **Comportements d'agressions.** Une fois au bloc retrait, une sortie sécuritaire est nécessaire afin d'assurer la sécurité des agents ». — Unité d'encadrement intensif pour les filles âgées de 14 à 17 ans.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer les motifs justifiant le recours aux MCI en CR pour jeunes au Québec, selon la perception des intervenants. La méthode d'analyse des données a permis d'extraire neuf motifs qui ont été classés en quatre catégories : *antécédents immédiats perçus*, *comportements et affects observables*, *contraintes externes* et *objectifs cliniques et réadaptatifs*. Les motifs rendent compte de l'appréciation subjective des intervenants lors de leur prise de décision. Les extraits des rapports présentés dans la section résultats dépassent souvent le caractère de danger immédiat évoqué dans les lois. Le processus décisionnel des intervenants pourrait donc être influencé par d'autres éléments. Afin d'interpréter cette hypothèse, le modèle du processus décisionnel *normatif-affectif* proposé par Etzioni (1988) semble opportun. D'une part, ce modèle s'adresse à tout individu qui applique un pouvoir discrétionnaire. Notre étude analysait les rapports rédigés par les intervenants qui utilisent leur pouvoir discrétionnaire pour le choix de leurs interventions. D'autre part, ce modèle soutient que le processus décisionnel est moins susceptible d'être basé sur une collecte rationnelle d'informations, mais basé davantage sur les perceptions, les opinions, les valeurs et les émotions des intervenants.

La première section de cette discussion explore les quatre catégories de motifs en émettant l'hypothèse de l'influence des *facteurs normatifs-affectifs* (Etzioni, 1988) lors du processus décisionnel des intervenants. La deuxième partie s'intéresse aux dynamiques de ces motifs dans les rapports de MCI. Finalement, les limites et perspectives d'avenir ainsi que les contributions théoriques et méthodologiques sont présentées suivies de la conclusion.

Antécédents immédiats perçus

Les motifs relatifs à la catégorie *antécédents immédiats perçus* proposent que l'intervenant puisse vivre des affects qui peuvent le mener à une anticipation élevée du risque de violence, tels qu'identifiés dans les études sur les travailleurs en milieu psychiatrique (Larue et al., 2009). Les réactions comportementales antérieures ou actuelles du jeune peuvent être interprétées aux yeux de l'intervenant comme étant menaçantes (LeBlanc, Regehr, Shlonsky et Bogo, 2012) et provoquer ainsi une utilisation prompte des MCI. Par exemple, l'intervenant ayant déjà vu certains jeunes en surcharge émotionnelle lors de leur retour du tribunal ou encore à la suite d'une rencontre avec un intervenant pourrait vivre des

émotions négatives de peur ou d'anxiété avant même le retour du jeune à l'unité. De sorte, cette anticipation pourrait mener les intervenants de la présente étude à justifier le recours aux MCI par des *antécédents immédiats perçus*, jugés par ces derniers, comme pouvant rendre les jeunes fébriles et à haut risque de violence. La prise de décision de l'intervenant pourrait ainsi se faire de manière automatique, par habitude et sans réflexion (Etzioni, 1988), car elle sera gouvernée par ses propres affects.

Les sentiments de colère, de peur (Steckley et Kendrick, 2008) ainsi que le stress et l'inconfort (McLean, 2015) vécus par les intervenants lors de leur recours aux MCI auprès des jeunes pourraient expliquer leur recours par le motif *avoir vécu une mesure coercitive*. En effet, il est possible de croire que les affects des intervenants combinés à leurs perceptions des affects des jeunes viennent influencer leurs stratégies d'interventions (Johnson et Delaney, 2006). Le stress vécu créerait une « vision en tunnel » qui les empêcheraient d'avoir en tête toutes les alternatives disponibles (Etzioni, 1988). L'étude qualitative de Fraser et collaborateurs (2016) soutient, tout comme nos résultats, que le jeune aura plus de risque de vivre une MCI s'il en a déjà vécu une précédemment. Leurs résultats stipulent que les mesures disciplinaires et de contrôle (l'intervention physique, le retrait, la contention physique et l'isolement) précèdent le recours aux MCI. D'avoir recours aux MCI sous le motif *avoir vécu une mesure coercitive* pourrait alors correspondre à la notion de pratique automatique chez les intervenants, tel que présenté dans le modèle d'Etzioni, stipulant que ce motif devient une norme (1988). À titre d'exemple, si l'intervenant a dans le passé eu recours à une deuxième MCI pour gérer les comportements d'opposition et d'agression d'un jeune ou a vu un autre intervenant le faire, cela pourrait teinter ses choix et influencer ses perceptions d'utiliser une intervention par rapport à une autre (Etzioni, 1988). Par son désir d'être cohérent (McLean, 2015) d'une intervention à l'autre et devant ses pairs, l'intervenant aurait donc recours aux MCI. Cependant, ce désir de cohérence nuirait à sa remise en question face à ses choix d'interventions, surtout s'il n'est pas contredit (Etzioni, 1988). À ce propos, si notre étude a permis de faire émerger ces résultats, cela veut dire que les questionnaires qui révisent les rapports de MCI sont en accord avec le fait que lorsque leurs intervenants perçoivent certains affects chez les jeunes, cela est un motif raisonnable pour avoir recours aux MCI par les motifs de la catégorie *antécédents immédiats perçus*. Donc, il serait pertinent qu'autant les intervenants que les questionnaires adoptent une approche réflexive de leurs pratiques. Cela permettrait d'éviter l'adoption d'une pratique

automatique en assurant des retours cliniques en équipe lorsque le jeune a vécu une situation particulière et lorsqu'il a vécu plus d'une MCI dans un même événement.

Comportements et affects observables

Dans son modèle, Etzioni (1988) soutient que les affects (p.ex. posture, intonation, exclamation, non-verbal) sont un moyen de communication plus expéditif que le système cognitif pour communiquer avec les autres. Les intervenants de notre étude semblent être influencés par les affects des jeunes lors de leur prise de décision, car dès leurs manifestations, ils peuvent avoir recours aux MCI. Nos résultats proposent, tout comme d'autres auteurs (Day et al., 2010; Huckshorn, 2004), que des comportements de non-respect d'une règle ou d'une demande suivi d'une désobéissance du jeune mènent les intervenants au recours aux MCI. De plus, d'autres études soutiennent l'influence des perceptions lors de la prise de décision des MCI et vont dans le même sens que nos résultats. Lee-Lipkins (2014) rapporte que la perception de l'agitation du jeune et la perception d'être exposé à une agression indirecte sont des facteurs associés positivement à l'utilisation de la contention chez l'intervenant. Pour leur part, Smith et Bowman (2009) rapportent dans leur étude qualitative que la perception de l'intervenant quant à la non-conformité du jeune influencera son recours aux MCI. Dans ces circonstances, les *facteurs normatifs-affectifs* mèneraient l'intervenant à prendre des raccourcis impulsifs en éliminant certaines interventions disponibles (Etzioni, 1988). C'est par exemple ce qui se produit lorsque les intervenants ont recours aux MCI à la suite d'un comportement enfreignant une règle de l'unité ou encore devant des comportements de violence verbale. Le devis utilisé pour cette étude a permis d'explorer de nouveaux comportements du spectre de la violence (p.ex. intimidation, violence verbale, menaces verbales), qui n'avaient pas encore été soulevés. En effet, les études de la littérature (Miller, Riddle, Pruitt, Zachik et DosReis, 2013; Thomann, 2009) révèlent seulement des facteurs associés à des comportements de violence physique (p.ex. agressions graves, violence envers soi-même) lors du recours aux MCI. Cette divergence de résultats pourrait être expliquée par des symptômes de stress (Geoffrion et Ouellet, 2013; Wieclaw et al., 2006) qui viendraient influencer les perceptions des intervenants quant à leur évaluation des risques (Leblanc et al., 2012) de danger. Ainsi, devant une situation stressante de confrontation avec un jeune, l'intervenant aurait recours aux MCI pour gérer la situation (Leblanc et al., 2012). En outre, dans le cas d'un nouvel intervenant, il pourrait être moins habileté quant aux alternatives d'interventions permettant de contrôler les comportements

d'agression et ainsi, être plus enclin à utiliser promptement ces mesures dans le but de contrôler la situation (Roy et al., sous presse). Une étude en CR au Québec (Geoffrion, 2015) rapporte que les intervenants vivent des comportements de violence au quotidien. Cette violence n'est pas sans impacts; les intervenants vivent de nombreuses conséquences psychologiques (trouble de stress post-traumatique, épuisement professionnel) et émotionnelles (rage, peur; Geoffrion, 2015; Lanctôt et Guay, 2014). Selon Etzioni (1988), un haut niveau de stress générera une régression vers des réponses comportementales plus simples, induira une rigidité dans les actions et influencera la tolérance à l'ambiguïté chez le preneur de décision. Dans ces circonstances, la présence de plusieurs *comportements et affects observables* combinés aux normes et affects de l'intervenant pourraient venir influencer leur capacité à distinguer les événements dangereux des événements anodins (Etzioni, 1988) et ainsi mener aux MCI. En somme, notre étude aura permis de mieux comprendre comment tout type de violence peut affecter le processus décisionnel de l'intervenant en CR au Québec.

Contraintes externes

Des auteurs (Larue et al., 2009) rapportent que le développement de bonnes pratiques de l'utilisation des MCI n'est pas seulement dû à la formation des intervenants, mais aussi à la culture du groupe et à l'environnement. Par exemple, devant la demande d'un supérieur, les intervenants pourraient avoir recours aux MCI sans délai, car ils ne se voient pas s'engager dans une discussion clinique quant aux raisons sous-jacentes aux MCI. Dans une autre situation similaire, un intervenant pourrait connaître des alternatives d'interventions, mais ils ne les utiliseraient pas pour ne pas remettre en question la demande du supérieur qui peut être un professionnel habilité à décider de l'utilisation des MCI (Gouvernement du Québec, 2013b). Notre étude révèle que cette situation est aussi présente dans les CR du Québec; un motif valable pour justifier une MCI est à la demande d'un supérieur. Aussi, tout comme d'autres auteurs (Mann-Poll et al., 2011; Thomann, 2009), nos résultats proposent que la présence d'un sous-effectif d'intervenants dans une unité et l'absence de salle d'apaisement favorise des comportements réactifs plutôt que proactifs chez les intervenants et mène au recours aux MCI. De manière automatique, un manque de ressources humaines et matérielles peut positionner les intervenants vers des interventions d'arrêt d'agir plutôt que de réadaptation. Effectivement, ils peuvent ne pas avoir le temps ou les ressources nécessaires pour accompagner le jeune dans sa crise lors de comportements d'agitation, d'opposition, d'agression, etc. D'un autre côté, ce manque pourrait

influencer leurs perceptions quant au danger immédiat et ainsi les amener à utiliser les MCI. Par exemple, la présence d'un sous-effectif d'intervenants dans une unité diminuerait les possibilités d'actions de ces derniers, comme lors d'un retour sur la situation lorsque le jeune a *vécu une mesure coercitive*. Dans ces circonstances, l'absence d'un retour pourrait mener l'intervenant à utiliser une seconde fois une MCI, car le jeune ne se serait pas apaisé. Ces retours s'avèrent nécessaires, car les jeunes en CR présentent des difficultés d'estime personnelle, un faible niveau d'autocontrôle et de résolution de problèmes (Fraser et al., 2016) ce qui accroît leurs difficultés de régulation émotionnelle (Delaney et Fogg, 2005; Toupin et al., 2004). De plus, nos résultats soulèvent que certains jeunes ont intégré que les MCI étaient des stratégies de contrôle externes pour gérer leurs émotions (Lazarus et Folkman, 1984). Eu égard à ces constats, il demeure nécessaire d'adopter une réflexion clinique portant sur l'impact qu'ont les normes d'établissement et le manque d'effectif humain et matériel sur ces mesures de dernier recours. À l'heure actuelle, aucune preuve empirique ne suggère que les pratiques coercitives aident les jeunes à acquérir des stratégies d'autorégulation ou de comportements prosociaux (Day et al., 2010). En réduisant leur utilisation de la contention, les intervenants peuvent permettre à ces jeunes de développer des stratégies d'adaptation face à l'adversité et de réduire leur besoin de contrôle externe pour s'autoréguler (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010; Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). En somme, les hypothèses pouvant expliquer le recours aux MCI par des *contraintes externes* seraient que les *facteurs normatifs-affectifs* externes teintent leurs choix d'interventions ou qu'ils mènent à une pratique automatique, tel que présenté dans le modèle d'Etzioni (1988).

Objectifs cliniques et réadaptatifs

Contrairement aux études de la littérature (Day et al., 2010; Roy et al, sous presse), les intervenants considèrent que l'utilisation des MCI aidera le jeune à s'apaiser. Aussi, lors de sa prise de décision, l'intervenant aurait recours aux MCI à titre préventif et par sécurité. Lorsqu'il y a présence d'un danger imminent, c'est conforme aux lois québécoises (Éditeur officiel du Québec, 2018a, 31 décembre ; Ministère de la justice du Canada, 2019, 14 février). Des études soulèvent, tout comme nos résultats, que les comportements d'agressions considérés comme présentant un danger pour le jeune ou pour autrui (p.ex. agressions graves, menaces, violence envers soi-même ; Miller et al., 2013; Thomann, 2009) sont associés au recours aux MCI. Plusieurs hypothèses explicatives d'un recours en l'absence

de comportements de danger immédiats sont possibles. Par exemple, eu égard aux hypothèses de l'influence des normes et des affects dans les paragraphes ci-dessus, un recours aux MCI pourrait être expliqué par la perception d'une situation non sécuritaire chez l'intervenant (Smith et Bowman, 2009), la violence vécue au quotidien (Geoffrion, 2015; Lanctôt et Guay, 2014), la perception d'un danger dans des situations où il n'y en a pas (Etzioni, 1988; Leblanc et al., 2012), l'anticipation d'une escalade de la violence (Fraser et al., 2016), ou encore par un manque de formation pour gérer les comportements (Roy et al., sous presse). C'est la nature complexe et dynamique des interactions entre le jeune et l'intervenant qui mènera ce dernier à prendre une décision selon sa lecture clinique et réadaptative. En effet, selon Etzioni (1988), seulement une minorité de décisions seraient prises sans l'influence des normes et des affects. Il serait donc utopique de croire que la solution à une réduction des MCI en CR soit d'empêcher les intervenants d'être influencés par les *facteurs normatifs-affectifs*. Pour y parvenir, il faudrait, par exemple, empêcher l'intervenant de faire un choix par lui-même en listant toutes les situations de combinaisons de comportements du jeune et en établissant un protocole à suivre pour chacune des options disponibles. Or, cela demeure impossible et contre-productif, considérant que chaque situation est unique. De plus, il est faux de croire que les normes et les affects ont un apport strictement négatif. Etzioni (1988) rapporte que les *facteurs normatifs-affectifs* permettent aussi à l'individu de se mobiliser, de s'actualiser et d'avoir des buts. Par exemple, un intervenant qui voit un autre intervenant appliquer une intervention différente de celle qu'il connaît et qui mène à une réduction des comportements d'opposition et d'agression pourrait être influencé positivement à la reproduire. En somme, les intervenants doivent être conscients des effets positifs et négatifs des *facteurs normatifs-affectifs* sur leur processus décisionnel. Afin d'y arriver, un accompagnement clinique offert aux intervenants avant, pendant et après leur recours aux MCI pourrait diminuer l'influence négative des normes et des affects et leur permettre d'atteindre un équilibre. Par le biais de formations, de supervision et de soutien (Ledoux, 2012; McLean, 2015; Miller et al., 2006) nous pourrions réduire le recours aux MCI et ainsi répondre aux besoins des intervenants afin qu'ils puissent répondre adéquatement à ceux des jeunes.

En somme, une hypothèse pouvant expliquer le recours aux MCI par des *objectifs cliniques et réadaptatifs* serait que le processus décisionnel menant aux MCI est complexe et dynamique (Roy et al., sous presse). Le jugement clinique de l'intervenant serait influencé par des éléments subjectifs

plutôt qu'une analyse objective de la situation, tel que proposé par Etzioni (1988) et porterait sur une multitude de facteurs reliés à l'individu et à l'environnement (Roy et al., sous presse).

Les dynamiques lors du processus de jugement clinique des intervenants

Motifs de plusieurs catégories

Plusieurs rapports présentent une accumulation de motifs tirées de plusieurs catégories⁷. Dans une majorité de cas, les motifs de la catégorie *antécédents immédiats perçus* se présenteront avant les *comportements et affects observables* et par la suite suivront les motifs reliés aux *contraintes externes* et les *objectifs cliniques et réadaptatifs*. Nos analyses proposent, par exemple, que la présence de *situations particulières* ou de *mesures coercitives* peuvent conduire les jeunes à adopter des *affects perçus* (p.ex. expressions faciales, émotions négatives, postures corporelles, exclamations) qui conduiront à des *comportements jugés perturbateurs* et à des *comportements d'agressions* (p.ex. non-respect des règles, refus de collaborer, agressivité verbale, agressivité physique envers les objets, menaces). Dans ces circonstances, les résultats proposent que les intervenants attribuent un niveau de risque plus élevé d'apparition d'une éventuelle crise chez le jeune lorsque les motifs *antécédents immédiats perçus* et *comportements et affects observables* se présentent, car ils ont recours aux MCI dès leur présence. En termes d'hypothèse, il est possible de croire que l'accumulation de motifs de plusieurs catégories combinée aux *facteurs normatifs-affectifs* (p.ex. stress vécu, caractéristiques personnelles, interprétation de la situation, valeurs) des intervenants influencera leur processus décisionnel lors du recours aux MCI.

Motifs d'une même catégorie

Nos résultats proposent la présence d'une gradation de la dangerosité des comportements adoptés par le jeune, passant de l'opposition jusqu'à de l'agressivité physique. Devant la présence d'*affects perçus*, de *comportements jugés perturbateurs* et de *comportements d'agression*, les intervenants peuvent avoir recours à des interventions (rappel de la règle, interventions physiques; Fraser et al.,

⁷ Les deux extraits complets dans la partie résultats témoignent de la présence de plusieurs motifs dans un même rapport.

2016) qui augmentent les comportements d'opposition et d'agression du jeune. Cela expliquerait l'observation dans les rapports d'une sévérité croissante de comportements chez le jeune, en interaction avec l'intervenant. Les jeunes en CR sont prédisposés à adopter des comportements impulsifs, agressifs, délinquants et à présenter des problèmes de santé mentale (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, 2016; Fraser et al., 2016; LeBlanc et al., 2003). Les intervenants doivent donc être habilités à intervenir dans ces contextes et questionner leurs pratiques afin d'éviter que leurs interventions contribuent à l'escalade de la violence.

La présence d'un seul motif

Nos analyses soulèvent la présence de rapports qui n'offrent pas toujours un portrait exhaustif de la situation menant aux MCI. En effet, les analyses proposent que certains intervenants aient recours à ces mesures dès l'apparition d'un seul motif. Cela pourrait être expliqué par une difficulté chez les intervenants à rapporter l'information dans leurs rapports officiels. En effet, un rapport publié au Québec portant sur l'utilisation des MCI (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2017) vient appuyer ce constat. Ce rapport soutient que les standards de rédaction varient et que la comptabilisation des MCI ne se fait pas de la même manière d'un intervenant à l'autre (p.ex. certains comptabilisent les interventions de type *caring*⁸ comme une contention et d'autres non). Nonobstant ces faits, l'article 118.1 de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2018b, 31 décembre) exige que (a) chaque CR compile et rédige ses rapports de MCI selon des normes prescrites et (b) que les MCI soient utilisées qu'en dernier recours, lorsqu'il y a présence de danger pour le jeune ou pour autrui. Or, ces normes ne semblent pas être systématiquement suivies, car nos analyses proposent que seuls ou accumulés, les motifs justifiant le recours aux MCI chez les intervenants en CR ne s'accordent pas toujours en vertu des lois. Comme discuté antérieurement, les *facteurs normatifs-affectifs* (Etzioni, 1988) auraient une grande influence dans la prise de décision de l'intervenant, et ce, au-delà des lois en vigueur. Dans cette optique, d'aborder cliniquement la rédaction des rapports officiels et l'impact des *facteurs normatifs-affectifs* sur l'application des MCI permettrait l'amélioration des pratiques.

⁸ Le *caring (holding)* est utilisée par les intervenants auprès de la population à l'enfance (six à onze ans) lorsque ces derniers prennent les enfants dans leurs bras afin de les aider à se calmer.

Limites du projet de recherche et perspectives d'avenir

En ce qui concerne l'échantillon, seule la perception des intervenants a été prise en compte pour la création de la grille de codification des motifs. De ce fait, il est possible qu'il y ait certains biais quant à ce que l'intervenant voulait réellement dire lorsqu'il remplissait les rapports de MCI. Comme rapporté dans les résultats et dans la discussion, les rapports de MCI ne sont pas toujours complets, ce qui engage à une interprétation des résultats qui doit être nuancée. La justification varie en précision d'un rapport à l'autre, ce qui amène parfois un manque d'information. Effectivement, il semble que chaque intervenant ait sa propre manière de remplir ces documents officiels. De plus, la possibilité d'une rédaction rétrospective nous questionne quant à la justesse des informations, car le moment d'écriture peut varier. En ce sens, l'écriture des rapports peut être influencée par la désirabilité sociale (ne pas écrire les interventions non indiquées utilisées dans la situation) et par le biais de rappel. De plus, étant donné que les rapports étaient dénominalisés, il nous était impossible de documenter si c'était un éducateur ou encore un agent d'intervention qui remplissaient les rapports.

En ce qui concerne la méthodologie, nous n'avons pas analysé les situations à risque qui n'ont pas mené à l'utilisation de MCI. L'étude de ces situations exemptes de MCI permettrait d'observer, entre autres, les motifs ayant contribué à la diminution et à l'arrêt complet des comportements d'opposition et d'agression. De plus, cette recherche n'a pas analysé les rapports selon les critères de la loi 118.1 de la LSSSS (Éditeur officiel du Québec, 2018b, 31 décembre). Ainsi, il nous est impossible de rapporter que ces rapports documentent tous les éléments mentionnés dans cette loi. De futures études pourraient analyser les rapports selon ces standards requis. Enfin, lors de la validation des résultats, la grille a été présentée aux chefs de service, considérés ici comme les experts, et non aux participants au sens strict (intervenants).

Eu égard aux connaissances antérieures, cette étude de type exploratoire apporte un éclairage nouveau à une problématique peu étudiée. Considérant que nous en sommes à une amorce de compréhension quant à ce phénomène, nous soulevons plusieurs recommandations. Afin de pallier les limites, les résultats de ce projet pourraient être complétés par des études ethnographiques, de l'observation participative et des entrevues, ce qui permettrait de donner une position plus analytique. À titre d'exemple, l'observation participative permettrait de mettre en lumière la séquence de temps, de contexte et de comprendre la signification et la fonction des comportements entre les deux individus

lors du recours aux MCI. De plus, des entrevues auprès des intervenants permettraient d'aller valider les motifs ainsi que nos hypothèses quant à l'influence des *facteurs normatifs-affectifs* dans leur processus décisionnel. Des entrevues auprès des jeunes permettraient d'aller chercher leurs perceptions et de les mettre en parallèle avec celles des intervenants. En outre, des entrevues auprès des gestionnaires d'établissement seraient pertinentes afin de les interroger sur leur compréhension du phénomène eu égard aux résultats de cette étude.

En outre, de prochaines études pourraient approfondir chaque motif afin d'en faire ressortir les particularités. Il serait intéressant de tester les liens entre les motifs et les caractéristiques des jeunes (p.ex. genre, âge, diagnostic), des intervenants (p.ex. niveau d'expérience, âge, genre) et les différents mandats des unités (p.ex. encadrement intensif, garde fermée, milieu ouvert, santé mentale). De plus, il serait pertinent d'étudier les liens entre le recours aux MCI et le preneur de décision (p.ex. éducateur, agent d'intervention). Nous pourrions ainsi évaluer s'il y a des différences quant au recours selon les mandats respectifs des intervenants ce qui pourrait aider à leur formation. Enfin, il serait intéressant d'étudier la fréquence des mesures utilisées. Par exemple, en étudiant les motifs associés à un jeune qui vit beaucoup de MCI, nous pourrions mieux comprendre l'escalade de la violence et cela permettrait aux intervenants d'identifier différentes stratégies d'interventions.

Contributions théoriques et méthodologiques

Telles que présentées dans le contexte théorique au chapitre 1, les études de la littérature rapportent des motifs liés davantage aux caractéristiques des individus et aux caractéristiques de l'environnement (p.ex. moments de la journée, durée du placement, ethnie, diagnostics, niveau d'éducation des intervenants) plutôt que des motifs tirés de situations précises d'interactions entre le jeune et l'intervenant. Dans le cadre de cette étude, le devis de recherche et les méthodes de saisie de données ont permis l'émergence de motifs situationnels qui n'auraient pu être explorés à l'aide d'instruments de psychométrie conventionnels. Ainsi, les résultats permettent d'améliorer les connaissances portant sur les motifs justifiant le recours aux MCI de la littérature scientifique.

Ensuite, cette recherche a permis l'élaboration d'une grille de codification qui peut être utilisée dans un contexte semblable. Plus précisément, une certaine transférabilité (Lincoln et Guba, 1985) des résultats à l'étude est possible, car la période d'observation de 14 mois rassemblait un total de 21 unités

de tous genre, âges et mandats confondus tirés de deux CR au Québec. En outre, le taux final de concordance de 85.29 % considéré comme satisfaisant dans les écrits de Miles et Huberman (2003) et la présentation des résultats auprès des chefs de service a permis de démontrer la validité écologique de la grille de codification. À titre indicatif, notre milieu partenaire, le CISSSME, implantera cette grille auprès de leurs intervenants.

Pour poursuivre, des auteurs (Roy et al., sous presse) ont récemment produit une revue systématique (RS) des facteurs et des interventions influençant le recours aux MCI dans les CR pour jeunes. Leur RS comprend 29 études publiées entre 2002 et 2017 qui traitent de facteurs liés à l'utilisation des MCI chez les jeunes de moins de 21 ans. Leurs résultats proposent un modèle qui regroupe 63 facteurs liés aux caractéristiques des jeunes, du personnel, de l'environnement et des programmes de réduction des MCI mis en place dans les CR. Au terme de leur étude, ces auteurs recommandent de procéder à des études qualitatives afin d'explorer les perceptions des intervenants quant au recours aux MCI. Notre étude a permis de répondre à cette recommandation en étudiant les motifs justificatifs du recours aux MCI. De plus, nos résultats proposent des motifs qui n'ont pas été soulevés dans leur RS, soit des motifs tirés de situations entre l'intervenant et le jeune. Tout comme ces auteurs, nous recommandons qu'il y ait d'autres études empiriques portant sur les formations offertes aux intervenants lors du recours aux MCI. Aussi, il serait pertinent d'aller évaluer la présence de symptômes de stress chez ces derniers afin d'explorer davantage l'influence des normes et des affects lors du recours au MCI. Eu égard à leur modèle et à nos résultats, le jugement clinique des intervenants est complexe et dynamique ; une multitude de motifs liés aux caractéristiques des jeunes, des intervenants, de l'environnement et aux interactions entre le jeune et l'intervenant dans des situations précises doivent être considérés lors du recours aux MCI.

Conclusion

En définitive, la présente étude a permis de soulever que neuf motifs, qui sont classés dans quatre catégories, justifient selon la perception des intervenants le recours aux MCI en CR pour jeunes au Québec. Tout comme d'autres auteurs, les résultats proposent que lorsqu'il y a présence d'un *manque d'effectif*, lorsque le jeune a *vécu une mesure coercitive*, qu'il adopte des *comportements d'agressions* ou encore des *comportements jugés perturbateurs*, les intervenants peuvent avoir recours aux MCI. De plus, nos résultats témoignent de l'émergence de nouveaux motifs qui ne semblent pas avoir été explorés antérieurement, soit lorsque le jeune a *vécu une situation particulière*, qu'il présente des *affects perçus*, *par objectif de prévention* et lors de *mesures demandées par un supérieur ou le jeune*. En outre, les intervenants ont aussi recours aux MCI *par objectif de sécurité*, tel que décrit dans les lois. Enfin, contrairement aux études de la littérature, les intervenants en CR pour jeunes de notre étude considèrent que l'utilisation des MCI aidera le jeune à s'apaiser (*par objectif d'apaisement*) et que certains comportements d'agression présentant un risque moins élevé de danger envers le jeune ou autrui (violence verbale, menaces verbales, intimidation) sont des motifs justificatifs du recours à ces mesures exceptionnelles.

Les analyses des résultats permettent de soulever certaines particularités des rapports de MCI. D'une part, certains des rapports analysés étaient très détaillés et présentaient plusieurs motifs d'une ou de plusieurs catégories pour justifier l'utilisation des MCI. D'autre part, certains des rapports analysés étaient très brefs et ne présentaient parfois qu'un seul motif. Qui plus est, l'étudiante-chercheuse s'interroge quant à la pertinence d'ajouter des ressources humaines et matérielles qui pourraient permettre de prévenir certains actes de violence chez les jeunes.

Ces analyses ont permis d'identifier que les motifs inscrits dans les rapports ne présentent pas systématiquement une notion de danger immédiat pour le jeune ou pour autrui. Afin d'expliquer ce constat, l'hypothèse soulevée est que des *facteurs normatifs-affectifs* influencent le jugement clinique des intervenants, tout comme le démontrent d'autres auteurs dans leurs études (Etzioni, 1988; Larue et al., 2009; LeBlanc et al., 2012; Mann-Poll et al., 2011). Selon cette prémisse, il est possible de croire que des *facteurs normatifs-affectifs* mènent les intervenants à un recours plus prompt des MCI, ce qui expliquerait qu'ils n'agissent pas toujours en vertu des lois en vigueur. Dans cette optique, il apparaît pertinent d'aller explorer les caractéristiques personnelles des intervenants, leur état de santé

psychologique, leurs affects, leurs perceptions quant à l'environnement de travail et les normes du milieu lors du recours aux MCI.

Enfin, l'interprétation des résultats doit être faite avec nuances considérant les limites recensées. Parmi celles-ci, il nous est impossible de transposer ces résultats ailleurs qu'au Québec, car la nature des CR et leur culture institutionnelle y sont propres. Cette étude est l'une des premières à explorer le processus décisionnel des intervenants lors du recours aux MCI et ce, par l'analyse des rapports de MCI. Les implications cliniques, théoriques et méthodologiques sont nombreuses. Dans une perspective de transfert des connaissances, l'identification de ces motifs permet d'une part de sensibiliser les institutions quant aux mesures coercitives et d'autre part à faire émerger une réflexion clinique chez les intervenants quant à leurs pratiques. Afin de développer une pratique basée sur des données empiriques plutôt que basée sur une subjectivité d'action, des études multifactorielles et d'autres études en milieu cliniques demeurent nécessaire afin de cibler l'éventail des causes reliées à l'utilisation des MCI en CR.

Abréviations

CR : Centre de réadaptation

MCI : Mesures de contention et d'isolement

L.S.J.P.A. : Loi sur le système de justice pénale pour adolescent

L.P.J. : Loi de la protection de la jeunesse

Remerciements

L'auteur principal de l'article remercie tous les participants et les partenaires à l'étude.

Déclaration des conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Contribution des auteurs

G.S. et D.A. ont contribué à la conception de l'étude. G.S. a dirigé toutes les étapes de l'étude et a accompagné D.C, l'auteur principal, à rédiger, analyser et interpréter les données. C.A. a contribué aux analyses et à l'interprétation de données. R.C. et P-M.L. ont contribué aux analyses et à l'accord inter juge. Tous les auteurs ont été impliqués dans la révision de l'article, ils ont relu et approuvé l'article.

Financement

Une bourse octroyée à la première auteure provient de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CCSMTL. Des subventions octroyées au dernier auteur proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines (430-2016-00170) et du Fond de recherche Société et culture (2018- NP-205308).

Bibliographie

- American Association of Children's Residential Centers. (2009). Redefining the role of residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(4), 226-229. <https://doi.org/10.1080/08865710903256221>
- Anglin, J. P. (2004). Creating "well-functioning" residential care and defining its place in a system of care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175-192. <https://doi.org/10.1023/B:CCAR.0000029689.70611.0f>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Stephane_Martineau/publication/242085520_L'analyse_inductive_generale_Description_d'une_demarche_visant_a_donner_un_sens_a_des_donnees_brutes/links/5613e5c608aed47facedece1.pdf
- Boyer, R., Guay, S. et Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients: résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*. (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec: Institut universitaire en santé mentale.
- Butler, L. S. et McPherson, P. M. (2007). Is residential treatment misunderstood? *Journal of Child and Family Studies*, 16, 465-472. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9101-6>
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). *Processus d'intervention clinique au CJM: Avec le jeune et sa famille*. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Processus_intervention_clinique_CJ_Mont%C3%A9rie_2010.pdf

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal. (2016). *Rapport sur l'application des règles relatives aux mesures particulières 2014-2015*. Montréal, Québec.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2017, Mai). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. Repéré à http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/Etude_isolement_contention.pdf
- Crosland, K. A., Cigales, M., Dunlap, G., Neff, B., Clark, H. B., Giddings, T. et Blanco, A. (2008). Using staff training to decrease the use of restrictive procedures at two facilities for foster care children. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 401-409. <https://doi.org/10.1177/1049731507314006>
- Davidson, J., McCullough, D., Steckley, L. et Warren, T. (2005). *Holding safely: a guide for residential child care practitioners and managers about physically restraining children and young people*. Repéré à <https://strathprints.strath.ac.uk/7903/7/strathprints007903.pdf>
- Day, A., Daffern, M. et Simmons, P. (2010). Use of restraint in residential care settings for children and young people. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 230-244. <https://doi.org/10.1080/13218710903433964>
- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278. <https://doi.org/10.1037//0002-9432.72.2.266>
- Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00043.x>

- Delaney, K. R. et Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services*, 56(2), 186-192. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.186>
- Éditeur officiel du Québec. (2018a, 31 décembre). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Éditeur officiel du Québec. (2018b, 31 décembre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Etzioni, A. (1988). Normative-affective factors: Toward a new decision-making model. *Journal of Economic Psychology*, 9(2), 125–150. https://doi.org/10.1007/978-3-662-03900-7_5
- Fraser, S. L., Archambault, I. et Parent, V. (2016). Staff intervention and youth behaviors in a child welfare residence. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1188-1199. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0312-6>
- Fryer, M. A., Beech, M. et Byrne, G. J. A. (2004). Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 26-33. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1614.2004.01294.x>
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. (Éditions sciences et culture). Montréal: Béliveau.
- Geoffrion, S. (2015). *Aggression and accountability: how caregivers and law enforcers cope* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12327>
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263. <https://doi.org/10.7202/1020996ar>

- Gouvernement du Québec. (2013b). *Guide explicatif: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Gouvernement du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle: contention, isolement et substance chimiques*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Grimes, R. D. (2012). *Predicting involvement in coercive interventions from individual and contextual risk factors and treatment context* (Thèse de doctorat, University of Alabama). Repéré à <https://ir.ua.edu/handle/123456789/1352?show=full>
- Huckshorn, K. A. (2004). Seclusion & restraint: Where have we been? Where are we now? Where are we going? *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 6–7. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040301-07>
- Johnson, M. E. et Delaney, K. R. (2006). Keeping the unit safe: A grounded theory study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(1), 13-21. <https://doi.org/10.1177/1078390306286440>
- Kennedy, S. S. et Mohr, W. K. (2001). A prolegomenon on restraint of children: Implicating constitutional rights. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 26-37. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.26>
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. et Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- LeBlanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C. et Trudeau Le Blanc, P. (2003). *Intervenir autrement; Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A. et Bogo, M. (2012). Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 404-412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.003>
- Ledoux, M. (2012). *Physical Restraints in Residential Facilities: Staff Members' Perspectives* (Thèse de doctorat inédit). Antioch University, New Hampshire. Repéré à http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=antioch1363343108
- Lee-Lipkins, H. A. (2014). *The influence of selected aggression, demographic, gender role and temperament factors on the level of physical restraint among staff in residential treatment centers for youth* (Thèse de doctorat, Texas Southern University). Repéré à <https://search.proquest.com/docview/1617957013/previewPDF/76125055566F4CB3PQ/1?accountid=12543>
- Lincoln, Y. et Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., de Vries, W. J., Boumans, C. E. et Hutschemaekers, G. J. M. (2011). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*,

62(5),

498-503.

Repéré

à

https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.5.pss6205_0498

McLean, S. (2015). Managing behaviour in child residential group care: unique tensions. *Child & Family social work, 20*(3), 344-353. <https://doi.org/10.1111/cfs.12083>

Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck Supérieur.

Miller, J. A., Hunt, D. P. et Georges, M. A. (2006). Reduction of physical restraints in residential treatment facilities. *Journal of Disability Policy Studies, 16*(4), 202–208. <https://doi.org/10.1177/10442073060160040101>

Miller, L., Riddle, M. A., Pruitt, D., Zachik, A. et DosReis, S. (2013). Antipsychotic treatment patterns and aggressive behavior among adolescents in residential facilities. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 40*(1), 97-110. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9314-y>

Ministère de la justice du Canada. (2019, 14 février). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Y-1.5/page-1.html>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326464>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris: Armand colin.

Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D. et Mailloux, C. (2012). *L'accompagnement psychoéducatif : vécu partagé et partage du vécu*. Longueuil, Québec: Béliveau éditeur.

Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal: Sciences et Culture.

- Robitaille, M.-J. (2009). La formation Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention*, 32(1), 30-31.
- Roy, C., Fortin, M., Castonguay, A., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A, ... Geoffrion, S. (sous presse). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma, Violence & Abuse*.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic books.
- Smith, M. L. et Bowman, K. M. (2009). The restraint spiral: Emergent themes in the perceptions of the physical restraint of juveniles. *Child Welfare*, 88(3), 57-83. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=26h&AN=44323680&lang=fr&site=ehost-live>
- Steckley, L. et Kendrick, A. (2008). Physical Restraint in Residential Childcare: The Experiences of Young People and Residential Workers. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 15(4), 552-569. <https://doi.org/10.1177/0907568208097207>
- Thomann, J. (2009). *Factors in restraint reduction in residential treatment facilities for adolescents* (Thèse de doctorat, Massachusetts School of Professional Psychology). Repéré à <https://search.proquest.com/docview/305131509?pq-origsite=gscholar>
- Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J. Y., Cloutier, R. et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents Québécois des Centres jeunesse: une étude cas-témoin. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/242387387_La_sante_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebecois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-temoin

Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tüchsen, F. et Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(9), 771-775. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.042986>

Chapitre 3 : Discussion générale

Le but de cette étude était d'explorer les motifs justifiant le recours aux MCI en CR pour jeunes au Québec selon la perception des intervenants. Afin d'y répondre, l'objectif était d'identifier les motifs justifiant ce recours. La partie résultat de l'article scientifique et le tableau I présentent les neuf motifs découverts qui sont partagés en quatre catégories. De plus, la discussion de l'article présente (a) une exploration des motifs en lien avec l'hypothèse de l'influence des normes et des affects lors du processus de jugement clinique des intervenants, tel que proposé par Etzioni (1988) et (b) les dynamiques entre les motifs dans les rapports officiels. Dans ce chapitre, la discussion de l'article scientifique est complétée par les contributions à la psychoéducation et aux milieux de pratiques, suivies de la conclusion.

Contributions à la psychoéducation et aux milieux de pratique

La décision quant à l'utilisation des MCI est un acte réservé à certains professionnels, dont les psychoéducateurs. Le projet de loi 21 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines émet la précision que dans un contexte d'intervention planifiée, le psychoéducateur peut décider de l'utilisation des MCI. Cependant, leur acte s'applique uniquement dans le cadre de la LSSSS et de la Loi sur les services sociaux pour les autochtones cris (Gouvernement du Québec, 2013b). Ainsi, ces professionnels « doivent porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont ils disposent et communiquer les conclusions de ce jugement » (Gouvernement du Québec, 2013b, p.28). Dans une perspective de transfert des connaissances, les résultats de ce mémoire permettent d'offrir un modèle théorique et méthodologique des motifs influençant le recours aux MCI qui pourront être utiles à la formation universitaire en psychoéducation au Québec.

D'abord, lorsque les résultats de ce mémoire sont analysés selon le modèle psychoéducatif, il est possible d'y relever que les quatre catégories de motifs s'apparentent à l'évaluation fonctionnelle utilisée lors de l'évaluation psychoéducative. En effet, l'évaluation fonctionnelle (Breen et Fiedler, 2003) permet de relever la séquence comportementale qui inclut les antécédents, les comportements et les conséquences (ACC). Les *antécédents immédiats perçus* soulevés dans cette étude renvoient aux événements et aux stimuli qui précèdent la réaction comportementale du jeune et ils sont directement liés aux caractéristiques du jeune et de l'environnement (Langevin et Guéladé, 2010). Les

comportements et affects observables réfèrent aux comportements ciblés du jeune ayant mené au recours aux MCI et les *contraintes externes* ainsi que les *objectifs cliniques et réadaptatifs* réfèrent aux événements et stimuli qui surviennent après la réaction comportementale du jeune. Tout comme l'évaluation fonctionnelle (Breen et Fiedler, 2003), la grille de codification développée dans cette étude permet de déterminer ce qui influence le comportement du jeune.

Ensuite, la grille de codification permet aux futurs intervenants et psychoéducateurs de développer leurs compétences quant à l'observation des éléments contextuels et déclencheurs (Tessier, 1968) qui mènent à l'adoption de comportements d'opposition et d'agression. Effectivement, la catégorie *comportements et affects observables* permet de soulever que l'intervenant procède à une première analyse cognitivo-comportementale. Ainsi, les *affects perçus* pourront déclencher et/ou maintenir certains *comportements jugés perturbateurs* et les *comportements d'agression*. Cependant, nos analyses ne nous renseignent pas sur la capacité des intervenants à intervenir concrètement lors de l'apparition de ces affects chez les jeunes. Est-ce que des méthodes alternatives sont offertes lors des comportements observables afin d'assurer un retour au calme et éviter que le jeune subisse une MCI? Est-ce que les intervenants sont formés quant à l'observation et le synchronisme du non verbal ? Des études à ce sujet seraient pertinentes.

Pour poursuivre, les rapports de MCI, qui sont des faits d'observation, constituent une mine d'information qui permet d'outiller les intervenants et les psychoéducateurs dans leur démarche d'évaluation des comportements adaptatifs chez les jeunes. Comme indiquée ci-haut, cette grille permet de cibler les moments critiques précipitant certains comportements d'opposition ou d'agression chez le jeune. Ainsi, cela permet à l'intervenant d'agir en amont, par exemple en travaillant la régulation émotionnelle et permet ainsi de prévenir les crises. Afin de maximiser l'apport clinique de ces rapports officiels, il demeure important qu'ils soient bien remplis. De plus, il va sans dire qu'un manque de précision dans ces documents peut constituer un enjeu majeur lors d'une demande d'accès à l'information ou encore lorsqu'ils font l'objet d'une vérification par l'établissement.

Par la suite, cette grille peut être utilisée dans le cadre d'une approche réflexive des pratiques. En effet, les intervenants peuvent effectuer une évaluation systématique des motifs en utilisant la grille proposée, et ce, afin de prendre conscience de ce qui influence leur recours aux MCI. Par exemple, elle peut permettre aux intervenants de prendre du recul afin de questionner les dynamiques qui s'installent

entre eux et les jeunes lors de comportements d'opposition et d'agression. De plus, cela peut les amener à se questionner sur les normes et les affects qu'ils vivent et qui influencent leur offre de réadaptation. Deux études récentes qui se sont déroulées en CR au Québec proposent des constats alarmants à ce sujet. La première, menée en 2013 auprès de 586 éducateurs, rapporte qu'un éducateur sur trois quittera son emploi à cause de la violence vécue et ce même éducateur pourra vivre en moyenne jusqu'à 6 agressions psychologiques (comportements de menaces, d'intimidation verbale, d'insultes, de dénigrement) par semaine de la part des jeunes hébergés (Geoffrion et Ouellet, 2013). La seconde étude, menée au Centre jeunesse de la Montérégie en 2015, soulève qu'un éducateur sur cinq serait au travail malgré la présence de symptômes d'épuisement professionnel et de troubles de stress post-traumatique (Geoffrion, 2015). Compte tenu de ce climat de violence au quotidien chez les intervenants, il est nécessaire d'assurer un accompagnement clinique et psychologique dans le cadre de l'utilisation des MCI.

Enfin, d'aborder les motifs découverts dans cette étude dans le cadre d'une approche réflexive peut soulever des hypothèses de travail qui permettront de mettre en place des changements de pratiques dans l'intérêt des jeunes et des intervenants. Par exemple, la grille peut offrir la possibilité d'une discussion clinique quant à l'influence des *contraintes externes* sur le travail des intervenants. À titre indicatif, notre milieu partenaire (CISSSME) nous a rapporté une diminution de l'utilisation des MCI à la suite d'un déplacement d'une unité dans une maison dans la communauté qui n'a pas facilement accès aux salles d'isolement et aux agents d'intervention. Quelles sont alors les interventions développées par ces intervenants afin de gérer les comportements d'opposition et d'agression? Dans un contexte de discussions cliniques, nous pourrions découvrir que ces intervenants sont influencés par des *facteurs normatifs-affectifs* qui pourraient se manifester par une surcharge de travail, un manque de temps et une pression à prendre de bonnes décisions, tels qu'identifiés par des auteurs comme influençant les décisions cliniques (Truter, Fouché et Theron, 2017). Des études dans ces milieux seraient pertinentes afin de mieux documenter cette réalité.

Conclusion

Plusieurs auteurs en milieux psychiatriques et en CR recommandaient d'une part, d'aller explorer les facteurs précipitant les MCI, tirés de l'interaction entre le jeune et l'intervenant (Day et al., 2010; Day, 2002; Grimes, 2012; Ledoux, 2012; McLean, 2015; Roy et al., sous presse) et d'autre part, de documenter le processus de réflexion lors du recours aux MCI (Ledoux, 2012). Or, notre analyse thématique en continue et séquenciée des 628 rapports de MCI a permis d'extraire neuf motifs situationnels justifiant le recours aux MCI chez les intervenants qui sont présentés sous quatre catégories. Les résultats soulèvent que le recours aux MCI ne s'effectue pas toujours en présence d'un danger imminent pour l'intégrité ou la sécurité du jeune ou d'autrui. Les analyses témoignent de la dynamique complexe lors du recours aux MCI et soulèvent l'hypothèse de l'influence des normes et des affects des intervenants, des normes du milieu et des normes de rédaction.

En plus de répondre à l'objectif de l'étude, l'étudiante-chercheuse a développé une grille de codification qui peut être utilisée auprès des futurs intervenants et dans les milieux cliniques. Cette grille permet d'enclencher une démarche réflexive des pratiques qui peut être bénéfique autant pour les intervenants que pour les jeunes hébergés. Afin que les MCI soient utilisées dans le cadre des règles et des politiques en vigueur, il demeure primordial de réfléchir au développement d'une pratique basée sur les besoins de la clientèle, sur la base de la sécurité et l'intégrité physique, plutôt que sur les normes sociales du milieu.

Références

- American Association of Children's Residential Centers. (2009). Redefining the role of residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(4), 226-229. <https://doi.org/10.1080/08865710903256221>
- Anglin, J. P. (2004). Creating "well-functioning" residential care and defining its place in a system of care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175-192. <https://doi.org/10.1023/B:CCAR.0000029689.70611.0f>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Stephane_Martineau/publication/242085520_L'analyse_inductive_generale_Description_d'une_demarche_visant_a_donner_un_sens_a_des_donnees_brutes/links/5613e5c608aed47facede1.pdf
- Boyer, R., Guay, S. et Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients: résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*. (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec: Institut universitaire en santé mentale.
- Breen, M. J. et Fiedler, C. R. (2003). *Behavioral approach to assessment of youth with emotional/behavioral disorders: A handbook for school-based practitioners*. (2e éd.). Austin, Texas: Pro-Ed, Inc.
- Butler, L. S. et McPherson, P. M. (2007). Is residential treatment misunderstood? *Journal of Child and Family Studies*, 16, 465-472. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9101-6>

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal. (2016). *Rapport sur l'application des règles relatives aux mesures particulières 2014-2015*. Montréal, Québec.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). *Processus d'intervention clinique au CJM: Avec le jeune et sa famille*. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Processus_intervention_clinique_CJ_Mont%C3%A9gie_2010.pdf
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2017, Mai). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. Repéré à http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/Etude_isolement_contention.pdf
- Crosland, K. A., Cigales, M., Dunlap, G., Neff, B., Clark, H. B., Giddings, T. et Blanco, A. (2008). Using staff training to decrease the use of restrictive procedures at two facilities for foster care children. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 401-409. <https://doi.org/10.1177/1049731507314006>
- Davidson, J., McCullough, D., Steckley, L. et Warren, T. (2005). *Holding safely: a guide for residential child care practitioners and managers about physically restraining children and young people*. Repéré à <https://strathprints.strath.ac.uk/7903/7/strathprints007903.pdf>
- Day, A., Daffern, M. et Simmons, P. (2010). Use of restraint in residential care settings for children and young people. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 230-244. <https://doi.org/10.1080/13218710903433964>

- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278. <https://doi.org/10.1037//0002-9432.72.2.266>
- Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00043.x>
- Delaney, K. R. et Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services*, 56(2), 186-192. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.186>
- Deveau, R. et Leitch, S. (2015). The impact of restraint reduction meetings on the use of restrictive physical interventions in English residential services for children and young people. *Child: Care, Health & Development*, 41(4), 587-592. <https://doi.org/10.1111/cch.12193>
- DosReis, S., McCulloch, J. R., Colantuoni, E., Barnett, S. R., Pruitt, D., Zachik, A. et Riddle, M. A. (2010). Early Identification of Seclusion and Restraint Patterns During Adolescents' Course of Residential Treatment. *Residential Treatment For Children & Youth*, 27(3), 160-174. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2010.500145>
- Éditeur officiel du Québec. (2018a, 31 décembre). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Éditeur officiel du Québec. (2018b, 31 décembre). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Etzioni, A. (1988). Normative-affective factors: Toward a new decision-making model. *Journal of Economic Psychology*, 9(2), 125–150. https://doi.org/10.1007/978-3-662-03900-7_5

- Farragher, B. (2002). A system-wide approach to reducing incidents of therapeutic restraint. *Residential Treatment For Children & Youth*, 20(1), 1-14.
https://doi.org/10.1300/J007v20n01_01
- Fraser, S. L., Archambault, I. et Parent, V. (2016). Staff intervention and youth behaviors in a child welfare residence. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1188-1199.
<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0312-6>
- Fryer, M. A., Beech, M. et Byrne, G. J. A. (2004). Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 26-33.
 Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1614.2004.01294.x>
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative. Solution ou défi?* Paris: Fleurus.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. (Éditions sciences et culture). Montréal: Béliveau.
- Geoffrion, S. (2015). *Aggression and accountability: how caregivers and law enforcers cope* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12327>
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263. <https://doi.org/10.7202/1020996ar>
- Glasser, B. C. et Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gouvernement du Québec. (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1995606>

- Gouvernement du Québec (2013a). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2013b). *Guide explicatif: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_d_ecembre_2013.pdf
- Gouvernement du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle: contention, isolement et substance chimiques*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Les mauvais traitements psychologiques, un mal silencieux : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux 2016*. Repéré à http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Bilan_DPJ/INESSS_Bilan_DPJ_Mauvais_traitements_psycho_2016.pdf?sword_list%5B0%5D=bilan&sword_list%5B1%5D=des&sword_list%5B2%5D=DPJ&no_cache=1 cjm-iu.qc.ca.
- Grimes, R. D. (2012). *Predicting involvement in coercive interventions from individual and contextual risk factors and treatment context* (Thèse de doctorat, University of Alabama). Repéré à <https://ir.ua.edu/handle/123456789/1352?show=full>
- Guindon, J. (1970). *Les étapes de la rééducation des jeunes délinquants et des autres*. Paris: Fleurus.
- Helin, K. M. (2007). *Staff members' intentions to physically restrain adolescent residential clients* (Thèse de doctorat). Antioch University, New England.

- Hood, D. A. (2011). *Utilization of seclusion and restraint among adolescents in residential treatment centers* (Thèse de doctorat, Regent University, Virginia). Repéré à <https://search.proquest.com/docview/860083574?accountid=12543>
- Huckshorn, K. A. (2004). Seclusion & restraint: Where have we been? Where are we now? Where are we going? *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 6–7. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040301-07>
- Jani, S., Knight, S. et Jani, S. (2011). The implementation of milieu therapy training to reduce the frequency of restraints in residential treatment centers. *Adolescent Psychiatry*, 1(3), 251-254. Repéré à <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/aps/2011/00000001/00000003/art00011>
- Johnson, M. E. et Delaney, K. R. (2006). Keeping the unit safe: A grounded theory study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(1), 13-21. <https://doi.org/10.1177/1078390306286440>
- Kennedy, S. S. et Mohr, W. K. (2001). A prolegomenon on restraint of children: Implicating constitutional rights. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 26-37. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.26>
- Krezmien, M. P., Travers, J., Valdivia, M., Mulcahy, C., Zablocki, M., Ugurlu, H. E. et Nunes, L. (2015). Disparate disciplinary confinement of diverse students in juvenile corrections. *Advances in Learning and Behavior Disorders*, 28, 273-290. Repéré à <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/S0735-004X20150000028011>
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>

- Langevin, R. et Guéladé, F. (2010). L'évaluation fonctionnelle du comportement (ÉFC), un modèle rigoureux applicable en milieu scolaire. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 45-59. Repéré à http://www.revuedepsychoeducation.org/sommaires/sommaire_39.html
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. et Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lebel, J., Huckshorn, K. A. et Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 169-187. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Janice_Lebel/publication/46392296_Restraint_use_in_residential_programs_Why_are_best_practices_ignored/links/004635390bdeaa3add000000.pdf
- LeBlanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C. et Trudeau Le Blanc, P. (2003). *Intervenir autrement; Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- LeBlanc, A. (2011). Le modèle psychoéducatif tel que visé par le CJM-IU. *Défi jeunesse*, 18(1), 4-20. Repéré à <http://exploredoc.com/doc/2026666/le-mod%C3%A8le-psycho%C3%A9ducatif-tel-que-vis%C3%A9-au-cjm-iu.-d%C3%A9fi>
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A. et Bogo, M. (2012). Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 404-412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.003>
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Ledoux, M. (2012). *Physical Restraints in Residential Facilities: Staff Members' Perspectives* (Thèse de doctorat inédit). Antioch University, New Hampshire. Repéré à http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=antioch1363343108
- Lee-Lipkins, H. A. (2014). *The influence of selected aggression, demographic, gender role and temperament factors on the level of physical restraint among staff in residential treatment centers for youth* (Thèse de doctorat, Texas Southern University). Repéré à <https://search.proquest.com/docview/1617957013/previewPDF/76125055566F4CB3PQ/1?accountid=12543>
- Leidy, B. D., Haugaard, J. J., Nunno, M. A. et Kwartner, J. K. (2006). Review of restraint data in a residential treatment center for adolescent females. *Child and Youth Care Forum*, 35(5-6), 339-352. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9021-z>
- Lincoln, Y. et Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., de Vries, W. J., Boumans, C. E. et Hutschemaekers, G. J. M. (2011). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*, 62(5), 498-503. Repéré à https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.5.pss6205_0498
- McLean, S. (2015). Managing behaviour in child residential group care: unique tensions. *Child & Family social work*, 20(3), 344-353. <https://doi.org/10.1111/cfs.12083>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck Supérieur.
- Miller, J. A., Hunt, D. P. et Georges, M. A. (2006). Reduction of physical restraints in residential treatment facilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 202-208. <https://doi.org/10.1177/10442073060160040101>

- Miller, L., Riddle, M. A., Pruitt, D., Zachik, A. et DosReis, S. (2013). Antipsychotic treatment patterns and aggressive behavior among adolescents in residential facilities. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(1), 97-110. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9314-y>
- Ministère de la justice du Canada. (2019, 14 février). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/Y-1.5/page-1.html>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326464>
- Nunno, M. A., Holden, M. J. et Tollar, A. (2006). Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 1333-1342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.015>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris: Armand colin.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative; enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Canada, Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Puskas, D., Caouette, M., Dessureault, D. et Mailloux, C. (2012). *L'accompagnement psychoéducatif: vécu partagé et partage du vécu*. Longueuil, Québec: Béliveau éditeur.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal: Sciences et Culture.
- Robitaille, M.-J. (2009). La formation Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention*, 32(1), 30-31.

- Roy, C., Fortin, M., Castonguay, A., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A, ... Geoffrion, S. (sous presse). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma, Violence & Abuse*.
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse des données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUDIST. *Recherches qualitatives*, 21, 99-123.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic books.
- Smith, M. L. et Bowman, K. M. (2009). The restraint spiral: Emergent themes in the perceptions of the physical restraint of juveniles. *Child Welfare*, 88(3), 57-83. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=26h&AN=44323680&lang=fr&site=ehost-live>
- Steckley, L. et Kendrick, A. (2008). Physical Restraint in Residential Childcare: The Experiences of Young People and Residential Workers. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 15(4), 552-569. <https://doi.org/10.1177/0907568208097207>
- Stewart, S. L., Theall-Honey, L., Armieri, A. A. et Cullion, C. (2010). Predicting the Utilization of Intrusive Interventions at a Tertiary Residential Treatment Center. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(3), 175-190. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2010.500152>
- Tessier, B. (1968). L'observation participante. *Revue Canadienne d'Éducation spécialisée*, 4, 27-99.
- Thomann, J. (2009). *Factors in restraint reduction in residential treatment facilities for adolescents* (Thèse de doctorat, Massachusetts School of Professional Psychology). Repéré à <https://search.proquest.com/docview/305131509?pq-origsite=gscholar>
- Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J. Y., Cloutier, R. et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents Québécois des Centres jeunesse: une étude cas-témoin. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'initiative sur la santé de la population*

https://www.researchgate.net/publication/242387387_La_sante_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebécois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-temoin

Truter, E., Fouché, A., et Theron, L. (2016). The resilience of child protection social workers: Are they at risk and if so, how do they adjust? A systematic meta-synthesis. *British Journal of Social Work*, 47(3), 846-863. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw048>

Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2e éd.). Montréal, Canada: Éditions De Boeck Université.

Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tüchsen, F. et Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(9), 771-775. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.042986>

Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., Van Bramer, J. et Sederer, L. I. (2015). The New York State Office of Mental Health Positive Alternatives to Restraint and Seclusion (PARS) project. *Psychiatric Services*, 66(8), 851-856. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400279>

Annexe : Le projet de recherche

Situation à l'étude

Après chaque recours aux MCI, les intervenants doivent justifier leurs interventions dans un rapport de MCI qui est déposé dans les dossiers des jeunes⁹. Les intervenants qui les remplissent sont les éducateurs, qui sont en permanence avec les jeunes dans les unités de réadaptation, ainsi que les agents d'intervention, qui sont appelés à intervenir lors de situations conflictuelles. Ces rapports de MCI, qui ont une longueur variable, allant d'une ligne à plusieurs paragraphes¹⁰, évoquent ce qui justifie, motive et incite l'intervenant à utiliser les MCI. Ils sont rédigés en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS qui exige que chaque mesure soit consignée en mentionnant une description des moyens utilisés, la période d'utilisation ainsi que la description des comportements ayant motivé la prise ou le maintien de cette mesure. Ainsi, l'analyse de ces rapports a permis d'identifier les motifs ayant motivé la prise de décision de l'utilisation des MCI, car il était possible d'analyser la justification de l'intervenant lors de leur application.

Sources d'informations

Au total, 628 rapports de MCI, s'échelonnant sur une période de 14 mois, ont été analysés. Ils proviennent de 21 unités issues du CCSMTL et du CISSSME. Les unités couvertes sont de tous genres, âges et mandats confondus : garçon, fille, enfance, adolescence, sous LPJ et sous la LSJPA. L'information relatives aux deux temps de mesure à l'étude est précisée dans le tableau II ci-dessous. De plus, le tableau III présente un portrait des unités du CCSMTL et du CISSSME.

⁹ Toutes les données portant sur chaque jeune sont recueillies dans le logiciel PIJ (Projet Intégration Jeunesse).

¹⁰ Des exemples d'extraits sont présents dans la partie résultats de l'article scientifique.

Tableau II. Description des deux temps de mesure.

	Temps d'analyse 1 (établissement du CCSMTL)	Temps d'analyse 2 (établissement du CISSSME)
Nombre de rapports étudiés	232 rapports de mesures de contention et d'isolement.	396 rapports de mesures de contention et d'isolement.
Méthode d'échantillonnage	La totalité des rapports fournis par l'établissement.	Stratifié en fonction du type d'unité afin de représenter tous les genres et tous les mandats.
Nombres d'unités ciblées	5 unités sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents fournis par l'établissement.	16 unités sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents et la Loi de la protection de la jeunesse sur un total de 36 unités de l'établissement.
Période couverte	Septembre 2015 à juin 2016 (10 mois).	Février à mai 2017 (4 mois).
Pourcentage de l'échantillon utilisé sur l'échantillon fournis	100%.	44,4 %.
Pourcentage de l'échantillon utilisé pour le calcul de l'accord inter-juge.	100%.	Le tiers de l'échantillon analysé soit 14,81%.

Tableau III. Portrait des unités du CCSMTL et du CISSSME.

Population desservie	Mandats d'intervention
Maison mixte 6-10 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	Objectifs : offrir aux enfants un milieu de vie stable leur permettant de reconstruire leur base de l'identité et retrouver une capacité d'attachement suffisante pour envisager un projet de vie dans une famille ou un milieu s'en rapprochant le plus possible. La durée de l'intervention s'étale sur une période de 18 à 24 mois.
Garçons âgés entre 6 à 12 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	Objectif : offrir des services spécialisés à des enfants présentant de graves déficits et nécessitant un encadrement et un accompagnement stable et sécurisant de la part de personnels spécialisés.
Garçons et filles âgés entre 10 à 13 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	Objectif : offrir des services spécialisés à des enfants présentant de graves déficits et nécessitant un encadrement et un accompagnement stable et sécurisant de la part de personnels spécialisés.
Garçons et filles âgés entre 12 et 17 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	Milieu ouvert. Objectif : développer chez le jeune les connaissances et les habiletés qui lui sont déficitaires pour pouvoir intégrer le plus rapidement possible la vie au sein de la communauté.
Garçons et filles âgés entre 12 et 17 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	La mission spécifique des U.T.I. s'inscrit en continuité avec le programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite. Les U.T.I. offrent aux jeunes présentant une problématique en santé mentale, associée à des troubles sévères de la conduite et qui ne peuvent vivre dans un groupe de réadaptation régulier, un milieu de traitement répondant à leurs besoins spécifiques dans le respect de leur individualité.
Garçons et filles âgés entre 14 et 17 ans hébergés sous la Loi sur la protection de la jeunesse (L.P.J).	Unité d'encadrement intensif. Objectif : suppléer de façon temporaire à l'insuffisance de mécanismes internes de contrôle du jeune par le recours à une programmation d'activités cliniques et d'interventions personnalisées et soutenues, dont l'intensité est justifiée par les besoins de protection du jeune ou de ceux qui l'entoure.
Jeunes âgés entre 12 et 21 ans hébergés sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (L.S.J.P.A).	Unité de mise sous garde fermée. Objectif : offrir un programme de réadaptation aux jeunes assujettis à une peine de détention provisoire ou de garde fermée, suivant les dispositions de la L.S.J.P.A. Unité flottante. Objectif : d'offrir un programme de réadaptation aux jeunes assujettis à une peine de détention provisoire ou de garde fermée, suivant les dispositions de la L.S.J.P.A.

Il est important de préciser que plus d'une MCI peuvent se retrouver dans un même rapport. Ainsi, le nombre de rapports qui composent les banques de données de chaque CR présentées dans le tableau II ne représentent pas le nombre total de MCI.

Procédures

Afin de répondre à l'objectif du présent mémoire, un devis qualitatif a été privilégié. L'utilisation d'une telle approche permet de décrire en profondeur la complexité du recours aux MCI. La stratégie d'analyse choisie est l'analyse thématique qui a été menée selon le modèle de Paillé et Mucchielli (2016). Lors de cette analyse, le support papier et le support informatique de traitement de texte ont été utilisés afin de repérer et extraire les thèmes du contenu des rapports MCI. Le support papier a permis de découper et de classer les thèmes et le support informatique a quant à lui permis d'inscrire les thèmes en marge. Cette méthode d'analyse permettait de transposer l'ensemble du contenu analysé en motifs représentatifs en rapport avec l'objectif de la recherche.

Démarche de thématization en continu

Cette recherche qualitative a été construite en deux temps. Dans un premier temps, les 232 rapports de MCI du CCSMTL ont permis de construire une grille de codification selon la démarche de thématization en continu de Paillé et Mucchielli (2016).

Dabord, il y a eu organisation du contenu (Paillé et Mucchielli, 2016). Un aménagement des données brutes de la base de données du CCSMTL a été fait. Une fois le classement fait, des tableaux dans des documents *Word* ont été créés afin d'agencer chaque MCI avec les chronologies d'événements de la journée. Cette démarche a permis une appropriation des éléments saillants, en situant les MCI dans leur contexte afin de repérer les divers thèmes significatifs.

Par la suite, il y a eu des analyses de sens (Paillé et Mucchielli, 2016). Plusieurs lectures préliminaires des données brutes du corpus ont été faites, ce qui a contribué à l'établissement de listes d'énoncés. Tout au long de la démarche d'analyse, une attention particulière a été donnée au sens donné par l'intervenant afin de comprendre sa réalité en CR (Blais et Martineau, 2006). En effet, la valeur d'une recherche qualitative repose en grande partie sur la capacité du chercheur à donner un sens aux données (Savoie-Zajc, 2000).

À la suite des lectures, il y a eu identification des premiers thèmes (Paillé et Mucchielli, 2016), en se servant des termes utilisés par les intervenants dans le contenu des 232 rapports de MCI. Ces thèmes représentent les motifs justifiant la prise de décision de l'utilisation des MCI, selon la perception des intervenants. Les lectures du corpus se sont poursuivies en raffinant et en regroupant les thèmes. Une fois les thèmes finaux identifiés, une grille de codification a été conçue (Paillé et Mucchielli, 2016). Par la suite, un lexique comprenant les définitions et des exemples a été développé (Van der Maren, 1996).

Inter juge et vérification auprès des experts. Afin de procéder à la codification et à l'inter juge, l'implication d'une assistante de recherche a été nécessaire. Cette étudiante au baccalauréat en psychologie a été informée des objectifs de la recherche et formée à utiliser la grille de codification ainsi que le lexique sur le corpus. Ayant tous les éléments en mains, elle a codé les rapports de MCI selon les motifs de la grille. L'étudiante-chercheuse a procédé à la même étape de son côté. Les 232 rapports de MCI du CCSMTL ont été codifiés. Le processus d'accord inter juge a été effectué et le taux de concordance a été de 83,85%. Par la suite, il y a eu une présentation de la grille de codification et du lexique auprès des 12 chefs de service constituant le comité de travail du projet isolement et contention au CISSSME¹¹. Les commentaires que ces derniers ont formulés ont été pris en compte; de manière générale, ils se sont déclarés satisfaits et en accord avec l'ensemble des motifs provenant de l'analyse thématique. Ils ont été surpris de l'utilisation de la contention mécanique, car elle est peu utilisée dans leurs établissements. Ils ont également mentionné qu'il y aura probablement ajout et/ou modifications de certains motifs lors de l'analyse de leurs rapports de MCI dans leur CR. Finalement, ils se sont questionnés concernant la non-standardisation des rapports des MCI (le nombre de motifs justificatifs, le nombre de lignes d'explications dans le rapport). Cette vérification auprès des experts a permis d'améliorer la crédibilité de l'étude en permettant à ces derniers de commenter les résultats de recherche et les analyses préliminaires (Blais et Martineau, 2006; Lincoln et Guba, 1985).

¹¹ Cette étude participative était chapeautée par M. Steve Geoffrion Ph.D., ps.éd. dans le cadre de son étude *Tension, attention; la contention et l'isolement, réfléchissons à nos pratiques*.

Démarche de thématization séquentielle

Dans un deuxième temps, la démarche de thématization séquentielle (Paillé et Mucchielli, 2016) a été appliquée. Cette décision était motivée par l'homogénéité du premier échantillon. Effectivement, étant donné que la banque de données du CCSMTL ne comprend que des rapports de MCI de cinq unités d'adolescents placés sous la L.S.J.P.A., les motifs identifiés pouvaient être considérés comme propres à une sous culture bien distincte (Van der Maren, 1996). Selon Paillé et Mucchielli (2016), la thématization séquentielle propose une analyse en deux temps soit (a) en tirant un échantillon du contenu au hasard et en l'analysant pour créer une grille de codification et (b) en appliquant cette grille à l'ensemble du contenu. Dans ces circonstances, ayant déjà créé une grille de codification sur un échantillon du corpus (les 232 rapports de MCI du CCSMTL), nous pouvions ainsi l'appliquer en deuxième temps à l'ensemble du corpus à l'étude, c'est-à-dire aux 396 rapports de MCI du CISSSME. Cette démarche était pertinente, car elle permettait que d'autres motifs significatifs, qui n'auraient pas été ciblés dans le premier échantillon, s'ajoutent en cours d'analyse. Par cette démarche de thématization séquentielle (Paillé et Mucchielli, 2016), nous pouvions ainsi ajuster la grille afin de la rendre plus robuste à l'ensemble du corpus à l'étude.

Pour ce faire, une seconde assistante de recherche a été informée des objectifs de la recherche et formée à utiliser la grille de codification ainsi que le lexique sur le corpus. L'étudiante au baccalauréat en psychologie et l'étudiante-chercheure du projet ont codifié les 396 rapports de MCI présents dans les 16 unités ciblées du CISSSME. Un motif inattendu et significatif est ressorti du contenu et a été ajouté à la grille de codification. Cette codification a mené à l'ajustement de la grille ainsi qu'à l'atteinte d'une saturation empirique. De ce fait, l'échantillon n'a pas été augmenté, car plus aucune nouvelle information ne ressortait lors des lectures des rapports. En effet, la saturation est atteinte lorsque des applications successives ont été appliquées et que le chercheur juge que les dernières observations n'apportent plus d'information suffisamment nouvelle ou différente pour justifier une augmentation du matériel empirique (Glasser et Strauss, 1967; Poupart et al., 1997). Le processus d'accord inter juge a été effectué sur le tiers de l'échantillon et le taux de concordance a été de 86.73 %. Le taux final de concordance des deux échantillons combinés est de 85.29 %, ce qui est considéré comme satisfaisant (Miles et Huberman, 2003).

En somme, durant le processus d'analyse thématique, il y a eu fusion, subdivision et regroupement des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2016). C'est l'aboutissement d'un processus évolutif et analytique qui a permis l'atteinte des thèmes finaux. Le tableau I, se trouvant dans l'article scientifique présenté au chapitre deux, expose le choix final des motifs et des catégories. Ce tableau permet une représentation synthétique et structurée du contenu analysé dans les rapports MCI et permet d'offrir une vue d'ensemble des aspects clés identifiés dans les données brutes, considérés comme étant les plus importants, significatifs et redondants (Blais et Martineau, 2006). Effectivement, la justesse des catégories a été assurée en identifiant des motifs exhaustifs, en nombre limité, homogène, pertinent, clairement définis, objectifs, productifs et mutuellement exclusifs (L'Écuyer, 1990).

Éthique de la recherche

Ce projet a été possible grâce à l'implication du CCSMTL et du CISSSME. Nous avons reçu leur convenance scientifique et éthique. Étant donné que ce projet utilise des données secondaires, cela explique que nous n'avons pas de formulaire de consentement des participants à l'étude. Les données fournies par les deux centres étaient dénominalisées. De plus, ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CERAS) de l'Université de Montréal, du comité d'éthique de la recherche de la Capitale-Nationale (CJQ-IU-2016-12) ainsi que l'approbation du Comité d'éthique de la recherche désigné du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. En définitive, l'étudiante-chercheuse ainsi que les assistantes de recherches se sont engagées à assurer la confidentialité des données consultées par la signature d'un formulaire de consentement.