

Université de Montréal

Aspects décisionnels du recours à l'arrêt d'agir dans l'intervention auprès des adolescents
placés au Centre jeunesse de Montréal.

Par
François Bergeron
Département de criminologie
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en criminologie (M.Sc.)

Juillet, 2006

© François Bergeron, 2006



AV

6015

U54

2006

V.026

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Aspects décisionnels du recours à l'arrêt d'agir dans l'intervention auprès des adolescents
placés au Centre jeunesse de Montréal.

présenté par :

François Bergeron

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dianne Casoni
Président-rapporteur

Denis Lafortune
Directeur de recherche

Pierre Baillargeon
Membre du jury

Mémoire accepté le : 01-11-06

Remerciement

Je tiens tout d'abord à remercier monsieur Denis Lafortune, mon directeur, pour m'avoir permis de faire ce mémoire et pour l'aide et le soutien qu'il m'a apporté.

Je voudrais remercier également monsieur Jacques Fafard, chef de l'unité du Goéland au Centre jeunesse de Montréal, qui m'a ouvert les portes du milieu de recherche et a su apporter de précieux conseils.

Merci aux intervenants qui ont participé à l'étude pour votre ouverture, votre disponibilité et votre confiance.

Merci à Mariouche pour ton support. Merci à mes parents, Yvan et Lise, pour vos encouragements. Merci à André pour tes suggestions et tes commentaires.

Finalement, merci à Laurence pour ta disponibilité et ta compétence.

RÉSUMÉ

Depuis 1998, un « programme d'arrêt d'agir » a été mis sur pied au sein du Centre jeunesse de Montréal. Il s'agit d'une mesure de réadaptation intensive qui se vit sur des lieux physiques différents du milieu habituel du jeune pour une durée théorique de 0 à 5 jours. Cette recherche a pour objectif de décrire les caractéristiques de la clientèle de programme d'arrêt d'agir et à analyser des facteurs qui font en sorte qu'un jeune y fait un séjour plus long. Elle vise également à comprendre le processus décisionnel qui mène les intervenants à orienter un jeune vers ce programme. Pour se faire, des analyses de 735 grilles de référence, de 50 questionnaires quantitatifs descriptifs des motifs de référence et de 16 entrevues qualitatives semi-dirigées avec les éducateurs de référence ont été effectuées. Les résultats montrent que le refus de l'autorité est le motif principal de référence le plus souvent mentionné (près de la moitié des demandes) par les éducateurs de référence (48,4 %). La fugue (17,1 %), les agissements délinquants (11,6 %), la violence physique (10 %) et la violence verbale (9,1 %) suivent. La durée moyenne d'un séjour est de trois jours et certains jeunes peuvent séjourner jusqu'à huit jours. À partir d'un modèle de régression multiple expliquant 40,9 % de la variation de la durée du séjour, il a été permis de constater que la durée du séjour d'un jeune tend à augmenter plus un jeune est réfractaire aux interventions (.331) et plus il est âgé (.257). Finalement, lorsque le motif de référence principal du jeune au programme d'arrêt d'agir n'est pas un refus d'autorité, il a tendance à demeurer plus longtemps en arrêt d'agir (-.280). Le processus décisionnel qui mène à l'arrêt d'agir est caractérisé par l'incapacité de l'intervenant à faire cesser les conduites problématiques au sein du milieu de vie du jeune, l'impact négatif des conduites du jeune sur l'environnement et le sentiment d'une impasse. Les résultats de cette étude montrent bien que le recours à l'arrêt d'agir se fait dans une période de rupture de l'alliance thérapeutique et que la restauration de cette alliance est l'objectif fondamental de la mesure. De futurs travaux devraient porter sur les processus de rétablissement de l'alliance au sein du milieu d'arrêt d'agir dans le but de mieux comprendre les mécanismes impliqués et ainsi, peut-être parvenir à une plus grande efficacité dans la démarche thérapeutique.

Mots clés : Arrêt d'agir – Adolescents placés – Centres Jeunesse – Aspects décisionnels

ABSTRACT

In 1998, a « programme d'arrêt d'agir » was created by the Montreal Youth Centers. It is an intensive readaptation program where the adolescent lives in a different environment than is usual one for a period ranging from 0 to 5 days. The purpose of this study is to describe the population of this program and to furthermore understand the decisional and clinical process that leads a social worker to refer an adolescent to this program. In order to do that, an analysis of 735 reference grids, 50 descriptive questionnaires and 16 interviews with social workers was done. Results show that authority-opposition behaviours is the main motive for a reference in the « programme d'arrêt d'agir » (48,4%) followed by « running away » conducts (17,1%), delinquent behaviours (11,6%), physical violence (10%) and verbal violence (9,1%). The average of stays is 3 days but some adolescents are placed for as long as 8 days. With a linear regression model (R^2 : 40,9%), it was established that the more an adolescent is old and the more he is resistant to interventions, the more he is likely to have a longer stay than average. The decisional process that leads workers to refer an adolescent to the program is characterized by the incapacity of the worker to make the problematic conducts stop inside the regular living environment of the adolescent, by the negative impacts that these conducts have on the environment and the feeling of a dead end. The results show that the use of the « programme d'arrêt d'agir » is done during a working alliance rupture period and that restoring the alliance is the main purpose of the program.

Mots clés : Arrêt d'agir – Residential Care – Youth Center – Decisional Aspects

Table des matières

Remerciement	iv
Résumé	v
Abstract	vi
Table des matières	vii
Liste des tableaux	x
Introduction	1
Chapitre I : Recension des écrits	9
1.1 L'isolement et le « <i>time-out</i> » comme moyens de mettre fin à l'agir	10
1.2 Réflexions et processus de mentalisation	14
1.3 Concept d'alliance thérapeutique	17
1.3.1 Alliance thérapeutique, approche psychoéducative et « moyens de mise en relation »	23
1.3.2 Le concept de rupture	25
1.3 Ampleur du recours au programme d'arrêt d'agir et intérêt de l'étude	31
Chapitre II : Méthodologie	33
2.1 Objectifs de la recherche	34
2.2 Méthodologie	35
2.3 Le choix du terrain	36
2.4 Procédures	37
2.4.1 <i>Données institutionnelles décrivant les 735 références faites au programme d'arrêt d'agir en 2004</i>	37
2.4.2 <i>Échantillon plus restreint de 50 jeunes et d'éducateurs pour le volet quantitatif</i>	37
2.4.3 <i>Échantillon plus restreint de 16 éducateurs pour le volet qualitatif</i>	38

2.4.4	<i>Instrument</i>	39
2.4.5	<i>Plan des entretiens semi-structurés</i>	42
2.5	Stratégies d'analyse quantitative	43
2.6	Stratégies d'analyse qualitative	43
Chapitre III : Analyse des résultats quantitatifs		45
3.1	Échantillon de 735 demandes adressées et orientées au programme d'arrêt d'agir du Goéland en 2004	46
3.1.1	<i>Description des motifs principaux de référence</i>	46
3.1.2	<i>Opérationnalisation en vue des analyses bivariées et multivariées</i>	47
3.1.3	<i>Présentation des résultats : analyses univariées</i>	48
3.1.4	<i>Présentation des résultats : analyses bivariées</i>	49
3.1.5	<i>Analyses multivariées</i>	52
3.2	Échantillon plus restreint de 50 jeunes orientés vers le Goéland en 2004	53
3.2.1	<i>Description des motifs de référence</i>	53
3.2.2	<i>Opérationnalisation des variables en vue des analyses bivariées et multivariées</i>	58
3.2.3	<i>Présentation des résultats : analyses univariées</i>	62
3.2.4	<i>Présentation des résultats : analyses bivariées</i>	63
3.2.5	<i>Présentation des résultats : analyses multivariées</i>	66
Chapitre IV : Analyse des résultats qualitatifs		68
4.1	L'apparition des symptômes de crise	69
4.1.1	<i>Les symptômes : nature, intensité et fréquence</i>	69
4.1.2	<i>Les sphères de vie où se manifestent les symptômes</i>	70

4.2 La gestion des symptômes	71
4.2.1 <i>La consultation d'équipe</i>	71
4.2.2 <i>La gradation des mesures disciplinaires</i>	73
4.2.3 <i>L'interprétation clinique des conduites problématiques</i>	76
4.3 Les conséquences de la mise en place de ces stratégies	78
4.3.1 <i>La perception des éducateurs en regard de leur propre rôle d'agent de changement</i>	79
4.3.2 <i>Les impressions en regard des autres acteurs du milieu de vie</i>	80
4.3.3 <i>Les sentiments d'une impasse</i>	81
4.3.4 <i>La rupture de l'alliance thérapeutique</i>	82
4.4 Le programme d'arrêt d'agir : les processus	84
4.4.1 <i>Considérations soulevées par la mesure d'arrêt d'agir</i>	84
4.4.2 <i>Les objectifs</i>	89
4.4.3 <i>Cheminement de cas type : illustrations</i>	91
4.4.3.1 <i>Le cas d'Antoine</i>	91
4.4.3.2 <i>Le cas de Benjamin</i>	93
4.4.3.3 <i>Le cas de Cédric</i>	94
4.5 Le séjour du jeune en arrêt d'agir	96
4.5.1 <i>La durée du séjour</i>	96
4.5.2 <i>L'efficacité de la mesure</i>	97
Chapitre V : Discussion et conclusion	100
5.1 Population visée et objectifs poursuivis	101
5.2 Caractéristiques du séjour	103
5.3 L'arrêt d'agir dans le continuum des services/ interventions	105

5.4 Population effectivement desservie	107
5.5 Facteurs associés à l'allongement du séjour	107
5.6 Le recours à l'arrêt d'agir comme décision clinique	108
Références	110
Annexe 1	xii
Annexe 2	xxvi

Liste des tableaux

Tableau I	: Exemples de marqueurs de ruptures	27
Tableau II	: Nombre de référence selon le motif	46
Tableau III	: Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de séjour	48
Tableau IV	: Statistiques descriptives pour l'ensemble des demandes à l'unité Le Goéland en 2004	49
Tableau V	: Tableau des analyses bivariées entre les différentes variables pour l'échantillon de 735 références (Eta, Phi, R de Pearson)	51
Tableau VI	: Résultats de l'équation multiple de la durée du séjour pour l'échantillon de 735 références	52
Tableau VII	: Comportements problématiques motivant la demande d'arrêt d'agir (non exclusifs)	53
Tableau VIII	: Spécifications quant à la nature des facteurs de vulnérabilité	54
Tableau IX	: Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par les fugues	55
Tableau X	: Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par la consommation	55
Tableau XI	: Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par la violence	56
Tableau XII	: Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par les refus de l'autorité	56
Tableau XIII	: Motif de mesures disciplinaires au cours des 2 derniers mois	57
Tableau XIV	: Motif d'utilisation du bloc retrait au cours des 2 derniers mois	57
Tableau XV	: Statistiques descriptives pour un échantillon de 50 jeunes référés à l'unité Le Goéland en 2004	62

Tableau XVI :	Statistiques descriptives de l'échantillon	63
Tableau XVII :	Tableau des analyses bivariées entre les différentes variables retenues pour l'échantillon (Eta, Phi, R de Pearson)	65
Tableau XIII :	Résultats de l'équation multiple de la durée du séjour pour l'échantillon de 50 jeunes	67

INTRODUCTION

Le programme d'arrêt d'agir du Centre jeunesse de Montréal, tel que défini aujourd'hui, a été mis sur pied en 1998 dans le but de faire partie du continuum de services destinés aux jeunes et à leur famille¹ et d'accroître la capacité des services d'assumer une intervention terminale auprès de la clientèle (CJM, 1998).

Précisons tout de suite qu'en matière d'arrêt d'agir, il y a lieu de faire une nette distinction entre *l'intervention* d'arrêt d'agir et *le programme* d'arrêt d'agir proprement dit. L'intervention d'arrêt d'agir est définie par un encadrement ferme des conduites du jeune, réalisée avec l'autorité appropriée et ce, en vue d'arrêter les passages à l'acte, qu'ils soient déviantes ou destructeurs. « Elle implique une présence à la personne, au groupe ou au milieu familial et se caractérise par une action dont les finalités cliniques sont d'endiguer des manifestations ou des conduites nuisibles afin de favoriser le plus rapidement possible la reprise du cheminement du jeune visé par l'intervention » (CJM, 1998). En ce sens, elle vise à ce que le jeune fasse le point sur le sens de ses agissements, qu'il recrée les alliances avec les personnes de son entourage et qu'il reprecise son implication dans sa démarche personnelle. L'intervention d'arrêt d'agir peut prendre des formes différentes selon le milieu où elle se pratique. Autrement dit, les moyens qui y sont associés s'adaptent aux différents contextes où elle est utilisée. Par exemple, des périodes de retrait peuvent être utilisées dans un foyer de groupe tandis que des rencontres de mise au point peuvent être tenues dans un milieu communautaire.

Il arrive que des interventions d'arrêt d'agir faites dans le milieu de vie régulier (qu'il soit communautaire ou institutionnel) n'atteignent pas le résultat escompté. Face à de telles situations, il existe des services spécialisés dont le mandat propre est de pratiquer l'arrêt d'agir. Pour harmoniser et assurer la qualité des pratiques dans ces services, ainsi que pour améliorer la qualité des échanges entre ces services et ceux qui y font appel, un « programme d'arrêt d'agir » a été mis sur pied (CJM, 1998). Il se définit comme une mesure spécifique de réadaptation. Intensif et complémentaire aux autres programmes du Centre jeunesse de Montréal, il se vit sur des lieux physiques différents du milieu habituel

¹ Selon Claude Larivière, le concept de continuum de services « implique un modèle complexe de services, certains intensifs et d'autres occasionnels, certains en institution et d'autres dans la communauté ou à domicile... », « Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation », extrait du *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ, 2001, p. 41.

du jeune. En raison de ces particularités, son utilisation revêt toutefois un caractère exceptionnel.

Le programme d'arrêt d'agir est accessible à tous les jeunes i) desservis par les services du Centre jeunesse de Montréal, ii) dont la démarche est ponctuellement compromise au sein du milieu régulier de dispensation de services. Par « démarche compromise » on entend, tout d'abord, que les jeunes présentent les dispositions ou les comportements suivants: i) un état de dangerosité pour soi ou pour autrui, ii) des agressions (verbales ou physiques répétées, violentes et destructrices), iii) un refus systématique et persistant de répondre au support et à l'intervention, iv) une situation de crise temporaire associée à un échec des mesures d'aide régulières, v) une incapacité temporaire à poursuivre le programme régulier et à vivre dans le milieu habituel. C'est, ensuite, en fonction de leur gravité, de leur intensité ou de leur fréquence que ces dispositions ou comportements peuvent indiquer le besoin de recourir au programme d'arrêt d'agir. Les critères d'accès au programme précisent bien qu'ils ne doivent pas *tous* apparaître chez *tous* les jeunes candidats. Leurs combinaisons peuvent varier, mais elle a toujours pour effet de compromettre la démarche en cours et de rendre nécessaire une mesure d'appoint (Achim, 1993).

Les procédures organisationnelles du Centre jeunesse de Montréal (CJM, 1998) précisent que le programme d'arrêt d'agir ne peut s'appliquer que pour une période limitée et brève, allant de quelques heures à cinq jours. L'intervention est centrée sur la résolution de la situation problématique ayant motivé la référence. Les cibles visées par l'intervention sont donc définies de façon réaliste en vue d'un retour dans le milieu de référence au terme d'un délai maximal de cinq jours.

Le programme doit être distingué des interventions dites « de retrait » qui consistent en i) une mise à l'écart du jeune au sein de son milieu de vie, ii) une interdiction de participer aux activités régulières et iii) une restriction de liberté pour une période n'excédant pas trois heures. La mesure de retrait vise la reprise par le jeune du contrôle de ses conduites et son retour rapide aux activités régulières dans le service. Si, au bout de la période de trois heures, l'objectif du retrait n'est pas atteint, il faut alors envisager le recours au programme d'arrêt d'agir. La mesure d'arrêt d'agir se distingue de la mesure de retrait en ce sens qu'elle est de longue durée (0-5 jours) et qu'elle est pratiquée à l'extérieur du milieu de vie du jeune.

Le programme d'arrêt d'agir doit aussi être distingué de l'intervention d'isolement qui consiste à placer le jeune dans un lieu aménagé et désigné à cet effet, d'où il ne peut sortir, le temps nécessaire à l'interruption d'une perte de contrôle dangereuse ou à la prévention d'une récurrence imminente. Une perte de contrôle dangereuse est ici définie comme un état de désorganisation au cours duquel le jeune est incapable de porter un jugement adéquat sur les conséquences de ses actes. Dans un état de désorganisation, le jeune peut se comporter d'une façon constituant un danger réel ou imminent, pour lui-même ou pour autrui. L'isolement se distingue de l'arrêt d'agir au niveau des procédures organisationnelles en ce sens que l'intervenant qui accompagne le jeune n'a pas à obtenir l'autorisation de son chef de service pour y recourir. Il doit seulement l'aviser de la situation aussitôt que possible (CJM, 1998). Ainsi, en isolement, le jeune est placé dans un lieu d'où il ne peut sortir et ce, jusqu'à ce qu'il se calme et reprenne le contrôle de son émotivité et de son comportement. Par comparaison, en arrêt d'agir, le jeune peut rester plus longtemps confiné puisque d'autres objectifs peuvent être poursuivis que le simple arrêt d'une situation de crise.

Le programme d'arrêt d'agir définit des responsabilités particulières pour chacune des deux équipes impliquées soit: l'équipe de référence et celle d'arrêt d'agir. L'équipe de référence doit i) informer le jeune et les parents du recours à l'arrêt d'agir, ii) formuler la demande de transfert, iii) rédiger une synthèse des observations pertinentes à la référence, iv) préciser avec l'éducateur de l'unité d'arrêt d'agir, *en présence du jeune*, les cibles visées par cette intervention, v) rester en contact étroit avec l'équipe d'arrêt d'agir durant la période où le jeune y séjourne, vi) animer chaque jour au moins une rencontre avec le jeune, vii) rester en contact avec les parents, viii) décider du retour du jeune ou de la poursuite du programme en accord avec l'intervenant d'arrêt d'agir, ix) recueillir les commentaires et les conclusions de l'équipe d'arrêt d'agir au terme du séjour. Quant à l'équipe d'arrêt d'agir : elle doit x) animer la rencontre d'accueil, xi) mettre en place une programmation individualisée et centrée sur des cibles personnalisées, xii) assurer au jeune au moins deux rencontres individuelles par jour, xiii) favoriser la participation des parents aux activités concernant leur jeune, xiv) se prononcer sur l'atteinte des cibles visées et xv) produire une synthèse écrite des données cliniques émergeant du séjour et ce, à l'intention des intervenants de référence. De son côté, le chef de service de l'unité d'arrêt d'agir : xvi)

évalue et autorise, s'il y a lieu, la demande du service de référence et xvii) il assure la communication, ainsi qu'une interaction fonctionnelle entre les deux équipes.

L'intégration d'un jeune au programme d'arrêt d'agir doit être, dans tous les cas, autorisée par le chef de service de l'équipe de référence, qui s'entend avec le chef du service d'arrêt d'agir. Par la suite, comme tout processus de réadaptation, le programme d'arrêt d'agir est personnalisé et il commence par des mesures d'accueil. Celles-ci comportent des échanges verbaux auxquels on peut ajouter l'usage d'un questionnaire. Par la suite se met en place une programmation dont le corps principal est constitué d'activités cliniques de trois types : i) réflexion sur les motifs du recours au programme, ii) évaluation quotidienne de la démarche en cours et iii) activités thématiques à centralisation clinique. Toutes ces activités visent la résolution de la situation problématique ayant motivé la référence. La résolution de cette situation passe par une séquence d'étapes, durant laquelle le jeune est convié à : i) reconnaître et définir le problème vécu; ii) rechercher et choisir des voies de solutions; iii) mettre en place des moyens qui sont liés à ces solutions; iv) définir le rôle de chacun des acteurs concernés par les solutions et les moyens envisagés (ex : intervenants du milieu référent ou du milieu d'arrêt d'agir, etc.).

Nous nous intéresserons d'abord aux critères cliniques et aux processus décisionnels qui mènent à l'arrêt d'agir. Sur quelle base décide-t-on qu'un jeune doit se voir appliquer cette mesure? Cette intervention est-elle surtout motivée par le comportement du jeune? Par le contexte entourant ce comportement? Par les antécédents du jeune? Par l'interprétation qui est faite de ses paroles et gestes? Par l'historique de ses interventions antérieures? Et comment fait-on la différence entre une situation nécessitant un bref arrêt d'agir et une autre nécessitant plutôt un arrêt d'agir prolongé?

En tentant de répondre à ces questions, il sera intéressant de retourner aux documents officiels définissant l'arrêt d'agir (ex : « *il est destiné aux jeunes qui présentent: i) un état de dangerosité pour soi ou pour autrui, ii) des agressions (verbales ou physiques répétées, violentes et destructrices), iii) un refus systématique et persistant de répondre au support et à l'intervention, iv) une situation de crise temporaire associée à un échec des mesures d'aide régulières, v) une incapacité temporaire à poursuivre le programme régulier et à vivre dans son milieu.* ») En effet, au Centre jeunesse de Montréal, dans le but d'appuyer les intervenants à prendre la bonne décision, pour le bon jeune, au bon moment,

d'importants efforts ont été faits pour encadrer les pratiques professionnelles et les processus décisionnels. Ainsi, l'apparition de nombreux documents, « cadres de référence » et « protocole d'intervention » sont venus appuyer les pratiques des intervenants. Cependant, étant donné que les décisions cliniques sont prises dans un ensemble de relations complexes entre les intervenants, le jeune, les parents et autres, il est possible que certaines décisions soient prises à l'extérieur des balises théoriques et cliniques fixées par les guides, les politiques et les procédures. Ainsi, les pratiques observées et les décisions prises quotidiennement risquent de ne pas correspondre toujours aux normes officielles ou définitions théoriques, sans pour autant qu'il n'y ait faute ou « mauvaise pratique ». Il faudra toutefois comprendre les éléments de contexte accompagnant ces discordances.

Au moyen d'entretiens semi dirigés nous chercherons aussi à cerner la façon dont les éducateurs se représentent le programme d'arrêt d'agir: Comment les éducateurs perçoivent-ils l'utilisation de l'arrêt d'agir? Comment perçoivent-ils le programme en tant que tel? Son efficacité? Ses objectifs? Comment pensent-ils que le programme d'arrêt d'agir peut améliorer la situation du jeune référé? Savent-ils ce qui se déroule dans une unité d'arrêt d'agir? Comment perçoivent-ils l'impact de l'arrêt d'agir sur les jeunes?

L'étude de la prise de décision clinique est un champ bien établi dans le domaine médical. Ainsi, pour Rush et Prien (1995), au moment d'envisager la nécessité de prescrire un médicament, le spécialiste est influencé par quatre grands ordres de facteurs: i) ses connaissances théoriques, ii) son expérience clinique, iii) les caractéristiques du patient et iv) les caractéristiques situationnelles. Selon ces auteurs, ces différents facteurs vont influencer les stratégies et les tactiques d'intervention qu'emploiera le professionnel. Nous nous référons à ces travaux pour faire l'hypothèse que ces quatre ordres de facteurs peuvent également s'appliquer au professionnel en institution qui prend la décision d'envoyer un jeune en arrêt d'agir.

Bien que le programme d'arrêt d'agir soit bien défini sur papier, il n'existe aucune information sur les pratiques qui se trouvent « en amont », c'est-à-dire sur les facteurs, critères et raisonnements qui mènent à la décision d'envoyer un jeune en arrêt d'agir. Notre recherche visera donc à comprendre ce processus décisionnel et à cerner les représentations des acteurs-clés qui y prennent part. Au plan des retombées, nous espérons

que cette recherche permettra de mieux connaître la réalité de l'utilisation de l'arrêt d'agir par les intervenants. D'un autre côté, elle pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques, par exemple, par la conception d'une grille d'appui à la décision clinique ou l'ajustement du contenu du programme aux attentes des intervenants.

CHAPITRE I : RECENSION DES ÉCRITS

Pour bien comprendre les objectifs poursuivis par le programme d'arrêt d'agir, il faut rappeler qu'il est envisagé comme outil de gestion clinique et imposé au nom de l'intérêt, de la sécurité et du besoin de l'enfant. Il s'inscrit dans un continuum de traitements et de « services à offrir », compte tenu de la diversité des besoins de la clientèle (Association des Centres jeunesse, 2000). La restriction de liberté inhérente à l'arrêt d'agir est alors conçue comme un mal nécessaire, dans la mesure où l'on considère que la liberté est subordonnée à des impératifs éducatifs et cliniques supérieurs tels que la réadaptation, la protection du jeune et celle de son entourage (Lafortune, 2002)².

Il a déjà été mentionné que l'objectif général du programme est de permettre au jeune de poursuivre la démarche personnelle qu'il a entreprise dans son milieu habituel. Quant aux objectifs plus spécifiques, ils consistent à :

- 1- arrêter l'agir, en tant que manifestation de certains obstacles dans la démarche du jeune;
- 2- protéger le jeune face à une détérioration de sa situation personnelle;
- 3- protéger le jeune ou son entourage face à des gestes d'agression;
- 4- faire une mise au point, avec le jeune, sur le sens de ses agissements;
- 5- rechercher avec lui des éléments de solution de la situation;
- 6- remotiver le jeune face à sa démarche personnelle;
- 7- restaurer les conditions minimales nécessaires à un retour dans le milieu de référence (CJM, 1998).

Somme toute, on le voit, les objectifs du programme peuvent se résumer autour de trois pôles principaux : i) arrêter l'agir, en tant que menace à la continuité de la démarche, à l'intégrité du jeune ou à celle d'autrui; ii) mener le jeune à réfléchir, à faire le point sur sa démarche et à chercher des éléments de solutions; iii) remotiver le jeune et restaurer les conditions minimales pour son retour dans le milieu de référence. Dans les pages suivantes, chacun de ces pôles sera repris en détail et discuté à la lumière de différents textes cliniques et scientifiques. Le premier regroupement (arrêter l'agir) implique la mise à l'écart du jeune, dans un lieu physique autre que son milieu habituel. Les notions d'isolement (« *seclusion* ») et de « *timeout* » seront donc discutées pour comprendre

² "Les fondements cliniques des mesures privatives de liberté". Communication présentée lors du Colloque sur "Les mesures privatives de liberté dans les Centres de réadaptation pour jeunes: punition ou traitement?" du 70^e Congrès de l'ACFAS. Québec, mai 2002.

d'avantage en quoi cette mise à l'écart peut « arrêter l'agir ». Les objectifs du deuxième groupe tendent à ce que le jeune réfléchisse, fasse le point et cherche des éléments de solutions. Bien qu'il soit accompagné, le jeune doit tout de même manifester une certaine autonomie dans cette réflexion, Le concept de mentalisation sera donc utile pour mieux discuter de ce pôle. Enfin, le troisième regroupement implique qu'un travail relationnel soit entrepris entre l'intervenant et le jeune. Le concept d'alliance thérapeutique, tel que défini plus loin, s'avérera pertinent, notamment pour aborder les escalades, les séparations et les retrouvailles qui ponctuent la relation entre le jeune et ses intervenants de référence.

1.1 L'isolement et le « *time-out* » comme moyens de mettre fin à l'agir

En février 2002, l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (ci après AACAP) a publié des paramètres de pratique balisant la prévention et la gestion des conduites agressives dans les institutions pédopsychiatriques, en faisant plus spécifiquement référence à la contention et l'isolement. Les auteurs ont précisé que ces paramètres pouvaient également s'appliquer aux institutions non psychiatriques traitant les enfants et les adolescents avec des conduites agressives (AACAP, 2002) comme les centres de détention, les écoles ou les centres de traitement résidentiel s'apparentant aux Centres jeunesse. Ce texte définit l'isolement comme le confinement involontaire d'une personne dans une pièce, seule, de manière à ce qu'elle soit empêchée physiquement de quitter les lieux. De son côté, la contention est définie comme l'immobilisation involontaire d'une personne par des moyens mécaniques, physiques ou chimiques. Si l'on fait abstraction des objectifs poursuivis et qu'on ne s'arrête qu'aux faits, l'arrêt d'agir se rapproche de l'isolement en ce sens que la mesure constitue un placement d'un jeune dans une pièce de manière à ce qu'il soit empêché physiquement de quitter les lieux pendant un certain laps de temps.

Il y a plusieurs décennies, voire plusieurs siècles que ces mesures font l'objet de débats et de discussions. Les pratiques modernes de l'isolement trouvent leurs racines dans les travaux de Philippe Pinel et son assistant, Jean-Baptiste Pussin, à l'Hôpital Bicetre, près de Paris durant les années 1793-1795 (Fisher, 1994; Weiner, 1992). Pinel considérait qu'en autant qu'elles soient faites dans des conditions respectueuses, ces interventions restrictives de liberté protégeaient les patients, les empêchaient de se blesser eux-mêmes ou de blesser les autres, (Pinel, 1794, dans Weiner 1992). De cette ère jusqu'à aujourd'hui,

le développement et la mise en place de ces interventions ont fait l'objet de plusieurs débats, requêtes publiques et législations gouvernementales, nombreux étant les intervenants à la recherche d'approches alternatives.

Selon Tardiff et Gutheil (1984), les indications d'isolement peuvent être formulées en fonction de la nécessité de : i) prévenir des blessures imminentes au patient ou à d'autres personnes lorsque tous les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés, ii) prévenir une rupture sérieuse avec le programme de traitement ou des dommages significatifs à l'environnement physique, iii) améliorer la réactivité au traitement lorsque l'isolement est alors une composante claire et planifiée du traitement, iv) diminuer la stimulation sensorielle reçue par un patient, de telle sorte qu'elle devienne plus gérable pour lui et v) répondre à une requête du patient qui souhaite utiliser ce moyen pour gérer ses interactions avec l'environnement (Tardiff, 1996).

Cotton (1989) soutient que l'utilisation de l'isolement aide les enfants et les adolescents à développer des mécanismes de contrôle internes, des défenses plus matures, des mécanismes de résilience, ainsi que des habiletés permettant d'être en lien avec les pairs et les adultes. Dans ce contexte, l'isolement est utilisé en tant que technique de contrôle pour les enfants qui ne sont pas en mesure d'en apprendre d'autres dans leurs interactions sociales. Cependant, le recours à l'isolement ne va pas de soi et il soulève d'importants débats. Depuis que des conséquences négatives (telles que l'aggravation de la situation de crise ou encore l'augmentation du recours à des mesures de contention) ont été associées à l'isolement (Wadeson et Carpenter, 1976), des auteurs ont indiqué que l'isolement peut être perçu par les patients comme étant aversives, coercitives et même traumatiques (Goren et al., 1993; Mohr et al, 1998; Ray et al, 1996). Ainsi, l'étude de Fisher (1994) montre que les patients interrogés répondent presque systématiquement que l'isolement involontaire est aversif et n'a aucune valeur thérapeutique.

Des préoccupations raciales ont également été soulevées aux États-Unis, certains suggérant que l'isolement soit utilisé plus fréquemment auprès des jeunes faisant partie de minorités visibles. Cependant, sur cette question, les résultats varient. Si certains rapports montrent une utilisation plus fréquente de la contention et de l'isolement pour les jeunes afro-américains (Flaherty et Meagher, 1980; Forquer et al., 1996), une revue extensive des travaux ne peut arriver à des conclusions aussi fermes (Fisher, 1994).

Il n'y a que peu de recherches menées sur l'isolement (Angold, 1989; Angold et Pickles, 1993) et certains considèrent que cette mesure est appliquée de façon arbitraire ou idiosyncrasique (Fassler et Cotton, 1992; Goren et Curtis, 1996). De leur côté, Liberman et Wong (1984) estiment qu'il s'agit d'une procédure de crise ou d'une intervention qui peut être planifiée et qui permet de réduire les comportements violents. Plusieurs études montrent que l'isolement est une procédure efficace pour aider les enfants à se tranquilliser dans des situations où ils sont devenus dangereux pour eux-mêmes, les autres ou l'environnement (Cotton, 1989; Fassler et Cotton, 1992; Fisher, 1994; Gair, 1980, 1984; Liberman et Wong, 1984; Task Force on Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint, 1984, Tsemberis et Sullivan, 1988). Cependant, quelques praticiens recommandent de ne pas l'utiliser, considérant que les programmes thérapeutiques devraient, en soi, contenir le débordement des patients (Goren et al., 1993; Irwin, 1987). Ils ajoutent qu'un tel confinement représente un rejet et une privation de contact humain au moment où l'enfant en a le plus besoin, ce qui risque d'accroître la crise. Enfin, une étude a montré que l'interdiction, pour les intervenants, de recourir à l'isolement peut mener à une augmentation du recours à la contention (Swett et al., 1989).

Voici les objectifs qui devraient être poursuivis par l'isolement selon AACAP (2002) : i) prévenir des comportements dangereux envers soi ou les autres; ii) prévenir des désorganisations ou de sérieuses ruptures avec le programme de traitement, incluant des dommages à l'environnement; iii) favoriser l'acquisition d'un contrôle interne par l'enfant lorsque des options moins restrictives ont échoué ou qu'elles se sont avérées impossibles à implanter et; iv) diminuer les stimulations qui désorganisent l'enfant dans des situations où celui-ci se met en danger ou met les autres en danger. À l'inverse, l'isolement est mal utilisé, selon AACAP (2002), lorsque: i) on y a recours en tant que punition ou ii) on y a recours pour satisfaire les seules exigences du programme, iii) des obstacles légaux s'interposent; iv) le personnel est mal formé, iv) un patient présente une condition médicale pouvant être compromise par le confinement (par exemple : claustrophobie sévère menant à des attaques de panique).

Dans leur recension des écrits sur l'isolement, Busch et Shore (2000) établissent qu'en plus des facteurs cliniques, des facteurs non cliniques peuvent influencer l'utilisation de l'isolement. De tels facteurs incluent des biais culturels, les perceptions qu'ont les

membres du personnel de leur propre rôle, l'attitude de la direction de l'établissement vis-à-vis l'isolement, le genre (masculin ou féminin) des intervenants, leur niveau de formation et leur expérience clinique.

Wells et Forehand (1985) rapportent que la durée de l'isolement peut varier de quelques secondes à plusieurs heures et qu'un isolement moyen se situant entre trois et quinze minutes s'avère le plus efficace et le plus utilisé. Dans leur analyse de la procédure d'isolement et de son application en établissement, Bandeira et Ouellet (1986) expliquent que l'isolement doit se terminer en fonction non seulement de l'échéance temporelle, mais surtout en fonction de la cessation du comportement inadéquat. La levée de l'isolement sert ainsi de renforçateur contigu à de bons comportements qui sont incompatibles avec ceux que l'on veut éliminer. Ce double critère de levée permet alors à l'individu d'exercer un certain contrôle sur la situation, puisque c'est lui qui émet une des conditions de la levée de l'isolement. Selon les mêmes auteurs, lorsque la levée de l'isolement est contiguë à la cessation des comportements inadéquats, la procédure devient plus efficace pour diminuer les comportements inadéquats émis durant la période d'isolement elle-même, et pour diminuer les comportements inadéquats qui ont amené l'individu à être isolé. Les lignes directrices établies par la AACAP (2002) sont à l'effet que la période d'isolement devrait être au maximum d'une heure pour les enfants âgés en bas de neuf ans, 2 heures pour les enfants et adolescents âgés entre 9 et 17 ans et de 4 heures pour les adultes. Passé ce délai, une réévaluation devrait se faire aux 2 heures pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et aux 4 heures pour les adultes.

En somme, l'isolement est défini comme le confinement involontaire d'une personne dans une pièce, seule, de manière à ce qu'elle soit empêchée physiquement de quitter les lieux. L'intervention d'isolement peut être bénéfique dans le but de prévenir des blessures, lorsqu'elle est planifiée en tant que composante d'un programme visant l'acquisition de mécanismes de contrôle intériorisé ou la prévention de ruptures sérieuses d'alliance de travail avec l'équipe de traitement. Des auteurs mentionnent cependant que l'utilisation de l'isolement risque d'accroître certaines situations de crise et qu'il est contre-indiqué de l'utiliser en tant que punition. Finalement, tant des facteurs cliniques que non cliniques influencent l'utilisation de l'isolement. La cessation du comportement inadéquat et une période de temps minimale préétablie (généralement entre 3 et 15 minutes) devraient être des critères pour la levée de l'isolement. La durée maximale pour l'isolement devrait être

de 2 heures pour les jeunes âgés entre 9 et 17 ans avec une réévaluation aux 2 heures par la suite, si le besoin de poursuivre l'isolement est présent.

1.2 Réflexions et processus de mentalisation

Chez les enfants placés en centre de réadaptation, les conduites agressives sont souvent signe d'une incapacité à nommer ou tolérer une émotion particulièrement pénible : la tristesse, le désespoir, les sentiments d'abandon et de non-valeur, la dépression (Trieschman et Levine, 1972). Lajoie (1984) explique qu'une des tâches centrales, dans la rééducation des jeunes, est de favoriser l'acquisition d'une aptitude à supporter les pertes. Selon l'auteur, ces enfants ragent parce que les expériences de perte les plongent dans l'impuissance. Vu sous cet angle, le passage à l'acte est conçu comme une fuite de la tristesse. Aussi, écrit Lajoie, dès qu'on restreint la possibilité d'agir et qu'on bloque cette « issue » pour l'enfant, cela soulève chez lui énormément d'anxiété et de dépression. Il faut alors, non seulement « arrêter l'agir », mais aussi être prêt à écouter de telles émotions et soutenir l'enfant. Lajoie mentionne en outre que le passage à l'acte est un mécanisme de défense qui traduit une faiblesse du moi : l'enfant ne sait pas utiliser son anxiété comme signal. Il a peur d'être envahi par l'angoisse (il l'est souvent) et ne se sent pas capable d'y faire face. Pour remédier à cela, il peut être utile que l'intervenant identifie et nomme l'affect qu'il perçoit chez le jeune. En effet, ce dernier doit apprendre à communiquer ses sentiments, à en parler et il faut le renforcer lorsqu'il le fait.

La propension à agir est discutée dans ces termes par Casoni et Brunet (2003) :

« Chacun, à un moment ou un autre, est susceptible de recourir à l'agir comme décharge de ce qui est vécu subjectivement comme une tension interne insupportable. Dans ces cas, faire un geste plutôt que de réfléchir ou de tolérer l'attente imposée par une situation donne l'impression à l'individu, sur le coup, de soulager sa tension ou encore de servir d'exutoire à une trop importante pression interne. Ceci s'observe facilement chez les enfants d'âge préscolaire qui recourent soudainement à une décharge motrice effrénée lorsqu'ils sont soumis à beaucoup d'émotions ou de stress, que ce soit parce qu'ils sont heureux, joyeux, excités, inquiets, fatigués ou angoissés. La fonction économique jouée par une telle utilisation de la motricité permet au Moi de gérer, au plan quantitatif, le caractère

excessif des affects en cause. De plus, le recours à l'agir permet aussi d'éviter de ressentir l'angoisse que l'intensité des affects est susceptible d'éveiller. Bien que ce mode de réaction aux affects soit potentiellement présent chez chacun, il constitue cependant le mode typique de réaction de certains individus. Lorsqu'il s'agit d'examiner sous un angle psychanalytique le phénomène des conduites d'agir, il faut reconnaître qu'elles ne peuvent être confondues, ni qu'elles ne peuvent se réduire à une entité nosographique ou diagnostique. En outre, l'agir se comprend en référence au point de vue économique ou quantitatif, et peut se retrouver dans diverses organisations psychiques et structures de la personnalité. En ce sens, l'agir a l'avantage d'être étudié de façon « trans-nosographique » (p.139)

Les auteurs font également remarquer que certains individus privilégient l'agir comme mode de gestion des tensions. Il semble que chez ces individus, lorsque les tensions psychiques de source intérieure ou extérieure sont trop fortes, la voie naturelle qui permet de transformer ces tensions en émotions identifiables et en pensées fait défaut. La tension est alors déchargée par la voie motrice. Puisque la voie de la mentalisation est court-circuitée, le passage à l'acte permet à l'individu d'éviter de ressentir certaines angoisses ou des affects douloureux, comme la culpabilité et la tristesse.

Redl et Wineman (1951) décrivent en détail comment des jeunes dits « agressifs » se protègent des sentiments de culpabilité et d'angoisse qui sous-tendent leurs agissements et, parfois, leur délinquance. Pour se protéger de l'angoisse sociale et relationnelle qui les tenaillent ou de sentiments conscients et inconscients de culpabilité, ces jeunes développent très tôt des tactiques efficaces. Ces tactiques, de quatre ordres, sont reprises dans Casoni et Brunet (2003).

La première stratégie vise à esquiver la sanction interne du Surmoi. Elle se manifeste notamment sous forme de rationalisations permettant l'évitement ou la dilution de la culpabilité : i) « Il l'a fait le premier! »; ii) « Tout le monde le fait! »; iii) « Nous étions tous dans le coup! »; iv) « Mais on m'a déjà fait la même chose! »; v) « Il l'a cherché! »; vi) « Il fallait que je le fasse, sinon j'aurais perdu la face! »; vii) « Je n'en ai tiré aucun profit! »; viii) « Mais ensuite je me suis réconcilié avec lui! »; ix) « Lui-même n'est pas quelqu'un de si sensationnel! »; x) « Ils sont tous contre moi, personne ne m'aime, ils sont tout le temps en train de me provoquer! »; xi) « Je n'aurais pas pu l'avoir autrement! »

La seconde stratégie cherche à donner un soutien au mode de vie délinquant. En plus des rationalisations citées précédemment, le Moi a recours à diverses tactiques pour jouir sans remords des gratifications délinquantes, en voici quelques exemples : i) Fréquentation de « mauvais amis »; ii) Affinité pour la formation d'un gang; iii) Recherche de tentations pour actualiser sa délinquance; iv) Révolte pour la cause de quelqu'un d'autre; v) « Culture » prônant la délinquance; vi) Illusion d'être exceptionnellement épargné par les lois de la cause et de l'effet; vii) Dépendance à l'égard des ambitions et des habiletés liées à la délinquance.

La troisième stratégie consiste à opposer une résistance au changement, ce qui s'exprime des façons suivantes : i) Blocage de la confession; ii) Fuite dans la vertu; iii) Exclusion des agents de changement (intervenants); iv) Évitement des gens pouvant contrecarrer sa délinquance; v) Refus de renoncer aux facteurs qui encouragent la vie délinquante; vi) Répression de ses besoins d'amour, de dépendance et d'activité.

La quatrième stratégie consiste à mener une lutte ouverte contre les agents de changement, qui peut se manifester ainsi : i) Esprit de procédure; ii) Habileté à se servir des gens et de la chance; iii) Absurdité des exigences; iv) Provocation par anticipation; v) Diffamation organisée; vi) « Amitié » superficielle n'impliquant pas qu'on puisse s'influencer l'un et l'autre.

Hayez (2001), discute de façon exhaustive des stratégies d'interventions permettant de pallier le « court-circuit » et le manque de mentalisation à travers l'accompagnement du jeune. L'accompagnement permettant de pallier ce manque de mentalisation repose sur trois axes selon Hayez, Le premier axe est la sanction directe de l'acte transgressif, jugé trop grave pour être passé sous silence. L'auteur explique que la sanction constitue une sorte de pression sur le jeune pour le conduire à privilégier des comportements souhaitables. Deuxièmement, l'accompagnement repose sur une sollicitude envers la personne du jeune. Cela se pratique en l'éduquant (ex : favoriser la maturation de son intelligence, favoriser la réalisation des ressources positives), en remédiant aux manques, aux souffrances, aux conflits et aux distorsions cognitives dont il est porteur et, finalement, en modifiant directement les comportements transgressifs les plus inacceptables (par exemple, en travaillant sur des comportements alternatifs à l'expression violente de sa

colère). Le troisième axe vise à améliorer les systèmes de vie du jeune, c'est-à-dire de travailler avec les milieux du jeune (famille, école, etc.) dans le but de pallier aux manques. Les deux premiers axes décrits par Hayez (sanction des actes et sollicitude envers la personne du jeune) permettront d'emmener le jeune directement à mieux gérer ses conflits et, donc, à mentaliser plutôt qu'agir. Le troisième axe permettra d'outiller les milieux de vie du jeune pour les amener, dans leurs interactions avec le jeune, à développer la capacité de ce dernier à mentaliser.

En somme, le passage à l'acte des jeunes peut être perçu comme un mécanisme de défense qui traduit une faiblesse du moi : l'enfant ne sait pas utiliser son anxiété comme signal. Dans ces cas, faire un geste plutôt que de réfléchir ou de tolérer l'émotion donne l'impression à l'individu de soulager sa tension. Puisque la voie de la mentalisation est court-circuitée, le passage à l'acte permet à l'individu d'éviter de ressentir certains affects douloureux. Différentes stratégies peuvent être utilisées chez les jeunes agressifs pour y parvenir : des rationalisations pour éviter la sanction interne, des tactiques pour jouir des gestes délinquants, une résistance au changement et, finalement, une lutte contre les agents de changement. Dans le but de pallier à ces lacunes cognitives, Hayez (2001) propose une intervention reposant sur trois axes : la sanction des comportements transgressifs, la sollicitude envers la personne du jeune et l'amélioration des systèmes de vie du jeune.

1.3 Concept d'alliance thérapeutique

Baillargeon, Leduc et Côté (2003) décrivent de façon exhaustive l'évolution du concept d'alliance thérapeutique au fil du temps. Certains éléments-clés de cette recension des écrits seront repris et bonifiés de certaines références additionnelles.

Le concept d'alliance thérapeutique souligne l'importance de la relation entre l'intervenant et le jeune. Les premières études sur l'alliance thérapeutique provenaient surtout de l'école de pensée psychodynamique (Luborsky, 1976) et de l'approche humaniste « centrée sur le client » (Rogers, 1957). Plus récemment, les approches cognitives et systémiques s'y sont intéressées (Pinsof, 1995; Safran et Muran, 2000). En mettant de l'avant la notion « d'observance au traitement », les tenants du recours à la pharmacothérapie considèrent eux aussi, à leur façon, l'alliance comme un facteur qui facilite la collaboration et, en conséquence, le résultat de l'intervention (Docherty, 1989). Bref, dans presque tous les

modèles et stratégies d'intervention, on accorde une grande importance à l'alliance dans le processus de changement.

Sans jamais avoir utilisé le terme « alliance », Freud a été l'un des premiers à apprécier et reconnaître l'importance du lien entre le patient et le thérapeute. Selon Freud, si le thérapeute manifeste au patient un intérêt soutenu, qu'il soulève et interprète les résistances et qu'il réussit à éviter certaines erreurs, le patient, en retour, développera un « attachement » pour lui (Freud 1913/1966). Toujours dans le courant psychodynamique, vingt ans plus tard, Sterba (1934) a introduit le concept « d'ego alliance ». Par ce concept, Sterba se référait à l'établissement d'une relation positive entre le « moi raisonnable » du patient (i.e. le fait que le patient accepte de se remettre en question) et le « moi analysant » du thérapeute (i.e. la fonction jouée par le thérapeute lorsqu'il formule ses reflets et ses interprétations). L'auteur soulignait l'importance, pour le succès de l'intervention, de la capacité du patient à travailler en collaboration avec le thérapeute. C'est toutefois Zetzel qui, en 1956, a proposé le concept d'alliance thérapeutique (*therapeutic alliance*) proprement dit. Il désignait à la fois la relation positive du patient avec le thérapeute et son identification au thérapeute. Pour l'auteur, l'alliance thérapeutique plonge ses racines dans les relations de confiance qui ont pu s'établir précocement entre l'enfant et ses parents. En s'inspirant des travaux des deux auteurs précités, Greenson (1965) a introduit le concept d'alliance de travail (*working alliance*), qu'il a l'employé comme un synonyme de l'alliance thérapeutique. Il l'a défini à la fois comme i) la relation positive établie entre le patient et le thérapeute et ii) la capacité du patient à travailler au succès de l'intervention.

Dans le courant humaniste « centré sur la personne », Rogers (1957) a poursuivi l'idée de Freud (1913-1966) voulant que le thérapeute joue un rôle important dans l'établissement d'une alliance. Un des postulats centraux de l'approche rogorienne se formule comme suit : la relation offerte par le thérapeute est une condition nécessaire et suffisante pour aider le patient à résoudre ses problèmes. En des termes plus précis, l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle du thérapeute seraient généralement suffisantes pour que le patient progresse. Cependant, cette hypothèse n'est pas acceptée de plusieurs auteurs (Gelso et Carter, 1985; Mitchell, Bozart et Krauft, 1977) qui estiment que les attitudes rogoriennes ne suffisent pas pour assurer le succès de l'intervention. Une autre controverse porte sur la définition même de ce qu'est l'alliance thérapeutique. Si certains la définissent comme la totalité du lien unissant le thérapeute et le patient (Zetzel, 1956), d'autres la

décrivent davantage comme la relation de collaboration du patient dans les diverses tâches associées au traitement (Frieswyk, Allen et al. 1986)

Bordin (1979) est l'auteur qui a proposé la définition de l'alliance qui est la plus largement reconnue. Selon Bordin, les trois principales dimensions de l'alliance thérapeutique sont les objectifs de l'intervention, les tâches à accomplir, et le lien de confiance entre le client et le thérapeute. Pinsof (1995) décrit et illustre chacune des dimensions qui sont reprises et explicitées également dans Baillargeon, Leduc et Côté (2003). La première dimension importante de l'alliance, celle portant sur les objectifs, se réfère au degré selon lequel le patient considère que le thérapeute travaille avec lui, sur des problèmes pour lesquels il demande effectivement de l'aide. « Le thérapeute essaie-t-il de m'aider à réaliser mes objectifs? » ou au contraire « Le thérapeute poursuit-il des objectifs qui ne m'intéressent pas? » Des désaccords peuvent apparaître à ce niveau. Par exemple, des parents ayant des problèmes maritaux peuvent demander de l'aide pour la dépression de leur fils. Comme leur objectif initial ne consiste pas à améliorer leur mariage, le fait de cibler prématurément leurs problèmes matrimoniaux pourrait grandement diminuer leur alliance avec le clinicien et compromettre l'intervention.

La seconde dimension, celle de l'alliance par rapport aux tâches, désigne les activités dans lesquelles le patient et le thérapeute s'engagent pendant l'intervention. De façon spécifique, elle se réfère au degré avec lequel le patient considère que les tâches proposées correspondent à ses attentes. Elle traduit aussi le confort qu'il éprouve devant celles-ci. Si le patient s'attend à avoir des échanges soutenus avec le thérapeute et que celui-ci ne parle que rarement, le comportement du thérapeute ne correspond pas à ce que le patient attend de l'intervention. Dans cette situation, la composante des tâches ne favorisera qu'une alliance relativement faible. Quant au confort, il se réfère au degré de bien-être ou au contraire d'anxiété que le patient expérimente par rapport aux tâches. Par exemple, le thérapeute peut bien encourager une jeune femme de 17 ans, hospitalisée pour une tentative de suicide, à dire à ses frères, ses sœurs et ses parents qu'un oncle l'a abusée sexuellement à l'âge de 10 à 14 ans. Si cette jeune femme a trop peur de s'engager dans cette tâche, elle sera en conflit et les attentes du thérapeute dépasseront son seuil de confort. Même si la patiente pense que se confier à sa famille est une bonne idée (autrement dit, même si les attentes sont congruentes avec les tâches proposées par le thérapeute) sur le

plan émotif, la démarche peut s'avérer trop difficile. Si le thérapeute insiste pour qu'elle s'y engage tout de même, l'alliance sera sérieusement compromise.

La dernière dimension de l'alliance, le lien affectif, inclut des aspects de la relation patient-thérapeute comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. Cette dimension désigne le degré avec lequel le thérapeute devient une personne significative et un objet chargé d'émotions pour le patient. Elle traduit aussi le fait que le patient ressent que le thérapeute s'engage et se préoccupe de lui.

Ces trois dimensions de l'alliance de travail sont interdépendantes. En effet, la qualité du lien médiatise la capacité du patient et du thérapeute à négocier un accord sur les tâches et les objectifs de l'intervention. D'autre part, l'habileté du patient et du thérapeute à négocier un tel accord assure la qualité du lien entre eux.

Depuis les années 1980, plusieurs instruments de mesure ont été développés afin d'évaluer les dimensions de l'alliance thérapeutique. L'un des premiers fut le « *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* » (Suh, 1986). D'autres échelles ont ensuite été conçues, notamment le « *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* » de Hartley & Strupp (1983), le « *Therapist Facilitating Behavior Scale* » de Luborsky (1976), le « *Patient Commitment Scale* » de Mamar et al. (1986, 1989), le « *Working Alliance Inventory* » de Horvath & Greenberg (1989) ou encore le « *Stages of Changes Scale* » Tracey & Kokotovic (1989). En général, l'analyse de la structure factorielle de ces instruments fait ressortir les mêmes composantes soit :

- 1) l'attachement ou l'engagement affectif du client envers son thérapeute;
- 2) la capacité du client à travailler efficacement en fonction des objectifs de la thérapie;
- 3) la compréhension empathique et l'implication du thérapeute;
- 4) l'accord entre client et thérapeute sur les objectifs et les tâches de la thérapie.

Gaston (1990) considère que ces quatre dimensions sont complémentaires et qu'elles ne sont pas opposées les unes aux autres. Bien que ces facteurs aient été identifiés comme des composantes de l'alliance thérapeutique, les recherches ne précisent pas le poids relatif de chacune de ces composantes par rapport aux autres. Ces composantes se retrouvent dans

l'alliance thérapeutique, et cette dernière doit s'établir dans un contexte volontaire/égalitaire ou dans un contexte d'autorité/prise en charge.

Alors que dans l'approche médicale, il arrive souvent qu'un thérapeute « expert » préconise une « prise en charge » du patient et qu'il décide seul des objectifs et des tâches du traitement, les approches psychothérapeutiques contemporaines considèrent généralement que l'alliance thérapeutique est basée sur des rapports de collaboration où le patient demeure responsable de lui-même (et non pas « pris en charge » totalement) (Miller et al., 1997). Dans ces approches égalitaires, le client est davantage impliqué dans la définition des objectifs et sa propre « théorie du changement » est mise à contribution. Pour Miller et al. (1997), le client est au centre de l'intervention, et c'est lui qui détermine les stratégies de changement. L'intervention doit alors permettre de découvrir les cadres de référence du client. Et c'est en grande partie sur ces cadres de référence que se basera l'intervenant pour comprendre la personne, l'aider à définir ses objectifs et lui redonner confiance en ses capacités. Berg (1996) insiste lui aussi sur l'importance de reconnaître la vision du monde du client, son système de croyance et de références dans le processus d'intervention. L'auteur propose un modèle de l'alliance qui se base principalement sur l'expérience du client afin d'identifier avec lui des solutions qui lui sont adaptées. Par la validation des succès antérieurs et actuels du client, l'intervenant encourage celui-ci à utiliser ses ressources personnelles et environnementales dans la résolution de ses difficultés. Le modèle de Berg souligne l'importance de la collaboration entre le client et l'intervenant, tous deux mis à contribution dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. À la différence des modèles centrés sur l'individu et sur le concept de résistance, celui de Berg définit l'alliance par rapport à la négociation, la collaboration et aux échanges entre l'intervenant et le client.

Dans les Centres jeunesse, le contexte d'intervention se fait fréquemment en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (77%) et en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (17%) (CJM, 2005). Ces deux lois imposent un accompagnement et une prise en charge des jeunes par des « spécialistes ». Le cadre d'intervention, dans les Centres jeunesse, se fait donc dans un contexte d'autorité et de prise en charge « experte » plutôt que dans des rapports de collaboration égalitaire. La Loi sur le système de santé et les services sociaux permet une prise en charge volontaire mais,

en 2005, seulement 6% des services dispensés par le Centre jeunesse de Montréal l'ont été en vertu de cette loi (CJM, 2005).

Autre signe des temps, les travaux sur l'alliance thérapeutique ne sont plus uniquement réalisés par des auteurs d'orientation psychodynamique ou d'approche humaniste « centrée sur le client ». En effet, ce concept est de plus en plus étudié et reconnu par l'approche cognitive-comportementale, qui le définira en fonction de ses propres stratégies d'intervention. Par exemple, les tenants de cette approche percevront l'alliance comme un moyen d'augmenter la valeur des renforcements proposés par le thérapeute et le pouvoir d'influencer les comportements du client (Bonta, 1995).

Si la notion d'alliance thérapeutique prend autant d'importance depuis quelques années c'est notamment en raison de sa capacité supposée à prédire le succès d'une thérapie (Baillargeon, Leduc et Côté, 2003). La méta-analyse la plus souvent citée sur cette question est celle d'Horvath et Symonds (1991), qui posait ainsi le problème : Quelle est la force de la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie? Différentes études ont été incluses dans la méta-analyse en fonction des critères suivants : (a) l'un des construits relationnels mesurés identifié par les auteurs était soit « l'alliance de travail », « l'alliance d'aide » ou « l'alliance thérapeutique » ; (b) la recherche rapportait une relation quantifiable entre l'alliance et des résultats d'intervention et (c) les études analysées portaient sur des échantillons de cinq sujets ou plus; et enfin, (d) la recherche s'intéressait à un traitement individuel (par rapport aux thérapies de groupe ou familiale). Vingt-quatre études ont rencontré ces critères. Les tailles de l'effet pour toutes les données ont été combinées et une taille de l'effet pondérée a été calculée (résumant la force de la relation entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie). La taille de l'effet combinée se chiffre à 0,26, ce qui signifie qu'elle est modérée, mais elle est très significative ($p < ,001$).

Par ailleurs, une des plus vastes recensions systématiques des écrits faites sur les facteurs prédictifs des résultats de la psychothérapie est celle de Orlinsky, Grawes et Parks (1994). Dans ce texte, les auteurs s'intéressent à la relation entre l'approche psychothérapeutique (ou les mesures spécifiques du processus thérapeutique) et les résultats cliniques. Les critères d'inclusion des études sont les suivants : (a) porter sur des traitements clairement définis, (b) comporter des variables mesurées quantitativement (c) se prêter à

l'observation de relations entre le processus et les résultats obtenus. Les auteurs rapportent 2354 observations portant sur la relation entre le procédé thérapeutique et les résultats cliniques. Par rapport à l'alliance thérapeutique, Orlinsky et al. (1994) listent 132 résultats de recherche, dont 66% indiquent une corrélation significative entre les résultats du traitement et la qualité du lien thérapeutique ou la cohésion entre l'intervenant et le client.

Plus récemment, Martin, Garske et Davis (2000) ont effectué une méta-analyse similaire à celle d'Horvath et Symonds (1991), regroupant cette fois 79 études. La taille de l'effet combinée obtenue (0,22) est d'une ampleur modérée et statistiquement significative ($p < 0,05$).

1.3.1 Alliance thérapeutique, approche psychoéducatrice et « moyens de mise en relation »

L'approche psychoéducatrice telle que conçue par Gendreau est une des pierres d'assise de l'intervention dans les unités d'internat des Centres jeunesse du Québec. Cette approche préconise l'utilisation du milieu de vie d'un jeune aux prises avec des difficultés d'adaptation, l'accompagnement et le soutien de ce jeune dans sa démarche vers un meilleur équilibre. Elle conçoit le jeune dans sa globalité, comme un être qui se développe, ses capacités propres interagissant avec les possibilités d'expérimentation offertes par l'environnement. L'intervention psychoéducatrice qui en découle tend à favoriser des interactions appropriées entre le jeune et son milieu et à permettre au premier de retrouver un équilibre dynamique entre ses capacités et son environnement. Or, Gendreau (2001) souligne toute l'importance du lien de confiance, une dimension de l'alliance thérapeutique, pour assurer la qualité du cheminement d'un adolescent vers sa réadaptation.

Dans cette perspective, le milieu de vie du jeune (qu'il s'agisse de son milieu naturel ou d'un milieu spécialisé) est conçu comme un système global et dynamique, c'est-à-dire comme un ensemble de composantes qui interagissent entre elles. L'éducateur vise à utiliser (niveau des résultats), organiser (niveau de la structure) et animer (niveau fonctionnel) ce milieu de vie pour favoriser un meilleur équilibre chez le jeune. Il cherche à ce que le jeune s'engage activement dans sa démarche de réadaptation et en atteigne les objectifs. L'intervention psychoéducatrice repose donc sur une interaction entre un jeune qui doit s'engager dans une démarche de réadaptation et un éducateur qui construit une

relation avec lui. Cette interaction entre le jeune et un éducateur s'installe dans un milieu où se trouvent aussi un groupe de jeunes et d'adultes. L'interaction entre un jeune et un éducateur est donc toujours imbriquée à la dynamique plus globale du milieu. .

La relation entre le jeune et l'éducateur se crée par ce qui est appelé le « vécu éducatif partagé », une expression qui englobe non seulement les attitudes de considération et de disponibilité de l'éducateur, mais aussi des interactions quotidiennes centrées sur les repas, le repos, la participation à des activités communes, la présence de qualité, l'accueil et l'accompagnement du jeune.

Pour Gendreau, l'éducateur ne se contente pas d'être spectateur de la vie du jeune. En l'accompagnant au quotidien et en mettant en place des activités thématiques, il cherche plutôt à mettre le jeune en relation avec des éléments du réel et « avec lui-même », c'est-à-dire de l'amener à découvrir des liens entre ses comportements et les réactions du monde extérieur. De manière plus spécifique, il s'agit d'amener le jeune à être attentif à la réalité quotidienne et à ce qui se passe à l'intérieur de lui-même : ses émotions et ses sentiments. Il est attendu que cette prise de conscience suscitera des changements qui s'articuleront autour d'objectifs négociés dans le plan d'intervention. Or, cette prise de conscience du jeune n'est possible que s'il a pu établir une alliance de travail, un lien significatif avec l'éducateur. Si les moyens de mise en relation sont le moteur du changement dans l'approche psychoéducative, ce lien significatif en est la courroie de transmission car sans cette dernière, l'accompagnement devient impossible et les moyens de mise en relation ne trouvent pas leur efficacité. En somme, dans l'approche psychoéducative de Gendreau, le lien significatif, dimension de l'alliance thérapeutique, est fondamentale car c'est sur elle que l'éducateur se base pour aider le jeune à atteindre, à partir des composantes du milieu, les objectifs thérapeutiques qui ont été fixés dans un plan d'intervention.

Le programme d'arrêt d'agir « hors service » représente une intervention en contexte de rupture d'alliance thérapeutique car elle suppose que, dans le milieu de vie, les autres moyens pour « arrêter l'agir » se sont avérés inefficaces. Si une intervention en dehors du milieu de vie doit être envisagée, c'est probablement parce que les « moyens de mise en relation » ont été vains et qu'il y a momentanément une incompatibilité entre ce qui est demandé par le milieu et ce qui est fait par le jeune.

1.3.2 Le concept de rupture

La population admise aux Centres jeunesse est généralement soumise à des interventions en contexte d'autorité. Ainsi, en 2004-2005, 96,6% des jeunes inscrits aux Centres jeunesse l'étaient en vertu Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents ou en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. En vertu de cette dernière loi, 53% des orientations ont été ordonnées par un juge (CJM, 2005).

Par ailleurs, une recherche réalisée par Leblanc, Girard, Kaspi, Lanctôt et Langelier (1995) établit qu'à l'inventaire de personnalité Jesness, les adolescents judiciairisés manifestent davantage de méfiance et d'éloignement dans leurs interactions avec les autres et plus particulièrement avec les personnes représentant l'autorité, que les adolescents conventionnels. On peut en déduire que ces traits peuvent influencer les résultats des interventions psychoéducatives effectuées et la qualité de l'alliance thérapeutique entre le jeune et son intervenant. Bref, le contexte d'autorité propre aux Centres jeunesse et les traits présentés par sa clientèle rendent inévitables les ruptures d'alliance thérapeutique entre le jeune et les intervenants (Baillargeon, Leduc, Côté, 2003).

Safran, Crocker, McMain et Murray (1990) soutiennent que les thérapies comportant des ruptures d'alliance sont plus efficaces que les thérapies qui n'en comportent pas... à condition bien entendu que l'alliance soit éventuellement restaurée. Selon Pinsof et Catherall (1995), l'alliance est un phénomène dynamique qui diffère d'un système thérapeutique à l'autre. Différents intervenants établissent différents types de relations avec des patients qui sont pourtant semblables sous plusieurs caractéristiques. L'alliance change aussi au cours de l'intervention. En effet, elle évolue en fonction des phases de l'intervention, en devenant habituellement plus intense. Une rupture d'alliance entre le patient et le thérapeute peut se produire à n'importe quel moment, qu'il s'agisse d'un désaccord sur les objectifs, les tâches ou d'un problème associé à la qualité du lien. Si une telle rupture vient briser la bonne entente, elle crée aussi un moment décisif dans la relation entre le patient et le thérapeute.

Les ruptures de l'alliance peuvent provoquer une fin prématurée de l'intervention. En effet, plusieurs raisons font qu'elles peuvent devenir irréparables (Baillargeon, Leduc et Côté, 2003). Certains patients peuvent être trop narcissiquement vulnérables pour gérer les

déceptions ou frustrations inhérentes à l'intervention, ce qui peut les conduire à rejeter leur traitement. D'autres fois, c'est la réponse du thérapeute au conflit qui peut ne pas être suffisamment empathique au patient et, de ce fait, augmenter le bris et mettre en péril le traitement. En dernier lieu, une erreur du thérapeute peut être tellement manifeste et troublante que l'interruption du patient devient une réponse saine et adaptative face à des comportements non éthiques, non professionnels ou incompétents (Safran, 1990). L'auteur conclut que les ruptures de l'alliance engendrent des conséquences négatives pour la thérapie, à moins qu'elles ne soient réparées. Lorsqu'une telle réparation est possible, cela peut au contraire solidifier le lien thérapeutique et, éventuellement, permettre des gains plus significatifs.

Safran et Muran (2000) identifient deux types de rupture d'alliance thérapeutique : la rupture de retrait et la rupture de confrontation. Dans les ruptures de retrait, le patient se retire ou se désengage partiellement du lien avec le thérapeute, de ses propres émotions ou de certains aspects du processus thérapeutique. Dans certains cas, le patient éprouve des difficultés à exprimer ses préoccupations ou ses besoins dans la relation. Par exemple, un patient peut n'exprimer qu'indirectement ses préoccupations ou il peut les atténuer. Dans d'autres cas, le patient peut se soumettre ou s'accommoder d'une façon tellement subtile aux désirs qu'il perçoit chez son thérapeute que celui-ci peut avoir de la difficulté à le reconnaître. Dans les ruptures de confrontation, le patient exprime directement de la colère, du ressentiment ou de l'insatisfaction par rapport au thérapeute ou à certains aspects de la thérapie. Par exemple, un patient qui éprouve depuis longtemps la frustration de ne pas être supporté ou pris en charge peut avoir tendance à percevoir le thérapeute comme une personne qui va (de nouveau) le décevoir. Il peut entrer ainsi dans la relation thérapeutique avec un « réservoir » de déception et de rage attendant d'être attisé par certaines erreurs et limites qui apparaîtront tôt ou tard dans l'intervention. Quand les ruptures de confrontations se produisent, il peut être difficile, sinon impossible, pour le thérapeute de répondre aux critiques d'une façon qui ne soit pas défensive. Or, par ce moyen, le patient obtient la « réponse attendue » de l'autre. Il est tout à fait fréquent, dans ces situations conflictuelles, que les interprétations du thérapeute communiquent subtilement des messages de blâme et de dépréciation au patient ou qu'elles véhiculent simultanément des messages d'aide et de critique (Baillargeon, Leduc et Côté 2003).

Le tableau I contient quelques exemples de marqueurs de ruptures de confrontation ou de retrait (Safran et Muran, 2000). Généralement, un discours ou une action du patient vient signaler le début d'une rupture.

Tableau I : Exemples de marqueurs de ruptures

Retrait	Confrontation
Déni (ex : un patient nie un état émotionnel qui était manifestement évident)	Critique envers le thérapeute en tant que personne (ex : attaque personnelle envers le thérapeute)
Réponse minimale (ex : un patient répond avec de courtes réponses à des questions ouvertes et exploratoires)	Critique envers le thérapeute en tant que professionnel (ex : met en doute la compétence de l'intervenant)
Changer de sujet (ex : un patient explore une problématique et change abruptement de sujet, abordant un thème non relié ou n'ayant qu'un lien ténu)	Critique envers les activités inhérentes à la thérapie (ex : un patient devient irrité à propos de certaines activités de thérapie qu'il ne veut pas faire)
Intellectualisation (ex : un patient parle d'une expérience douloureuse d'une façon détachée et intellectualisée)	Critique envers le fait d'être en thérapie (ex : le patient se demande ouvertement ce qu'il fait en thérapie)
Récit d'histoires (ex : un patient tisse de longues histoires, encombrées de détails ou d'anecdotes pour expliquer une expérience)	Critique envers les paramètres de la thérapie (ex : un patient se plaint à propos de l'horaire ou du cadre thérapeutique)
Parler des autres (ex : un patient prend beaucoup de temps pour parler des autres et de ce qu'ils font alors qu'il devrait parler de lui)	Critique envers les progrès attribués à la thérapie (ex : un patient se plaint à propos d'un manque significatif de gain en traitement)

Pour compléter ce tableau, il y a tout d'abord lieu de souligner que les marqueurs de retrait et de confrontation indiquent une réaction aux interventions du thérapeute. Les marqueurs de retrait se rapprochent beaucoup de la notion de « résistance au changement » comme la décrivent Ionescu, Jacquet et Lhote (1997). Ces résistances peuvent être motivées par différentes raisons comme, par exemple, le désir de préserver son équilibre psychique individuel ou encore de se protéger du milieu extérieur. Quant aux ruptures de

confrontation, elles sont des agissements directement observables, qui entrent en conflit avec le cadre même de la thérapie et en menacent la continuité. Pour travailler sur ces résistances, le thérapeute doit travailler avec le désir de changement du patient, sa capacité à faire confiance, son sentiment d'être compris par le thérapeute, sa capacité d'auto-observation, sa capacité d'échange interpersonnel et sa tolérance à la confrontation (Ionescu, Jacquet et Lhote, 1997).

Ensuite, il faut indiquer que, les ruptures de retrait et de confrontation reflètent différentes façons, pour le patient, de faire face à la tension qui s'installe entre des besoins d'individuation et d'autres, opposés, de relation avec autrui. Dans les ruptures de retrait, les patients protègent la relation au prix de leur besoin d'individuation ou de définition de soi. Dans les ruptures de confrontation, les patients favorisent le besoin d'individuation ou de définition de soi au détriment du besoin de la relation. Différents patients ont probablement une prédominance pour un style de rupture plutôt qu'un autre, cette prédominance reflétant différents styles d'adaptation. Il n'en demeure pas moins que les deux types de rupture (retrait et confrontation) peuvent émerger pendant le traitement (Baillargeon, Leduc et Côté 2003).

Dumaine et Baillargeon (2002) ont identifié quatre classes de ruptures dites « atypiques » et pouvant survenir lors d'interventions dans les Centres jeunesse, soit : i) la manœuvre d'évitement, ii) l'expression indirecte de sentiments négatifs ou d'hostilité, iii) la complaisance et iv) les comportements rehaussant l'estime de soi. Dans la manœuvre d'évitement, le client cherche à réduire l'anxiété associée à une rupture d'alliance et peut alors: ne pas répondre aux interventions de l'intervenant, devenir imprécis ou confus suite aux interventions de l'intervenant ou complètement ignorer ses remarques. L'expression indirecte de sentiments négatifs ou d'hostilité se remarque habituellement par du sarcasme, des attitudes non verbales ou des comportements passif-agressifs. Avec complaisance, le client peut acquiescer, plutôt que de prendre le risque de brouiller la relation avec l'intervenant. La complaisance se remarque aussi lorsqu'il y a un accord précipité avec l'intervenant et ce, sans raison apparente. Finalement, les comportements rehaussant l'estime de soi se caractérisent par des commentaires d'autojustification ou de valorisation de soi. Un client peut alors essayer de se justifier, de se défendre ou de présenter des images positives de lui-même à l'intervenant.

Une fois que les ruptures de l'alliance thérapeutique sont bien identifiées, il est important de savoir quoi faire pour protéger la suite du traitement. Selon Safran, McMain et Murray (1990), cinq principes guident le processus d'identification et de restauration des ruptures d'alliance :

- 1- Porter attention aux ruptures dans l'alliance : Cette étape est cruciale dans la mesure où le processus de restauration ne peut commencer tant que la rupture n'a pas été notée. Puisque les clients sont souvent hésitants à communiquer leurs sentiments négatifs directement, cette première étape peut être problématique (ex : lorsqu'il y a prédominance des attitudes de retrait).
- 2- Être conscient de ses propres sentiments : La conscience qu'a l'intervenant de ses propres sentiments est importante. En effet, les sentiments de l'intervenant servent de baromètre pour évaluer la qualité de la relation de façon continue. Si le client se sent suffisamment en sécurité pour permettre à l'intervenant d'entrer dans son monde intérieur, l'intervenant devrait éprouver un sentiment d'empathie pour lui (Safran et Segal, 1990). L'absence d'une telle expérience peut indiquer la présence d'une rupture de l'alliance. Deuxièmement, les sentiments de l'intervenant donnent des informations importantes qui peuvent être impliquées dans des processus de « méta communication » avec le patient (exemple : réaction inconsciente à des signaux non verbaux). Troisièmement, l'identification précise de ses propres sentiments est une partie importante du processus d'acceptation de ses responsabilités dans l'intervention. Si l'intervenant est incapable d'identifier ses propres sentiments avec précision, son action risque d'être biaisée par des facteurs contre-transférentiels et inconscients.
- 3- Accepter sa part de responsabilités : Il est important que l'intervenant admette sa part de responsabilités dans l'interaction problématique parce que, lorsqu'il y a une rupture de l'alliance thérapeutique, le client et l'intervenant se campent souvent dans une position où chacun essaie de convaincre l'autre de son interprétation. Un intervenant et un client peuvent ainsi s'engager dans une lutte pour décider d'un sujet de discussion. Si l'intervenant s'inclut dans l'analyse des interactions et reconnaît sa part de responsabilités, le client pourra plus facilement concevoir le processus d'exploration comme une activité de collaboration. Selon Safran, McMain et Murray (1990), la situation aura plus de chances de passer d'une dynamique de confrontation à une dynamique de partenariat. Parler de la rupture

comme « de notre problème » plutôt que « de votre problème » permet de commencer à développer une certaine connivence. Dans certaines situations, même si l'intervenant reconnaît son rôle dans l'interaction, lorsqu'il commence à faire des commentaires sur le rôle du client, celui-ci peut se sentir critiqué, blâmé et continuer à se protéger. Dans ce cas, il est important que l'intervenant cesse de faire des commentaires sur la contribution du client dans l'interaction. Le simple fait que le thérapeute accepte sa responsabilité dans l'interaction problématique peut libérer le client et lui permettre d'explorer son propre rôle dans l'interaction. En effet, si l'intervenant est capable de clarifier son rôle dans l'interaction, le client peut commencer à comprendre et à accepter ses propres réactions. Ceci peut donc faciliter un début d'exploration de sa contribution à l'interaction. L'acceptation par l'intervenant de sa contribution à l'interaction dans cette situation permet d'amorcer le processus d'exploration de soi et, éventuellement, de restaurer la rupture de l'alliance.

- 4- Manifester de l'empathie pour l'expérience du client : En plus de reconnaître sa part de responsabilités dans l'interaction, il peut être utile que l'intervenant manifeste au client une compréhension empathique de la situation. Si l'intervenant est capable de manifester, de façon adéquate, de l'empathie pour l'expérience du client pendant une rupture de l'alliance, le client peut trouver plus facile de commencer à explorer ce qu'il vit lui-même dans cette interaction. Une réponse empathique adéquate peut aussi aider le client à reconnaître ses propres sentiments, s'il n'en est pas toujours pleinement conscient. Bien que la manifestation d'une compréhension empathique de l'expérience du client facilite souvent le processus de restauration, il importe d'ajouter que, dans certains cas, elle peut nuire à sa résolution. Cette situation peut se produire par exemple lorsque le client, plus susceptible au plan narcissique, se sent traité avec condescendance.
- 5- Maintenir une position d'observateur participant : Quand l'intervenant commence à parler de la relation intervenant/client, il est essentiel qu'il maintienne sa position d'observateur participant. En effet, les intervenants deviennent souvent prisonniers d'un cycle interpersonnel dysfonctionnel après avoir amorcé un échange sur leur relation avec le client. Par exemple, si le client est plutôt fermé et hésitant à partager son expérience avec l'intervenant, il peut arriver que les efforts d'exploration du thérapeute ne fassent qu'accroître cette fermeture. En somme,

lorsque l'intervenant intensifie ses efforts pour que le client s'ouvre, celui-ci peut se retirer encore plus.

L'importance de l'alliance thérapeutique dans l'intervention est également à souligner puisqu'elle représente un facteur contribuant directement aux gains thérapeutiques. Les résultats de l'étude de Florsheim et al. (2000) suggèrent que les jeunes délinquants qui développent et maintiennent une alliance thérapeutique positive avec les intervenants, après trois mois dans un traitement, font probablement plus de gains thérapeutiques et qu'ils récidivent moins dans l'année suivant le placement. L'alliance thérapeutique est un gage de changements aussi bien pour les jeunes qui présentent des comportements intériorisés qu'extériorisés. Inversement, l'absence d'une telle alliance augmente la probabilité que les progrès soient lents ou que des échecs puissent se produire. Comme l'alliance thérapeutique est un bon prédicateur du succès d'une intervention, il convient de mieux la connaître et de pouvoir mieux reconnaître ses bris ou ses ruptures.

1.4 Ampleur du recours au programme d'arrêt d'agir et intérêt de l'étude

Il a été vu jusqu'à maintenant que le programme d'arrêt d'agir poursuit de façon concurrente trois buts : arrêter le passage à l'acte, favoriser la mentalisation/réflexion et rétablir l'alliance thérapeutique entre le jeune et son éducateur. Pour parvenir à ces trois objectifs, le jeune placé en programme d'arrêt d'agir est retiré de son unité de vie et transféré dans un milieu peu stimulant. La majorité de ses activités consiste alors à produire des réflexions écrites et à assister à des rencontres avec son éducateur.

Dans une étude visant à investiguer la condition des jeunes qui faisaient un séjour dans une unité d'arrêt d'agir, Laframboise, Brockman et Arbour (2003) ont constaté qu'entre la mi-octobre et la mi-décembre 2002, sur 1129 jeunes placés, 114 jeunes filles et 102 garçons ont été admis dans un programme d'arrêt d'agir (total = 226 jeunes ou 20%). Selon M. Fafard³, chef de l'unité d'arrêt d'agir Le Goéland, en 2004, l'unité a accueilli un peu plus de 700 jeunes sur une population dont la taille est estimée à 4500 jeunes (donc 15%, CJM, 2004). Certains d'entre eux reviendraient à plus d'une reprise. Ces chiffres, somme toute

³ Communication personnelle, juin 2004

assez élevés, contrastent avec le caractère supposément « exceptionnel » du programme d'arrêt d'agir (selon ses concepteurs (CJM, 1998)).

Il apparaît donc intéressant de se pencher sur le processus de référence vers ce programme, sur la durée des séjours qui y sont faits, de même que sur les représentations et les perceptions qu'en ont les éducateurs qui y réfèrent des jeunes. Le chef de l'unité d'arrêt d'agir « Le Goéland » collige annuellement un certain nombre de renseignements relatifs à toutes les références vers le programme. Ces renseignements sont recueillis de manière systématique mais restent de nature assez administrative (âge, motifs, nom de l'unité, etc.). Il importera donc de les compléter par un questionnaire investiguant des facteurs plus cliniques (ex: manifestations de résistance, historique des mesures antérieures, etc.). Les éducateurs entretiennent une relation étroite avec les jeunes qu'ils réfèrent vers le programme d'arrêt d'agir et ils possèdent une bonne connaissance des outils d'interventions mis à leur disposition par le réseau des Centres jeunesse. Par conséquent, ils constituent des personnes-ressources aptes à porter un regard sur le programme d'arrêt d'agir, la durée des séjours et sur la façon dont ce programme vient s'inscrire dans le continuum des interventions offertes. Les éducateurs réfèrent seront donc interrogés en entretien semi directif dans le but de mieux comprendre le processus décisionnel amenant un jeune à être référé au programme d'arrêt d'agir.

CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectifs de la recherche

Ce mémoire cherche à connaître la manière dont les éducateurs en Centre jeunesse se réfèrent au programme d'arrêt d'agir dans leur pratique professionnelle, plus précisément dans la prise en charge des adolescents placés (i.e. motifs de référence, nombre de références pour un même jeune sur une base annuelle, durée des séjours). Il vise aussi à comprendre et décrire le point de vue des éducateurs sur ce programme (i.e. ses objectifs, son déroulement, son effet). De façon plus spécifique, il est visé de :

1. Décrire les motifs de référence et les caractéristiques de la clientèle du programme d'arrêt d'agir;
2. Analyser les facteurs qui sont associés au fait qu'un jeune fasse soit des séjours répétés, soit des séjours plus longs au programme d'arrêt d'agir;
3. Comprendre le processus décisionnel qui mène les intervenants à orienter un jeune vers le programme d'arrêt d'agir du Centre jeunesse de Montréal et ce, par rapport :
 - a. à la nature, l'intensité et la fréquence des symptômes de crise perçus par l'éducateur ou l'équipe;
 - b. aux mesures utilisées jusqu'au moment de la référence en arrêt d'agir;
 - c. la décision proprement dite de référer;
 - d. aux objectifs et résultats attendus du programme.
4. Cerner les représentations qu'ont les intervenants du programme d'arrêt d'agir par rapport :
 - a. La durée du séjour (minimale, optimale, maximale)
 - b. L'efficacité de la mesure et ses « ingrédients actifs » ;
5. Comparer les pratiques réelles au cadre de référence définissant le programme d'arrêt d'agir.

2.2 Méthodologie

Dans le but de recueillir et d'analyser les données pertinentes à l'atteinte des objectifs de cette recherche, une méthodologie mixte a été utilisée.

Tout d'abord, un portrait de la clientèle et des motifs conduisant à l'arrêt d'agir a été dressé à l'aide i) d'une base de données institutionnelle et ii) d'un questionnaire structuré regroupant près d'une centaine d'items, certains étant obligatoires et d'autres facultatifs (i.e. que l'intervenant ne s'y arrête que si sa réponse à l'un des items obligatoires est un « oui »). Ces deux volets quantitatifs ont généré des statistiques descriptives qui ont permis de répondre aux questions « qui sont les jeunes qui se retrouvent dans le programme d'arrêt d'agir » et « pourquoi y sont-ils référés ». Une méthodologie qualitative (entrevues semi-dirigées) a été utilisée dans un troisième temps afin de mieux comprendre les processus sous-jacents à la décision de référer un jeune en arrêt d'agir, ainsi que les représentations que se font les intervenants de ce programme. Ce volet a permis de répondre aux questions : « Comment un intervenant décide-t-il d'envoyer un jeune en arrêt d'agir? » et « Quels sont, à ses yeux, les objectifs, déroulement et effets de ce programme? ». La méthodologie qualitative permet de « rendre compte du point de vue des acteurs sociaux et d'en tenir compte pour comprendre et interpréter leurs réalités » (Poupart, 1997, p.175). Elle offre aussi la possibilité d'entretenir un contact privilégié avec le terrain, lequel pourrait être la source de questions nouvelles (Deslauriers et Kérisit, 1997).

Ajoutons que la présente recherche est de nature exploratoire, car il y a peu d'informations relatives à l'utilisation du programme d'arrêt d'agir auprès des adolescents placés en centre de réadaptation. De plus, les quelques données disponibles ne nous apprennent rien sur le point de vue des intervenants qui réfèrent des jeunes à ce programme.

2.3 Le choix du terrain

L'étude a été effectuée à partir de l'unité d'arrêt d'agir pour garçons Le Goéland du Centre jeunesse de Montréal. En effet, pour des raisons administratives, il nous fut impossible d'avoir accès à l'unité d'arrêt d'agir pour filles. Nous nous sommes intéressés aux jeunes qui sont placés en ressource d'hébergement (foyer de groupe ou milieu globalisant) et, donc, qui ont un éducateur de référence travaillant dans ce type de ressource⁴. Le Centre jeunesse de Montréal établit les distinctions suivantes entre un foyer de groupe et un milieu globalisant :

1) Le foyer de groupe est indiqué :

- a. Pour répondre aux besoins du jeune qui sont non satisfaits dans son milieu naturel et lorsqu'un accompagnement intensif est requis de façon continue;
- b. Lorsque l'impact des difficultés *peut* être résorbé à court terme : i.e. que l'exclusion sociale de l'adolescent n'est pas irréversible si les moyens appropriés sont rendus accessibles;
- c. Lorsque les parents et les intervenants du milieu, avec l'appui des éducateurs, *peuvent et veulent* continuer à aider le jeune.

2) Le placement en milieu globalisant est indiqué :

- a. Pour répondre aux besoins du jeune qui sont non satisfaits dans son milieu naturel et lorsqu'un accompagnement intensif est requis de façon continue;
- b. Lorsque l'impact des difficultés *ne peut* être résorbé à court terme : i.e. que l'exclusion sociale dans plusieurs sphères de la vie de l'adolescent est « prononcée »;
- c. Lorsque les parents et les intervenants du milieu *ne peuvent* (même avec l'appui des éducateurs) temporairement continuer à aider le jeune : le nombre de besoins non satisfaits et l'impact des difficultés sont trop importants;
- d. Lorsque sont disponibles, sur le site du placement, des services permettant à l'adolescent de poursuivre son développement (ex : services scolaires, services

⁴ Il est à signaler que le programme d'arrêt d'agir n'est pas accessible aux jeunes placés en milieu d'encadrement intensif.

d'apprentissage des habitudes de travail, loisirs). (Source : Centres jeunesse de Montréal, 1997)

2.4 Procédures

2.4.1. Données institutionnelles décrivant les 735 références faites au programme d'arrêt d'agir en 2004

Une base de données compilée par le chef de service de l'unité Le Goéland a été fournie. Cette base de données contient quelques renseignements sur tous les jeunes référés au programme d'arrêt d'agir en 2004, soit : leur date de naissance, leur milieu de provenance, le motif de référence et la durée de leur séjour. L'analyse de cette base de données avait pour objectifs de dresser un portrait de la clientèle, des motifs de référence et des facteurs associés à des séjours répétés ou des séjours plus longs (objectifs 1 et 2).

2.4.2 Échantillon plus restreint de 50 jeunes et d'éducateurs pour le volet quantitatif

Un échantillon plus restreint de 50 jeunes et de leurs 50 éducateurs répondants a été constitué. Dans un premier temps, les jeunes ont été sélectionnés de façon aléatoire : un jeune sur deux admis au Goéland étant sollicité. Par la suite, le consentement écrit du jeune a été obtenu et son éducateur d'accompagnement a été rejoint. Le seul critère utilisé dans la sélection du jeune était le fait d'être actuellement hébergé, soit en foyer de groupe, soit en milieu globalisant. Le seul critère utilisé dans la sélection de l'éducateur était le fait d'avoir une connaissance suffisante du jeune et de son fonctionnement. De façon plus précise, l'éducateur devait avoir suivi le jeune depuis plus de 3 mois. La taille modeste de l'échantillon s'explique par la grande difficulté de recrutement des jeunes et des éducateurs participants. Les jeunes admis dans le programme d'arrêt d'agir furent abordés à la fin de leur séjour. Certains ont refusé de collaborer à l'étude, manifestant peu d'enthousiasme à s'impliquer dans une recherche. De leur côté, plusieurs éducateurs se sont dits débordés et ne pas avoir le temps de participer à des études. Il se peut également que le fait de participer à une entrevue portant sur des pratiques d'intervention restrictives de liberté ait été perçu comme menaçant par certains

éducateurs. Quoiqu'il en soit, le taux de refus s'élève à 44 %. Il a donc fallu solliciter 89 éducateurs pour en recruter 50.

Les éducateurs ayant accepté de participer ont, par la suite, rempli un questionnaire intitulé « Aspects décisionnels du recours à l'arrêt d'agir dans l'intervention auprès d'adolescents placés dans les Centres jeunesse ». L'objectif de ce questionnaire était de comprendre plus finement les motifs de référence au programme d'arrêt d'agir et les facteurs associés à des séjours plus longs (objectifs 1 et 2).

2.4.3 Échantillon plus restreint de 16 éducateurs pour le volet qualitatif

Dans le questionnaire, suivant la page de présentation de la recherche, l'intervenant devait répondre à une question lui demandant s'il acceptait qu'on communique avec lui pour un entretien d'environ 45 minutes portant sur le programme. Les éducateurs ayant accepté l'entretien ont été contactés et un rendez-vous a été fixé. Seize de ces entretiens ont été complétés auprès d'éducateurs ayant suivi un adolescent référé au programme. De ce nombre, treize entrevues furent enregistrées dans le but de les soumettre à un dépouillement rigoureux et une analyse de contenu détaillée. Les trois entrevues restantes n'ont pas été enregistrées parce que l'éducateur a demandé qu'il en soit ainsi. Des notes furent donc prises au cours et à la fin de ces entretiens. L'objectif de ces entretiens était de mieux comprendre le processus décisionnel menant au programme d'arrêt d'agir et les représentations qu'ont les intervenants de la durée optimale et de l'efficacité de ce programme (objectifs 3 et 4).

Étant donné le caractère délicat de la recherche (pratiques d'interventions et mesures privatives de liberté), nous ne pouvions entrer en contact avec les éducateurs n'importe comment et sans préparation. Nous avons accordé de l'importance au fait de bien nous identifier (nom et fonction), de présenter le sujet de la recherche de façon succincte et en des mots simples et d'assurer la confidentialité des propos en garantissant qu'ils ne seraient pas rapportés d'une manière telle que la source pourrait être identifiée. Inspiré par ces principes généraux, lorsque les répondants potentiels furent rejoints par téléphone, nous leur disions :

« Bonjour, mon nom est François Bergeron. Je suis étudiant de maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal et je fais une recherche sur l'usage du programme d'arrêt d'agir auprès des adolescents placés en Centre jeunesse. Suite à la référence de (nom du jeune admis au programme), j'aimerais savoir si vous êtes intéressé à répondre à un court questionnaire concernant les motifs de référence. Ce qui y sera écrit demeurera anonyme et confidentiel. »

Si le répondant acceptait de répondre au questionnaire, son adresse professionnelle était notée et le questionnaire lui était envoyé par biais du service de courrier interne du Centre jeunesse. Sur le questionnaire, il était précisé que les données devaient être retournées par courrier interne à l'unité d'arrêt d'agir Le Goéland. L'éducateur était aussi invité à participer à une entrevue semi-dirigée, suivant la complétion du questionnaire. Pour ce volet qualitatif, les principes de confidentialité étaient réitérés.

2.4.4 Instrument

Grille d'orientation vers un programme d'arrêt d'agir (version 3c). Cette grille utilisée pour le volet quantitatif vise à décrire l'ensemble des facteurs pouvant contribuer à la référence au programme d'arrêt d'agir. Sa première section consiste en une fiche signalétique décrivant le jeune. Elle invite le répondant à y indiquer son nom, son statut, le nom du jeune, la date de naissance du jeune et les facteurs de vulnérabilité pouvant contribuer au tableau clinique (maladie physique, trouble mental, autres).

La deuxième section du questionnaire correspond aux comportements manifestés par le jeune et qui peuvent être mis en lien avec la demande d'arrêt d'agir. Ces comportements sont regroupés en fonction des catégories suivantes : fugue, consommation problématique de substance, violence, refus de l'autorité, automutilation, idéations et tentatives suicidaires et conduites sexuelles problématiques. Pour chacun des comportements effectivement présentés, il est demandé de préciser davantage la nature des comportements et leur fréquence, de même que les mesures d'aide et d'encadrement qui ont été mises en place antérieurement pour les

contenir. Par exemple, voici les questions posées quant au comportement de refus de l'autorité :

- 1- Le jeune a commis un/des actes de rébellion au cours du dernier mois (transgression ou incitation des pairs à la transgression)?
- 2- Fréquence approximative des actes de refus de l'autorité ayant nécessité un retrait dans le service de plus d'une heure (dernier mois)?
- 3- Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir?
Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, sinon aller à la section suivante (c'est-à-dire « automutilation »)

Les questions sous-jacentes se présentent comme suit :

- 1- Le jeune incite ses pairs à transgresser les règles ou les valeurs du code de vie?
- 2- Le jeune transgresse lui-même les règles ou les valeurs du code de vie?
- 3- Le jeune incite ses pairs à saboter les activités proposées?
- 4- Le jeune sabote lui-même les activités proposées?
- 5- Le jeune incite ses pairs à comploter pour fuguer?
- 6- Le jeune incite ses pairs à passer à l'acte de manière violente?
- 7- Le jeune est incapable de vivre un retrait dans son milieu?
- 8- Dans quel(s) milieu(x) de vie se manifestent les actes de refus de l'autorité?
- 9- La fréquence des actes de refus de l'autorité du dernier mois comparativement à celle des mois précédents augmente? Elle diminue? Ou elle est stable?
- 10- Le jeune nie les actes de rébellion qu'il pose?
- 11- Le jeune minimise les dangers inhérents à ses actes de rébellion?
- 12- Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées **dans** le milieu d'hébergement actuel*. Si oui, préciser.
- 13- Si oui, quelle est l'attitude du jeune par rapport à ces mesures internes : réceptif et coopératif? Réceptif mais passif? Refus et opposition ouverte? Autre (préciser)? Ne sait pas?
- 14- Si oui, les mesures ont eu un impact positif?

15- Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées **hors** du milieu d'hébergement actuel*. Si oui, préciser.

16- Si oui, quelle est l'attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement : réceptif et coopératif? Réceptif mais passif? Refus et opposition ouverte? Autre (préciser)? Ne sait pas?

17- Si oui, les mesures ont eu un impact positif?

18- Commentaires et recommandations cliniques.

Toutes les questions proposent des choix de réponse, sauf la dernière qui est ouverte. La troisième section de la grille retrace l'historique des mesures imposées antérieurement au jeune (ex : recours à des mesures de « bloc retrait », arrêts d'agir, fouilles ou isolements). On demande d'y indiquer le nombre de fois où l'on a eu recours à chacune de ces mesures en raison des comportements problématiques manifestés au cours des 2 derniers mois. Le répondant doit aussi préciser laquelle, parmi les catégories de comportements évalués dans ce questionnaire (fugue, consommation problématique de substance, violence, refus de l'autorité, automutilation, idéations et tentatives suicidaires et conduites sexuelles problématiques), a le plus souvent motivé le recours à chacune des mesures. La dernière section explore le confort que ressent l'intervenant face à la décision de référer le jeune au programme d'arrêt d'agir. On demande au répondant d'indiquer à quel point il est en accord avec une série de quatre énoncés en encerclant un chiffre entre 1 (fortement en accord) et 5 (fortement en désaccord). Les énoncés s'inspirent de la « *Decision Regret Scale* » d'O'Connor (1995, voir Brehaut, O'Connor, Wood, Hack, Siminoff, Gordon, et al., 2003). Les quatre énoncés se lisent comme suit :

1. C'était la bonne décision;
2. Je regrette la décision qui a été prise;
3. Je ferais la même recommandation si j'avais à le refaire;
4. Le choix a causé du tort (à moi et/ou au jeune et/ou à l'équipe, etc.)

On trouve finalement une question ouverte visant à recueillir les commentaires des répondants quant à la prise de décision.

2.4.5 Plan des entretiens semi-structurés

Suite au retour du questionnaire, si l'intervenant avait manifesté un intérêt pour l'entretien, un deuxième contact était pris pour fixer une rencontre en fonction des disponibilités du répondant. Lors de ce contact téléphonique, une requête d'enregistrement de l'entretien était formulée. Le lieu de l'entretien était choisi par l'interviewé. De fait, les entretiens se sont déroulés dans un bureau, à même le milieu référent. À notre arrivée sur les lieux, nous prenions soin de rappeler aux éducateurs sollicités la nature de la recherche, notre autonomie vis-à-vis de l'administration du Centre jeunesse et, finalement, nous leur demandions à nouveau s'ils avaient une quelconque objection à ce que l'entretien soit enregistré. Sur ce, l'entrevue était lancée par une consigne formulée ainsi : « En tant qu'éducateur, parlez-moi du jeune que vous avez référé en arrêt d'agir et plus particulièrement des facteurs contributifs au tableau clinique actuel du jeune. »

Pour saisir le point de vue et les pratiques des éducateurs en Centre jeunesse, l'entretien de type qualitatif convenait fort bien. Nous avons opté pour l'entretien semi-directif, qui comporte un guide d'entrevue prévoyant un certain nombre de thèmes à traiter. Cependant, il n'y a pas d'ordre précis à suivre. Ce n'est que si l'interviewé n'aborde pas spontanément un ou plusieurs thèmes du schéma que le chercheur doit les lui soumettre. Ce type d'entrevue offre la flexibilité permettant à l'interviewé de livrer sa pensée mais, d'un autre côté, elle propose un cadre pour permettant d'orienter de façon minimale l'entretien. En lien avec les objectifs de recherche, différents aspects ont été prévus dans la grille d'entretien : les facteurs distants et contributifs au tableau clinique présenté par le jeune; les facteurs récents et contributifs au tableau clinique présenté par le jeune; les facteurs immédiats et contributifs au tableau clinique actuel; la décision de recourir à l'arrêt d'agir pour un cas particulier et; la perception générale de l'arrêt d'agir en tant que programme. Les questions étaient formulées de manière ouverte, tel qu'il se doit (Michelat, 1975; Quivy et Van Campenhoudt, 1995). Cette grille est présentée plus en détails à l'annexe 1.

2.5 Stratégies d'analyse quantitative

Tout d'abord, les données fournies par la base de données de la population référée en 2004 ont été saisies dans le logiciel d'analyses statistiques S.P.S.S. Puis, des statistiques descriptives pour l'ensemble général de la population ont été produites afin de tenter de décrire la population de jeunes référés en arrêt d'agir. Ces analyses descriptives, présentées sous forme de tableaux de fréquences, moyennes et écarts types, ont permis de tracer un portrait plus fin des jeunes admis en unité d'arrêt d'agir pour garçon au Centre jeunesse de Montréal et des motifs de référence.

Ensuite, un processus similaire a été effectué pour l'ensemble des 50 questionnaires administrés dans le cadre de la présente recherche. Des statistiques descriptives ont été dégagées pour fins de comparaison avec la population générale. De plus, d'autres statistiques descriptives ont été produites à partir des questions sous-jacentes aux comportements ciblés par le questionnaire, de l'historique des mesures passées et de la perception de l'intervenant quant au choix de la mesure.

Finalement, certaines sous-dimensions ont été mises en lien, à l'aide d'analyse bivariées et multivariées, avec la variable de la durée de l'arrêt d'agir pour tenter de trouver certains prédicteurs de la durée de l'arrêt d'agir.

2.6 Stratégies d'analyse qualitative

Suivant la procédure suggérée par Paillé (1996), une analyse verticale du matériel d'entretien recueilli a été effectuée durant la codification des entretiens. Ainsi, la codification visait à cerner par des mots écrits en marge du verbatim l'essentiel du témoignage livré en demeurant le plus près possible des propos de l'interviewé. Une fois la mise à plat du matériel complétée, l'étape de la catégorisation a débuté. Comme pour la codification, les catégories identifiées ont été inscrites en marge du verbatim. Finalement, il s'agissait d'établir des liens entre les différentes catégories mises de l'avant, mais aussi entre les phénomènes étudiés. Ces trois étapes ont été complétées pour chacun des entretiens. Une analyse horizontale a ensuite

permis de comparer les catégories ressortant de l'ensemble des interviews. Globalement, la méthode d'analyse qui a été retenue est celle de la théorisation ancrée, telle que définie et développée par Glaser et Strauss (1967).

CHAPITRE III :
ANALYSE DES RÉSULTATS QUANTITATIFS

Les résultats seront présentés en deux temps. Nous exposerons tout d'abord les analyses faites à partir d'une base de données comprenant l'ensemble des demandes (n= 735) adressées au programme d'arrêt d'agir du Goéland pour l'année 2004. Suivront celles réalisées à partir d'un échantillon plus petit de 50 jeunes, mais pour lesquels nous disposons d'un plus grand nombre d'informations

3.1 Échantillon de 735 demandes adressées et orientées au programme d'arrêt d'agir du Goéland en 2004

3.1.1 Description des motifs principaux de référence (n = 735):

Le tableau II présente l'ensemble des motifs principaux pour les 735 références vers le programme d'arrêt d'agir pour l'année 2004. D'entrée de jeu, il peut être constaté que le refus de l'autorité est le motif le plus souvent mentionné par les éducateurs de référence (48,4 %). Près de la moitié des références vers l'arrêt d'agir est motivée par des refus de l'autorité. La fugue (17,1 %), les agissements délinquants (11,6 %), la violence physique (10 %) et la violence verbale (9,1) suivent. Les agissements destructeurs envers soi-même ne sont que peu représentés dans les motifs de référence. Les comportements autodestructeurs ne représentent que 0,8 % des références, tandis que les comportements suicidaires ne représentent que 0,1 %. Les agissements sexuels, enfin, ne représentent que 0,3 % des motifs de référence.

Tableau II : Nombre de référence selon le motif

Motif de référence	Nombre de références	%
Refus de l'autorité/ de l'intervention	356	48,4
Fugue	126	17,1
Agissement délinquant	85	11,6
Violence physique	73	10
Violence verbale	67	9,1
Autres comportements inquiétants	19	2,6
Comportements autodestructeurs	6	0,8
Agissement sexuel	2	0,3
Comportements suicidaires	1	0,1
Total	735	100

3.1.2 Opérationnalisation en vue des analyses bivariées et multivariées (n = 735)

Les deux variables *dépendantes* utilisées pour cette partie de l'étude sont: le nombre de séjours dans le programme d'arrêt d'agir pour un même jeune durant un an et la durée du séjour du jeune dans ce programme. Cette durée a été calculée en soustrayant la date d'arrivée du jeune de la date de son départ du programme d'arrêt d'agir. Les variables *indépendantes* sont les suivantes :

- 1- *Âge lors de l'arrêt d'agir*. Cette variable a été calculée à partir de la date de naissance du jeune.
- 2- *Acting versus refus*. Cette variable dichotomique a été construite en compilant les motifs de référence des jeunes en arrêt d'agir. Les codes désignant les refus d'autorité ont été ramenés à la valeur 1 tandis que les autres codes (i.e. violence, fugue, consommation d'alcool ou drogues, agression sexuelle, tentative de suicide, automutilation, menaces) ont été classés sous la valeur 0. Autrement, des passages à l'acte destructeurs ou autodestructeurs variés sont regroupés sous la valeur 0 tandis que les refus de l'autorité, i.e. les moments où le jeune défie plus spécifiquement l'éducateur, sont regroupés sous la valeur 1.
- 3- *Provenance*. Elle désigne le milieu de provenance du jeune. Cette variable a été codifiée de la façon suivante : 0 - foyer de groupe, 1 - milieu globalisant, 2 - famille (d'accueil ou naturelle). Elle est introduite dans les analyses puisqu'il pourrait exister un lien entre la durée du séjour et le milieu de provenance.
- 4- *Fgroup ou Glob*. Il s'agit d'une conversion de la dernière variable («provenance») ici ramenée en variable dichotomique en excluant les jeunes provenant de familles d'accueil ou naturelles. Cette conversion a été effectuée parce que dans l'échantillon de 50 sujets, à partir duquel une deuxième série d'analyses sera effectuée, aucun jeune ne provient d'un milieu familial. C'est donc pour des fins de comparaisons entre nos

deux échantillons (de 735 références et de 50 sujets) que cette variable a été créée. Elle a été codifiée de la façon suivante : 0 - foyer de groupe, 1 - milieu globalisant.

- 5- *Milieu de retour*: La variable mesure si le jeune, après son séjour en milieu d'arrêt d'agir, est retourné dans son point de service d'origine (oui = 0) ou dirigé vers un autre milieu (non = 1).

3.1.3 Présentation des résultats : analyses univariées (n = 735)

Au tableau III, on constate que 387 jeunes correspondent à 735 demandes de références (moy = 1,89 séjour par jeune). En effet, 214 (55,3 %) n'y ont fait qu'un séjour, 81 (20,9 %) 2 séjours et 92 autres (23,9 %) de 3 à 13 séjours.

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de séjour

Nombre de séjour	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1,00	214	55,3	55,3
2,00	81	20,9	76,9
3,00	51	13,2	89,4
4,00	23	5,9	95,3
5,00	10	2,6	97,9
6,00	1	0,3	98,2
7,00	4	1,0	99,2
8,00	1	0,3	99,5
9,00	1	0,3	99,7
13,00	1	0,3	100,0
Total	387	100,0	100,0

La principale variable dépendante étudiée reste toutefois la durée du séjour. On peut observer, de prime abord, qu'il arrive que la durée du séjour puisse dépasser (max : 8) le maximum de cinq jours prévu au moment de la conception du programme. Cela semble tout de même être l'exception puisque 68 % de la durée des séjours se situe entre 1 et 4 jours. La distribution est asymétrique et positive.

Tableau IV : Statistiques descriptives pour l'ensemble des demandes à l'unité Le Goéland en 2004

	N Valide	N manquant	Moyenne	Écart- Type	Min.	Max.
Durée du séjour	735	0	3,01	1,45	1	8
Âge lors de l'arrêt d'agir.	733	2	15,16	1,55	11,81	19,22
FGroup ou Glob	645	90	0,59	0,49	0	1
Acting vs refus	732	3	0,49	0,50	0	1
Milieu de retour	735	0	0,11	0,31	0	1

Pour ce qui est des autres variables, notons que la moyenne d'âge des jeunes référés en arrêt d'agir au Goéland pour cette année se situe à 15 ans et que l'ensemble des jeunes référés tend à s'accumuler autour de cette moyenne (écart-type 1.54, kurtose :-0.86). Il y a seulement 90 demandes sur le total de l'échantillon ($n = 735$; donc 12,2%) qui proviennent d'un milieu familial. Les autres (87,8 %) proviennent soit d'un foyer de groupe ($n=265$; 36,1 %), soit d'un milieu globalisant ($n = 380$; 51,7 %). On remarque ensuite que 48 % des références en arrêt d'agir sont motivées par un motif de refus de l'autorité, tandis que les autres (52 %) le sont par des *acting out* divers (agissements délinquants, fugue, violence, etc.). Finalement, dans 11 % des références, les jeunes ne retourneront pas dans leur point de service d'origine suite à un passage au Goéland.

3.1.4. Présentation des résultats : analyses bivariées ($n = 735$)

Il n'y a pas de corrélation entre l'âge des sujets et le nombre de fois où ils ont été orientés vers l'arrêt d'agir (coefficient r de Pearson = 0,025).

Toutefois la durée du séjour covarie avec différentes variables. Pour des fins d'analyse, un lien inférieur à un coefficient de 0,10 sera considéré comme faible. Un lien se situant entre

0,10 et 0,20 sera considéré comme modéré et, finalement, un lien supérieur à 0,20 sera considéré comme fort.

Entre l'âge des sujets et la durée du séjour, il est possible d'identifier une relation positive. Plus le jeune est vieux, plus il aura tendance à demeurer longtemps au Goéland. La force de ce lien est modérée (r de Pearson = 0,16). Cela est peut-être dû au fait qu'un jeune plus âgé doit être isolé plus longtemps pour que le programme ait des effets. Cette hypothèse entrerait dans une logique comportementale où, pour être efficace, la « punition » croît en fonction de l'âge.

Ensuite, il semble que le milieu de provenance n'ait aucun lien avec la durée du séjour. Cependant, lorsque la dispersion des moyennes est analysée à la lumière d'un test *Least Significant Difference* (LSD), il apparaît qu'il existe une différence significative entre la durée de séjour des jeunes provenant d'un foyer de groupe et ceux provenant d'un milieu globalisant, mais aucune entre les autres combinaisons possibles (famille-foyer de groupe ou famille-milieu globalisant). Un jeune provenant d'un milieu globalisant a tendance à rester plus longtemps (moyenne 3,13 jours) qu'un jeune provenant d'un foyer de groupe (moyenne = 2,87 jours; $p < 0,03$). La force de cette relation (FGroup ou Glob) est toutefois faible (0,87).

L'âge des sujets référés varie selon les milieux de provenance. En effet, l'âge moyen des jeunes référés à partir de milieux familiaux est de 14,36 ans, celui des jeunes provenant de foyers de groupe est de 15,06 ans et, finalement, celui des jeunes provenant d'un milieu globalisant est de 15,41 ans. Cela montre clairement une progression de l'âge des jeunes référés en fonction du niveau d'encadrement dans le milieu de provenance. La relation est forte ($\text{Eta} = 0,22$).

La relation entre l'âge et la durée de séjour des jeunes provenant uniquement de foyer de groupe et les jeunes provenant de milieux globalisants est, quant à elle, modérée ($\text{Eta} = 0,12$).

La durée du séjour varie aussi en fonction du milieu du retour éventuel du jeune. S'il retourne dans un milieu autre que son milieu d'origine, son séjour aura fortement tendance à être plus

long (Eta = 0,30). Ce lien fort pourrait être compris, entre autres, par le temps (table de concertation, prise de contact avec la ressource d'accueil, etc.) qui doit être alloué aux démarches administratives pour identifier une nouvelle ressource.

Tableau V : Tableau des analyses bivariées entre les différentes variables pour l'échantillon de 735 références (Eta, Phi, R de Pearson)

	Durée du séjour	Âge lors de l'arrêt d'agir.	Provenance	Milieu de retour	Fgroup ou Glob	Acting vs refus
Durée du séjour	1	.158**c	.085a	.299**a	.087*a	-.157**a
Âge lors de l'arrêt d'agir		1	.218**a	.055a	.122**a	-.103**a
Provenance			1	.084b	1	.058b
Milieu de retour				1	-.018b	-.209**b
Fgroup ou Glob					1	.061b
Acting vs refus						1

* = significatif à .05 ** = significatif à .01 a : Eta b : Phi c : R de Pearson

Par ailleurs, un jeune référé en arrêt d'agir pour des conduites d'*acting out* aura tendance à séjourner plus longtemps qu'un jeune référé pour une conduite de refus de l'autorité. La force est modérée (Pearson = -0,16). Cette relation peut être dû au fait que les conduites d'*acting out* impliquent plus souvent un agissement marquant une rupture claire dans le parcours du jeune (violence, agression, fugue).

Les individus référés en arrêt d'agir en raison de leurs *acting out* auront tendance à être plus vieux et les individus présentant des conduites de refus de l'autorité auront tendance à être plus jeunes (Eta = -0,10).

Finalement, ce sont les jeunes qui présentent des conduites d'*acting out* qui sont le plus susceptibles de ne pas retourner dans leur point de service d'origine (Phi = -0,21).

3.1.5. Analyses multivariées (n = 735)

Les résultats du modèle de régression multiple tentant de prédire statistiquement la durée du séjour sont présentés au tableau VI. Notons que les valeurs manquantes furent traitées par une procédure de pairage (*pairwise*). Le modèle est globalement significatif mais il n'explique que 12 % de la variation de la durée du séjour en arrêt d'agir, ce qui est peu.

Dans ce modèle, la durée du séjour en arrêt d'agir semble associée principalement à la détermination du milieu de retour et à l'âge du jeune. Le fait que le jeune retourne ou non dans son unité d'origine est assez fortement associé à une durée plus ou moins grande de séjour en unité d'arrêt d'agir (0,26). L'âge a aussi des liens certains sur la durée du séjour du jeune (0,14): plus l'individu est vieux, plus son séjour est long. Les deux autres variables plus faiblement associées à la durée du séjour sont la nature de l'agissement et le milieu de provenance du jeune. Par rapport aux motifs, il s'avère qu'un jeune étant référé en arrêt d'agir pour un refus d'intervention sortira généralement plus tôt (-0,97) qu'un jeune référé dans les suites d'un passage à l'acte. Finalement, un jeune provenant d'un milieu globalisant aura tendance à séjourner plus longtemps (0,83) qu'un jeune provenant d'un foyer de groupe.

Tableau VI: Résultats de l'équation multiple de la durée du séjour pour l'échantillon de 735 références

Prédicteurs	Durée du séjour
Milieu de retour	.255**
Âge lors de l'arrêt d'agir.	.142**
Acting versus refus	-.097*
Fgroup ou Glob	.083*
R2	12,0%
Sig	0

* significatif à 0,05 ** significatif à 0,01

Ces variables, à caractère plutôt factuel ou administratif, n'expliquent que 12 % de la variation de la durée des séjours en arrêt d'agir. Les 88 % résiduels pourraient être expliqués par des variables davantage liées au contexte clinique dans lequel a été demandé l'arrêt d'agir : les mesures cliniques et disciplinaires antérieures, le niveau de réceptivité du jeune, les perceptions des intervenants, les conditions dans lesquelles l'arrêt d'agir a été mis en oeuvre et

le polymorphisme des comportements problématiques manifestés par le jeune. Certaines de ces variables seront explorées dans les analyses portant sur l'échantillon qui suit (réceptivité, mesures cliniques/ disciplinaires antérieures et polymorphisme des comportements problématiques). D'autres seront abordées dans l'analyse du volet qualitatif, concernant les représentations des intervenants (conditions administratives et perceptions des intervenants).

3.2 Échantillon plus restreint de 50 jeunes orientés vers le Goéland en 2004

3.2.1. Description des motifs de référence (n = 50) :

Pour l'ensemble des tableaux présentés dans cette section, la collecte de données a été faite à partir de questions qui avaient pour choix de réponse: « oui », « non » ou « ne sait pas ». Puisque la fréquence de la réponse « ne sait pas » était très basse (quelques cas uniques), il fut décidé de l'élaguer du processus d'analyse. Lorsqu'une réponse de ce type a été cochée, elle a été traitée comme une donnée manquante. Le tableau VII présente les comportements qui ont été mis en lien avec la demande d'arrêt d'agir par les éducateurs de référence. Il est à noter que ces comportements ne sont pas exclusifs les uns aux autres et qu'un répondant a pu indiquer plus d'un motif de référence.

Tableau VII : Comportements problématiques motivant la demande d'arrêt d'agir (non exclusifs)

Comportements problématiques	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Refus de l'autorité	50 (100)	9 (18)	41 (82)
Violence	50 (100)	22 (44)	28 (56)
Fugue	50 (100)	36 (72)	14 (28)
Consommation	50 (100)	39 (78)	11 (22)
Comportement automutilation	50 (100)	50 (100)	1 (2)
Tentative de suicide	50 (100)	50 (100)	0 (0)
Comportement sexuel problématique	50 (100)	50 (100)	0 (0)

Le nombre de jeunes référés en arrêt d'agir pour un refus de l'autorité est frappant: 82 % des jeunes de cet échantillon l'ont été, notamment pour ce motif. Par ailleurs, 56 % ont été référés

pour un motif de violence, 28 % pour un motif de fugue et 22 % pour un motif de consommation. Un seul jeune a été référé pour des comportements d'automutilation (NB: Étant un cas unique, il ne sera pas considéré dans les analyses futures). Enfin, aucun jeune n'a été référé en arrêt d'agir pour une tentative de suicide ou encore un comportement sexuel inapproprié.

Lorsque l'on regarde les facteurs de vulnérabilité identifiés pour les jeunes de l'échantillon (tableau VIII), on remarque qu'une large part (80 %) est liée au besoin de protection (carence affective, abandon, etc.). Par ailleurs, 13 % de l'échantillon présente un diagnostic de trouble mental formel (i.e. TDAH ou syndrome de Gilles de la Tourette), tandis que la majorité des jeunes (92 %) ne présentent aucune maladie physique particulière.

Tableau VIII : Spécifications quant à la nature des facteurs de vulnérabilité

Facteurs de vulnérabilité	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Autre facteurs liés aux besoins de protection	49 (100)	9 (18)	40 (80)
Trouble mental	48 (100)	35 (70)	13 (26)
Maladie physique	48 (100)	46 (92)	2 (4)

L'ensemble des tableaux suivants présente un certain nombre de complications cliniques associés aux comportements problématiques à l'origine de la référence vers le Goéland. Pour ce qui est d'abord des jeunes référés pour un motif de fugue, on remarque que la totalité des jeunes admettent avoir fugué mais qu'une grande proportion d'entre eux (78,6) minimise les dangers liés à ce comportement. La majorité des 14 jeunes référés ont, selon l'éducateur, consommé de l'alcool ou des drogues durant la fugue (78,6 %). De plus, 35,7 % des fugeurs ont commis des agissements délinquants et 28,6 % d'entre eux en ont profité pour fréquenter des pairs marginaux.

Tableau IX : Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par les fugues

Complications cliniques engendrées par les fugues	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Nie la fugue	14 (100)	14 (100)	0 (0)
Minimise les dangers	14 (100)	3 (21,4)	11 (78,6)
Consommation d'alcool ou drogues	14 (100)	3 (21,4)	11 (78,6)
Commission <i>d'agirs</i> délinquants	14 (100)	9 (64,3)	5 (35,7)
Fréquentation de pairs marginaux	14 (100)	10 (71,4)	4 (28,6)

Lorsque le profil des 11 jeunes référés en arrêt d'agir en raison de leur consommation de substance est analysé, on peut remarquer que la totalité des jeunes de cet échantillon a consommé des drogues douces (haschich ou cannabis) et la quasi-totalité a consommé de l'alcool. En outre, 27,3 % des sujets référés pour consommation nient ladite consommation, tandis que 72,7 % en minimisent les dangers.

Tableau X : Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par la consommation

Complications cliniques engendrées par la consommation	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Consommation de drogues douces	11 (100)	0 (0)	11 (100)
Consommation d'alcool	11 (100)	2 (18,2)	9 (81,8)
Consommation de cocaïne	11 (100)	11 (100)	0 (0)
Minimise les dangers	11 (100)	3 (27,3)	8 (72,7)
Nie consommer	11 (100)	8 (72,7)	3 (27,3)

Pour ce qui est des comportements de violence, la quasi-totalité (96,4 %) des 28 jeunes référés pour de tels comportements ont commis des gestes de menace et d'intimidation. De plus, 53,6 % d'entre eux ont commis également des agressions contre les biens, 32,1 % ont bousculé quelqu'un et 25 % d'entre eux ont carrément assailli un autre individu. La quasi-totalité (92,7 %) de ces jeunes n'ont pas vu leurs gestes être judiciairisés. La majorité des

jeunes (82,1 %) admettent avoir commis des actes de violence. Toutefois, la moitié (53,6 %) des sujets minimise les dangers relatifs à la commission des actes de violence.

Tableau XI : Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par la violence

Complications cliniques engendrées par les comportements violents	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Menace et intimidation	28 (100)	1 (3,6)	27 (96,4)
Contre les biens	28 (100)	13 (46,4)	15 (53,6)
Bousculade	28 (100)	19 (67,9)	9 (32,1)
Assaut	28 (100)	21 (75)	7 (25)
Minimise les dangers	28 (100)	13 (46,4)	15 (53,6)
Nie les actes violents	28 (100)	23 (82,1)	5 (17,9)
Judiciarisé	28 (100)	26 (92,9)	2 (7,1)

En regard des refus de l'autorité, la totalité des 41 jeunes référés au Goéland en vertu de ce motif y sont pour une transgression aux règles de vie de leur unité de vie.

Tableau XII : Spécifications quant aux complications cliniques engendrées par les refus de l'autorité

Complications cliniques engendrées par les refus de l'autorité	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Transgressions code de vie	41 (100)	0 (0)	41 (100)
Sabotage des activités	41 (100)	12 (29,3)	29 (70,7)
Incitation aux transgressions	41 (100)	23 (56,1)	18 (43,9)
Incitation au sabotage des activités	41 (100)	28 (68,3)	13 (31,7)
Intolérance au retrait	41 (100)	28 (68,3)	12 (29,3)
Incitation à la fugue	41 (100)	31 (75,6)	10 (24,4)
Incitation au passage à l'acte violent	41 (100)	38 (92,7)	3 (7,3)
Minimise les dangers	41 (100)	6 (14,6)	35 (85,4)
Nie le refus d'autorité	41 (100)	20 (48,8)	21 (51,2)

Par ailleurs, 70,7 % d'entre eux se retrouvent en arrêt d'agir pour des comportements de sabotage des activités, 43,9 % y sont pour avoir incité d'autres individus à transgresser les

règles, 31,7 % pour avoir incité d'autres individus à saboter les activités, 29,3 % pour des comportements d'intolérance à une mesure disciplinaire de retrait et 24,4 % pour avoir incité d'autres individus à fuguer. Très rares sont les jeunes référés pour des comportements de refus de l'autorité qui présentaient des comportements d'incitation au passage à l'acte violent (7,3 %). Parmi ces jeunes référés, 51,2 % niaient le refus d'autorité et 85,4 % minimisaient les dangers inhérents au refus de l'autorité.

En ce qui concerne les mesures disciplinaires imposées au cours des 2 derniers mois, 83,7 % de l'échantillon s'en sont vu imposer une pour un refus de l'autorité, 42,9 % pour un comportement de violence, 20,4 % pour une fugue, 12,2 % pour de la consommation.

Tableau XIII : Motif de mesures disciplinaires au cours des 2 derniers mois

Motifs des mesures disciplinaires	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Refus	49 (100)	8 (16,3)	41 (83,7)
Violence	49 (100)	28 (57,1)	21 (42,9)
Fugues	49 (100)	39 (79,6)	10 (20,4)
Consommation	49 (100)	43 (87,8)	6 (12,2)

Chez 53,1 % de l'échantillon, le bloc retrait a été utilisé au cours des deux derniers mois pour un motif de refus de l'autorité. Chez 26,5 % de l'échantillon, il en a été de même pour un motif de violence, chez 12,2 % pour un motif de consommation et 8,2 % pour un motif de fugue.

Tableau XIV : Motif d'utilisation du bloc retrait au cours des 2 derniers mois

Motif d'utilisation du bloc retrait	Total N (%)	Non N (%)	Oui N(%)
Refus de l'autorité	49 (100)	23 (46,9)	26 (53,1)
Violence	49 (100)	36 (73,5)	13 (26,5)
Consommation	49 (100)	43 (87,8)	6 (12,2)
Fugues	49 (100)	45 (91,8)	4 (8,2)

En aucun temps, les jeunes de cet échantillon n'ont reçu des mesures disciplinaires ou des mesures de bloc retrait en raison d'idéations suicidaires, tentatives de suicide, automutilations ou encore conduites sexuelles problématiques.

3.2.2 Opérationnalisation des variables en vue des analyses bivariées et multivariées (n = 50)

La variable dépendante dans cette partie de l'étude est la durée du séjour du jeune. Les variables « indépendants » retenues pour l'analyse seront les suivantes :

- 1- *Âge lors de l'arrêt d'agir*. La variable a été calculée à partir de la date de naissance du jeune.
- 2- *Acting versus refus* Tout comme pour l'échantillon de 735 références, les codes désignant les refus d'autorité ont été ramenés à la valeur 1 tandis que les autres codes (i.e. violence, fugue, consommation d'alcool ou drogues, agression sexuelle, tentative de suicide, automutilation, menaces) ont été classés sous la valeur 0.
- 3- *Fgroup ou Glob*. Il s'agit du milieu de provenance du jeune. Cette variable a été codifiée de la façon suivante : 0 : Foyer de groupe, 1 : Globalisant. Aucun jeune provenant de milieu familial n'a été retenu pour l'étude pour les raisons mentionnées dans la section méthodologie.
- 4- *Nb de MD*. Cette variable réfère au nombre de mesures disciplinaires, c'est-à-dire de retraits de plus d'une heure qui ont été imposés au jeune, dans le service, au cours des deux derniers mois.
- 5- *Nb de BR*. Cette variable réfère au nombre de mesures de bloc retrait qui ont été imposées jeune au cours des deux derniers mois.

- 6- *Variété de comportements justifiant AA.* Cette variable représente le nombre de comportements de différentes natures ayant justifié l'arrêt d'agir. Elle a été constituée en tenant compte des réponses obtenues à la question: « Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir? » (oui = 1, non = 0) et ce, par rapport aux fugues, à la consommation de substances, à la violence et aux refus d'autorité.
- 7- *Difficultés cliniques reliées à la fugue.* Pour les jeunes dont le motif d'arrêt d'agir est lié à une fugue, un indice représentant les difficultés cliniques associées à la fugue du jeune a été constitué. Il représente la somme des scores obtenus à ces différentes variables : Consommation durant la fugue (oui = 1, non = 0), *agirs* délinquants durant la fugue (oui = 1, non = 0), autres agissements problématiques durant la fugue (oui = 1, non = 0), le jeune minimise les dangers de la fugue (oui = 1, non = 0), fréquence des fugues (1 = répétées, 0 = une fois, isolée), des mesures ont été tentées à l'intérieur du service (oui = 1, non = 0), des mesures ont été tentées à l'extérieur du service (oui = 1, non = 0), variation des fugues dans le temps (augmente = 2, stable = 1, diminue = -1), impact des mesures portant sur les fugues (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), mesures d'arrêt d'agir antérieures motivées par les fugues (oui = 1, non = 0), mesures de bloc retrait antérieures motivées par les fugues (oui = 1, non = 0). Le score obtenu a ensuite été divisé par son maximum théorique (i.e. 13).
- 8- *Difficultés cliniques reliées à la consommation.* À l'aide d'un processus similaire un indice des difficultés liées à la consommation d'alcool et drogues a été construit, lorsque cette consommation motivait le recours à l'arrêt d'agir. Les variables utilisées pour calculer la valeur de cet indice sont : fréquence de consommation (1 = répétée, 0 = une fois isolée), consommation d'alcool (oui = 1, non = 0), consommation de haschich (oui = 1, non = 0), le jeune nie sa consommation (oui = 1, non = 0), le jeune minimise les dangers de sa consommation (oui = 1, non = 0), mesures disciplinaires liées à la consommation (oui = 1, non = 0), mesures d'arrêt d'agir liées à la consommation (oui = 1, non = 0), impact des mesures tentées à l'interne (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact des mesures

tentées à l'externe (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact positif des mesures à l'interne (non = 1, oui = 0), impact positif des mesures à l'externe (non=1, oui = 0). Les scores de ces différentes variables furent additionnés et la somme a ensuite été divisée par son maximum théorique (i.e. 13).

- 9- *Difficultés cliniques reliées à la violence.* Un processus similaire a permis de construire un indice de difficultés cliniques reliées à la violence. Les variables cumulées pour former ce nouvel indice sont : fréquence de la violence (1 = répétée, 0 = une fois isolée), violence contre les biens (oui = 1, non = 0), menaces et intimidation (oui = 1, non = 0), bousculade contre la personne (oui = 1, non = 0), assaut contre la personne (oui = 1, non = 0), le jeune nie ses actes de violence (oui = 1, non = 0), le jeune minimise les actes de violence (oui = 1, non = 0), mesures disciplinaires appliquées suite à des actes violents (oui = 1, non = 0), mesures de bloc retrait appliquées suite à des actes violents (oui = 1, non = 0), mesures d'arrêt d'agir appliquées suite à des acte violent (oui = 1, non = 0), judiciarisation suite à des actes violents (oui = 1, non = 0), dossier jeune contrevenant ouvert suite aux actes violents (oui = 1, non = 0), impact des mesures tentées à l'intérieur du service (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact des mesures tentées à l'extérieur du service (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact positif des mesures à l'interne (non = 1, oui = 0), impact positif des mesures à l'externe (non = 1, oui = 0), manifestations de la violence contre les biens (plus d'une sphère de vie = 1, une seule sphère de vie = 0), manifestations des menaces et de l'intimidation (plus d'une sphère de vie = 1, une seule sphère de vie = 0), manifestations des bousculades (plus d'une sphère de vie = 1, une seule sphère de vie = 0), milieux où se manifeste la violence en général (plus d'un = 1, un milieu = 0), variation de la violence (augmente = 2, stable = 1, diminue = -1). Le score obtenu a ensuite été divisé par son maximum théorique (i.e. 24).

- 10- *Difficultés cliniques reliées au refus de l'autorité.* Les variables utilisées pour constituer l'indice de difficultés cliniques reliées au refus de l'autorité sont : fréquence des refus (1 = répétés, 0 = une fois isolé), le jeune incite les autres à transgresser les

règles (oui = 1, non = 0), le jeune incite ses pairs à saboter les activités proposées (oui = 1, non = 0), le jeune sabote les activités proposées (oui = 1, non = 0), le jeune nie les actes de refus de l'autorité qu'il pose (oui = 1, non = 0), le jeune minimise les dangers et ses actes de refus de l'autorité (oui = 1, non = 0), mesures disciplinaires appliquées suite à des actes de refus de l'autorité (oui = 1, non = 0), mesures de bloc retrait appliquées suite à des actes de refus de l'autorité (oui = 1, non = 0), mesures d'arrêt d'agir appliquées suite à des actes de refus de l'autorité (oui = 1, non = 0), impact des mesures tentées à l'intérieur du service (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact des mesures tentées à l'extérieur du service (refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact positif des mesures à l'interne (non = 1, oui = 0), impact positif des mesures à l'externe (non = 1, oui = 0), milieux où se manifestent les refus en général (plus d'un = 1, un seul milieu = 0), variation des refus (augmente = 2, stable = 1, diminue = -1). Le score obtenu a ensuite été divisé par son maximum théorique (i.e. 18).

11- *Manifestations de résistance à l'intervention.* Cet indice cumule toutes les manifestations de résistance du jeune par rapport aux mesures et interventions qui lui ont été imposées/offertes par le passé. Les variables incluses dans cet indice sont : le jeune minimise les dangers inhérents à ses fugues (oui = 1, non = 0), à sa consommation (oui = 1, non = 0), à sa violence (oui = 1, non = 0) à ses refus de l'autorité (oui = 1, non = 0) ; le jeune nie ses fugues (oui = 1, non = 0) sa consommation (oui = 1, non = 0), sa violence (oui = 1, non = 0), ses refus de l'autorité (oui = 1, non = 0); impact des mesures tentées à l'interne et impact des mesures tentées à l'externe pour les comportements de fugue, de consommation, de violence et de refus de l'autorité (chacune cotée : refus et opposition = 2, réceptif mais passif = 1, réceptif et coopératif = 0), impact positif des mesures tentées à l'interne et à l'externe pour les comportements de fugue, de consommation, de violence et de refus de l'autorité (chacune cotée : non = 1, oui = 0). Les scores de ces différentes variables furent additionnés pour donner un indice représentant la somme des résistances aux interventions présentées par le jeune. Le score obtenu a ensuite été divisé par un maximum théorique pouvant être 8, 16, 24 ou 32, selon le nombre total de

comportements problématiques à partir desquels l'indice a été constitué (comportements de fugue, de consommation, de violence et de refus de l'autorité).

3.2.3 Présentation des résultats : analyses univariées (n = 50)

Le tableau XV présente les variables communes aux deux échantillons (large et restreint). On observe, d'entrée de jeu que la durée moyenne du séjour en arrêt d'agir des jeunes du 2^e échantillon est de 3,16 jours (ET = 1,48). Par ailleurs, l'âge moyen est de 15,26 ans. L'écart type étant de 1,55, 68 % des jeunes ont donc entre 13,81 ans et 16,71 ans. 60 % des jeunes proviennent d'un milieu globalisant et le motif principal de la demande est le refus de l'autorité dans 49 % des cas.

Tableau XV : Statistiques descriptives pour un échantillon de 50 jeunes référés à l'unité Le Goéland en 2004

	N valide	N manquant	Moyenne	Écart Type	Min.	Max.
Durée du séjour	50	0	3,16	1,48	1	6
Âge lors de l'arrêt d'agir.	50	0	15,26	1,45	12,27	17,56
Fgroup ou Glob	50	0	0,60	0,49	0	1
Acting vs refus	49	1	0,49	0,51	0	1

Le tableau XVI présente les variables et indices qui caractérisent de façon plus clinique l'échantillon restreint de 50 jeunes. En moyenne, les jeunes référés ont reçu 5,5 mesures disciplinaires au cours des deux derniers mois, mais l'écart type (3,93) indique que la distribution de cette variable est très dispersée. En effet, 68 % de l'échantillon ont reçu entre 1 et 9 mesures disciplinaires au cours de cette période. Par ailleurs, les sujets ont été placés en moyenne deux fois au bloc retrait au cours des deux derniers mois, mais la distribution est de nouveau très dispersée (E.T. = 3,20). 68 % des jeunes ont reçu entre 0 et 5 mesures de bloc retrait durant ce laps de temps. Les jeunes sont référés, en moyenne, pour 1,64 comportement problématique (E.T. = 0,60).

Tableau XVI : Statistiques descriptives de l'échantillon

	N Valide	N Manquant	Moyenne	Écart-Type	Min.	Max.
Nb de MD	44	6	5,5	3,93	0	16
NB de BR	49	4	2,09	3,20	0	15
Variété comport. justifiant AA.	50	0	1,64	0,60	1,0	3,0
Diff. cliniques refus d'autorité	41	9	0,67	0,22	0,05	1
Diff. cliniques consommation	11	39	0,49	0,31	0	0,92
Diff. cliniques violence	28	22	0,42	0,21	0,08	0,79
Diff. cliniques fugue	14	36	0,35	0,28	-0,07	0,69
Manifestations de résistance	50	0	0,39	0,35	-0,18	1,00

Rappelons que les indices évaluant les difficultés cliniques liées à un type de comportement spécifique ont été standardisés entre 0 et 1, de manière à pouvoir les comparer. Il est intéressant de noter qu'en moyenne l'indice de difficultés cliniques le plus élevé est lié au refus de l'autorité (67 % du maximum théorique de 19), suivi de ceux liés à la consommation de substances (49 % du maximum théorique de 13), la violence (42 % du maximum théorique de 24) et la fugue (35 % du maximum théorique de 13). Quant à l'indice des manifestations de résistances aux interventions, il n'atteint que 39 % du maximum théorique (allant de 8 à 32, selon le nombre de comportements problématiques justifiant la demande d'arrêt d'agir).

3.2.4 Présentation des résultats : analyses bivariées (n= 50)

Pour les analyses bivariées réalisées à partir de l'échantillon restreint, les critères de force des liens seront revus à la hausse, la petite taille de l'échantillon faisant en sorte que l'on retrouve des corrélations plus fortes. Ainsi, un coefficient inférieur à 0,30 sera considéré comme faible.

Un autre se situant entre 0,30 et 0,60 sera considéré comme modéré et un troisième, supérieur à 0,60, sera considéré comme fort.

D'entrée de jeu, des corrélations similaires à celles retrouvées dans l'échantillon élargi (n = 735 références) se retrouvent dans l'échantillon restreint (n = 50 jeunes). Ainsi, les jeunes référés en arrêt d'agir auront tendance à y rester plus longtemps si le motif de référence principal est une conduite d'*acting out* plutôt que celle d'un refus de l'autorité. La force de ce lien est faible (Eta = -.290). Plus le jeune est âgé, plus il aura tendance à séjourner longtemps. La force de ce lien est faible (Eta = .216). De plus, il existe un lien modéré entre le milieu de provenance et la durée du séjour. Ainsi, un jeune provenant d'un milieu globalisant aura tendance à séjourner plus longtemps qu'un jeune provenant d'un foyer de groupe. La force de ce lien est modérée (Eta = .369). Enfin, tout comme la statistique retrouvée pour l'échantillon de 735 références, les jeunes provenant d'un milieu globalisant sont plus âgés que les jeunes provenant de foyers de groupe et la force du lien est faible (Eta = .170).

Pour ce qui est des nouveaux constats concernant la durée du séjour, il apparaît que plus un jeune fut référé dans une mesure de bloc retrait dans les deux derniers mois, plus le séjour en arrêt d'agir sera long. La force de ce lien est modérée (Pearson = -.392). Il semble donc que lorsque d'autres mesures comportant un retrait de service du jeune ont été employées récemment, l'arrêt d'agir aura tendance à être plus long. Il existe une relation de force modérée (Eta = .371) entre le nombre d'utilisation de mesure de bloc retrait par le passé et le milieu de provenance du jeune. Un jeune provenant d'un milieu globalisant reçoit davantage de mesures de bloc retrait qu'un jeune provenant d'un foyer de groupe. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la mesure de bloc retrait est située sur le même site que les unités de milieu globalisant. Autrement dit, l'accessibilité favoriserait l'utilisation de la mesure. Également, les jeunes de milieu globalisant présentent, par définition, une problématique plus difficile et il n'est donc pas surprenant qu'ils aient reçu davantage de mesures de bloc retrait hors service. Plus un jeune a reçu

Tableau XVII : Tableau des analyses bivariées entre les différentes variables retenues pour l'échantillon (Eta, Phi, R de Pearson)

	Acting vs refus	Âge lors de l'arrêt d'agir.	Fgroup ou Glob	Nb de MD	Nb de BR	Diff. cliniques fugue	Diff. cliniques consommation.	Diff. cliniques violence	Diff. cliniques refus d'autorité	Manifestations résistance	Variété de comport. justifiant AA.
Durée du séjour	-.290*a	.216*c	.369**a	.193c	.392**c	-.345c	-.93c	.290c	.503**c	.367**c	-.118c
Acting vs refus	1	.102a	-.226b	-.009a	-.001a	-.308a	.365a	-.298a	-.166a	.013a	-.355*a
Âge lors de l'arrêt d'agir.	1	1	.170*a	-.096c	.139c	.667**c	-.013c	-.046c	.020c	.130c	-.053c
Fgroup ou Glob	1	.100a	1	.371*a	-.169a	-.290a	-.290a	.241a	.090a	-.039a	.193a
Nb de MD	1	1	1	.451**c	-.252c	-.401c	-.401c	.217c	.480**c	.104c	-.116
Nb de BR	1	.162c	1	1	.162c	-.152c	-.152c	.342c	.417**c	.179c	-.231c
Diff. cliniques fugue	1	1	1	1	1	-.012c	-.012c	.432c	.360c	.351c	.121c
Diff. cliniques consommation	1	1	1	1	1	.663c	.663c	.066c	.066c	.572c	.197c
Diff. cliniques violence	1	1	1	1	1	.617**c	.617**c	1	.721**c	.721**c	-.148c
Diff. cliniques refus d'autorité	1	1	1	1	1	.676**c	.676**c	1	.676**c	.676**c	-.288c
Manifestations de résistance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	.084c

* = significatif à .05 ** = significatif à .01

a : Eta b : Phi c : R de Pearson

des mesures de blocs retrait, plus il y a reçu aussi des mesures disciplinaires de retrait de plus d'une heure au sein du milieu (Pearson = .451).

Chez les jeunes référés pour un refus de l'autorité, plus les difficultés cliniques reliées à ces refus étaient graves, plus le jeune est resté longtemps en mesure d'arrêt d'agir. La force de ce lien est modérée (Pearson = .503). Plus les difficultés cliniques reliées aux refus de l'autorité sont graves, plus il y a eu des mesures disciplinaires (Pearson = .480) et des mesures de bloc retrait (Pearson = .417) appliquées dans le passé. Finalement, les difficultés cliniques reliées aux refus de l'autorité et celles reliées à la violence covarient fortement de façon positive (Pearson = .617).

Plus le jeune a une attitude résistante et réfractaire face aux interventions, plus son séjour en arrêt d'agir est long. La force de ce lien est modérée (Pearson = .367). Plus un jeune est fermé aux interventions, plus la gravité des comportements de violence (Pearson = .721) et de refus de l'autorité (Pearson = .676) est forte.

En dernier lieu, il faut ajouter que les difficultés cliniques reliées aux fugues, à la consommation ou à la violence ne semble pas influencer la durée de l'arrêt d'agir, pas plus que le nombre de comportements de nature différente pour lequel le jeune a été référé, ni le nombre de mesures disciplinaires qu'il a reçues au cours des deux derniers mois.

3.2.5. Présentation des résultats : analyses multivariées (n = 50)

Les résultats du modèle de régression multiples de la durée du séjour sont présentés au tableau XIII. Notons que les valeurs manquantes des variables furent traitées par pairage (*pairwise*). Le modèle est globalement significatif. Il explique 40,90 % de la variation de la durée des séjours en arrêt d'agir ce qui en fait un excellent modèle.

Dans ce modèle, la durée du séjour en arrêt d'agir semble influencée majoritairement par les manifestations de résistance du jeune aux interventions. Elle est également influencée par l'âge et le type de comportement manifesté. Plus un jeune est réfractaire aux interventions

(.331), plus son séjour dure longtemps. Plus il est âgé (.257), plus il séjourne longtemps. Finalement, lorsque le jeune présente des comportements d'*acting out*, il a tendance à demeurer plus longtemps en arrêt d'agir (-.280).

Tableau XIII : Résultats de l'équation multiple de la durée du séjour pour l'échantillon de 50 jeunes

Variabes	Durée du séjour
Âge lors de l'arrêt d'agir.	.257*
Acting versus refus	-.280*
Nb de fois BR	.256
Manifestations de résistance	.331*
R2	40,90 %
Sig	0

* = significatif à .05 ** = significatif à .01

La régression indique qu'il n'y a pas d'influence entre le nombre de fois où le jeune est allé en mesure de bloc retrait et le nombre de fois où il est allé en arrêt d'agir. La corrélation de 0,392 observée auparavant entre cet élément et la durée de l'arrêt d'agir se perd lorsqu'elle est analysée en même temps que les manifestations de résistance, l'âge du jeune et le motif de référence principal.

Ces variables, mises ensemble, expliquent 40,9 % de la variation de la durée du séjour en arrêt d'agir. Le 59,1% résiduel pourrait être expliqué par la perception des intervenants quant au cheminement du jeune dans sa démarche personnelle d'arrêt d'agir, par la situation de l'équipe d'intervention de l'unité de référence, par des contraintes administratives ou encore par l'état de l'alliance thérapeutique entre le jeune et l'intervenant. Les dimensions davantage liées aux enjeux perçus par l'intervenant seront davantage touchées dans le chapitre qui suit (analyse qualitative).

CHAPITRE IV :
ANALYSE DES RÉSULTATS QUALITATIFS

4.1 L'apparition des symptômes de crise

4.1.1 Les symptômes : nature, intensité et fréquence

Selon les éducateurs rencontrés, le premier critère influençant la décision d'envoyer un jeune en arrêt d'agir est l'incapacité du « milieu », c'est-à-dire de l'équipe et des ressources disponibles sur place, d'arrêter le jeune dans ses agissements et symptômes. Les agissements motivant le recours à l'arrêt d'agir peuvent être de multiples natures : refus de l'autorité, conduites d'opposition, agressions physiques, fugue, etc. Les éducateurs constatent que plus d'un comportement est souvent manifesté en même temps par un jeune. Celui-ci peut, par exemple, être à la fois opposant et agressif ou encore refuser l'autorité et fuguer.

Les facteurs déclencheurs de ces conduites paraissent multiples. Il peut tout d'abord s'agir d'une situation connue de l'éducateur : un événement ou une provocation dont il a été témoin ou qui lui a rapporté. Il peut s'agir aussi d'une situation persistante dont le jeune accepte de parler. Par exemple, un jeune qui fugue de l'unité lorsqu'il vit un rejet de la part de sa famille. Toutefois, le passage à l'acte est souvent provoqué par des événements dont l'éducateur n'a pas été témoin ou dont la signification pour le jeune est inconnue. La perception des éducateurs est à l'effet que les jeunes institutionnalisés présentent pour la plupart un tableau clinique assez lourd comprenant, par exemple, des carences affectives, de faibles capacités d'adaptation ou une grande vulnérabilité aux stimuli de l'environnement. Dans ce contexte, il semble que des comportements perturbateurs peuvent être déclenchés à partir de situations d'apparence anodine. Parfois, il arrive même que le jeune passe à l'acte sans qu'on ne puisse identifier de motif apparent dans son environnement immédiat. Par ailleurs, il a été mentionné par certains participants que les problèmes de santé mentale viennent souvent s'ajouter aux tableaux cliniques des jeunes présentant des agissements inappropriés. Cela est compris comme un facteur de vulnérabilité supplémentaire venant augmenter la propension à passer à l'acte devant des situations problématiques.

4.1.2 Les sphères de vie où se manifestent les symptômes

Au moment d'envisager l'arrêt d'agir, les éducateurs observent, de façon générale, une détérioration marquée du fonctionnement du jeune, ainsi que l'augmentation du rythme et de l'intensité des comportements jugés problématiques : à l'unité, dans la famille, à l'école, dans les loisirs, etc. La plupart du temps, cette détérioration survient dans au moins deux sphères de vie, mais il est possible qu'elle survienne dans l'ensemble de la vie du jeune comme en témoigne l'extrait suivant :

« À l'école ça n'allait plus bien, ok. L'école me l'a retourné à chaque jour parce que ça n'allait plus bien. La mère elle disait : « Ben là, j'ai recommencé à me chicaner avec. » À l'unité, les éducateurs disaient : « Hey! Écoute, il argumente sans cesse. Il est toujours dans le champ. » Ça n'arrêtait pas là. On le mettait en retrait et là, il donnait des coups sur la chaise. » (Jasmine⁵).

Il est important de noter que les éducateurs sont particulièrement attentifs à la détérioration du fonctionnement ou du comportement du jeune à l'unité de vie. Ils sont plus sensibles à cette détérioration qu'à celle manifestée dans d'autres lieux. Autrement dit, les agissements présents à l'unité sont davantage investigués, font davantage l'objet d'intervention et motivent davantage le recours à l'arrêt d'agir.

Selon les éducateurs, la question du recours à l'arrêt d'agir se pose lorsque les comportements perturbateurs se présentent avec une fréquence plus élevée qu'à l'habitude ou qu'ils se démarquent par leur intensité ou leur sévérité (par exemple, une agression sévère sur un éducateur). La demande d'arrêt d'agir vient alors s'inscrire dans un contexte de pente ascendante de la fréquence et de l'intensité sentie des troubles de comportements. D'autres fois, c'est la nature même des troubles de comportement qui peut changer tout à coup : par exemple, un jeune qui avait tendance à argumenter en vient à faire une première fugue ou à agresser un éducateur lors d'une activité de groupe.

⁵ Les noms rapportés dans ce mémoire sont fictifs

4.2 La gestion des symptômes

L'évolution des troubles de comportement (hausse en fréquence/en intensité ou changement de nature), de même que la détérioration du fonctionnement du jeune dans différentes sphères de sa vie (notamment dans son unité de vie) amènent l'éducateur référent à devoir ajuster ses stratégies d'intervention pour tenter de gérer la situation. Ces ajustements peuvent évidemment prendre différentes formes, mais trois idées principales se dégagent du discours des éducateurs. Une première stratégie consiste à discuter en équipe de la réponse à apporter à la problématique du jeune; une deuxième, à utiliser une gradation de mesures disciplinaires devenant plus sévères envers le jeune et un troisième type de réponse est la formulation, en entretien, d'une interprétation par l'éducateur de la conduite problématique. Ces tactiques ne sont pas mutuellement exclusives : elles peuvent être employées singulièrement ou bien les unes avec les autres. Pour des fins de clarté, elles seront analysées une à une dans les lignes suivantes.

4.2.1 La consultation d'équipe

Il est fréquent que les éducateurs discutent de la situation d'un jeune avec leurs collègues, que ce soit lors de réunions d'équipe prévues à cet effet ou encore lors de rencontres plus informelles : par exemple, lors d'un changement de quart de travail. Lors de ces rencontres, l'éducateur référent entend le point de vue des autres éducateurs et reçoit différents messages de l'équipe.

Dans un premier cas de figure, les messages de l'équipe sont en harmonie avec la conception de l'éducateur sur l'état de la situation. À ce moment, diverses stratégies sont mises en place dans le but de mieux encadrer le jeune. La plus courante lorsqu'il y a comportements problématiques est l'instauration de certains automatismes dans les sanctions. On pourra convenir par exemple que, désormais, chaque avertissement équivaut systématiquement à un retrait de 15 minutes. Le cadre autour du jeune se resserre, parfois au prix d'une perte de nuance. Les éducateurs expriment leur besoin de partager leur point de vue avec des collègues

car cela leur permet d'objectiver les perceptions des uns et des autres, de prendre un certain recul face à la situation et de calmer des réactions personnelles qui pourraient être négatives envers le jeune. Cela permet également à l'équipe de se positionner dans une conduite bien précise et cohérente.

« Alors on fait beaucoup de reflets avec lui, pour lui remettre toujours sa colère. Ça, c'est ce qu'on se dit entre nous autres. (...) Mais de ne pas se laisser envahir par cette colère-là parce que c'est un jeune... malheureusement une « face à claques » qu'on appelle entre nous autres. Il est tellement agressif qu'il nous transmet cette agressivité-là, pis là, c'est nous qui devenons porteur de ça, tu sais. Pis là, si on se fait piéger, si on reste là-dedans, bien là, c'est nous qui sommes en colère. Pis là, lui, il a l'impression qu'il n'en a plus de problème, parce qu'il n'est plus porteur de la colère tout d'un coup. Il faut s'en parler beaucoup entre nous autres et se dire : « Là, r'garde, tu t'es fait avoir, tu t'es laissé trop approcher par ce jeune-là, puis là, c'est toi qui es porteur de sa colère. » (Pierre)

Dans un deuxième cas de figure, le message envoyé par l'équipe à l'éducateur est en opposition avec sa propre analyse. Cette situation met beaucoup de pression sur l'éducateur, particulièrement lorsque l'équipe lui envoie le message de « sortir le jeune » de l'unité pour l'envoyer au programme d'arrêt d'agir et que l'éducateur n'est pas d'accord avec cette stratégie.

« Ils vont te donner des motifs cliniques (...) mais, en réalité, ça peut être l'essoufflement de l'équipe aussi, ça peut être aussi la pression de l'équipe. Parce que lorsque tu accompagnes ce jeune en suivi individuel, pis que les intervenants sont toujours en train de te "carabiner" dans une réunion d'équipe, de te dire : « Regarde, il a fait ça, il a fait ça, ton gars. » Tu vas l'entendre je n'sais pas combien de fois. Alors que ce n'est pas « notre gars », c'est « un gars ». Mais on a tendance à personnaliser. L'intervenant, il vient que ça lui arrive de partout les observations. »(Claude)

Dans la consultation de l'équipe, le chef de service va souvent tenter d'être un « agent objectivant » par rapport à la situation. Il va écouter les éducateurs et, à la lumière de l'ensemble des observations rapportées, fournir des pistes ou des stratégies d'interventions qui n'ont peut-être pas été considérées jusque-là et préconiser telle ou telle approche. Les éducateurs apprécient se sentir appuyés par le chef de service lors de telles situations. Ils estiment qu'il peut agir comme « tampon » entre eux et le recours à des mesures telles que l'arrêt d'agir ou « le bloc retrait », en proposant par exemple « l'arrêt d'agir à l'interne », qui est une sorte de retrait en chambre accompagné de réflexions à faire par le jeune.

4.2.2 La gradation des mesures disciplinaires

La gradation des mesures disciplinaires est un moyen privilégié par les éducateurs pour tenter de gérer les comportements inappropriés du jeune. Elle est vue par les éducateurs comme un moyen d'atténuer les comportements problématiques (dans la mesure où il est espéré qu'une punition de plus forte intensité sera plus efficace), mais également de gagner la collaboration du jeune par rapport à la gestion de ses symptômes.

Ainsi, le resserrement des mesures disciplinaires est sous-tendu par deux objectifs : i) faire cesser les comportements problématiques et ii) maintenir un certain niveau de collaboration, faire prendre conscience au jeune de sa situation et l'accompagner dans une démarche de réflexion. La cessation des comportements problématiques est présentée par les éducateurs comme l'objectif principal de la gradation des mesures disciplinaires. Les éducateurs disent chercher souvent l'accord du jeune avant d'appliquer de telles mesures mais ils tentent, surtout, de lui en faire comprendre le sens. La plupart du temps, par souci de cohérence, on explique également au jeune ce qui est attendu de lui lors de l'application de la mesure et que ce sera la prochaine étape si son comportement ne cesse pas. Les éducateurs croient que cela apporte une certaine sécurité, tant au jeune qu'à eux-mêmes, en fixant des balises claires à l'intervention. Le second objectif poursuivi par le resserrement des mesures disciplinaires est de garder la collaboration du jeune dans l'intervention. C'est-à-dire que l'intervenant cherche, à travers le lien qui l'unit au jeune, à « l'arrêter » et à le faire réfléchir sur sa conduite actuelle (cette stratégie est souvent qualifiée de « mentalisation »). L'éducateur sent que le lien

thérapeutique qui l'unit au jeune est compromis et que les mesures disciplinaires usuelles n'ont aucune prise. Ainsi, pour éviter d'en venir à une impasse, l'éducateur resserre graduellement les mesures disciplinaires pour préserver le lien. L'extrait suivant illustre bien cette situation :

« Ben c'est sûr, moi, on essaie toujours le retrait ici. Je ne sais pas combien de foyers font ça, mais on a une table de retrait qui est dans la cuisine, dans la salle à dîner, fait que le jeune peut aller s'asseoir là, une heure, 2 heures, 3 heures s'il le faut. Il pourra aussi, après ça, se retirer dans sa chambre. Fait que, on essaie de lui faire vivre (la mesure) ici, quand c'est toujours possible là, quand le jeune est collaborant, t'sais, ça prend beaucoup de la collaboration. (...) Quand il n'est plus capable de venir s'asseoir avec nous autres pour dire : « Voici ce qui me choque, voici ce qui m'écœure, voici ce qui me fait de la peine, pis pendant ce temps-là, t'sais, je ne brise rien, pis j'démolis personne autour de moi », (alors :) « Parfait! Tu vis ça ici », Mais quand il n'est pas collaborant, ni même verbalement, ben là tu dis : « Regarde là », pis qu'il continue à agir en plus, « faudra te retirer, on ne peut pas t'aider à ce moment-là. »
(Catherine)

L'extrait présenté ci-haut montre qu'il n'y a pas une façon unique d'envisager les différentes mesures disciplinaires pouvant être appliquées auprès des jeunes. La gradation des mesures varie d'une unité à l'autre. Par exemple, un foyer de groupe dispose généralement d'un équipement sécuritaire beaucoup plus limité comparativement à un milieu globalisant. Il apparaît également que certains éducateurs « serrent la vis » plus rapidement que d'autres. Par exemple, un éducateur pourra effectuer deux retraits avant d'exiger une réflexion écrite du jeune, tandis qu'un autre en fera rédiger une dès le premier retrait.

Les éducateurs disent adapter la sévérité des mesures en fonction : i) de la dynamique du jeune, ii) de la nature de ses symptômes, iii) de leur récurrence sur une longue période de temps, iv) de leur fréquence et v) de leur intensité sur une période plus récente. Ils ajoutent que la répétition de mêmes symptômes au fil du temps peut les conduire à escamoter certaines mesures intermédiaires qui, en d'autres circonstances, auraient été appliquées. Bref, la

gradation peut être plus ou moins rapide selon le contexte de l'intervention. Elle peut impliquer six étapes pour tel jeune, dans telle unité, et en impliquer trois dans une autre unité ou pour un autre jeune. La plupart des éducateurs rencontrés insistent sur le principe de gradation dans l'application des mesures disciplinaires. Mais cette gradation n'est pas la même pour tous. Il n'y a aucune balise encadrant cette démarche dans les unités et c'est la conception de la situation par l'éducateur qui détermine généralement cette gradation.

Dans le continuum des mesures appliquées, il en est une qui est commune à tous les milieux étudiés et il s'agit du recours au « bloc retrait ». La mesure du « bloc retrait » est présentée par les éducateurs comme un retrait hors service, pour une durée de quelques heures, servant à marquer clairement l'interdit et le caractère inacceptable d'une conduite. Elle sert à arrêter le jeune dans ses comportements inappropriés. Si tel est le but de la mesure du « bloc retrait », la perception de son utilisation varie entre les éducateurs. Certains voient cette mesure qui se situe, dans une gradation, tout juste avant la demande d'arrêt d'agir. Ils l'utilisent, par exemple, lorsqu'il s'agit d'une première série des mesures appliquées par rapport à tel ou tel comportement ciblé. Le jeune a ainsi une occasion de s'arrêter puis de retourner dans son milieu de vie pour poursuivre le travail thérapeutique à l'unité, en faisant, par exemple, un travail de réflexion. Dans cette logique, si les conduites problématiques venaient à se manifester davantage, un arrêt d'agir pourrait être envisagé puisque la mesure du « bloc retrait » aurait été testée et se serait avérée non efficace. D'autres éducateurs discernent la mesure du « bloc retrait » comme une mesure dissociée de l'arrêt d'agir. Ils ne voient donc pas le besoin d'y avoir recours selon le principe de la gradation. Ils vont plutôt l'utiliser comme l'une des mesures disciplinaires disponibles lors de situations ponctuelles.

Bref, l'importance du principe de gradation des mesures avant de recourir à l'arrêt d'agir fait l'unanimité aux yeux des éducateurs. La mesure du « bloc retrait » ne fait pas nécessairement partie du principe de gradation, pour ces intervenants, car elle va remplir une fonction tout autre que l'arrêt d'agir, c'est-à-dire l'arrêt du jeune dans une situation ponctuelle. Le principe de gradation des mesures disciplinaires est important lorsque l'on cherche à comprendre les processus décisionnels et perceptuels des intervenants au sujet de l'orientation vers le

programme d'arrêt d'agir. La mesure du « bloc retrait » peut en faire partie selon l'entendement de l'éducateur et de la situation dans laquelle le jeune se trouve.

4.2.3 L'interprétation clinique des conduites problématiques

Les éducateurs disent chercher « un sens » aux conduites problématiques qui ne s'estompent pas malgré les mesures et les moyens appliqués. Cette recherche « de sens » est importante car elle traduit un effort pour mieux cerner la dynamique du jeune. Aux yeux des éducateurs, une meilleure compréhension de cette dynamique permet de mieux intervenir auprès du jeune, avec des moyens de mise en relation plus appropriés. Cette compréhension permet aussi aux éducateurs de gagner une certaine confiance dans leur intervention, puisqu'ils ont l'impression de l'arrimer plus efficacement aux spécificités du jeune.

Devant les passages à l'acte, l'interprétation clinique des éducateurs cherche souvent à identifier la dimension affective qui pourrait sous-tendre le comportement du jeune: peur de l'abandon, fragilité émotionnelle, peur de l'inconnu, angoisses de séparation, etc. Les éducateurs sentent souvent le jeune comme étant dépassé par ce qu'il vit et enclin à agir ses peurs et ses angoisses. Parfois, les éducateurs perçoivent un message implicite dans ce que le jeune fait. Par exemple, lorsqu'un jeune débute une réinsertion progressive chez lui et qu'il se met à se désorganiser régulièrement à l'unité, ils peuvent y voir une crainte du retour à la maison.

L'interprétation des éducateurs se fait également en fonction des « patterns » de conduites déjà repérés chez le jeune. Les agissements répétitifs du jeune à l'intérieur de circonstances semblables sont identifiés par les éducateurs. Ces patterns sont mis en lien, via l'interprétation clinique, avec le vécu émotionnel du jeune. Cela peut placer toutefois les éducateurs dans une position où, bien qu'ils comprennent la situation du jeune, ils n'ont pas l'impression d'être en mesure de contrôler les comportements de celui-ci. Les éducateurs ont souvent le sentiment d'être démuni face à la situation problématique du jeune, certains allant même jusqu'à se blâmer pour leur incapacité à contrôler la situation. L'extrait qui suit témoigne bien à la fois :
i) d'une interprétation clinique cherchant à rejoindre le jeune au niveau émotionnel, ii) du repérage

des « patterns » de conduite par l'intervenant et iii) de la sensation d'être peu outillé face à la situation du jeune :

« Il se sent encore abandonné. À chaque fois que Dany demande au T.S. de voir son père, il commence à agir. (...) C'était encore son père qui le perturbait. Puis là, il était agressif avec les intervenants, il n'écoutait personne. Pis là, il se sentait abandonné parce que j'étais déçue de ce qu'il avait fait, pis je lui avais dit. Pis il n'est pas arrêté là. Puis la fin de semaine, il est retourné consommer. Il est retourné voler, mais il s'est fait prendre par l'autre éducatrice. J'ai dit : « Là, ça fait là. » Je l'ai rencontré à tous les jours, il avait un journal de bord. Il a été en retrait, il a fait des réflexions. Il est hyperactif, pis il est beaucoup médicamenté alors, même à ça, il y a trop de stimulations, tu sais. Une rencontre dix minutes avec lui, après c'est fini, c'est le gros max là. » (Céline)

Le sentiment d'être démuni mène souvent l'éducateur à intensifier ou encore à chercher de nouveaux moyens de mise en relation permettant de répondre aux besoins du jeune. Si l'escalade des mesures disciplinaires est une réponse aux *comportements perturbateurs* (voir ci-haut), les moyens de mise en relation sont une réponse aux *besoins* du jeune, tels que discernés par l'éducateur. Ainsi, l'augmentation du nombre de rencontres individuelles a été privilégiée dans l'exemple ci-haut. L'extrait suivant illustre un éventail plus large de moyens utilisés pour tenter de subvenir aux besoins d'un jeune agissant. Il exprime également le sentiment qu'ont les intervenants d'avoir peu d'emprise sur ces comportements :

« Beaucoup de rencontres. Au niveau scolaire, on a fait des points d'arrêt, on a discuté. On a essayé de regarder... à lui offrir : des plans de vie, différentes avenues possibles, des loisirs extérieurs, des recherches d'emploi dans le but d'être capable de se faire des sous pour être capable de se payer des trucs, parce que là, financièrement, il est complètement coupé. Il y a plein de choses qui ont été mises en place pour essayer de l'amener à se construire mais il ne semble pas se faire confiance, il a comme très peu d'estime de lui. Souvent, c'est ce qui aurait été verbalisé dans sa famille : « T'es un bon à rien, tu ne feras jamais rien, t'es pareil comme ton père, ton

père c'est un batteur de femmes » et c'est ce qu'on lui répète. Dans le fond, on dit presque que le comportement du père est héréditaire chez le fils alors que quelque part là, c'est comme pas de sa faute. On lui fait très peu confiance par rapport à ça. »
(Josée)

L'impression d'être devant une problématique sur laquelle on a peu d'emprise, démuni ou sans moyen pour gérer le comportement de façon efficace est très présente lorsqu'il y a escalade et que l'intervenant tente d'interpréter cliniquement la situation. L'intensification ou la modification des moyens de mise en relation représente alors des efforts pour pallier les besoins que semble manifester le comportement du jeune.

Un élément intéressant de mentionner est la perception de certains éducateurs référents qui estiment avoir une relation privilégiée avec le jeune par rapport aux autres éducateurs de l'unité. Ainsi, il est arrivé à quelques reprises qu'un éducateur référent explique que sa compréhension clinique de la situation d'un jeune impliquait les relations entretenues avec les autres éducateurs de l'unité. Par exemple, aux yeux de certains, les autres éducateurs intervenaient trop drastiquement auprès du jeune tandis qu'eux s'expliquaient l'acting-out par une fragilité et croyaient en l'importance de l'empathie et du soutien. On retrouve chez les intervenants estimant entretenir une relation privilégiée avec le jeune une sorte de « sentiment de complicité ». Cette croyance en une relation privilégiée s'exprime de deux façons. D'un côté, l'éducateur considérant avoir compris les fragilités du jeune est moins sévère au niveau des mesures disciplinaires appliquées. De l'autre, le jeune est vu par l'éducateur comme moins agissant envers lui qu'envers les autres éducateurs de l'unité.

4.3 Les conséquences de la mise en place de ces stratégies

Lorsqu'un jeune s'approche du programme d'arrêt d'agir, c'est parce que les mesures et les approches décrites ci-haut ne s'avèrent pas assez efficaces pour stopper ses agissements. Les intervenants observent une poursuite des conduites problématiques, voire même leur aggravation. Il leur semble que les stratégies employées jusque-là (c'est-à-dire les consultations d'équipe, gradation dans l'application des mesures disciplinaires et stratégies en

lien avec une interprétation clinique du passage à l'acte) ne sont pas parvenues à faire cesser les agissements, ni à susciter une réflexion qui soit suffisante. Cette poursuite ou aggravation des conduites problématiques a plusieurs conséquences sur les représentations que les intervenants se font : i) d'eux-mêmes en tant qu'agent de changement, ii) des autres acteurs du milieu de vie et iii) de l'impasse qui s'installe.

4.3.1 La perception des éducateurs en regard de leur propre rôle d'agent de changement

Une des grandes tendances qui se dégage du matériel d'entrevue est la tendance des interviewés à éprouver un sentiment d'accumulation de difficultés devant la persistance des comportements inadéquats. Le fait que les agissements du jeune se maintiennent dans le temps, malgré de multiples interventions, fait en sorte que plusieurs éducateurs discernent et ressentent personnellement ce qu'ils qualifient « d'accumulation ». Cette accumulation de difficultés peut d'abord être définie en termes de sentiment d'inadéquation et de perte des repères par rapport au cadre de l'intervention, tant d'un point de vue légal que clinique. Ainsi, dans un premier temps, certains intervenants vont se référer à l'ordonnance et au mandat qui leur a été confié par le juge (par exemple, la réinsertion du jeune à la maison). Puis, il arrive un point où, à leurs yeux, une inadéquation s'installe entre le mandat légal et ce qui paraît « réalistement possible. » Alors, ces intervenants perdent leurs repères. En regard de la dynamique du jeune, ils constatent que le mandat qu'ils ont reçu n'est pas atteignable et qu'il existe une inadéquation importante entre ce qui est juridiquement exigé et leur intervention.

Dans un second temps, « l'accumulation de difficultés » peut se traduire en termes de sentiment d'inadéquation par rapport au milieu de vie dans lequel se trouve le jeune. L'éducateur se demande alors si le milieu dans lequel vit le jeune peut parvenir à contenir ses agissements. L'intervenant met en doute la capacité même du milieu à encadrer correctement le jeune.

Finalement, l'éducateur en vient à percevoir qu'il a épuisé tous les moyens à sa disposition pour faire cesser les agissements. La sensation que le jeune est incontrôlable s'amplifie, l'éducateur ne voyant plus quels sont les moyens à sa disposition pour l'aider.

« T'es épuisé parce que ton gars, il n'arrête plus. Tu ne sais plus comment l'atteindre. Si t'es rendu là, c'est parce que, ce que t'as fait, ça n'a pas réussi. Je pense qu'il faut le nommer. « Mon gars, il est là, pis là je sais plus quoi faire. Moi, j'ai besoin d'aide! » (Hélène)

Un sentiment d'inefficacité est clairement illustré dans l'exemple ci-haut. Non seulement l'intervenant n'a-t-il plus de moyens pour intervenir, mais la persistance des comportements problématiques entraîne un épuisement et contribue à un sentiment d'accumulation de difficultés. Bref, l'éducateur en vient à se sentir incapable de faire cesser les conduites du jeune en regard du mandat légal qui lui est confié, du milieu de vie dans lequel il pratique et des moyens dont il dispose.

4.3.2 Les impressions en regard des autres acteurs du milieu de vie

Les éducateurs qui envisagent référer un jeune au programme d'arrêt d'agir se préoccupent non seulement du jeune et de leur propre situation, mais aussi du milieu de vie en général, c'est-à-dire du climat qui s'installe dans le groupe de jeunes et dans l'équipe d'intervenants.

Par rapport au milieu de vie, la principale préoccupation des interviewés porte sur l'impact que peuvent avoir les conduites du jeune sur les autres adolescents vivant au même endroit. En effet, les éducateurs disent assister à une détérioration du climat et à une contamination négative du groupe par le jeune problématique. Le groupe est alors décrit comme étant plus agité, plus difficile à contenir et des mesures doivent être prises pour intervenir à ce niveau.

« Quand le jeune agit de même, le groupe devient plus nerveux puis ils n'osent pas dire... ils n'osent pas dire tout ce qu'ils pensent. Ils se sentent intimidés. Ça aussi ça devient dur pour le groupe quand il agit de même. » (Dany)

Aux prises avec un groupe plus labile mais surtout avec les conduites problématiques qui ne cessent pas, l'ensemble de l'équipe est perçu comme affecté et souffrant d'essoufflement.

« Ça arrive dès fois que, comme équipe, on a besoin d'un break d'un jeune, qu'on n'est plus objectif, que lui est très agissant et, par le fait même, suscite beaucoup plus de réactions des intervenants. Il est bénéfique pour le jeune, mais aussi pour l'équipe de prendre un recul. » (Denis)

On constate clairement dans cet extrait l'essoufflement de l'équipe, les risques de perte d'objectivité et la nécessité de songer à une mise à l'écart du jeune. Certains intervenants mentionnent qu'en de telles circonstances, il se développe parfois une incohérence dans l'intervention, chaque membre de l'équipe vivant la situation à sa façon. Par exemple, certains intervenants vont mentionner qu'un jeune, qui est très agissant à l'extérieur de son milieu de vie mais qui se comporte adéquatement dans l'unité, peut faire l'objet de moins d'interventions et ce, jusqu'à ce que l'équipe se rende compte que la situation est devenue hors de contrôle. D'autres types de situations sont mentionnés où certains intervenants deviennent plus stricts avec le jeune tandis que d'autres le sont moins, une incohérence s'installant dans l'intervention menée par l'équipe. Le jeune utiliserait cette incohérence pour poursuivre ses agissements en « choisissant » ses moments.

En résumé, le milieu est généralement identifié par l'intervenant référent comme déstabilisé suite aux comportements incessants du jeune. Les autres jeunes vivant à l'unité de vie deviennent plus agissants et perturbés. Quant aux intervenants, ils deviennent essoufflés, perdent leur objectivité et risquent de voir s'installer une incohérence entre eux.

4.3.3 Les sentiments d'une impasse

Les représentations que se fait l'éducateur de sa propre situation, de la situation de l'unité de vie et des acteurs qui y évoluent peut, somme toute, mener à une impression d'impasse. Le premier élément à noter à ce niveau est la perception de l'évolution du jeune qui devient plus sombre. L'intervenant peut éprouver des sentiments de colère, de découragement, voire d'abandon devant les comportements du jeune. Cette réaction d'émotions négatives vécues par l'intervenant aura pour effet d'intensifier la recherche de points de repères : des moyens

d'intervention, le mandat légal, la stabilité de l'unité, la réaction des autres éducateurs, etc. Ces points d'ancrage peuvent être plus ou moins présents aux yeux de l'éducateur et leur recherche peut être vécue autant de façon posée que de façon très émotive par l'intervenant. Les intervenants insistent cependant sur le fait que lorsqu'ils en sont rendus à envisager le programme d'arrêt d'agir, c'est qu'ils sont dans une démarche de recherche.

« Ah! Moi, j'étais découragé. C'était vraiment, c'est sûr que là, ah là, écoute j'étais, j'étais brûlé. J'étais à bout de mon rouleau là. J'étais découragé. Après toutes les affaires qu'on avait mises en place, j'avais l'impression que ça ne faisait pas. Ça faisait le tour. Pis même, comme je te dis, à ce moment-là, la question qu'on se posait c'est : « Est-ce que c'est le bon milieu de vie ici ou pas, pour ce jeune-là? » Parce que, tu sais, c'est un jeune qui, bon, qui cherche pas la relation. Que moi, en rencontre d'accompagnement, c'est sûr que quand j'essaie de rentrer en relation avec lui, c'est très difficile. Il entre dans ses défenses, les acting-out à l'extérieur. Il n'y avait pas d'alliance. » (Céline)

L'intervenant dans cet exemple ne dispose plus de moyens de relation pour faire cesser les conduites perturbatrices. Sa recherche le conduit à conclure qu'aucun moyen à sa disposition ne fonctionne et à se demander si le milieu est approprié pour ce jeune. Cela entraîne chez lui une réaction de découragement et d'épuisement. Le jeune est perçu comme ne maintenant pas la relation et demeurant peu atteignable. L'alliance thérapeutique est ressentie comme brisée.

4.3.4 La rupture de l'alliance thérapeutique

L'épuisement et l'échec des moyens de mise en relation amènent l'intervenant à considérer qu'il y a rupture du lien thérapeutique.

« À un moment donné, on se rend compte qu'il est toujours dans le mode agression et, nous autres, on est toujours dans un mode de protection. C'était vraiment une augmentation de toutes ses verbalisations, qui peuvent être déplacées, agressantes et destructrices pour les autres. C'était toujours les mêmes interventions. On se rend

compte qu'on est essoufflé, qu'il nous demande beaucoup plus, que ça ne marche pas. (...) Quand le gars est trop dans l'action, trop dans le tourbillon et que, nous, on est trop collé à ce qu'il nous fait vivre, on ne l'aide pas et on ne s'aide pas non plus. »
(Josée)

Dans cette illustration, l'intervenant ne se perçoit plus comme étant en mesure d'aider le jeune dans sa démarche et il estime que la relation entre le jeune et lui s'appauvrit. Les marqueurs de ruptures d'alliance rapportés par les intervenants se situent, le plus fréquemment, au niveau de la confrontation. Ainsi, le jeune peut aller à l'encontre du cadre thérapeutique proposé par le milieu que ce soit par ses agissements, son refus d'adhérer aux moyens proposés ou encore de l'opposition ouverte. Ces marqueurs de confrontation sont les plus visibles et les plus fréquents.

Des marqueurs de retrait sont également rencontrés dans le cadre des rencontres individuelles. Ils apparaissent plus particulièrement lorsque les événements à la source des agissements problématiques sont connus par l'intervenant, qui propose alors au jeune des pistes d'interprétation et de compréhension de ses comportements. Dans de tels cas, le jeune aura souvent tendance à rejeter le blâme sur autrui ou à nier simplement les émotions qui l'habitent. Parmi les marqueurs atypiques de rupture décrits par Dumaine et Baillargeon (2002), les éducateurs rapportent surtout l'expression indirecte d'hostilité et de sentiments négatifs. Par exemple, ils voient chez le jeune, du retrait et des comportements passifs agressifs dans son implication à l'unité. Les marqueurs de retrait et de rupture atypique accompagnent souvent des marqueurs de confrontation. Ces ruptures surviennent essentiellement suite à un désaccord entre l'équipe et le jeune quant aux objectifs, aux tâches et aux rôles dans le plan d'intervention et à une incapacité à réconcilier ces divergences.

Bref, à cette étape-ci, l'intervenant référent en vient à la conclusion que l'alliance thérapeutique est brisée et que l'unité de vie régulière ne peut permettre au jeune de se réengager de façon claire dans la démarche thérapeutique proposée.

4.4 Le programme d'arrêt d'agir : les processus

Face à d'importants comportements problématiques, dans le continuum de mesures, le programme d'arrêt d'agir est à la disposition des intervenants. Dans la décision d'y recourir, il y a plusieurs considérations. De façon générale, les intervenants rencontrés sont prudents vis-à-vis de leur emploi de l'arrêt d'agir. Plusieurs considérations ayant été nommées par les éducateurs se recoupent. Leur énumération sera suivie d'illustrations à l'aide de quelques cas types.

4.4.1 Considérations soulevées par la mesure d'arrêt d'agir

Un élément central soulevé par de nombreux éducateurs est, encore une fois, le sentiment d'accumulation de difficultés. Cette impression, décrite dans une section précédente, fait en sorte qu'ils envisagent la mesure d'arrêt d'agir non seulement pour neutraliser les comportements du jeune mais, également, pour permettre à l'équipe d'évaluer celui-ci, une fois mis à l'écart du groupe. Il est espéré qu'une telle mise à l'écart permettra à l'équipe de se dégager de la situation et aux éducateurs d'aborder plus efficacement le jeune, en étant moins accaparés par les événements. Il est espéré qu'une séparation permettra de prendre un recul, d'avoir un répit, de faire une mise au point et de réévaluer le jeune, ses besoins et les stratégies d'interventions utilisées. Ainsi, le sentiment d'accumulation entre en ligne de compte car à la période d'arrêt d'agir pour le jeune, correspond une période d'arrêt d'intervention pour l'équipe, trop engagée de manière continue.

L'arrêt d'agir est clairement perçu par les intervenants comme une mesure qui s'applique lorsque tous les autres moyens sont épuisés. Dans une perspective de gradation des mesures, l'arrêt d'agir est présenté comme la dernière option par les intervenants. Ceux-ci mentionnent qu'il constitue, la plupart du temps, leur dernier levier d'intervention et, qu'en ce sens, ils doivent l'utiliser avec parcimonie. En effet, au-delà de l'arrêt d'agir, il ne reste que deux recours : une « stabilisation », c'est-à-dire un séjour d'environ un mois en unité d'encadrement intensif, ou encore en une « réorientation », c'est-à-dire un changement définitif de milieu. Cependant, les intervenants comprennent ces deux mesures, non pas comme des moyens

d'intervention, mais bien comme des changements de milieu à proprement parler (que ce soit pour une courte ou une longue période). *Dans le milieu de vie actuel*, l'arrêt d'agir est donc l'étape finale d'un continuum de mesures visant à faire cesser des conduites problématiques.

Dans ce contexte, l'arrêt d'agir est considéré comme un moindre mal. Arrivés au point où ils l'envisagent, les éducateurs estiment que la situation du jeune a atteint un point tel que les désavantages associés à l'utilisation de l'arrêt d'agir sont inférieurs aux avantages. Les désavantages discernés sont principalement de deux ordres. Premièrement, en utilisant cette mesure, les intervenants utilisent leur dernier « outil » et leur moyen d'intervention le plus intensif. Ils ont donc une crainte du développement d'une « accoutumance » chez le jeune, d'une habitude faisant en sorte que la mesure n'a plus l'impact désiré. D'un autre côté, la mesure est vue comme pouvant susciter un grand sentiment de rejet chez le jeune qui doit quitter son unité de vie pour se rendre dans une autre, isolée.

« On n'a pas compté sur l'arrêt d'agir tout de suite. Je pense que le fait d'être à l'écart, de ne plus avoir de contact avec les personnes, ça l'a affecté, peut-être plus aussi. C'est la première fois que je l'ai vu réfléchir autant. » (Claude)

La mesure est comprise comme nécessaire, malgré la possible vulnérabilité du jeune et l'inconfort qu'elle suscite. Cet inconfort est parfois même souhaité par l'intervenant car il est susceptible de déstabiliser le jeune, de faciliter l'introspection et de favoriser l'arrêt des conduites problématiques.

Un autre élément qui oriente la décision vers la mesure d'arrêt d'agir est la répétition du comportement dans le temps. Un comportement cyclique, qui revient périodiquement et qui a été atténué dans le passé par des arrêts d'agir, est plus susceptible de faire l'objet de nouveaux arrêts d'agir. Ce programme est utilisé plus promptement par les intervenants, les comportements problématiques devenant moins sujets à une gradation des mesures disciplinaires et de moyens de mise en relation. Cependant, il vient un temps où les éducateurs, devant l'emploi répétitif de l'arrêt d'agir, se demandent si leur milieu de vie correspond aux besoins d'encadrement du jeune.

« On voit réapparaître les mêmes comportements d'il y a 3 mois, puis d'il y a deux ans, qui sont toujours présents, sont toujours là. Mais il a juste réussi à mettre un bouchon dessus. Pis ça, on l'a senti, on l'a vu, puis c'est là que je me dis : « Est-ce qu'on l'aide? » Parce qu'à un moment donné, on se rendait compte que... « On es-tu en train de juste le contrôler et de contrôler son agressivité sous la menace de : si tu es trop méchant, trop agressif, trop ci, trop ça, ben tu iras vivre ailleurs. » Mais, en même temps, il fait tout pour rester ici. Mais là, il a eu une période difficile et qui serait difficile pour n'importe qui. Les comportements recommencent à sortir beaucoup. Fait que, on ne tape pas sur le clou, il va falloir qu'on l'accompagne là-dedans. En envoyant un garçon en arrêt d'agir, c'est pas miraculeux mais ça donne un break: de un: à ce jeune-là, de deux: à l'équipe aussi. Prendre du recul pis de revoir, revenir sous un autre angle, avec un gars un peu plus reposé. » (Céline)

L'arrêt d'agir permet clairement, selon cet intervenant, d'introduire un temps d'arrêt pour le jeune de même que pour l'équipe. Compte tenu de la répétition des comportements, il devient un moyen d'accompagnement du jeune.

Dans certaines circonstances, l'arrêt d'agir est compris comme nécessaire par l'intervenant car le jeune a manifesté un comportement pour lequel aucun autre moyen d'intervention ne paraît « suffisant et adéquat. » Il devient alors la seule intervention pouvant faire répondre le jeune de ses gestes, marquer de façon claire la désapprobation du milieu et permettre une réflexion jugée appropriée par les intervenants et le jeune. Ainsi, il arrive que, dans des situations ponctuelles et particulières (telles qu'une fugue unique mais de longue durée ou encore une agression majeure envers un membre du personnel), les intervenants font appel à un arrêt d'agir en ne considérant qu'un seul geste. Ces situations restent minoritaires puisque, la plupart du temps, la référence en arrêt d'agir origine plutôt d'un contexte et d'un ensemble de facteurs.

Des propos recueillis auprès des interviewés, il ressort que la demande d'arrêt d'agir peut être spontanée, planifiée ou négociée avec le jeune. Elle est spontanée lorsque, suite à un

événement majeur, la réponse immédiate des intervenants est de placer le jeune en arrêt d'agir. Cet événement majeur peut être, par exemple, une agression physique sur un membre du personnel. En de telles circonstances, bien souvent, le jeune sera orienté vers la mesure de « bloc retrait », puis déplacé vers une mesure d'arrêt d'agir. En effet, la mesure de « bloc retrait », de courte durée, n'est pas vue comme une réponse claire et suffisante aux agissements du jeune. Dans ce cas de figure, l'arrêt d'agir n'est pas nécessairement demandé par l'éducateur d'accompagnement du jeune car il doit être demandé prestement.

La demande d'arrêt d'agir est planifiée ou prévue lorsqu'elle fait suite à une situation qui comprend plusieurs agissements problématiques du jeune. Plutôt que d'être la réaction à un geste précis et situé dans le temps, l'arrêt d'agir s'inscrit dans un contexte où le fonctionnement global du jeune s'est détérioré. Il est alors habituellement demandé par l'éducateur d'accompagnement du jeune.

La demande est négociée avec le jeune lorsque l'intervenant a obtenu le consentement du jeune quant à sa participation dans l'application de la mesure. L'arrêt d'agir répond à un contexte où le jeune a un fonctionnement qui se détériore et où l'intervenant lui en fait prendre conscience. Certains intervenants utilisant cette approche inscrivent la mesure dans le cadre d'un contrat signé avec le jeune. D'autres mentionnent avoir fait en sorte que le jeune se rende lui-même sur le lieu de l'arrêt d'agir, sans accompagnement sécuritaire : le jeune fait sa valise et s'y rend de son plein gré. Dans ce cas de figure, le succès constaté de la mesure est nettement plus grand. Selon les intervenants, la participation du jeune peut être facilitée par certains éléments. Premièrement, il est évident que la capacité d'introspection joue un rôle crucial. La capacité à reconnaître sa situation et à envisager des solutions facilite le volontariat. Deuxièmement, la qualité de l'alliance thérapeutique importe car elle peut faire en sorte que l'arrêt d'agir ne soit pas ressenti comme « subi » par le jeune, mais plutôt comme « consenti ». Finalement, une bonne compréhension clinique de la situation du jeune et la connaissance des événements qui ont précipité ses agissements sont d'une grande utilité pour l'intervenant qui pourra les utiliser afin d'obtenir la collaboration du jeune dans l'application de la mesure.

Un autre facteur qui semble influencer la décision d'envoyer un jeune vers le programme d'arrêt d'agir est la santé mentale chez le jeune. Ce facteur ne semble pas tant influencer le choix de la mesure que les délais, les intervenants disant avoir recours à l'arrêt d'agir plus rapidement pour les jeunes ayant des troubles mentaux. Ils croient que les jeunes ayant des troubles mentaux et des conduites problématiques nécessitent des interventions moins graduelles et plus intensives, dans le but de marquer l'interdit de façon claire, immédiate et sans équivoque.

Quelques éléments semblent influencer le recours à une mesure d'arrêt d'agir suite à *une fugue* plus particulièrement. La perception des éducateurs est à l'effet qu'ils n'ont aucun contrôle sur le jeune lorsqu'il est en fugue et qu'une « zone grise » se crée alors. Les personnes interviewées sont d'avis que le jeune ne fait aucun progrès pendant cette période, voire même qu'il régresse. De plus, la situation comporte plusieurs inconnus : les éléments déclencheurs, les activités du jeune durant sa fugue (peut-il se mettre en danger?) et le moment où il reviendra. Lorsque le jeune revient, l'intervenant qui considère l'ensemble des moyens à sa disposition peut envisager l'arrêt d'agir comme étant la meilleure mesure, puisqu'elle donne un temps de répit au jeune et un temps de réflexion aux intervenants. En cas de fugue, la mesure d'arrêt d'agir est aussi « préventive », les intervenants ne sachant pas ce qui les attend lorsque le jeune reviendra (circonstances du retour et état du jeune). Décidée en cours de fugue, elle met en place un contexte qui permettra de mieux évaluer la situation lorsque le jeune sera de retour. Décidée au retour du jeune, l'intervenant peut alors en fixer les objectifs en fonction de la condition du jeune et de son état. Cependant, la mesure d'arrêt d'agir en réponse à une fugue est parfois un automatisme chez certains intervenants. Ces derniers mentionnent qu'il s'agit là d'une procédure qui leur permet de faire le point de façon efficace avec le jeune.

4.4.2 Les objectifs

Il n'existe qu'une seule mesure d'arrêt d'agir mais plusieurs objectifs peuvent s'y rattacher. En voici une synthèse.

L'objectif premier mentionné par les éducateurs est de faire cesser l'agir à l'intérieur de la période de référence. L'idée est que s'estompent les conduites d'acting-out visibles qui pourraient se poursuivre ou se manifester de nouveau s'il n'y avait pas de référence. Les éléments permettant d'atteindre cet objectif, selon les éducateurs, sont essentiellement le cadre sécuritaire et le régime d'isolement prolongé auxquels est soumis le jeune.

La mise à l'écart du jeune est également conçue par les intervenants comme un moyen de prendre une distance face au jeune ou à la situation problématique, de se dégager émotionnellement et de retrouver son objectivité.

« On va t'arrêter parce que tu es dans un tourbillon qui est dangereux puis, en même temps, ça nous permet nous autres aussi de prendre une distance. C'est d'un arrêt d'agir à l'extérieur du foyer qu'il a besoin parce que, nous autres, ici, on n'est plus capable. Puis moi, je ne suis plus capable de l'élever ici. Pour Kevin, (l'objectif) cela a été de "pouvoir réfléchir à tes affaires" et de notre côté, on va se repositionner aussi à savoir "est-ce que, nous autres, en tant qu'équipe, on peut continuer à t'aider" ici ou ça sera une autre équipe dans un autre lieu qui pourra mieux l'aider. » (André)

Le retrait temporaire du jeune de son milieu de vie permet donc à l'équipe de reprendre son souffle, d'évaluer la situation sous différents angles et de recevoir l'opinion et les conseils d'une autre équipe d'intervenants, celle du milieu d'arrêt d'agir.

Un troisième objectif identifié par les éducateurs de référence relève de la réflexion et des processus de « mentalisation ». Il est espéré par les éducateurs que le milieu sécuritaire et isolé permette au jeune de se calmer et de réfléchir. Ce qui est visé par cet appel à la réflexion est que le jeune puisse identifier i) les comportements problématiques qui l'ont mené en arrêt

d'agir; ii) leurs possibles explications ou significations; iii) leurs conséquences et, éventuellement, iv) des alternatives pouvant les remplacer. Cette réflexion passe aussi par le bilan de la situation actuelle du jeune et l'identification de ses besoins pour l'avenir.

« C'est regarder c'est quoi qu'il veut lui, pendant qu'il est ici, pendant son séjour jusqu'à l'automne prochain, c'est quoi qu'il veut atteindre? C'est quoi là? Vient-il ici pour faire du temps? C'est que je veux qu'il se responsabilise et reprenne sa vie en main. » (Marcelle)

A l'aide du processus de mentalisation, il est donc attendu que le jeune se responsabilise face à ses comportements. La démarche peut également, selon les éducateurs, mener le jeune à réfléchir sur les engagements à prendre pour éviter le retour des comportements problématiques à la sortie du milieu d'arrêt d'agir. L'exercice de mentalisation peut parfois avoir à tenir compte d'une recherche d'informations par l'éducateur. Cela se produit lorsqu'il y a des zones grises autour des événements entourant les comportements problématiques. Par exemple, il peut être demandé au jeune d'identifier l'élément déclencheur de ses comportements ou de décrire les activités faites durant sa fugue.

Un dernier objectif poursuivi par les éducateurs via l'arrêt d'agir est la punition des comportements et la dissuasion.

« C'est comme une douche froide. Comme... ça saisit là! Tu sais, des fois je pense à la prison. Ici, au Centre jeunesse, c'est la plus grosse conséquence que tu puisses avoir à tes comportements. Puis si tu trouves ça déplaisant, pour moi, c'est positif. Puis en même temps, si t'es capable de voir que ça t'a amené quelque chose de positif, ben bingo là. » (Jean-François)

L'idée, en ce sens, est de marquer l'interdit, de mettre une limite ou une conséquence à l'acte. Selon certains intervenants, le simple fait de mentionner la possibilité d'un recours à l'arrêt d'agir peut parfois faire cesser une conduite problématique. L'arrêt d'agir est donc un agent

dissuasif pour certains intervenants. Lorsqu'il est effectivement utilisé, il devient la conséquence négative d'un comportement répréhensible.

Et rien à propos du rétablissement de l'alliance? Non, au moment de nommer les objectifs du programme d'arrêt d'agir, aucun intervenant ne parle du lien thérapeutique alors que la plupart évoquent des thèmes du genre « mentaliser, faire le point, marquer l'arrêt, etc. ». C'est seulement lorsque vient le temps de parler des critères de terminaison que l'alliance fait surface.

4.4.3 Cheminement de cas type : illustrations

4.4.3.1 Le cas d'Antoine

Antoine, 15 ans, est placé en unité globalisante dans le cadre d'un premier placement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Il prend du Ritalin pour des problèmes de concentration, ainsi que du Risperdal pour des troubles de l'agressivité. Il a, par le passé, bénéficié de la participation à un groupe d'entraînement à la gestion de la colère. Le jeune est perçu par les éducateurs comme faisant des erreurs dans sa conception des événements. Par exemple, il se sent souvent menacé lorsqu'il ne l'est pas. Il agresse souvent autrui de façon impulsive et il est en conflit fréquemment avec ses pairs.

« C'est que, on s'en allait, on se déplace à la cafétéria, il y a un jeune qui passe, il le ramasse. Cela fait qu'il y a une interaction avec l'autre. L'autre lui dit : « Hey! Qu'est-ce que tu fais là? » Puis le jeune se désorganise. On se ramasse toujours avec des conflits. Et cette notion d'imprévisibilité. On ne pouvait pas se raccorder à un événement précis. Pis il n'y avait pas de signe avant-coureur qui va nous dire : « Regarde, il s'en vient là, il va se désorganiser ou il va se passer de quoi. » On ne pouvait pas prévoir. Donc, on était en constant déséquilibre. On n'avait pas de signe. C'était de l'agression, pis c'était direct, c'était gratuit. Il n'y avait pas d'aspect moral, il n'y avait pas de compassion. C'était simplement une pulsion qui

sortait à un moment donné : violente, importante mais sans prévisibilité. La marmite sautait. » (Armand)

Face à ces conduites répétées, de courts retraits ont d'abord été effectués. Mais, devant l'échec de ces mesures et, éventuellement, face à un geste violent perpétré à l'endroit d'un intervenant, le jeune fut immédiatement référé en arrêt d'agir. L'arrêt d'agir était alors conçu comme la seule mesure capable d'offrir une réponse adéquate à la dynamique du jeune et à ses problèmes de « santé mentale » (i.e. hyperactivité et agressivité). Les intervenants étaient alors affectés par le geste du jeune, certains ayant peur pour leur propre sécurité, d'autres étant en colère. Les mesures passées n'ayant pas porté fruit, cela nourrissait le sentiment d'accumulation de difficultés. Selon l'intervenant référent, le jeune utilisait ses agissements agressifs pour entrer dans un rapport de force avec les intervenants. Il percevait que l'alliance de travail était rompue car le jeune agissait directement à l'encontre de ses objectifs de placement et directement contre le milieu de thérapie. L'arrêt d'agir fut donc une réponse spontanée à la situation, les intervenants ne croyant pas être en mesure de réagir efficacement à l'intérieur du cadre de vie habituel.

« Le but recherché par l'arrêt d'agir, c'était de placer l'interdit au niveau de l'agressivité et de la violence en disant : « Regarde, on ne tolérera pas d'aucune façon toute menace, toute agression envers qui que ce soit. » C'était un arrêt complet du gars. C'est d'essayer d'éclairer un chemin au niveau des comportements qui fait en sorte que la direction désirée soit prise. « C'est par là et si tu t'en vas dans une autre direction, en dehors de la piste qui est bien balisée, bien éclairée, à ce moment-là, on fonctionne par les interdits et les retraits en arrêt d'agir. » (Armand)

Dès l'agression du jeune, l'intervenant discerne qu'il a peu de moyens pour intervenir de façon efficace et le milieu est déstabilisé. Les moyens de relations s'avèrent inefficaces pour répondre adéquatement aux comportements imprévisibles et l'alliance thérapeutique est brisée. L'intervenant considère que l'arrêt d'agir est la mesure la plus efficace et, compte tenu du contexte, un moindre mal. Les objectifs visés sont la punition et la conséquence à l'acte, de

même qu'une mise à distance du jeune permettant à l'équipe de prendre du recul face à la situation.

4.4.3.2 Le cas de Benjamin

Benjamin a été retiré de chez lui alors qu'il avait 5 ans car son père était décédé et sa mère, souffrant d'une maladie psychiatrique, n'était pas en mesure de l'assumer. Il a connu deux placements, un en famille d'accueil, un chez une tante. La mère revenait souvent le chercher mais l'enfant lui était retiré de nouveau peu de temps après. Le jeune a été placé pendant un an en milieu d'encadrement intensif dû à des troubles graves du comportement dans son quartier et à l'école. Depuis deux ans, il est placé en foyer de groupe. Ce qui est remarqué par les éducateurs, c'est la colère du jeune face à son placement et à l'abandon de sa mère. Le jeune ne se responsabilise pas face à ses agissements. Il rejette très souvent la faute sur autrui, pour ses erreurs et ses comportements problématiques. Concrètement, cela peut se manifester par de l'agressivité verbale et quelquefois de l'agressivité physique envers les autres jeunes et les éducateurs. Cela se reflète également par de l'opposition face aux directives des éducateurs.

« On essaie de ne pas se laisser envahir par cette colère-là. On va se consulter et un moment donné : « Ok, c'est beau, va-t'en dans ta chambre, en retrait, puis on verra dans une heure. » Lui et nous, on décompresse pendant ce temps-là. » (Benoît)

Pour tenter d'atténuer les comportements du jeune, l'équipe tente, d'une part, de l'impliquer dans une activité sportive et, d'autre part, d'intervenir systématiquement par rapport aux comportements agressifs du jeune. Ces interventions sont claires : un avertissement vaut un retrait de quinze minutes et deux avertissements équivalent à un retrait pour la soirée. L'équipe considère que le jeune a besoin d'un cadre clair et sécurisant pour bien fonctionner. Bien que la gradation des mesures semble efficace pour faire cesser les comportements à court terme, elle ne parvient pas à prévenir leur retour éventuel.

« C'est une accumulation de choses. Il adhère aux mesures mais quand ça fait un mois qu'on est encore sur cette même guerre-là... Il est rendu à 15 ans, il devrait

incorporer un peu plus ce qu'on essaie de lui montrer. Il y a toute sa colère, son agressivité qui est omniprésente. C'est juste une accumulation. Ce n'est pas quelque chose de précis. « Depuis un mois, on a essayé ça, ça, ça avec toi. Quand on fait un retour avec toi, tu fais oui, oui, oui mais le lendemain tu recommences le même comportement. On est en train de se demander sérieusement si ta place est encore ici ou pas. » Depuis un an et demi qu'on voit les mêmes affaires, on se dit : « Nous autres, on ne l'aide pas, ici, il stagne. » Alors on fait quoi, comment on l'aide? Alors ça a été : « Va prendre une retraite fermée, va te reposer, va réfléchir, va faire un point sur ce que tu veux. » (Benoît)

L'impression d'accumulation de difficultés, l'échec des moyens de mise en relation, l'échec de la gradation des mesures disciplinaires, la perturbation de l'équipe, la répétition des comportements dans le temps et l'interprétation clinique des conduites font en sorte que l'éducateur perçoit qu'il a peu de moyens au sein de l'unité pour accompagner le jeune vers une cessation durable des comportements problématiques. L'éducateur juge que l'alliance de travail est rompue car le jeune a des agissements qui vont à l'encontre du travail thérapeutique qu'il tente de faire (marqueurs de confrontation). Le jeune montre également des marqueurs d'évitement en acquiesçant verbalement alors que ses comportements vont à l'encontre de ses dires. Ainsi, l'arrêt d'agir apparaît comme la solution à tenter pour recentrer le jeune et le remobiliser face à son placement et aux objectifs poursuivis. L'objectif visé par la mesure était la cessation permanente des conduites problématiques.

4.4.3.3 Le cas de Cédric

Cédric (16 ans) est arrivé au Canada deux ans avant la demande d'arrêt d'agir. Il est venu rejoindre sa mère qu'il connaissait à peine. Cédric, déjà turbulent dans son pays d'origine, faisait fi du cadre qui lui était imposé par sa mère. Le jeune fut alors placé en milieu globalisant sur la base de mesures volontaires et en vertu de la LSSSS. Quelques mois après le début de son placement, une réinsertion dans le milieu naturel a été tentée. Les éducateurs observaient que le jeune trouvait difficile que sa mère exige qu'il demeure en permanence chez lui les fins de semaine tout en ne permettant pas aux amis de venir à la maison. Le jeune

réagissait fortement à cela et la mère a alors signifié aux intervenants qu'elle ne voulait plus de contact avec son garçon et mettait fin au projet de réunification familiale.

« Alors ce qui s'est passé, c'est qu'il a voulu avoir un petit peu plus d'expansion, avoir des activités à l'extérieur qui avaient l'air sain. On l'a autorisé, il avait des sorties conditionnelles, il devait respecter les heures d'entrée. Et, évidemment, il ne les a pas respectées et tout le temps en testant le cadre là. Commencent alors les conséquences. On a beau essayé de lui expliquer que les heures de sorties c'est minime, mais il n'est pas capable de respecter un truc minime comme ça. On n'est pas alors capable de lui faire confiance pour respecter les choses vraiment essentielles. Alors en fin de semaine, il avait une sortie et ce qui s'est passé, c'est qu'il n'a pas encore respecté ses heures d'entrée. Il est arrivé ici tout croche, voyant que sa sortie du dimanche était compromise par le fait qu'il n'avait pas respecté l'entente, il a "pogné" les nerfs et a décidé de fuguer. » (Cécile)

L'intervenant explique que le jeune avait manifesté, avant la fugue, des comportements d'opposition face à ses sorties. Les interventions alors tentées n'ont pas eu d'impact sur le jeune. Le jeune était perçu comme pouvant se mettre en danger lors de sa fugue, puisqu'il est un consommateur de drogue. L'intervenant estimait que l'alliance thérapeutique était tout à fait rompue car le jeune agissait directement à l'encontre des objectifs poursuivis. La fugue est alors vue comme un marqueur de rupture important. L'intervenant juge qu'il doit désormais instaurer un contexte sécuritaire et clair pour accueillir le jeune lorsqu'il reviendra. Le milieu d'encadrement actuel ne lui paraît pas en mesure d'offrir le répit souhaité pour reprendre la situation avec le jeune.

« Le fait d'arrêter d'agir, d'une stabilité, de démêler la situation avec lui : comprendre pourquoi il est parti en fugue, les risques que ça impliquait et d'où partait le conflit. » (Cécile)

La mesure d'arrêt d'agir est alors choisie par l'intervenant, compte tenu de sa conception du contexte, sa compréhension clinique du jeune, son évaluation des facteurs de risque et des

moyens dont il dispose. Les objectifs visés par cette mesure sont la recherche d'information et l'arrêt éventuel des conduites problématiques lorsque le jeune sortira du milieu d'arrêt d'agir.

4.5 Le séjour du jeune en arrêt d'agir

Le séjour du jeune dans le programme d'arrêt d'agir peut être décrit en fonction de sa durée et de son efficacité pressentie.

4.5.1 La durée du séjour

La durée d'un séjour en arrêt d'agir varie entre 0 et 5 jours. La durée de la mesure est déterminée à partir de critères établis et réévaluée quotidiennement par l'intervenant référent. Si l'intervenant détermine que le jeune a atteint les objectifs fixés, la mesure pourra alors se terminer. Sinon, elle peut être prolongée d'une autre journée.

De tous les objectifs poursuivis par les éducateurs, i.e. faire cesser l'agir du jeune, permettre aux éducateurs de retrouver leur objectivité, marquer l'interdit et favoriser la réflexion, les deux derniers ressortent davantage du discours des intervenants au moment d'identifier les critères de terminaison de la mesure. S'y ajoute alors le rétablissement de l'alliance thérapeutique. Ils ne sont pas exclusifs l'un et l'autre dans la mesure où ils s'influencent souvent mutuellement selon les intervenants. Une description plus approfondie de chacun de ces critères sera faite.

Les réflexions que produit le jeune, que ce soit lors d'échanges verbaux ou de productions écrites, constituent le premier élément sur lequel l'intervenant s'appuie pour déterminer la fin de la mesure.

Ces réflexions, menant à des engagements de la part du jeune, peuvent prendre un temps variable, en fonction du nombre de points à aborder. Les éducateurs estiment parfois la durée probable de la mesure à partir de la quantité de points que le jeune doit aborder. Par ailleurs, l'intervenant aura des attentes au niveau du contenu de la réflexion, compte tenu des capacités

d'introspection du jeune. L'atteinte des objectifs réflexifs passe, selon les intervenants, par un contenu de qualité dans lequel ils distinguent un effort et une implication du jeune.

« Il revient quand il est prêt. C'est selon son implication à lui. Il y en a qui te dise... Tu vas les voir puis tu reviens, puis c'est exactement ce que tu as dit. Alors là, tu lui donnes une feuille blanche puis tu dis : « Recommence-moi ça puis explique-moi pourquoi... Puis tu t'engages à tatata, tatata. » Quand c'est satisfaisant, il n'y a pas de problème. Quand tu sens que le gars est réellement sincère. » (Marc)

Les éducateurs disent craindre le « conformisme » dans les réflexions. Ils en évaluent la sincérité à partir du feed-back des intervenants dans l'unité d'arrêt d'agir et de l'élaboration des engagements et des réflexions (une réflexion élaborée aurait moins de chance d'être « fausse »). Mais, à elles seules, les réflexions du jeune ne permettent pas aux éducateurs de juger du moment de fin de la mesure. Ils évaluent aussi l'état de l'alliance thérapeutique.

Les intervenants ne parlent pas directement de l'alliance thérapeutique dans leurs discours. Ils parlent plutôt d'un état où le jeune est reposé, réceptif, moins opposant et plus à l'écoute. Lorsque l'éducateur voit que le jeune n'est plus confrontant ni passif, mais qu'il s'est mobilisé et qu'il a pris des engagements clairs, alors il penchera pour la fin de la mesure et le retour du jeune dans l'unité. Évidemment, il s'agit d'une perception d'impressions ou d'un jugement de la part de l'intervenant. Il n'y a que peu de signes concrets de cette bonne volonté, de cette réceptivité et du rétablissement de l'alliance de travail. Ce rétablissement est néanmoins très important aux yeux des éducateurs et il est aussi présenté comme le principal élément permettant de déterminer le succès de la mesure.

4.5.2 L'efficacité de la mesure

Selon les éducateurs, le milieu d'arrêt d'agir permet de créer un espace thérapeutique, où il est possible de travailler avec un jeune à l'abri de tout stimuli environnant. Ils peuvent aussi y prendre le temps d'analyser avec le jeune certains éléments, ce qu'ils n'auraient pas pu faire dans le milieu de vie régulier. Les réflexions écrites permettraient cela.

« Souvent, il y a beaucoup de contenu écrit. Après, tu peux le reprendre avec le jeune. Quand t'écris quelque chose, tu penses à ce que t'écris. T'es plus en mesure d'en parler après, parce que t'as mis des idées sur papier. Le jeune devient plus calme, plus capable de regarder la situation. » (Sophie)

L'arrêt d'agir est donc compris comme une période consacrée à *réfléchir et à se remobiliser* par rapport à son plan d'intervention. Les intervenants évaluent principalement l'efficacité de cette mesure par la reconstruction de l'alliance de travail. Les objectifs de la réflexion écrite ou de la sanction n'auront été que des moyens pour en venir à rétablir un climat de confiance entre l'intervenant et le jeune. C'est dans la persistance de cette alliance que l'intervenant jugera le succès de la mesure.

« Le succès de la mesure c'est que quand il revient ici, dans les semaines qui suivent, qu'il est mobilisé dans ce qu'il a à faire [engagements]. Il a respecté ce qu'on lui a demandé. Il s'est mis en démarche pour un emploi. C'est sûr que des fois il bougonne puis ça fait pas son affaire, sauf qu'il se mobilise pour faire ses choses puis après ça, il est content de lui parce qu'il a fait ce qu'il avait à faire. » (Hélène)

On le voit, cet intervenant estime que l'arrêt d'agir est efficace dans la mesure où le jeune s'est mobilisé par rapport aux objectifs fixés et aux engagements pris. Le succès de la mesure est plus grand pour les jeunes qui y collaborent que pour ceux qui restent non-volontaires. Les intervenants croient qu'à la sortie du programme, les jeunes peuvent agir un certain temps par conformisme ou encore par peur d'y retourner. C'est donc sur une certaine période de temps qu'ils croient pouvoir évaluer si le jeune est réellement « en démarche » et mobilisé face à ses objectifs du placement. Si tel est le cas, l'arrêt d'agir aura été efficace. En cas de besoin, l'arrêt d'agir pourra de nouveau être utilisé auprès du jeune. Cependant, les intervenants remarquent que des recours multiples à la mesure d'arrêt d'agir peuvent indiquer que le milieu de vie n'est pas suffisamment encadrant pour le jeune. Un recours constant à l'arrêt d'agir est vu comme problématique.

En dernier lieu, il apparaît important de mentionner que quelques intervenants perçoivent l'arrêt d'agir comme un endroit qui peut contribuer à « guérir le jeune ».

« Pis c'est là qu'on se rend compte comme 2 mois plus tard, 3 là, ça n'a pas disparu, pis y'a pas guéri, pis on ne s'attendait pas qu'il guérisse complètement non plus, mais on a senti qu'il a fait ses efforts, qu'il s'est calmé, qu'il a arrêté d'agresser, mais en même temps, il s'isolait beaucoup plus, il restait dans sa chambre plus souvent, il partait jouer dehors plus souvent donc il était moins dans la maison. » (Johanne)

Certains mots, empruntés au jargon médical, permettent de faire l'hypothèse que pour ces intervenants, non seulement l'arrêt d'agir est comme une mesure intensive mais également comme une mesure qui peut, potentiellement, avoir des effets « curatifs ».

**CHAPITRE V :
DISCUSSION ET CONCLUSION**

Le cinquième objectif de ce mémoire se propose de comparer les pratiques réelles au cadre de référence définissant le programme d'arrêt d'agir. Le chapitre de discussion des résultats est rédigé dans cette perspective.

5.1 Population visée et objectifs poursuivis

Rappelons d'abord que le cadre de référence définissant l'arrêt d'agir stipule qu'il s'agit d'un programme accessible à tous les jeunes i) desservis par les services du Centre jeunesse de Montréal, ii) dont la démarche est ponctuellement compromise au sein du milieu régulier de dispensation de services (Achim, 1998). La démarche est considérée « compromise » lorsque les jeunes présentent les dispositions ou les comportements suivants: i) un état de dangerosité pour soi ou pour autrui, ii) des agressions (verbales ou physiques répétées, violentes et destructrices), iii) un refus systématique et persistant de répondre au support et à l'intervention, iv) une situation de crise temporaire associée à un échec des mesures d'aide régulières, v) une incapacité temporaire à poursuivre le programme régulier et à vivre dans le milieu habituel.

Qu'en est-il? Cette recherche a également permis de dresser un portrait de la clientèle référée en arrêt d'agir et de mieux comprendre les représentations des intervenants face au programme d'arrêt d'agir du Centre jeunesse de Montréal. Dans le volet quantitatif de l'étude, l'analyse des 735 demandes adressées au programme d'arrêt d'agir du Goéland a permis de constater que les comportements représentant un état de dangerosité pour soi (comportements autodestructeurs et tentatives suicidaires) n'ont représenté, en 2004, que 0,9 % des motifs de référence en arrêt d'agir. Les motifs relèvent, dans une proportion très largement supérieure « du refus systématique et persistant de répondre au support et à l'intervention ». Cette attitude opposante ou défiante paraît constituer le principal motif de référence, dans la mesure où près de la moitié (48,4 %) des jeunes se retrouvent en arrêt d'agir suite à un refus de répondre à l'intervention. Viennent ensuite les comportements représentant un état de dangerosité pour autrui ou d'agression (agissements délinquants, violence physique, violence verbale, agissements sexuels) qui représentent 31 %, des motifs de référence.

Les deux derniers critères de compromission de la démarche clinique (« situation de crise temporaire associée à un échec des mesures d'aide régulières » et « incapacité temporaire à

poursuivre le programme régulier et à vivre dans le milieu habituel ») ne figurent pas dans la base de données institutionnelles qui nous a été remise. Elles ont donc été davantage investiguées par la démarche qualitative. Selon les intervenants rencontrés, les jeunes sont référés en arrêt d'agir suite à l'échec des moyens de mise en relation et à l'apparition de comportements inadéquats qui tendent à augmenter en gravité, en intensité et en fréquence. Ces deux éléments font en sorte qu'à leurs yeux, le jeune devient incapable de poursuivre sa démarche de réadaptation et qu'un retrait de l'unité doit être envisagé. Ils estiment aussi qu'un jeune peut être envoyé en arrêt d'agir suite, non pas à l'échec des mesures régulières, mais plutôt à l'absence de mesures suffisantes au sein de l'unité pour répondre adéquatement à la gravité d'un passage à l'acte (par exemple, suite à une agression majeure envers un membre du personnel).

Les objectifs poursuivis par le programme d'arrêt d'agir peuvent s'articuler autour de trois pôles principaux : i) arrêter l'agir, en tant que menace à la continuité de la démarche, à l'intégrité du jeune ou à celle d'autrui; ii) amener le jeune à réfléchir, à faire le point sur sa démarche et à chercher des éléments de solutions; iii) remotiver le jeune et restaurer les conditions minimales pour son retour dans le milieu de référence. Au cours des entretiens semi-dirigés, l'objectif premier mentionné par les éducateurs était effectivement de « faire cesser l'agir à l'intérieur de la période de référence ». Le deuxième objectif s'est également retrouvé dans le discours des éducateurs qui ont parlé à maintes reprises de l'importance des réflexions et du processus de « mentalisation » lors d'un placement en milieu d'arrêt d'agir. Quant au troisième objectif ci-haut décrit, il ne s'est pas retrouvé de prime abord dans le discours des intervenants. Toutefois, il est apparu que le rétablissement de l'alliance thérapeutique était, pour ceux-ci, le principal critère de détermination du retour du jeune dans son unité régulière. Il était aussi le critère permettant d'établir le succès de la mesure. Les éducateurs ont également dit que la mise à l'écart du jeune était, *pour eux*, un moyen de prendre une distance face à la situation problématique, de se dégager émotionnellement et de retrouver leur objectivité. Certaines des « conditions minimales » à restaurer (cf. objectif iii) s'appliquent donc non pas au jeune mais plutôt à l'intervenant et à son équipe. De plus, lorsque les éducateurs rapportent des divergences de points de vue dans l'équipe, ils tendent généralement à dire que « les autres sont plus sévères ou autoritaires » qu'eux. Cela porte à laisser penser qu'à certains moments lesdites « conditions minimales » s'appliquent à l'équipe et non plus à l'intervenant ou le jeune.

Finalement, certains éducateurs ont expliqué que le programme d'arrêt d'agir constituait à leurs yeux une punition et une sanction à l'acte.

Selon AACAP (2002), les premiers objectifs de l'isolement devraient être i) de prévenir des comportements dangereux envers soi ou les autres et ii) de prévenir des désorganisations ou de sérieuses ruptures avec le programme de traitement, incluant des dommages à l'environnement. En ce sens, on peut considérer que ces deux visées rejoignent l'objectif « arrêter l'agir » identifié par les éducateurs. Selon AACAP (2002), la mesure d'isolement vise aussi l'acquisition d'un contrôle interne par l'enfant lorsque des options moins restrictives ont échoué ou qu'elles se sont avérées impossibles à implanter. Cet objectif pourrait correspondre à celui où les éducateurs disent vouloir favoriser la « mentalisation et la réflexion ». En effet, il est possible d'affirmer que le jeune, en « mentalisant », tend à acquérir des comportements alternatifs aux *acting out*.

À l'inverse, selon AACAP, (2002) l'isolement est mal utilisé lorsqu'on y a recours en tant que simple punition ou lorsqu'il s'agit essentiellement de satisfaire les exigences d'un programme. Or, les éducateurs nomment parfois le désir de sanctionner les gestes des jeunes par une mesure forte. L'arrêt d'agir peut devenir cette « mesure forte » lorsque les premiers considèrent ne pas disposer de moyens suffisants, au sein de l'unité, pour sanctionner l'*acting out* du jeune. Un des objectifs de l'arrêt d'agir est de remobiliser le jeune dans la démarche du programme de réadaptation auquel il participe. La AACAP propose que l'isolement ne soit pas utilisé pour satisfaire les seules exigences du programme. Les éducateurs rencontrés utilisent plutôt la remobilisation du jeune comme critère de terminaison de la mesure et d'évaluation du succès de la mesure.

5.2 Caractéristiques du séjour

Une fois que la décision a été prise, les procédures organisationnelles du Centre jeunesse de Montréal (1998) précisent que le programme d'arrêt d'agir ne peut s'appliquer que pour une période limitée et brève, allant de quelques heures à cinq jours. Or, dans cette étude, il est apparu que cette durée maximale est dépassée dans 4,5 % des situations. Le séjour peut alors se prolonger jusqu'à huit jours. Les jeunes dans une telle situation ne retourneront pas dans leur unité d'origine dans une proportion de 69,7 %, ce qui tend à indiquer que le séjour, à un certain moment, n'est plus prolongé pour des raisons cliniques mais plutôt

pour des raisons administratives (i.e. relocaliser le jeune et procéder à la rencontre d'admission).

Forehand (1985), rapporte que la durée optimale de l'isolement varie habituellement de quelques secondes à plusieurs heures et qu'un isolement durant entre trois et quinze minutes s'avère le plus efficace et le plus utilisé. Or, l'arrêt d'agir préconisé au CJM-IU dure en moyenne trois jours. Il s'agit donc d'une mesure restrictive de liberté particulièrement longue. Dans leur analyse de la procédure d'isolement et de son application en établissement, Bandeira et Ouellet (1986) expliquent que l'isolement doit se terminer en fonction non seulement d'une échéance temporelle, mais aussi en fonction de la cessation d'un comportement inadéquat. Or, dans le cadre de la mesure d'arrêt d'agir, les éducateurs i) fixent une échéance temporelle (5 jours), ii) demandent la cessation d'un comportement problématique (arrêt de l'agir) mais, en plus, iii) demandent à ce que certains comportements et attitudes apparaissent : i.e. la mobilisation du jeune et rétablissement de l'alliance thérapeutique. Ces derniers éléments viennent s'ajouter aux critères de terminaison et peuvent expliquer que la durée soit plus longue que celle retrouvée dans les mesures traditionnelles d'isolement.

On peut se demander ce qu'il advient de la réflexion et de la mentalisation dans un tel contexte d'autorité et de restriction de liberté: le jeune risque-t-il d'associer la réflexion, qui lui est demandée, à un devoir d'école, où il doit simplement écrire ce qui est souhaité, pour ainsi obtenir une note de passage suffisante pour accéder à une liberté plus rapide? Il semble que, parfois, le terme mentalisation est employé avec une définition orientée : réfléchir veut alors dire « reconnaître ses torts et déclarer ses bonnes intentions face à son plan d'intervention ». Pour Lajoie (1972), la mentalisation va bien au-delà de la réflexion car elle implique, chez le jeune, une prise de conscience et un apprentissage de la communication de ses sentiments et de son vécu. De nombreux intervenants ont mentionné la crainte de réflexions « par conformisme » de la part des jeunes dans le contexte de l'arrêt d'agir. Cependant, il apparaît également que, pour les intervenants, le risque encouru par une réflexion « conformiste » est moindre que le risque encouru en maintenant le jeune dans l'agir où pratiquement aucune réflexion n'est possible. L'arrêt d'agir, même avec une démarche de mentalisation factice, apparaît alors comme étant un moindre mal.

5.3 L'arrêt d'agir dans le continuum des services/ interventions

Dans le modèle psychodynamique, le passage à l'acte peut être perçu comme un mécanisme de défense qui traduit une faiblesse du moi : l'enfant ne sait pas utiliser son anxiété comme signal (Casoni et Brunet, 2003). Dans ces cas, faire un geste, plutôt que de réfléchir ou de tolérer l'émotion, donne à l'individu l'impression de soulager sa tension. La voie de la mentalisation étant court-circuitée, le passage à l'acte permet à l'individu d'éviter de ressentir certains affects douloureux. Chez les jeunes qui iront éventuellement en arrêt d'agir, les intervenants observent souvent une détérioration du fonctionnement à l'unité de vie, de même qu'une aggravation des troubles de comportements en terme d'intensité ou de nature. Pour faire face à cela, une première stratégie utilisée par les éducateurs consiste à discuter en équipe de la réponse à apporter au jeune. Une deuxième consiste à utiliser une gradation de mesures disciplinaires, en devenant plus sévères envers le jeune. Un troisième type de réponse est la formulation, en entretien, d'une interprétation par l'éducateur de la conduite problématique.

Hayez (2001), un pédopsychiatre belge, propose que toute prise en charge psychoéducative repose sur trois axes. Le premier est la « sanction des comportements transgressifs » et il peut correspondre au principe de gradation des mesures disciplinaires pratiqué par les éducateurs. Le deuxième est la « sollicitude/ empathie envers la personne du jeune ». Au Québec, dans le programme d'arrêt d'agir, ceci peut correspondre à la consultation d'équipe et l'interprétation pratiquée par les éducateurs. Le troisième axe proposé par l'auteur est « l'amélioration des systèmes de vie du jeune ». Dans la prise en charge des éducateurs du Québec, cet axe pourrait correspondre à la proposition par l'éducateur de moyens de mise en relation visant à faire progresser le jeune en maturité. C'est souvent suite à l'échec des interventions sur ces trois axes que l'alliance thérapeutique est considérée « brisée ».

L'intervention en contexte d'autorité propre aux Centres jeunesse et les traits présentés par sa clientèle (ex: grande prévalence des troubles du comportement ou des troubles d'attachement) rendent quasi-inévitables les ruptures d'alliance thérapeutique entre le jeune et les intervenants. Safran et Muran (2000) identifient deux types de rupture d'alliance thérapeutique : la rupture de retrait et la rupture de confrontation. Les marqueurs de ruptures d'alliance rapportés par les intervenants envisageant une mesure d'arrêt d'agir se situent, le plus fréquemment, au niveau de la confrontation. Ainsi, le jeune peut aller à l'encontre du cadre thérapeutique proposé par le milieu que ce soit par ses agissements

agressifs, son refus d'adhérer aux moyens proposés ou de l'opposition ouverte. Des marqueurs de retrait ont également été rapportés dans le cadre des rencontres individuelles. Ils apparaissent plus particulièrement lorsque les événements à la source des agissements problématiques sont connus par l'intervenant et que celui-ci propose alors au jeune des pistes d'interprétation et de compréhension de ses comportements. Parmi les marqueurs atypiques de rupture décrits par Dumaine et Baillargeon (2002), les éducateurs rapportent surtout l'expression indirecte d'hostilité et de sentiments négatifs.

Selon Safran, McMain et Murray (1990), cinq principes guident le processus d'identification et de restauration des ruptures d'alliance, soit : i) porter attention aux ruptures dans l'alliance, ii) être conscient de ses propres sentiments, iii) accepter sa part de responsabilités, iv) manifester de l'empathie pour l'expérience du client, v) maintenir une position d'observateur participant. Des entretiens semi-dirigés que nous avons menés il se dégage que l'impression d'accumulation de difficultés vécue par les intervenants fait en sorte qu'ils envisagent la mesure d'arrêt d'agir non seulement pour neutraliser les comportements du jeune mais, également, pour permettre à l'équipe de récupérer et de retrouver une plus grande objectivité une fois que le jeune est mis à l'écart du groupe. Dans ce contexte, l'arrêt d'agir est considéré comme un moindre mal. Il reste toutefois à vérifier si, au cours de ce répit, les intervenants tentent bel et bien d'être conscients de leurs propres sentiments, d'accepter leur part de responsabilités et de manifester de l'empathie pour l'expérience du client.

Le rétablissement de l'alliance thérapeutique semble être le critère principal de terminaison de la mesure aux yeux des intervenants. Ceux-ci évaluent principalement l'efficacité de la mesure par l'amélioration de l'alliance de travail. Les réflexions écrites ou sanctions ne sont que des moyens pour en venir à rétablir un climat de confiance entre l'intervenant et le jeune. La mesure est considérée comme un succès lorsque l'alliance est recréée et qu'elle se maintient.

L'alliance thérapeutique étant une notion relationnelle, il pourrait être attendu à ce que son évaluation se fasse de manière bilatérale c'est-à-dire que l'intervenant et le jeune évaluent l'état de l'alliance avant de conclure en sa rupture. Bien que cela se fasse lorsque l'arrêt d'agir est demandé d'un commun accord entre le jeune et l'intervenant, très souvent, il semble bien que les éducateurs concluent de façon unilatérale que « l'alliance est rompue » ou qu'elle est « rétablie ». Ceci semble être une conséquence du contexte intrinsèque du

milieu institutionnel des Centres jeunesse où, bien souvent, l'aide est apportée dans un contexte légal de façon obligatoire et en contexte d'autorité. En « imposant » de l'aide, l'intervenant peut avoir tendance à évaluer seul l'état de la relation et de l'alliance thérapeutique (rupture ou réparation) tandis que le concept même de l'alliance thérapeutique implique une collaboration et une évaluation bipartite.

Également, au sein de ce processus de rupture-réparation de l'alliance thérapeutique, plusieurs extraits de verbatim expriment envers les jeunes ce qui pourrait être perçu par ces derniers comme des menaces d'abandon et de rejet, par exemple : « *On est en train de se demander sérieusement si ta place est encore ici ou pas. (Benoît)* ». De telles paroles pourraient être, entre autre, à l'origine de l'effort de courte durée de la part du jeune pour « bien se conduire » et, ainsi, éviter le rejet. Ce conformisme, craint par les éducateurs, pourrait-il être induit, en partie du moins, par l'interprétation du jeune de telles paroles?

5.4 Population effectivement desservie

Dans le but de mieux décrire la population de jeunes effectivement référés en arrêt d'agir, une analyse descriptive a été pratiquée à partir d'un échantillon de 735 demandes de références et d'un autre de 50 jeunes pour lesquels une grille plus détaillée a été complétée. Lorsqu'on les compare ces deux échantillons décrits dans cette étude se ressemblent beaucoup. La durée moyenne du séjour en arrêt d'agir pour les 735 jeunes référés en 2004 est de 3,01 jours (ET = 1,45) tandis qu'elle est de 3,16 jours (ET = 1,48) pour les 50 jeunes de l'échantillon restreint. 68 % des 735 jeunes référés ont entre 13,61 et 16,71 ans, tandis que 68 % des 50 jeunes de l'échantillon ont entre 13,81 ans et 16,71 ans. En ce qui concerne le milieu de provenance, dans 58,9 % des 735 références au Goéland, les jeunes proviennent d'un milieu globalisant (lorsque les sujets provenant d'un milieu familial ne sont pas pris en considération). En comparaison, 60 % des 50 jeunes de l'échantillon plus restreint arrivent aussi d'un milieu globalisant. Finalement, les jeunes ayant fait l'objet des 735 demandes ont été référés en arrêt d'agir pour un motif principal de refus de l'autorité dans une proportion de 48,6 % alors que cette statistique est de l'ordre de 49 % pour les 50 jeunes de l'échantillon restreint..

5.5 Facteurs associés à l'allongement du séjour

L'allongement de la durée du séjour en arrêt d'agir est d'abord associé au type de milieu référent. Un jeune provenant d'un milieu globalisant aura tendance à séjourner plus

longtemps en arrêt d'agir qu'un jeune provenant d'un foyer de groupe. Mais il n'y a aucune différence significative entre les jeunes provenant de milieux naturels et de milieux institutionnels. Cela peut probablement s'expliquer par la lourdeur accrue des problématiques rencontrées en milieu globalisant (versus celles observées dans les foyers de groupe). L'absence de relation entre un jeune arrivant d'une famille et un jeune provenant d'un milieu institutionnel pourrait être comprise par le fait qu'une référence d'un jeune provenant d'un milieu familial vers une unité d'arrêt d'agir, qui est, rappelons-le, située dans un milieu institutionnel, peut s'être faite à partir d'une grande variété de situations nécessitant chacune des interventions différentes dont la durée totale sera grandement variable dans le temps.

La durée du séjour en arrêt d'agir est ensuite associée à l'importance des résistances manifestées par le jeune. Plus un jeune est décrit comme étant réfractaire aux interventions, plus son séjour dure longtemps. Cela peut être mis en lien avec la notion de « rupture de l'alliance ». En effet, plus le jeune manifeste une rupture marquée face au traitement, plus il y aura un travail important à effectuer au niveau de la restauration de l'alliance de travail. Plus le jeune est âgé plus il séjourne longtemps, possiblement dû au fait qu'une intervention plus complexe doit alors être menée. Finalement, lorsque le jeune présente des comportements d'*acting out*, il a tendance à demeurer plus longtemps en arrêt d'agir qu'un jeune qui manifeste des comportements de refus de l'intervention. Cela est probablement dû aux réactions plus intenses qui accompagnent un *acting out*.

5.6 Le recours à l'arrêt d'agir comme décision clinique

Étudiant le milieu médical, Rush et Prien (1995) constatent que quatre grands ordres de facteurs influencent la prise de décision chez un clinicien: i) ses connaissances théoriques (i.e. interprétations des conduites du patient), ii) son expérience clinique (i.e. détermination des objectifs liés à l'utilisation d'une mesure), iii) les caractéristiques du patient (i.e. manifestation de résistance au traitement), et iv) les caractéristiques situationnelles (i.e. contexte du groupe). La présente recherche a comme originalité de chercher à mieux comprendre comment ces facteurs sont liés dans la prise de décision des intervenants psychosociaux qui envisagent une intervention d'arrêt d'agir. Des quatre grands ordres de facteurs identifiés par Rush et Prien, il semble bien que les deux derniers aient une influence plus manifeste. Cela ne veut pas dire pour autant que les connaissances

théoriques ou que l'expérience clinique des intervenants ne jouent aucun rôle dans la prise de décision mais, tout simplement, que les intervenants en parlent peu.

La présente étude comporte évidemment certaines limites. En effet, la petite taille de l'échantillon utilisé pour l'analyse descriptive plus étayée rend hasardeuse toute tentative de généralisation. Toutefois, la comparaison des résultats obtenus pour cet échantillon avec l'ensemble des références au cours de la même année (2004), permet de penser que les résultats obtenus sont de bons indicateurs des tendances générales pour la population référée en l'arrêt d'agir.

Il faut également mentionner que l'étude du programme d'arrêt d'agir ne s'est faite que dans une unité pour garçons alors que le Centre jeunesse de Montréal compte également une unité d'arrêt d'agir pour filles. Les pratiques, selon les intervenants que nous avons rencontrés, y seraient assez différentes (i.e. davantage de rencontres avec les intervenants d'arrêt d'agir et plus d'activités cliniques). Il serait donc téméraire de tenter de généraliser les résultats obtenus au cours de cette étude à la population féminine du Centre jeunesse de Montréal. Une recherche future pourrait porter sur les processus décisionnels liés à l'arrêt d'agir dans les unités de filles.

Sur le plan des retombées, les résultats de cette étude pourraient être utilisés afin d'estimer la durée potentielle du séjour d'un jeune à son arrivée. Cependant, les résultats de cette étude montrent bien que le recours à l'arrêt d'agir se fasse dans une période de rupture de l'alliance thérapeutique et que la restauration de cette alliance est la pierre d'assise de la mesure. En ce sens, il apparaît que les intervenants pratiquant en milieu d'arrêt d'agir gagneraient à recevoir une formation spécifique sur les modes de rétablissement de rupture de l'alliance thérapeutique. De futurs travaux devraient porter sur les processus de rétablissement de l'alliance au sein du milieu d'arrêt d'agir dans le but de mieux comprendre les mécanismes impliqués et ainsi, peut-être parvenir à une plus grande efficacité dans la démarche thérapeutique. Rappelons que les alliances qui ont été brisées mais qui ont été correctement restaurées sont davantage garantes du succès de la thérapie que les alliances brisées ou encore des thérapies sans ruptures d'alliance (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990). Le milieu des Centres jeunesse, rendant la rupture de l'alliance quasiment inévitable, les intervenants gagneraient à être davantage outillés pour mieux faire face à de tels événements.

RÉFÉRENCES

AACAP (2002). « Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. » *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41(2s): 4s-25s.

Achim, M. (1993). *Le service d'encadrement intensif, le programme d'arrêt d'agir et l'intervention-retrait*. Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal.

Angold, A. (1989). « Seclusion. » *British Journal of Psychiatry* 154: 437-444.

Angold, A., Pickles A (1993). « Seclusion on an adolescent unit. » *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 34(6): 975-989.

Association des centres jeunesse du Québec (2000). *Rapport d'activités 1999-2000*. Montréal, Association des centres jeunesse du Québec.

Baillargeon, P., Leduc, A., Côté, R. (2003). « Les modèles expérimentaux du processus de résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique. » *Revue de psychoéducation* 32(2): 373-392.

Bandeira, M., Ouellet, R. (1986). « Analyse systématique de la procédure d'isolement et de son application en établissement. » *Revue de modification du comportement* 16(5).

Berg, I. K., DeJong, P. (1996). « Solution-building conversations: co-constructing a sense of competence with clients. » *Families in Society* 77(6): 376-391.

Bonta, J., (1995) (1995). « Le principe de la réceptivité et la réadaptation du délinquant. » *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle* 7(3): 34-37.

Bordin, E. (1979). « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. » *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16: 252-260.

Brehaut, J. C. et al. (2003). « Validation of a decision regret scale. » *Medical Decision Making* 23(4): 281-291.

Busch, A., Shore MF (2000). « Seclusion and restraint: a review of the recent literature. » *Harvard Review of Psychiatry* 8(5): 261-270.

Casoni, D., Brunet, L. (2003). *La psychocriminologie: apports psychanalytiques et applications cliniques*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (2005). *Rapport annuel 2004-2005*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire.

CJM (1998). *Programme d'arrêt d'agir / Les Centres jeunesse de Montréal, Direction des services à la jeunesse*. Montréal, Les Centres jeunesse de Montréal.

Cotton, N. (1989). « The Developmental-Clinical Rationale for the use of Seclusion in the psychiatric treatment of children. » *American Journal of Orthopsychiatry* 59(3): 442-450.

- Deslauriers, J. P., Kérisit, M. (1997). *Le devis de recherche qualitative. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. J. Poupart et al. (eds) Boucherville, Gaëtan Morin: 85-111.
- Docherty, J. P. (1989). « The individual psychotherapies: Efficacy, syndrome-based treatments, and the therapeutic alliance. » A. Lazzare. Baltimore, Md, Williams & Wilkins (eds) Dans *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment (2nd ed.)*: 624-644.
- Dumaine, M., Baillargeon, P. (2002). « L'alliance thérapeutique. » *Défi jeunesse* 18(1): 17-22.
- Fafard, J. (2004). *Communication personnelle*. F. Bergeron. Montréal.
- Fassler, D., et Cotton N. (1992). « A national survey on the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. » *Hospital community psychiatry* 43(4): 370-374.
- Fisher, W. (1994). « Restraint and seclusion - a review of the literature. » *American Journal of Psychiatry* 151(11): 1584-1591.
- Flaherty, J., Meagher, R. (1980). « Measuring Racial Bias in Inpatient Treatment. » *American Journal of Psychiatry* 137(6): 679-682.
- Florsheim, P. (2000). « Role of the workinf alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. » *Journal of Clinical Child Psychology* 29: 94-107.
- Forquer, S., Earle, K. et al. (1996). « Predictors of the Use of Restraint and Seclusion in Public Psychiatric Hospitals Administration and Policy in Mental Health. » *Administration & Policy in Mental Health* 23(6): 527-532.
- Freud, S. (1913-1966). *On beginning the treatment*. London, Hogarth Press.
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G. et al. (1986). « Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(3): 32-38.
- Gair, D. (1980). « Limiting setting and seclusion in the psychiatric hospital. » *Psychiatric Opinion* 17: 17-21.
- Gair, D. (1984). *Guidelines for Children and Adolescents. The Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint*. T. K. Washington, DC, American Psychiatric Press: 73-85.
- Gaston, L. (1990). « The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. » *Psychotherapy* 27: 143-153.
- Gelso, C. J., Carter, J.A. (1984). « The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. » *The Counseling Psychologist* 13: 155-243.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, Sciences et culture.

Glasser, B. G., Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.

Goren, S., Curtis, W. (1996). « Staff members beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. » *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nurse* 9(2): 7-14.

Goren, S. et al. (1993). « The aggression-coercion cycle: use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital. » *Journal of Child and Family Studies* 2(1): 61-73.

Greenson, R. R. (1965). « The working alliance and the transference neuroses. » *Psychology Quarterly* 34: 155-181.

Gutheil, T., Tardiff, K. (1984). « Indications and Contraindications for Seclusion and Restraint in the Psychiatric » Dans *The psychiatric uses of seclusion and restraint*. T. K. Washington, DC, American Psychiatric Press: 11-17.

Hartley, D. E., Strupp, H. H. (1983). (1983). « The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. » J. Masling. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates (eds *Empirical studies of psychoanalytical theories*. 1: 1-37.

Hayez, J.-Y. (2001). *La destructivité chez l'enfant et l'adolescent: clinique et accompagnement*. Paris, Dunod.

Horvath, A. O., Greenberg, L.S. (1989). « Development and validation of the Working Alliance Inventory. » *Journal of Counseling Psychology* 36: 223-233.

Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. » *Journal of Counseling Psychology* 38: 139-149.

Ionescu, S., Jacquet, M.M., Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense*. Paris, Nathan.

Irwin, M. (1987). « Are Seclusion Rooms Needed? » *American Journal of Orthopsychiatry* 57(1): 125-126.

Lafortune, D. (2002). *Les fondements cliniques des mesures privatives de liberté*. Colloque sur « Les mesures privatives de liberté dans les Centres de réadaptation pour jeunes: punition ou traitement? » Québec, 70e Congrès de l'ACFAS.

Laframboise, J., Brockman, J., et Arbour, N. (2003). *Sondage sur les unités d'arrêt d'agir au Centre jeunesse de Montréal*, Centre jeunesse de Montréal: 60.

Lajoie, G. (1984). *Réadapter et survivre*. Montréal, Association des centres d'accueil du Québec.

Larivière, C. (2001). « Les réseaux intégrés de services: fondements, définitions et modes d'organisation. » *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ: 22-62.

Le Blanc, M., Girard, S., Kaspi, N., Lanctôt, N. et Langelier, S. (1995). « Les adolescents en difficulté des années 1990. » *Rapport no. 3 Adolescents protégés et jeunes contrevenants sous ordonnance de la chambre de la jeunesse de Montréal*. Montréal, École de psychoéducation, Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.

Lieberman, R., Wong, S. (1984). « Behavioral analysis and therapy procedures related to seclusion and restraint. » Dans *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint*. T. K. Washington, DC, American Psychiatric Press. 35-67.

Luborsky, L. (1976). « Helping alliance in psychotherapy. » Dans *Successful psychotherapy*. J. L. Cleghorn. New-York, Brunner/Mazel: 92-116.

Martin, D. J., Garske, M. J. et Davis, M. K. (2000). « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 438-450.

Michelat, G. (1975). « Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie. » *Revue française de sociologie* 16: 229-247.

Miller, S. D. et al. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York, Norton.

Mitchell, K. M., Bozarth, J.D. et al. (1977). « A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. » Dans *Effective psychotherapy: A handbook of research*. A. S. G. et A. M. Razin. New-York, Pergamon: 544-565.

Mohr, W., Mahon, M. et Noone, M. (1998). « A Restraint on Restraints: The need to reconsider the use of restrictive interventions. » *Archives of psychiatric nursing* 12(2): 95-106.

O'Malley, S. S., Suh, C.S., et Strupp, H.H. (1983). « The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 581-586.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. et Parks, B. K. (1994). « Process and Outcome in Psychotherapy - Noch Einmal. » A. Bergin & J. S. Garfield (eds). Dans *Handbook of psychotherapy and behaviour change (4th Edition)*. A. B. J. S. Garfield. New-York, Wiley: 270-378.

Paillé, P. (1996). « De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. » *Recherches qualitatives* 15: 179-194.

Pinsof, W. M. (1995). *Integrative Problem-centered therapy*. New-York, Basic Books.

Pinsof, W. M., Catherall, D. R. (1986). « The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. » *Journal of Marital and Family therapy* 12: 137-151.

- Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. » Jean Poupart et al. (eds) Dans *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Gaetan Morin. 173-209.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en science sociales* (2e ed.). Paris, Dunod.
- Ray, N. et al. (1996). « Patient Perspectives on Restraint and Seclusion Experiences: A Survey of New York State Psychiatric Facilities. » *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20(1): 11-18.
- Redl, F., Wineman, D. (1951). *Children who hates; the disorganization and breakdown of behavior controls*. Glencoe, Il, The Free Press.
- Rice, L. N., Greenberg, L.S. (1984). « Future research directions. » Rice, L. N. et Greenberg L. S. Dans *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New-York, Guilford: 289-308.
- Rogers, C. R. (1957). « The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. » *Journal of Consulting Psychology* 21: 95-103.
- Rush, A. J., Prien, R. F. (1995). « From Scientific Knowledge to the Clinical Practice of Psychopharmacology: Can the Gap Be Bridged? » *Psychopharmacology Bulletin* 31(1): 7-20.
- Safran, J. D. (1990). « Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. » *Clinical Psychology Review* 10: 87-105.
- Safran, J. D., Crocker, P. McMain, S. et Murray, P. (1990). « Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. » *Psychotherapy* 27: 154-165.
- Safran, J. D., et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New-York, Guilford.
- Sterba, R. (1934). « The fate of the ego in analytic therapy. » *International Journal of Psychoanalysis* 15: 117-126.
- Swett, C., Michaels, A et Cole, J (1989). « Effects of a state law on rates of restraint on a child and adolescent unit. » *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* 17(2): 165-169.
- Tardiff, K. (1996). *Seclusion and Restraint. Assessment and Management of Violent Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press: 35-47.
- Task Force on Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint (1984). « Introduction. » Tardiff K Dans *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint*. Washington, DC, American Psychiatric Press: 1-41.
- Tracey, T. J., Kokotovic, A. M. (1989). « Factor structure of the Working Alliance Inventory. » *Psychological Assessment* 1: 207-210.

Trieschman, A. E., et Levine, B (1972). « Helping children learn to deal with sadness. » Dans *Children away from home: A sourcebook in residential treatment*. Chicago, Aldine.

Tsemberis, S., Sullivan, C (1988). « Seclusion in context: introducing a seclusion room into a children's unit of a municipal hospital. » *American Journal of Orthopsychiatry* 58(3): 462-465.

Wadeson, H., Carpenter, W. (1976). « Impact of the Seclusion Room Experience. » *Journal of nervous and mental disease* 163(5): 318-328.

Weels, K. C., Forehand, R. (1985). *Conduct and oppositional defiant disorders*. Homewood, IL, Dorsey Press.

Weiner, D. B. (1992). « Philippe Pinel's « Memoir on Madness » of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. » *American Journal of Psychiatry* 149(6): 725-732.

Zetzel, E. R. (1956). « Current concepts of transference. » *International Journal of Psychoanalysis* 37: 369-376.

ANNEXE 1

Questionnaire

Aspects décisionnels du recours à l'arrêt d'agir dans l'intervention auprès d'adolescents placés dans les Centres Jeunesse

À : l'éducateur (trice) de rencontre de : _____

Bonjour,

Nous sommes une équipe de recherche effectuant présentement des travaux sur les milieux d'arrêt d'agir et d'encadrement intensif dans les centres jeunesse. Nous vous approchons concernant une recherche s'effectuant présentement sur le programme d'arrêt d'agir du Centre Jeunesse de Montréal. Nous suscitons votre collaboration suite à l'arrêt d'agir de _____ qui a eu lieu du _____ au _____.

Ce projet s'intéresse aux processus décisionnels conduisant à l'arrêt d'agir, c'est-à-dire aux éléments contributifs et au cheminement décisionnel entraînant la recommandation de l'utilisation du service de l'arrêt d'agir pour les adolescents de 12 à 18 ans hébergés en Centre jeunesse. Notre premier objectif est de dresser un portrait de la clientèle en décrivant les motifs de référence en arrêt d'agir. Notre second objectif est de mieux comprendre le processus décisionnel chez les intervenants menant à l'orientation d'un jeune vers le programme d'arrêt d'agir. Nous étudions donc l'enchaînement des événements qui ont mené à la décision d'utilisation de l'arrêt d'agir de même que les perceptions des intervenants face au programme. Finalement, nous souhaitons documenter le régime de vie du jeune participant au programme d'arrêt d'agir.

La présente étude se fait à partir des jeunes référés au Goéland, unité d'arrêt d'agir des Centres jeunesse de Montréal. Cinquante jeunes seront ciblés. Les éducateurs référents seront invités à participer à cette étude. Les éducateurs acceptant de collaborer à l'étude seront invités à remplir un questionnaire. Également, vingt éducateurs seront invités à discuter du suivi de l'adolescent pour une durée d'environ 45 minutes. De plus, des informations provenant des dossiers institutionnels seront consultées.

Nous espérons que votre participation permettra d'éclairer les pratiques actuelles en termes d'utilisation de l'arrêt d'agir et de contribuer à l'amélioration des interventions pratiquées en ce sens. Nos champs d'intérêt sont l'intervention et la recherche clinique. Les risques liés au fait de collaborer à cette étude nous paraissent minimes, si ce n'est que le temps consacré à compléter le questionnaire et l'entrevue.

Les renseignements obtenus demeureront confidentiels. Votre nom ne sera pas entré dans la base de données. Chaque intervenant se verra attribué un numéro et seul l'agent de recherche responsable aura accès à la liste des noms et des numéros. Les résultats de l'étude seront présentés de façon à ce que personne ne pourra vous identifier personnellement.

Votre participation est entièrement libre. Vous pouvez vous retirer en tout temps, avant, pendant ou après avoir rempli le questionnaire ou avoir participé à l'entrevue, sans devoir expliquer votre décision.

Merci de votre collaboration

Formulaire de consentement pour les intervenants

Nom : _____

J'accepte librement de remplir ce questionnaire portant sur la situation clinique du jeune et la prise de décision clinique menant à l'arrêt d'agir. J'accepte aussi que les renseignements qui le concernent puissent être utilisés pour une recherche portant sur l'utilisation de l'arrêt d'agir dans les Centres Jeunesse.

J'accepte que l'on communique avec moi pour une rencontre comprenant un entretien d'environ 45 minutes visant à discuter de la référence en arrêt d'agir et du programme d'arrêt d'agir.

Je refuse que l'on communique avec moi pour une rencontre comprenant un entretien d'environ 45 minutes visant à discuter de la référence en arrêt d'agir et du programme d'arrêt d'agir.

Les objectifs et les conditions de ma participation à cette recherche m'ont été clairement expliqués.

Je comprends que ma participation à cette recherche :

- 1) Comporte une participation à un questionnaire
- 2) Comporte la possibilité d'un entretien de 45 minutes avec l'agent de recherche

- 3) Est libre et que je peux me retirer en tout temps, sans aucun risque ni inconvénient

S.V.P. Veuillez retourner ce formulaire, de même que le questionnaire à l'attention de François Bergeron, agent de recherche, à l'unité Le Goéland, code 29.

Signature de l'intervenant

Date

Signature de l'agent de recherche

Date

Grille d'orientation vers un programme d'arrêt d'agir (version 3c)

Nom du jeune : _____

Nom de l'évaluateur : _____

Affectation de l'évaluateur (statut/ milieu) : _____

Veillez décrire l'ensemble des diagnostics, comportements, consultations, placements et mesures ayant précédé et / ou mené à la demande de référence actuelle. Les sections en caractère italiques gras doivent être complétées, tandis que les sections claires sont optionnelles.
S.V.P. Veuillez retourner ce questionnaire de même que le formulaire de consentement à l'attention de François Bergeron, agent de recherche, à l'unité Le Goéland, code 29.

Vulnérabilité

Facteurs de vulnérabilité pouvant contribuer au tableau clinique

Vu1 Date de naissance: _____

Vu2 Le jeune a un diagnostic de maladie physique pouvant contribuer au tableau clinique Ne sait pas Non Oui

Vu3 Si oui, précisez : _____

Vu4 Le jeune a un diagnostic de trouble mental (incluant le retard intellectuel) pouvant contribuer au tableau clinique Ne sait pas Non Oui

Vu5 Si oui, précisez : _____

Vu6 Le jeune présente un autre facteur de vulnérabilité pouvant contribuer au tableau clinique (ex : conflits familiaux importants, parents qui sont décédés ou lui font vivre un rejet affectif grave et continu, il est privé à la maison de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins; côtoie à l'extérieur une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique, trouble de santé physique ou mentale des parents, trait de personnalité du jeune pouvant engendrer des risques, etc). Ne sait pas Non Oui

Vu7 Si oui, précisez : _____

Comportements

Fugues

F1 Le jeune a fait une fugue au cours du dernier mois. Ne sait pas Non Oui

F2a Fréquence approximative des fugues (dernier mois)
 Ne sait pas Aucune
 Une fois par semaine
 Deux ou 3 fois au cours du dernier mois
 Quatre fois et plus au cours du dernier mois
 Absent depuis un mois

F2b Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir? Si oui, répondez aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (consommation)
 Ne sait pas Non Oui

Type d'activités pratiquées durant la fugue

- F3a Consommation Ne sait pas Non Oui
- F3b Agirs délinquants Ne sait pas Non Oui
- F3c Appartenance à un gang ou à un groupe de Pairs marginaux Ne sait pas Non Oui
- F3d Autre préciser (ex : itinérance, prostitution, etc.): _____ Ne sait pas Non Oui.
- F4 À partir de quel(s) milieu(x) de vie se produisent les fugues?
 unité d'hébergement famille école autre, préciser : _____
- F5 La fréquence des fugues du dernier mois comparativement à celle des mois précédents
 Augmente Stable Diminue
- F6 Le jeune nie qu'il fugue Ne sait pas Non Oui
- F7 Le jeune minimise les dangers inhérents à ses fugues. Ne sait pas Non Oui

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

- F8a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées dans le milieu d'hébergement actuel. Ne sait pas Non Oui
- F8b Si oui, préciser : _____
- F8c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures internes
 Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition ouverte
 Autre, préciser : _____
- F8d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui
- F9a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées hors du milieu d'hébergement actuel. Ne sait pas Non Oui
- F9b Si oui, préciser : _____
- F9c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement.
 Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition
 Autre, préciser : _____
- F9d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui
- F10 Commentaires et recommandations cliniques :

Consommation

- C1 Le jeune a consommé de l'alcool/ des drogues au cours du dernier mois
 Ne sait pas Non Oui
- C2a Fréquence de la consommation au cours du dernier mois
 Tous les jours
 Trois fois et + par semaine
 Une ou 2 fois par semaine
 En fin de semaine
 À l'occasion (une semaine sur deux et moins)

Absent depuis le dernier mois

C2b Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir?

Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (violence)

Ne sait pas Non Oui

Nature des produits consommés (dernier mois)

C3a Alcool Ne sait pas Non Oui

C3b Cocaïne Ne sait pas Non Oui

C3c Cannabis (pot) Ne sait pas Non Oui

C3d Hashich Ne sait pas Non Oui

C3e Autres (ex : héroïne/opiacés, barbituriques, sédatifs/tranquillisants, amphétamines/speed, hallucinogènes, colle/solvant) Ne sait pas Non Oui, préciser : _____

Caractéristiques de la consommation (dernier mois)

C4 Mode de consommation

Fumé

Nasal (prisé)

Autre (oral/ingéré, injecté, etc.), préciser : _____

C5 L'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) a-t-il déjà été administré?

Ne sait pas Non Oui, date et résultat : _____

Caractère problématique de la consommation

C6 En quoi la consommation du jeune vous apparaît-elle problématique (*nature du produit, quantité consommée, contexte de consommation*) : _____

C7 Le jeune ne consomme pas Ne sait pas Non Oui

C8 Le jeune minimise les dangers inhérents à sa consommation Ne sait pas Non Oui

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

C9a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées **dans** le milieu d'hébergement actuel. Ne sait pas Non Oui

C9b Si oui, préciser : _____

C9c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures internes

Ne sait pas

Réceptif et coopératif

Réceptif mais passif

Refus et opposition ouverte

Autre, préciser : _____

C9d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

C10a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées **hors** du milieu d'hébergement actuel. Ne sait pas Non Oui

C10b Si oui, préciser : _____

C10c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement.

Ne sait pas

Réceptif et coopératif

Réceptif mais passif

Refus et opposition

Autre, préciser : _____

C10d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

C11 Commentaires et recommandations cliniques :

Violence

V1 Le jeune a commis un ou des acte(s) de violence envers vous, un autre intervenant, un autre adulte ou un pair, qu'il y ait eu plainte ou non au cours du dernier mois (incluant les menaces, mais excluant les agressions sexuelles). Ne sait pas Non Oui

V2a Fréquence approximative des actes violents (dernier mois)

- Ne sait pas + d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Deux ou 3 fois par mois
 Une fois par mois
 Absent depuis un mois

V2b Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir?

Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (refus de l'autorité)

- Ne sait pas Non Oui

Type de violence manifestée par le jeune

V3a Violence contre les biens Ne sait pas Non Oui

- Si oui : Envers les biens d'autrui dans l'unité
 Envers les biens d'autrui hors de l'unité
 Envers ses biens propres

V3b Menaces et intimidation Ne sait pas Non Oui

- Si oui : Envers un intervenant
 Envers un adulte non intervenant (ex : professeur, parents, etc.)
 Envers un jeune

V3c Bousculade contre la personne (ex : lutte) Ne sait pas Non Oui

- Si oui : Envers un intervenant
 Envers un adulte non intervenant (ex : professeur, parents, etc.)
 Envers un jeune

V3d Assaut contre la personne (ex : coup porté) Ne sait pas Non Oui

- Si oui : Envers un intervenant
 Envers un adulte non intervenant (ex : professeur, parents, etc.)
 Envers un jeune

V4 Dans quel(s) milieu(x) de vie se manifestent les actes violents

- unité d'hébergement famille école autre, préciser : _____

V5 La fréquence des actes violents du dernier mois comparativement à celle des mois précédents

- Augmente Stable Diminue

V6 Le jeune nie les actes violents qu'il pose Ne sait pas Non Oui

V7 Le jeune minimise les dangers inhérents à ses actes violents Ne sait pas Non Oui

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

V8a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées dans le milieu d'hébergement actuel .

- Ne sait pas Non Oui

V8b Si oui, préciser : _____

V8c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures internes

- Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition ouverte

Autre, préciser : _____

V8d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

V9a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées hors du milieu d'hébergement actuel.
 Ne sait pas Non Oui

V9b Si oui, préciser : _____

V9c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement.

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition
 Autre, préciser : _____

V9d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

V10a Les actes violents ont déjà fait l'objet d'une
 judiciarisation sous la LJC/LSJPA Ne sait pas Non Oui

V10b Si oui, un dossier Jeune Contrevenant a été ouvert Ne sait pas Non Oui

V11 Commentaires et recommandations cliniques :

Refus de l'autorité

R1 Le jeune a commis un/des actes de refus de l'autorité au cours du dernier mois (transgression ou incitation des pairs à la transgression).
 Ne sait pas Non Oui

R2a Fréquence approximative des actes de refus de l'autorité ayant nécessité un retrait dans le service de plus d'une heure (dernier mois)
 Ne sait pas + d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Deux ou 3 fois par mois
 Une fois par mois
 Absent depuis un mois

R2b Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir?
 Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (automutilation)
 Ne sait pas Non Oui

Gestes de refus de l'autorité posés

R3a Le jeune incite ses pairs à transgresser les règles ou les valeurs du code de vie. Ne sait pas Non Oui

R3b Le jeune transgresse lui-même les règles ou les valeurs du code de vie. Ne sait pas Non Oui

R3c Le jeune incite ses pairs à saboter les activités proposées. Ne sait pas Non Oui

R3d Le jeune sabote lui-même les activités proposées. Ne sait pas Non Oui

R3e Le jeune incite ses pairs à comploter pour fuguer. Ne sait pas Non Oui

R3f Le jeune incite ses pairs à passer à l'acte de manière violente. Ne sait pas Non Oui

R3g Le jeune est incapable de vivre un retrait dans son milieu. Ne sait pas Non Oui

R4 Dans quel(s) milieu(x) de vie se manifestent les actes de refus de l'autorité?

unité d'hébergement famille école autres, préciser : _____

R5 La fréquence des actes de refus de l'autorité du dernier mois comparativement à celle des mois précédents

Augmente Stable Diminue

R6 Le jeune nie les actes de refus de l'autorité qu'il pose.

Ne sait pas Non Oui

R7 Le jeune minimise les dangers inhérents à ses actes de refus de l'autorité.

Ne sait pas Non Oui

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

R8a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées dans le milieu d'hébergement actuel.

Ne sait pas Non Oui

R8b Si oui, préciser : _____

R8c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures internes

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition ouverte
 Autre, préciser : _____

R8d Si oui, les mesures ont eu un impact positif

Ne sait pas Non Oui

R9a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées hors du milieu d'hébergement actuel.

Ne sait pas Non Oui

R9b Si oui, préciser : _____

R9c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement.

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition
 Autre, préciser : _____

R9d Si oui, les mesures ont eu un impact positif

Ne sait pas Non Oui

R10 Commentaires et recommandations cliniques :

Automutilation

S1 Le jeune a manifesté des comportements d'automutilation au cours du dernier mois

Ne sait pas Non Oui

S2a Fréquence approximative des automutilations au cours du dernier mois.

Ne sait pas + d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Deux ou 3 fois par mois
 Une fois par mois
 Absent depuis un mois

S2b Ce comportement est-il en lien avec la présente demande d'arrêt d'agir?

Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (idéations et tentatives suicidaires)

Ne sait pas Non Oui

Nature des gestes posés

S3a Lacérations Ne sait pas Non Oui

S3b Brûlures Ne sait pas Non Oui

S3cAutres Ne sait pas Non Oui, préciser : _____

S4Dans quel(s) milieu(x) de vie se manifestent les automutilations?
 unité d'hébergement famille école autre, préciser : _____

S5La fréquence des gestes d'automutilation du dernier mois comparativement à celle des mois précédents
 Augmente Stable Diminue

S6Les automutilations ont déjà nécessité une hospitalisation. Ne sait pas Non Oui

Idéations et tentatives suicidaires

S7aLe jeune a déjà verbalisé des idéations suicidaires. Ne sait pas Non Oui

S7bA déjà fait une ou des tentative(s) de suicide. Ne sait pas Non Oui

S8Ces comportements sont-ils en lien avec la demande d'arrêt d'agir?
 Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (c.s.p.)
 Ne sait pas Non Oui

S9aFréquence approximative des tentatives de suicide (12 derniers mois) : _____

S9bA fait une tentative de suicide au cours du dernier mois Ne sait pas Non Oui

Nature des gestes posés

S10aIntoxication par ingestion Ne sait pas Non Oui

S10bLacérations Ne sait pas Non Oui

S10dStrangulation, pendaison Ne sait pas Non Oui

S10fAutre : _____

Circonstances entourant les tentatives

S11aPrésence d'un tiers Ne sait pas Non Oui

S11bMesures prises par le jeune pour empêcher ou limiter une intervention secourable (ex : attendre que tous soient partis ou se retirer dans un lieu éloigné). Ne sait pas Non Oui

S11cAppel à l'aide du jeune pendant ou après la tentative Ne sait pas Non Oui

S11dCommunication franche de son intention de se suicider Ne sait pas Non Oui

S12À partir de quel(s) milieu(x) de vie se manifestent les gestes suicidaires?
 unité d'hébergement famille école autre, préciser : _____

S13 Le risque suicidaire en lien avec les mois précédents
 Augmente Stable Diminue

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

S16aProtocole d'intervention en situation de problématique suicidaire a été mis en place Ne sait pas Non Oui

S16bLe risque / gestes suicidaires on nécessité Ne sait pas Non Oui

une référence au 2^{ème} niveau d'intervention
(suivi en psychothérapie)

S16c Le risque / gestes suicidaires ont nécessité une références au 3^{ème} niveau d'intervention (référence en pédopsychiatrie) Ne sait pas Non Oui

S16d Le risque / gestes suicidaires ont nécessité une hospitalisation. Ne sait pas Non Oui

S16e Le risque / gestes suicidaires ont nécessité le plus haut niveau de surveillance prévu, soit une surveillance constante Ne sait pas Non Oui

S16f Si oui, attitude du jeune par rapport à ces interventions

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus/ opposition ouverte
 Autre, préciser : _____

S17 Malgré les interventions mises en place, le risque suicidaire demeure très grand. Ne sait pas Non Oui

S18 Commentaires et recommandations cliniques :

Conduites sexuelles problématiques (c.s.p.)

Sx1 Durant le dernier mois, le jeune a manifesté un / des comportement(s) sexuel(s) problématiques qui mettent en danger sa personne ou quelqu'un de son entourage (incluant des agressions sexuelles).

Ne sait pas Non Oui

Sx2a Fréquence approximative des c.s.p. au cours du dernier mois

Ne sait pas + d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Deux ou 3 fois par mois
 Une fois par mois
 Absent depuis un mois

Sx2b Ce comportement est-il en lien avec la demande d'arrêt d'agir?

Si oui, répondre aux questions sous-jacentes, si non aller à la section suivante (placements antérieurs)

Ne sait pas Non Oui

Types de gestes sexuels posés

Sx3a Abus sexuel (pouvant inclure attouchements, contacts oraux-génitaux, tentatives de pénétration et pénétration)

Ne sait pas Non Oui

Sx3b Exhibition/ provocation

Ne sait pas Non Oui

Sx3c Autres (ex : danse nue, prostitution, sollicitation, relation sexuelle consentante mais à risque)

Ne sait pas Non Oui, préciser : _____

Sx4 Dans quel(s) milieu(x) de vie se produisent les c.s.p.?

unité d'hébergement famille école autres, préciser : _____

Sx5 La fréquence des c.s.p. du dernier mois comparativement à celle des mois précédents

Augmente Stable Diminue

Sx6 Le jeune nie les c.s.p. qu'il pose Ne sait pas Non Oui

Sx7 Le jeune minimise les dangers inhérents à ses c.s.p. Ne sait pas Non Oui

Mesures (aide et encadrement) mises en place antérieurement

Sx8a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées dans Ne sait pas Non Oui le milieu d'hébergement actuel.

Sx8b Si oui, préciser : _____

Sx8c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures internes

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition ouverte
 Autre, préciser : _____

Sx8d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

Sx9a Des mesures en lien avec ces comportements ont déjà été proposées hors Ne sait pas Non Oui du milieu d'hébergement actuel.

Sx9b Si oui, préciser : _____

Sx9c Si oui, attitude du jeune par rapport à ces mesures hors du milieu d'hébergement.

Ne sait pas Réceptif et coopératif
 Réceptif mais passif
 Refus et opposition
 Autre, préciser : _____

Sx9d Si oui, les mesures ont eu un impact positif Ne sait pas Non Oui

Sx10 Commentaires et recommandations cliniques :

Mesures imposées antérieures

Historique des mesures

M1a Nombre de fois où l'on a eu recours à des mesures disciplinaires (MD) de retrait de plus d'une heure dans le service en raison de comportements problématiques au cours des 2 derniers mois pour ce jeune.

M1b Parmi les comportements évalués dans cette grille, lesquels ont, le plus souvent, motivé une mesure disciplinaire.

Fugues Consommation Violence refus de l'autorité
 idéation ou comportement suicidaire automutilation c.s.p.

M1c Type de mesures disciplinaires utilisées : _____

M2a Nombre de fois où l'on a eu recours à l'utilisation d'une mesure de Bloc retrait (BI) au cours du dernier mois pour ce jeune : _____

M2b Parmi les comportements évalués dans cette grille, lesquels ont, le plus souvent, motivé une mesure de bloc retrait au cours du dernier mois s'il y a lieu.

Fugues Consommation Violence refus de l'autorité
 idéation ou comportement suicidaire automutilation c.s.p.
 N'est pas allé au bloc retrait au cours du dernier mois

M3c Parmi les comportements évalués dans cette grille, lesquels ont, le plus souvent, motivé un arrêt d'agir au cours des 3 derniers mois s'il y a lieu.

Fugues Consommation Violence refus de l'autorité
 idéation ou comportement suicidaire automutilation c.s.p.
 N'est pas allé en arrêt d'agir au cours des 3 derniers mois

Prise de décision

S.V.P. Prenez position face aux recommandations et réfléchissez à la prise de décision d'envoyer le jeune en arrêt d'agir. S.V.P. Indiquez à quel point vous êtes en accord avec les arguments suivants en encerclant un chiffre entre 1 (fortement en accord) et 5 (fortement en désaccord) qui s'applique le mieux à votre vision de cette décision.

Pd1 C'était la bonne décision

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Ni en accord, ni en désaccord
- 4. En désaccord
- 5. Fortement en désaccord

Pd2 Je regrette la décision qui a été prise

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Ni en accord, ni en désaccord
- 4. En désaccord
- 5. Fortement en désaccord

Pd3 Je ferais la même recommandation si j'avais à le refaire

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Ni en accord, ni en désaccord
- 4. En désaccord
- 5. Fortement en désaccord

Pd4 Le choix a causé du tort (à moi et/ou au jeune et/ou à l'équipe, etc.)

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Ni en accord, ni en désaccord
- 4. En désaccord
- 5. Fortement en désaccord

Commentaires :

ANNEXE 2

Schéma d'entretien : les aspects à investiguer

1. Facteurs distants et contributifs au tableau clinique actuel
 - a. Historique de la dynamique du jeune
 - b. Bilan des diverses mesures tentées pour atténuer les comportements
2. Facteurs récents et contributifs au tableau clinique actuel
 - a. Bilan du vécu
 - b. Troubles de comportement du jeune
3. Facteurs immédiats et contributifs au tableau clinique actuel
 - a. Perception de l'éducateur de l'expérience du jeune
 - b. Événement déclencheur
 - c. Réaction des éducateurs
4. Décision de recourir à l'arrêt d'agir pour un cas particulier
 - a. Qui prend la décision?
 - b. Comment la décision est-elle prise?
 - c. Pourquoi est-elle prise?
 - d. Buts recherchés par l'arrêt d'agir
 - e. Perception de la durée en heure à envisager
 - f. Comment décide-t-on évalue du moment de retour du jeune dans le milieu?
 - g. Perception des chances de succès? Qu'est-ce qu'un succès?
 - h. En quoi l'AA bénéficiera au jeune, à l'intervenant, à l'unité?
 - i. Moyens pour objectiver sa décision?
 - j. Annonce au jeune.
 - k. Comment le comportement du jeune après son geste contribue à maintenir ou modifier la décision?
5. Perception générale de l'arrêt d'agir en tant que programme
 - a. Buts du programme
 - b. Perception du programme. Forces. Faiblesses.
 - c. Efficacité perçue du programme?
 - d. Ce qui est envisageable d'atteindre par le recours à l'arrêt d'agir comme tel?
 - e. Ce qui est envisageable d'atteindre à l'intérieur du programme?
 - f. Critères permettant d'évaluer le retour de l'AA? Lien avec le départ?
 - g. Comment évalue-t-on le succès de l'AA? Type de jeune ayant plus de chance de succès.
 - h. Solutions post-AA si pas de résultats significatifs.