



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté des sciences sociales  
École de service social



Groupes de recherche  
sur l'inclusion sociale, l'organisation des services  
et l'évaluation en santé mentale

# **Les réponses aux besoins des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur de Québec et de Chaudière-Appalaches: comment viser l'affiliation sociale dans un contexte de médicalisation des problèmes psychosociaux?**

**Bernadette Dallaire, Pierre Gromaire, Michael McCubbin,  
Mélanie Provost et Lucie Gélinau**

**Rapport de recherche**

**Mai 2012**

## *Avant-propos*

Ce rapport est dédié à la mémoire du Dr. Michael J. McCubbin, Ph.D., qui a dirigé la conception et les premières phases de réalisation de la recherche dont les résultats sont présentés ici. Cette étude est la dernière d'une longue liste de travaux qui ont jalonné une carrière scientifique brillante, nationalement et internationalement saluée, comme en témoigne le prestigieux Prix Eliot Freidson que lui a décerné l'American Sociological Association en 2003.

*We miss you, Michael.*

La présente étude a été réalisée grâce à une subvention du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada octroyée à M. McCubbin, B. Dallaire et L. Gélinau (subvention # 410-2008-2616).

Nos remerciements sincères aux jeunes, parents et intervenants qui ont accepté de partager leurs expériences dans le cadre d'entrevues individuelles ou de groupes de discussions. Leurs témoignages sont au cœur de la présente recherche.

Nous remercions également le Regroupement des Auberges du cœur du Québec ainsi que les Auberges de la ville de Québec et de la région Chaudière-Appalaches, qui ont contribué au projet à titre de partenaires, nous soutenant notamment dans nos démarches de recrutement des participants. Ces partenaires nous ont également aidés à avoir une saisie plus concrète et précise du champ étudié : les acteurs et les organisations impliqués, les rapports entre ceux-ci, les enjeux autour desquels leurs actions s'organisent, etc.

À ce titre, un merci tout particulier à M. François Labbé, du Regroupement des Auberges du cœur du Québec, à Mme Caroline Grondin et M. Guy Roy, de l'Adoberge (Chaudière-Appalaches), à MM. François Leclerc et Patrick Defois, du Gîte Jeunesse Beauport (Québec), ainsi qu'à Mme Cinthia Lacharité et M. Sylvain Gervais, de la Maison Marie-Frédéric (Québec).

## Table des matières

	Page
Introduction	5
1. Problématique, objectifs et méthodologie	8
1.1 Problématique	8
1.2 Objectifs de la recherche	13
1.3 Méthodologie	13
2. Résultats	21
2.1 Profil des jeunes et motifs d'hébergement dans les Auberges du cœur	21
2.1.1 Les raisons de l'hébergement dans une auberge : portrait général	21
2.1.2 Le contexte familial	26
2.1.3 La consommation	31
2.1.4 Leur scolarité	35
2.1.5 Leurs besoins	38
2.2 Rôle des services et des interventions : entre structures et pratiques	45
2.2.1 Réponses existantes et disponibles selon les besoins des jeunes	45
2.2.2 Accessibilité des services et trajectoires dans le réseau	52
2.2.3 Opinions des jeunes et des parents sur les services	59
2.2.4 Les stratégies et projets des jeunes dans l'intervention	68
2.2.5 Intervention des Auberges du Coeur	71
2.2.6 Le rôle des liens de confiance dans la réaffiliation sociale, le pouvoir d'agir et l'espoir	76
2.3 La médicalisation des réponses apportées	82
2.3.1 L'évaluation et le diagnostic	83
2.3.2 La prescription : médicaments et alternatives	94

2.3.3 Opinions des jeunes et des parents sur la médication	99
Conclusion	109
Bibliographie	113
<u>Annexes</u>	
Annexe 1 — Feuilles explicatifs pour le recrutement:	118
(1) jeunes et parents; (2) intervenants	
Annexe 2 — Formulaire d'autorisation de transmission des coordonnées	124
Annexe 3 — Formulaire d'assentiment pour les jeunes mineurs et formulaire de consentement parental	126
Annexe 4 — Formulaires de consentement:	136
(1) parents; (2) jeunes majeurs; (3) intervenants	
Annexe 5 — Guides d'entretiens:	157
(1) jeunes; (2) parents; (3) intervenants médicaux et scolaires	
Annexe 6 — Guides pour groupes de discussion:	171
(1) jeunes majeurs; (2) intervenants des Auberges; (3) intervenants des CSSS; (4) intervenants communautaires	
Annexe 7 — Formulaire d'engagement à la confidentialité pour les étudiants et professionnels de recherche travaillant sur le projet	183

## **Introduction**

Les *Auberges du cœur* sont des centres d'hébergement communautaire de courte durée qui offrent à des jeunes vivant des difficultés un lieu de repos, de réflexion et quelquefois de reprise en main. La provenance des demandes d'aide y est très diversifiée : les jeunes et leurs parents, ainsi que des références d'intervenants des milieux communautaires, scolaire, hospitalier et du réseau de la santé et des services sociaux. Les interventions visent le soutien au développement de l'autonomie et du mieux-être pour favoriser l'affiliation sociale. En intégrant ces ressources, au-delà d'un logement et d'un couvert, l'adolescentE (12-17) ou le/la jeune adulte (18-30) disposera d'un suivi psychosocial auprès d'un intervenant clinique, d'activités et de rencontres. De son côté, la famille, si elle est toujours présente et disposée à s'impliquer, participera à des rencontres portant sur les dynamiques intrafamiliales problématiques et les manières de les solutionner. On compte 29 Auberges réparties dans 10 régions du Québec. Ces ressources accueillent environ 3000 jeunes par année.

Depuis quelques années, les intervenants des auberges observent une augmentation de la prévalence de la prescription de psychotrope chez les jeunes hébergés. Les motifs de ces prescriptions vont du traitement pour un trouble d'opposition ou un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité/impulsivité, à l'utilisation de médicaments de types ISRS-IRSN<sup>1</sup> pour les troubles dépressifs, anxieux ou obsessionnels-compulsifs. Ces constats sont aussi visibles à l'échelle de la société québécoise, mais dans de plus faibles proportions. En effet, d'après la RAMQ (2004), la prévalence de l'utilisation d'antidépresseurs chez les jeunes âgés de

---

<sup>1</sup> Ces deux types de médicaments sont les plus fréquemment prescrits chez les jeunes. Les ISRS sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (citalopram et fluoxétine). Ces molécules sont utilisées principalement pour des cas de dépression majeure, de troubles anxieux ou obsessionnels compulsifs. Notons que depuis 2003, le *National Institute for Clinical Excellence* du Canada recommande de ne pas les prescrire pour les jeunes de moins de 18 ans par. Les IRSN sont quant à eux les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (néfazodone et paroxétine). Leur emploi n'est pas recommandé depuis 2004 par Santé Canada, et cela pour toute la population. Ces molécules sont utilisées principalement pour traiter les dépressions sévères et les troubles bipolaires. La molécule du méthylphénidate, qui compose les psychotropes traitant le TDA/H, fait partie de la catégorie des IRSN.

Pour plus amples informations, voir les deux derniers rapports du Conseil du médicament qui portent sur l'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes de 0 à 30 ans : *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques, volet II, Janvier 2011, Québec.*, et *Usages des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime d'assurance médicaments du Québec, 2008, Québec.*

0 à 17 ans assurés est passée de 0.52% en 1999 à 0.64 en 2004. Pour les 18-39 ans, ce taux s'élevait à 1.3% en 2004.<sup>2</sup>

De surcroît, plusieurs jeunes fréquentant les Auberges sont souvent « multimédicamenteux », mais ne profitent plus d'un véritable accompagnement médical. Ces difficultés dans les suivis proviennent en partie du fait que les familles sont souvent mobiles, déménagent de région en région pour différentes raisons. On soupçonne cependant que d'autres facteurs et dynamiques – provenant notamment de l'offre de services – sont en cause.

Pour mieux comprendre ces phénomènes, nous nous sommes penchés sur les conditions dans lesquelles les jeunes qui passent par les Auberges reçoivent (ou non) différents types de soutiens et services, incluant la prescription de médicaments psychotropes. Plus généralement, nous voulions aussi examiner les contacts que ces jeunes et leurs parents entretiennent avec les services sociaux et de santé (du réseau public, du communautaire ou du privé). Notre recherche s'est centrée sur les jeunes fréquentant les Auberges de la ville de Québec et de la région de Chaudière-Appalaches.

Ce rapport présentera donc, dans un premier temps, le profil d'une partie de ces jeunes. Nous verrons qui ils sont et dans quel contexte social ils vivent, cela par le biais de plusieurs variables : (1) les raisons de leur hébergement en auberge, (2) leur situation familiale et scolaire, (3) leur rapport à la consommation de produits stupéfiants ou d'alcool et enfin (4) les besoins qu'ils expriment en lien avec les problématiques qu'ils vivent. Dans un second temps, nous présenterons leurs trajectoires d'utilisateurs de services, c'est-à-dire leur cheminement et les stratégies qu'ils utilisent, ainsi que leurs opinions sur les soutiens reçus. On notera que dans ce volet, nous nous intéresserons au rôle de l'offre de services (le réseau de la santé, le palier communautaire et le privé), tant en termes de solutions offertes qu'en termes de problèmes entraînés par, ou inhérents à, cette offre. Nous examinerons également ce que pensent les jeunes et les parents de l'intervention des auberges et en quoi elle se singularise vis-à-vis des autres

---

<sup>2</sup> Les diagnostics principaux chez les 0-17 ans sont la dépression majeure (22.6%) et les troubles anxieux (26.3%) et, loin derrière, les troubles de l'adaptation (13.9%) et le TDAH (7.2%). En ce qui concerne la tranche d'âge des 18-39 ans, le diagnostic de dépression majeure et de troubles anxieux (environ 32%) jouent le coude à coude. Suivent les troubles d'adaptation (9.5%) et la maladie bipolaire (7.8%).

paliers d'intervention. Enfin, dans un troisième temps, nous aborderons la question de la médicalisation des problèmes psychosociaux (diagnostic et prescription de psychotropes) vécus par les jeunes et les types de réponse apportés par les différents intervenants.

# **1. Problématique, objectifs et méthodologie**

## **1.1 Problématique**

### **Médicalisation et médication de la souffrance**

Le terme « médicalisation » renvoie aux processus par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux. Ils se voient ainsi attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux (Cohen, 2001; Conrad, 1992). À ce titre, l'usage de la médication est central. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale, où la détresse est souvent assimilée à la maladie. Cette équation encourage la prise de médicaments et élargit ses indications (Cohen, 2001). Les dysfonctionnements sociaux et la souffrance psychique, désormais « maladies traitables », sont ainsi occultés (Cohen, Collin, Pérodeau et McCubbin, 2000; Cohen, McCubbin, Collin et Pérodeau, 2001; Collin et Suissa, 2007; McCubbin, 2003). Au début des années 2000, au Québec, Rodrigue, Corin et Poirel (2001) constataient le renforcement de cette tendance en raison du mode d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux et des transformations des politiques sociales où la médication était la réponse presque exclusive à la souffrance sociale et psychique. Aujourd'hui, même si l'approche globale (bio-psycho-sociale) est privilégiée par la plupart des intervenants en santé (Mikami, 2010 ; Trout, 2007), les effets des politiques favorisant la médicalisation se font encore sentir dans l'espace des services. Par exemple, les restrictions budgétaires et les politiques en lien avec la nouvelle gestion publique continuent de fragmenter l'offre de services, donnant un second souffle aux écueils du système que sont les listes d'attente et les longs délais d'accès aux services. Dès lors, en l'absence de services psychologiques ou psychosociaux gratuits dans des délais raisonnables, les services médicaux/psychiatriques constituent souvent la seule option accessible (Lafortune, 2006). Dans un contexte fortement médicalisé, il y a un danger que les intervenants psychosociaux délaissent leurs propres stratégies d'intervention (McCubbin, 2003), ayant en quelque sorte accepté que celles-ci sont peu disponibles ou trop coûteuses (Cohen, 2001).



## Les psychotropes et les jeunes

La montée du modèle médical contribue à une plus grande acceptation de l'utilisation de la médication psychotrope en réponse aux difficultés chez les enfants et les jeunes (Hollingworth, 2010; Verdoux, 2011; Vitiello, 2007), une situation jugée préoccupante dans les milieux de gestion et de recherche (Lafortune et Collin, 2006; Thomas, Conrad, Casler et Goodman, 2006; Zito, Safer, dosReis et al., 2002). Des données américaines et canadiennes montrent que les taux de prescriptions pour plusieurs types de psychotropes, notamment des antidépresseurs ou des stimulants, incluant le méthylphénidate, ont augmenté par 2 à 5 fois entre 1994 et 2001 (McCubbin et Cohen, 1999; Miller, Lalonde, McGrail et Armstrong, 2001; Thomas et al., 2006; Zito et al., 2002) ; cette hausse semble être encore plus marquée depuis les années 2000 (Thomas et al., 2006). Il est logique de se demander si les jeunes qui en ont besoin ont un meilleur accès à la médication, ou s'il y a surutilisation (Safer, 2000; Thomas et al., 2006; Timimi, 2008; Conseil du Médicament du Québec [CDMQ], 2011).

Au Québec, trois études de prévalence révèlent que dans la région de Montréal, de 20 à 36% des jeunes de 12 à 17 ans hébergés en centre de réadaptation reçoivent une médication psychotrope (Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004). Dans une étude auprès d'éducateurs de Centres jeunesse (CJ) de la région de Montréal, Bouchard et Lafortune (2006) ont observé que la prise de médication psychotrope s'inscrit couramment dans la démarche générale de rééducation et de relation d'aide.

Plus récemment, le *Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse* (CTSMJCJ, 2007) révélait que près d'un jeune sur deux suivi en CJ a un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier et que près de deux jeunes sur cinq prennent un ou des médicaments psychotropes. Des intervenants de différents organismes offrant des services aux jeunes de la région de Lanaudière ont quant à eux évalué que jusqu'à 50 à 60% des jeunes fréquentant leurs services sont diagnostiqués et médicamenteux (Regroupement des Auberges du cœur du Québec [RACQ], 2006)

Les données épidémiologiques récentes montrent que dans la population québécoise des 12-30 ans en général, les diagnostics les plus fréquents sont les troubles anxieux, les dépressions majeures, les troubles d'affectivité, d'adaptation et le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H). Étonnamment, certains diagnostics disparaissent simplement des listes lors du passage à 18 ans, comme si les jeunes étaient tout d'un coup « guéris » de ces troubles (c'est le cas des troubles de l'affectivité et du TDA/H), tandis que d'autres voient leur nombre exploser à partir de 18 ans (maladie bipolaire, schizophrénie et dépression majeure) (CDMQ, 2008). En ce qui concerne les 12-17 ans, le premier motif de prescription psychopharmacologique est à mettre en lien avec un comportement perturbateur (trouble du déficit de l'attention, trouble oppositionnel et troubles des conduites) (Martin, Van Hoof, Stubbe et al., 2003; McCubbin et Cohen, 1999).

Chez les jeunes hébergés en Centre jeunesse, le diagnostic le plus fréquent est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, seul ou en combinaison avec un autre diagnostic. On notera que le cumul de diagnostics est présent chez un jeune sur quatre (CTSMJCJ, 2007). Bien qu'on n'indique pas s'ils sont médicamentés, des études nord-américaines portant sur les jeunes hébergés dans des refuges pour jeunes fugueurs ou itinérants indiquent la présence de plusieurs diagnostics chez une proportion considérable de jeunes, en plus d'un trouble de toxicomanie (Johnson, Whitbeck et Hoyt, 2005 ; Selsnick et Prestopnik, 2005). Ces résultats sont concordants avec d'autres études européennes et nord-américaines qui indiquent qu'il est fréquent que les jeunes consultant les services médicaux se voient attribuer plusieurs diagnostics (Bonati et Clavenna, 2005 ; Duffy, Narrow, Rae et al., 2005 ; Reed, Vance, Luk et Nunn, 2004 ; CDMQ, 2011).

Or la multiplication de diagnostics entraîne aussi la polypharmacologie (Duffy et al., 2005 ; Reed et al., 2004). Notamment, dans les Centres jeunesse, près de la moitié (44%) des jeunes sous médication psychotrope font l'objet de multiples prescriptions (Bouchard et Lafortune, 2006). On combine les médicaments pour combattre des effets secondaires, pour traiter un

diagnostic comorbide (Duffy et al., 2005 ; Lafortune et Collin, 2006 ; Reed et al., 2004 ; CDMQ, 2011), lorsque la première médication est inefficace, ou encore pour répondre à un niveau élevé de complexité et de sévérité du fonctionnement (Duffy et al., 2005). En 2006, 88% des jeunes Québécois de 0 à 24 ans consommant des psychotropes suivaient des monothérapies (un seul traitement), sur un court ou long terme. De son côté, la bithérapie concerne plus souvent la schizophrénie et les maladies mentales organiques et non-organiques (CDMQ, 2011), les garçons et les plus âgés des jeunes (18-24 ans). Lafortune et Collin (2006) expliquent que la logique clinique actuelle est marquée par la tendance à prescrire pour des symptômes davantage qu'en vertu d'un diagnostic. Loin de faire l'unanimité dans les milieux de pratique, la prescription multiple et le manque de recherche sur l'efficacité et la sécurité des combinaisons (Duffy et al., 2005) soulèvent des inquiétudes. On remarque également des variations dans les prescriptions pour un même diagnostic (Miller et al., 2001) et entre différents services (Zito et al. 2002), en raison du manque de lignes directrices pour la prescription dans cette population (Miller et al., 2001; Reed et al., 2004).

Il y a peu de données sur l'efficacité et la sécurité des médicaments psychotropes utilisés pour les jeunes (Breggin, 1999 ; Bonati et Clavenna, 2005 ; Vitiello, 2007) et encore moins sur leurs effets à long terme (Reed et al., 2004; Thomas et al., 2006 ; Galera, 2009). Santé Canada émettait en mai 2004 des mises en garde portant sur les ISRS et d'autres antidépresseurs plus récents, dont l'utilisation pourrait être associée à des changements comportementaux et émotionnels, incluant un risque accru d'idéation et de comportements suicidaires, et déconseillait son utilisation chez les individus de moins de 18 ans. Or les ISRS seraient parmi les plus utilisés dans le traitement de la dépression chez les jeunes aux États-Unis et au Canada (Bonati et Clavenna, 2005). Par ailleurs, certaines médications présentent un risque d'abus élevé (Bonati et Clavenna, 2005): plusieurs rapportent une mauvaise utilisation et un usage non-médical (partage, vente, vol) chez les jeunes (McCabe, Boyd et Young, 2007; Poulin, 2001; Teter, McCabe, Cranford et al., 2005; Wilens, Gignac, Allison et al., 2006).

## **Impacts sur les interventions**

L'établissement d'un diagnostic et d'une prescription renvoie à la conception que le problème est d'abord d'origine biologique, organique. Ceci amène des transformations sur le plan des pratiques. Bien que la médication peut contribuer à rendre les jeunes plus disponibles à l'action éducative ou réceptifs à la réadaptation thérapeutique, les aider à avoir un meilleur fonctionnement au quotidien et favoriser l'autocritique, elle peut également entraîner de attentes importantes et irréalistes chez les jeunes, dont, entre autres, l'apaisement de toute souffrance (Bouchard et Lafortune, 2006). C'est en partie de ce rapport mécanique qui s'établit entre les problématiques psychosociales et la solution médicale, que naît une pensée magique légitimée par des intervenants et la famille au moment de l'utilisation du médicament psychotrope. Ainsi, la substance chimique peut servir à « déresponsabiliser » le jeune dans le cas d'agir répréhensibles. Enfin, si plusieurs jeunes sont médicamentés, il faut penser qu'autant de parents ont accepté les recommandations à cet effet (Breeding et Baughman, 2001; Bhueler, 2006, 2009; Sobanski, 2010) : l'attribution d'une origine biologique aux problèmes contribuerait à enlever une part de responsabilité à la dynamique famille et viendrait diminuer l'implication de celle-ci dans le comportement du jeune (Bouchard et Lafortune, 2006; RAC, 2006 ; Cook, 2009). La prise de médication psychotrope peut également devenir un symbole de dépendance et donc représenter une menace au développement de l'autonomie. Sans compter que la réduction des symptômes ne règle pas à elle seule les difficultés sociales et celles de la vie quotidienne (Rodriguez et al., 2001 ; Garro et Yarris, 2009). L'attention mise sur le diagnostic et ce qui l'entoure vient détourner l'attention qui devrait être portée sur le contexte entourant les comportements (Breggin, 1998; Cushman et Johnson, 2001; Grover, 2002; Kean, 2004).

Cet ensemble de phénomènes implique des défis sur le plan de l'intervention auprès des jeunes. Les intervenants se sentent peu outillés et disent manquer de formation en psychopharmacologie pour informer sur la gestion de la médication, ses effets ou sur les risques d'une mauvaise utilisation (Bouchard et Lafortune, 2006; RAC, 2006). Des questions peuvent se poser quant à l'indépendance clinique de l'intervenant psychosocial et à ses responsabilités déontologiques vis-à-vis de son client, des parents de celui-ci et des autres professionnels de la santé. La montée du rôle des psychotropes prescrits dans la réponse aux problèmes psychosociaux des jeunes inquiète les gens de professions psychosociales (Lafortune et Collin,

2006) et plus précisément les intervenants des Auberges du cœur. Quelle est la place faite aux interventions alternatives ? Le comportement du jeune doit être pris dans son ensemble en considérant le contexte (Cushman et Johnson, 2001; Ravenel, 2002). Malheureusement, parce qu'ils peuvent être facilement prescrits et que leurs effets sont perceptibles à court terme, les psychotropes sont souvent le traitement de premier choix (Bonati et Clavenna, 2005). Mais est-ce le prix à payer pour maintenir les jeunes dans leur milieu de vie (Lafortune et Collin, 2006) ?

## **1.2 Objectifs de la recherche**

L'objectif général de notre étude était d'examiner, à partir du point de vue de différents acteurs concernés, comment les configurations actuelles des services psychosociaux et médicaux agissent sur les trajectoires de vie des jeunes qui présentent des problématiques multiples, utilisent des psychotropes prescrits et résident en maison d'hébergement jeunesse autonome de type communautaire (Auberges du cœur). Nous visions à :

- (1) établir le portrait de jeunes qui fréquentent des Auberges du cœur et identifier les problématiques centrales vécues, ainsi que les principaux événements qui ont marqué leur trajectoire de vie;
- (2) identifier les principales trajectoires de services des jeunes (psychosociaux, médicaux, scolaires, judiciaires, hébergement, protection de la jeunesse, etc.), en lien avec les problématiques observées et voir dans quelle mesure les services offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir et à l'affiliation sociale des jeunes présentant de multiples problématiques; et
- (3) explorer le rôle des approches médicales, incluant la médication psychotrope, dans les interventions.

## **1.3 Méthodologie**

Notre étude porte sur les cheminements des jeunes fréquentant les Auberges du cœur, des maisons d'hébergement communautaire autonomes qui accueillent des jeunes en difficulté ou

sans abri. Il existe 29 Auberges du cœur réparties dans 10 régions du Québec. La provenance des demandes d'aide y est très diversifiée : les jeunes et leurs parents, ou encore via des références d'intervenants des milieux communautaire, scolaire, hospitalier et du réseau de la santé et des services sociaux. Les interventions visent le soutien au développement de l'autonomie et du mieux-être pour favoriser l'affiliation sociale. Ceci peut inclure la résolution de conflits familiaux et la réintégration dans la famille. Les critères d'admission varient d'une Auberge à l'autre, selon l'âge (12-17 ou 18-30) ou le sexe (certaines sont réservées à un genre ou l'autre, alors que d'autres sont mixtes). Dans l'ensemble, les Auberges accueillent environ 3000 jeunes par année (RACQ, 2012)

Quatre Auberges de la ville de Québec et de la région de Chaudière-Appalaches ont collaboré au projet et nous ont soutenus entre autres pour le recrutement. Ces Auberges partenaires ont également joué un rôle important dans le développement de notre compréhension de la « cartographie » des acteurs et milieux concernés (le « qui », le « quoi » et le « où »). La collecte des données a été réalisée de février 2010 à mars 2011.

Étant donné les particularités de l'objet d'étude et nos objectifs de recherche, notre devis s'appuyait sur des méthodologies qualitatives. Trois stratégies ont été utilisées :

(1) des entrevues individuelles semi-dirigées avec des jeunes de 12 à 30 ans (a) fréquentant ou ayant fréquenté une Auberge (minimum : 1 semaine) et (b) utilisant ou ayant déjà utilisé des psychotropes prescrits ;

(2) des entrevues individuelles semi-dirigées avec des parents de jeunes répondant aux critères d'inclusion du point 1, ainsi que des intervenants des milieux médicaux et scolaires ayant parmi leur clientèle des jeunes dont les caractéristiques correspondent à ces mêmes critères<sup>3</sup> ;

---

<sup>3</sup> Il avait été prévu au départ que ces trois catégories d'acteurs seraient rencontrées dans le cadre de groupes de discussion. Or il est apparu que la difficulté de concilier les horaires de ces participants rendait l'organisation de tels groupes difficile, voire impossible. À cela se sont ajoutées les réticences de certains à s'exprimer dans le cadre d'un groupe (c'était le cas des parents, surtout). Toutefois, les personnes susceptibles d'être recrutées montraient

(3) des groupes de discussion impliquant des jeunes de 18 ans et plus, des intervenants des Auberges, des intervenants psychosociaux des CSSS et des intervenants de ressources communautaires (critères d'inclusion identiques).

Le tableau qui suit résume les paramètres de l'échantillon constitué et des modalités de collecte. À noter que le nombre de contributions (58) est supérieur au nombre de participants (55), car certains (les jeunes de 18 ans et plus) ont participé à la fois aux entrevues individuelles et aux groupes de discussion.

---

beaucoup plus de disponibilité et/ou d'ouverture pour des entrevues individuelles. C'est pourquoi nous avons opté pour cette modalité, ce qui a grandement augmenté la faisabilité de ce volet de la collecte.

<b><u>Catégories d'acteurs</u></b>	<b><u>Entrevues individuelles</u></b>	<b><u>Groupes de discussion</u></b>
<b>Jeunes*</b>	- 12-17 ans (n=12) - 18-30 ans (n=6)	- 18-30 ans (n=9)
<b>Parents</b>	- n = 2	---
<b>Intervenants médicaux</b>	- Omnipraticiens en CLSC (n=4) - Omnipraticien en pratique privée (n=1) - Pédopsychiatres en milieux hospitaliers (n=2)	---
<b>Intervenants scolaires</b>	- Enseignants (n=2) - Travailleurs sociaux (n=2) - Éducateur spécialisé (n=1) - Psychologue (n=1)	---
<b>Intervenants des Auberges</b>	---	- n = 8
<b>Intervenants des CSSS</b>	---	- n = 3
<b>Intervenants de ressources communautaires</b>	---	- n = 5

*\*Note : Afin de faciliter le recrutement, les jeunes se sont vus offrir des billets de cinéma à titre de compensation pour leur participation.*



***Entrevues auprès des jeunes*** — Sur la base d'un guide d'entretien (préalablement prétesté) composé d'une série de questions ouvertes (Patton, 2002), nous avons réalisé 18 entrevues, lesquelles ont porté sur : (1) les événements marquants dans leur trajectoire de vie ; (2) les principales problématiques vécues (perceptions de la nature, des causes et des conséquences de ces problématiques) ; (3) leurs réponses à ces problématiques ; (4) les solutions ou aides contribuant à les résoudre ; (5) les caractéristiques sociodémographiques du jeune (âge, sexe, niveau de scolarisation atteint, vit avec son/ses parent(s) ou vit seul(e), famille biparentale ou monoparentale, occupations des parents).

***Entrevues auprès des parents, des intervenants médicaux et des intervenants scolaires*** — Encore une fois, nous avons utilisé un guide d'entretien composé d'une série de questions ouvertes. Ces 15 entrevues ont porté sur : (1) les principales problématiques psychosociales et de santé rencontrées chez les jeunes fréquentant les Auberges et chez les jeunes présentant de multi-problématiques ; (2) les trajectoires de services des jeunes (intervenants consultés, résultats, arrimages entre les différents services) ; (3) le rôle des approches biomédicales (incluant la médication psychotrope) dans les services et interventions ; (4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes présentant de multiples problématiques ; et (5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et plurielles aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

***Groupes de discussion*** — Suite aux entrevues individuelles, nous avons organisé 4 groupes de discussions s'adressant chacun à différents acteurs. Il s'agissait de groupes homogènes de 3 à 9 personnes. Étant donné que les adolescents sont davantage susceptibles d'avoir de la difficulté à s'exprimer en public, le groupe des jeunes ne comprenait que des individus âgés d'au moins 18 ans ; 9 personnes y ont participé. Des groupes ont également été organisés pour des intervenants des Auberges, des CSSS et de groupes communautaires. Les participants ont d'abord été appelés à commenter les résultats (préliminaires) de la série d'entretien préalablement réalisée avec les jeunes. Ces rencontres ont aussi abordé les thèmes suivants : (1) les principales problématiques

psychosociales et de santé rencontrées chez les jeunes fréquentant les Auberges (pour les intervenants des Auberges) et chez les jeunes présentant de multi-problématiques (pour les autres types d'acteurs) ; (2) les trajectoires de services des jeunes (intervenants consultés, résultats, arrimages entre les différents services) ; (3) le rôle des approches biomédicales (incluant la médication psychotrope) dans les services et interventions ; (4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes présentant de multiples problématiques ; (5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et plurielles aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

### ***Traitement et analyse des données :***

Les entrevues individuelles ainsi que les groupes de discussion ont été enregistrés sur support numérique. Les contenus des entrevues ont été transcrits dans leur intégralité. Le matériel provenant des groupes de discussion a quant à lui été colligé via des résumés basés sur les notes prises durant le déroulement et sur les enregistrements. Les transcriptions et résumés ont été soumis à une analyse thématique des contenus (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et al., 2000) soutenue par le logiciel NVivo 9. Selon une approche mixte, nous avons combiné l'utilisation d'un système de catégories prédéterminées, fondées sur les thèmes identifiés ci-haut, et l'inclusion de thèmes émergeant des données recueillies (Miles et Huberman, 2003). L'analyse des entrevues individuelles était à la fois verticale (centrée sur les problématiques et trajectoires individuelles) et transversale (comparaison des problématiques et trajectoires). Le matériel provenant des groupes de discussion a quant à lui été analysé dans une optique de conjonction des perspectives : les différents points de vue sur les trajectoires de services, les articulations entre les services et la biomédicalisation des problèmes et des solutions apportées.

### ***Dispositions éthiques :***

Notre projet a obtenu l'approbation du Comité de l'éthique de la recherche de l'Université Laval (certificat No 2008-288 R-2/22-09-2011). Les procédures de recrutement, de participation et de

gestion des données ont été conformes aux normes en vigueur : (1) les participants ont été recrutés suite à un consentement libre et éclairé, obtenu par écrit ; (2) ils étaient libres de quitter l'étude au moment où ils le désiraient et cela sans préjudice ; (3) nous avons informé les participants sur les services qui leur étaient offerts par le milieu communautaire et les CSSS, au cas où la rencontre créerait chez eux un inconfort ; (4) les données ont été dénominalisées de manière à protéger la confidentialité ; (5) toute autre information permettant d'identifier les participants (exemple : nom de la ressource concernée) a été exclue du matériel d'analyse et dans la présentation subséquente des résultats ; (6) les enregistrements, transcriptions et autre matériel relatif aux données sont conservés dans un environnement sécuritaire (classeur sous clé, mot de passe pour l'accès aux versions électroniques) et seront détruits 5 ans après la fin de la recherche ; (7) les documents de diffusion des résultats sont à la disposition des participants. Des procédures particulières ont été appliquées en ce qui concerne les mineurs : le premier contact a été fait par l'intervenant-répondant, lequel présentait le projet aux parents ; si ceux-ci acceptaient d'être sollicités, ils autorisaient l'intervenant à nous transmettre leurs coordonnées. Par la suite, les dispositions éthiques leur étaient présentées. Si le parent donnait son consentement, nous contactions le jeune afin de lui présenter le projet et ses dispositions éthiques. Un formulaire de consentement incluant les signatures du jeune et du parent était prévu pour ces cas. Enfin, vu la nature et la sensibilité des sujets abordés, dans le cas des jeunes et des parents, nous avons prévu de nous assurer d'un accompagnement, advenant un inconfort ou une détresse psychologique chez les participants.

### ***Limites et forces de l'étude :***

Les résultats présentés ici doivent être considérés en tenant compte des limites inhérentes au devis méthodologique utilisé dans notre étude (et qui excluent toute généralisation), notamment : (1) la petite taille de notre échantillon; (2) le fait que le recrutement a été réalisé dans une seule ville et une région limitrophe ; (3) les biais possibles liés à l'auto-sélection des répondants (par exemple, la possibilité que ceux qui ont accepté de participer aient des expériences plus ardues et des perceptions « colorées » par ces expériences). Néanmoins, ils font ressortir des dimensions jusqu'ici peu examinées. Ainsi, alors que la littérature existante porte surtout sur les milieux institutionnels (tel que les Centres jeunesse) et les données provenant des intervenants

professionnels et leurs organisations, notre étude qualitative revêt un caractère original, d'une part parce qu'elle porte sur des milieux d'hébergement communautaires autonomes et, d'autre part, en raison de la place centrale donnée aux perspectives des jeunes, des parents et des intervenants des différents milieux concernés.

## **2. Résultats**

### **2.1 Profil des jeunes et motifs d'hébergement dans les Auberges du cœur**

Le profil des jeunes rencontrés dans le cadre de notre étude a pu être établi par le biais de l'analyse des motifs de fréquentation des Auberges, lesquels mettent en lumière un ensemble de caractéristiques psychosociales que nous considérons significatives.

Dans les pages suivantes, nous verrons que les problématiques vécues, comme les raisons qui conduisent à l'hébergement en Auberge, sont multidimensionnelles et hétérogènes. Ces problématiques ressortent dans les discours que nous avons analysés. Les multiples raisons qui poussent un jeune ou ses parents à demander l'aide des Auberges sont parfois difficiles à dégager dans les récits qu'ils en font : plusieurs types de discours sont apparus, nous rappelant ainsi la complexité des situations dans lesquelles ces familles évoluent.

Cette première partie des résultats portera donc sur le portrait des jeunes interviewés, saisi par le biais des motifs de fréquentation. Nous aborderons d'abord la réalité de leur vécu de manière générale. Les sous-sections qui suivront nous serviront à détailler les constats posés.

#### **2.1.1 Les raisons de l'hébergement dans une auberge : portrait général**

Nous constatons que les raisons d'arrivée en Auberge se situent dans un continuum entre un pôle environnemental et un pôle individuel, tous deux en interaction : l'un qui porte sur les événements intervenant dans le milieu scolaire, le réseau social et à l'intérieur de la famille ; l'autre portant sur la question comportementale, en lien avec des problématiques psychologiques et les comportements inopportuns. En traitant ces données sous cette forme d'un continuum, il

s'agit aussi de déterminer le degré d'« agentivité »<sup>4</sup> des jeunes quant à leur intégration dans une auberge. Notamment, dans quelle mesure ont-ils choisi de venir vivre dans une Auberge ou sont-ce leurs parents qui les y ont envoyés ? La figure 1 qui suit résume les éléments relevant de ce continuum environnement-individu.

*Figure 1.*

Mots clés : arrivée, raisons, origine, hébergement, placement, auberge.

*Pôle environnemental*

*Pôle individuel*



<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficultés scolaires</li> <li>- marginalisation sociale</li> <li>- problèmes de santé mentale des parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conflits familiaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consommation</li> <li>- délinquance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H,</li> <li>- troubles d'opposition et de comportement ou santé mentale</li> </ul>
--	--	---	---

Les jeunes rencontrés nous ont fait part des conditions dans lesquelles ils ont intégré les ressources des Auberges. Elles divergent selon la tranche d'âge à laquelle chacun des jeunes appartient (12-17 ou 18-30 ans). Pour la première tranche d'âge 12-17, la plupart du temps, les relations entre les jeunes et leurs parents étaient à l'origine de l'hébergement, cela en lien avec différents autres motifs invoqués (renvoi de l'école, fugue, consommation de drogue et d'alcool, comportements oppositionnels, notamment).

<sup>4</sup> Le néologisme « agentivité » est le terme le plus proche de l'*agency* de la langue anglaise. En psychologie et psychiatrie, l'agentivité est définie comme étant « le fait de se vivre auteur de nos propres actions » (Bulot, Thomas et Delevoe-Turrelu, 2007); elle implique donc les perceptions autant que les réalités objectives. Plus largement, le concept d'*agency* réfère à la capacité des agents de prendre des décisions et d'agir et, ce faisant, d'influencer leur situation et leur environnement.

Jeunes 12-17 :

*« La deuxième fois, c'est que je me suis chicanée avec mon père à cause l'alcool alors il m'a apporté ici. »*

*« C'est parce que quelques semaines avant, tout' les jours je m'engueule avec mon père et ce soir-là ça a donné que je me suis pognée avec ma mère. Puis chai pas... Elle a comme pas aimé c'que je me suis mis à gueuler. [...] ben elle a fait' 'bon ben avant que ça aille plus loin, trop', elle m'a comme portée ici. »*

Ces raisons peuvent aussi être en lien avec l'exercice d'une autorité (parentale, scolaire, par exemple) et la reconnaissance de cette autorité par les jeunes.

Jeunes 12-17 :

*« La première fois c'est parce que je suis partie de chez moi et que j'ai pas donné de nouvelles là. [...] Je suis allée à un party chez des amiEs, tsé j'ai couché chez mon amiE là, mais j'avais juste pas appelé mes parents là. Puis là ben ma mère s'inquiétait, puis ma mère a appelé la police, et ils sont venus me chercher (elle rit). Puis ils m'ont apporté ici. »*

*« (sur un ton placide) Ben moi c'est pour l'école. J'me suis fait' renvoyer de l'école. J'ai des problèmes de violence avec mes professeurs. [...] J'ai failli frapper mon professeur, puis j'ai envoyé chier mon directeur, là. »*

Les deux cas de figure présentés ici montrent que les raisons de l'hébergement sont liées au comportement des jeunes mais aussi aux décisions prises par les parents ou l'école face à une situation extrême. C'est donc qu'un subtil mélange des pôles environnemental et individuel est en cause. Il est à noter que les « chicanes » parentales ne sont pas anodines. Ces conflits sont évoqués par tous les jeunes rencontrés lors des entrevues. Comme ces deux citations le montrent,

ils vivent une réalité familiale tendue, où la communication entre les jeunes et les parents ou l'école n'est plus possible. Les liens entre les trois parties se sont rompus et il n'est d'autre solution pour le jeune que de quitter le foyer, et l'école parfois, pour intégrer une ressource afin d'apaiser les tensions.

Toutefois, ces réalités peuvent être différentes pour les jeunes de la tranche d'âge 18-30 ans, du fait de leur niveau d'autonomie. Vivant seuls, ces jeunes adultes peuvent se trouver sur l'aide sociale ou le chômage, sans soutien parental. Dès lors, ils vivent une situation d'exclusion sociale. Ils décident ensuite, après recherche auprès d'un CLSC ou d'un organisme communautaire d'aide aux jeunes, d'intégrer une ressource pour échapper à l'itinérance et réintégrer un réseau social.

*Jeune 18-30: « Ben j'ai perdu ma copine. J'ai perdu mon appartement. Pis j'ai perdu mon emploi. Pis ça fait 2 ans que je suis sur l'assurance-salaire pis que je sortais plus de chez nous, je faisais plus rien, c'est pour ça que je suis arrivé ici. »*

Il arrive aussi qu'ils aient encore des contacts avec leurs parents mais ces liens sont parfois tissés de violences.

*Jeune 18-30: « Dans l'fond mon père quand chui arrivé il m'a mis à la porte. Là c'qui s'est passé c'est les prises de bec. Ça a comme dégringolé niveau violence psychologique, physique... [...] Féque deux mêches courtes dans une maison... en plus c'est tout le temps des conflits, c'est pas beau. Féque il m'a envoyé en auberge. »*

De leur côté, les intervenants communautaires ou du réseau de la santé invoquent les mêmes arguments pour présenter les raisons qui mènent les jeunes vers un hébergement. Qu'ils



proviennent des auberges ou d'un CLSC, leurs discours identifient l'absence parentale du foyer, l'échec scolaire, le manque d'encadrement ou encore des problèmes de santé mentale diagnostiqués. Ajoutons que selon ces mêmes intervenants, les problématiques des jeunes peuvent être chevillées aux problématiques que vivent les parents. Ceux-ci vivent aussi des situations difficiles dont ils ont du mal à empêcher les conséquences sur leurs enfants, comme par exemple avoir deux emplois (manque de temps à donner), consommer de la drogue (inciter à la consommation) ou encore avoir eux-mêmes des problèmes de santé mentale (instiller des troubles anxieux, ou faire émerger des troubles oppositionnels, de comportement et d'hyperactivité).

Intervenants CLSC (synthèse de groupe de discussion) : divers problèmes peuvent être à l'origine de ces conflits : le manque d'encadrement des parents, les difficultés sur le plan de la discipline et des règles de vie, la consommation de drogue du jeune, les problèmes de santé mentale chez le jeune ou les idéations suicidaires chez le jeune. Les principales problématiques rencontrées par les jeunes et la famille sont : l'épuisement des parents ou la difficulté à faire respecter les règles à la maison, les problèmes de consommation de drogue et/ou d'alcool des jeunes ou des parents et les problèmes de santé mentale.

Intervenants des Auberges du cœur (extrait verbatim de groupe de discussion) : « Les conflits familiaux sont le 'symptôme' des problèmes de consommation ou de comportement. »

Pour résumer, ces intervenants eux aussi témoignent du fait que l'intégration en Auberge est souvent due à de multiples facteurs provenant autant des jeunes que des parents. Chacun des facteurs évoqués ci-haut peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie du jeune ainsi que sur son processus de socialisation.

### 2.1.2 Le contexte familial

Nous venons de constater que la majeure partie du temps le contexte familial est une cause d'intégration en Auberge pour les jeunes que nous avons rencontrés. Plus généralement, il nous est apparu que lorsqu'il faut penser la question du profil des jeunes, on doit également envisager celle du profil familial. En effet, selon certains facteurs comme le mode de vie parental, l'historique conjugal parental (situation familiale, son histoire, la fréquence de ses changements) et la situation professionnelle des parents, le sort du jeune est modifié. Les conséquences de cette réalité touchent plusieurs aspects de sa vie : sa réussite scolaire, son rapport à autrui (amiEs, fratrie, la communauté en général), notamment.

Ces facteurs ont aussi un impact sur l'utilisation que le jeune fait des services de santé, par exemple en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes. Tel qu'en témoignait un médecin de CLSC, la problématique principale à retenir sur les raisons qui mènent un jeune à utiliser ce type de médication est celle de la *trajectoire familiale*. Ici nous entendons par trajectoire familiale, le cheminement du jeune et de ses parents tout au long de leur vie, les relations qui se (dé)nouent entre eux jusqu'au moment où le jeune intègre une Auberge.

Grâce aux données recueillies, nous pouvons situer cette trajectoire entre deux pôles : l'un qui porte sur les relations conflictuelles et l'autre sur la bonne entente. Notons qu'il s'agit ici de présenter le contexte dans lequel vivent les jeunes rencontrés au moment de leur arrivée dans une Auberge.

Figure 2.

Mots clés : lien, comportement, confiance, situation familiale, origine chicanes, autorité.

*Relation et histoire conflictuelles*

*Entente et communication*



Parent(s) absent(s) (monoparentalité, beaux-parents, désengagement parental).	Autorité parentale excessive, manque de communication, agressivité du jeune.	Famille indifférente et mise à l'écart du jeune du reste de la famille.	Parents qui changent de comportement vis-à-vis leur jeune (+/-).	Bonne entente et implication des parents dans la vie des jeunes (case managers).
---	--	---	--	--

Définissons d'abord le contexte familial par son modèle : monoparental, famille éclatée, nucléaire, reconstituée. Selon le nombre de parents, leur qualité (parents naturels, beaux-parents, grands-parents), leur style éducatif (plus ou moins autoritaire), leur situation socio-économique (au chômage, un ou plus d'un emploi, percevant l'aide sociale), leur lieu d'habitation (urbain, semi-urbain), ce modèle aura une influence différente sur les jeunes. Les quelques exemples cités ici présentent des familles désunies, avec des parents séparés, où la place du jeune au sein de la famille est minimisée, voire marginalisée.

Jeunes 12-17 :

*« Quand j'étais jeune... Qu'est-ce qui a fait' que la séparation de mes parents... Ben y'a eu pas mal de problème avec mes parents. Ils se chicanaient tout le temps. »*

*« Ben dans le fond, mes parents n'ont jamais été ensemble. C'était plus une histoire d'un soir. »*

Une des deux mères rencontrées témoigne des conflits qui peuvent exister entre des parents, et cela même après la séparation du couple. En effet, une famille désunie et en conflit le reste encore après que l'un des deux parents ait quitté le foyer. Les problèmes perdurent et leurs conséquences sur le jeune et son environnement aussi.

Cette mère témoigne aussi du fait qu'un parent peut être une personne imparfaite ayant de la difficulté à comprendre ses enfants et enfin à les éduquer. De ce fait, dans une situation monoparentale, la mère peut avoir de la peine à encadrer ses enfants. Dans une espèce de fatalisme, cette mère fait le constat de son impuissance face au comportement difficile de ses enfants.

Parent : « *Pis moi [...] j'veulais des enfants, mais vraiment, je l'ai pas là (souligné pour appuyer le propos). Tsé y'a des parents qui vont se mettre à 4 pattes avec les enfants, qui vont tout consacrer leur temps, leur week-end, leur énergie. Moi je les ai élevés toute seule les enfants, j'en ai jusque-là. Le père venait faire, tsé, jouer dans mes plates-bandes, il venait tout démolir en un week-end, ce que j'essayais de bâtir depuis des mois... [...] là j'essaie de me réapproprier ma vie là, pis [ma fille] a trouve ça dur. »*

Intervenants des Auberges du Cœur (extrait de verbatim de groupe de discussion) :

« *Pour les parents, cette situation est perçue comme un échec. »*

Parent : « *Beaucoup de frictions, parce qu'X avec moi, c'est une espèce de, tsé on dit que l'amour est pas loin de la haine, elle m'aime, elle m'adore, mais on dirait que je respire à côté d'elle et je la dérange, c'est toujours, vraiment nous autres c'est en dents de scie. Elle se colle comme un bébé, ou si elle pouvait me pousser en bas du pont elle le ferait, elle passe d'un extrême à l'autre, elle gère pas tellement ces*

*émotions, mais y'a un manque de maturité, mais c'est des conflits aussi, famille recomposée [...]. »*

Certains jeunes témoignent eux-mêmes du désengagement de leurs parents. Il se peut ainsi qu'un parent seul démissionne, notamment quand son autorité est remise en question et qu'il ne réussit plus à contenir l'énergie et à comprendre la personnalité de son enfant.

Nous avons vu plus tôt que l'interaction du jeune avec ses parents est souvent à l'origine de l'hébergement. Toutefois, l'arrivée du jeune en Auberge peut être aussi causée par le comportement des parents. Il semble que si le jeune est une partie du problème, les parents en sont souvent une autre.

Jeunes 12-17 :

*« Ma mère elle se mêle plus vraiment de t'ça, vu qu'elle a vu qu'elle mangeait d'la marde quand elle embarquait dans ces histoires-là. Féque maintenant, elle sacr'plus son camp qu'aut'chose. Ou sinon... je m'engueule aussi avec ma mère mais c'est rare. »*

*« Tsé mes parents j'les aime là, mais il s'est comme développé une haine. »*

Intervenants CLSC (extrait de verbatim de groupe de discussion) : *« si les parents du jeune vivent des problématiques particulières, le jeune en ressentira les conséquences et si c'est le jeune qui vit des problématiques particulières, les parents peuvent en ressentir les effets. »*

Par exemple, et c'est un constat qui est revenu souvent tout au long de notre cueillette de données, les « chicanes intrafamiliales<sup>5</sup> » peuvent être un effet des phénomènes de valorisation/dévalorisation que le jeune vit au quotidien. Ces processus peuvent apparaître à l'école et avec les amiEs, mais aussi à la maison. En somme, les jeunes peuvent être entourés de situations conflictuelles dans différents domaines (incluant la sphère familiale) et les ressentir comme des échecs successifs. De leur côté, les intervenants rencontrés racontent ce qu'ils appellent la « spirale de l'échec », dans laquelle plongent les jeunes lorsque toutes leurs tentatives de se sortir des problèmes ou d'améliorer leurs conditions de vie échouent. Il arrive que les parents soient à l'origine de ce processus. Étant donné l'importance du rôle de la famille pour la valorisation et l'estime de soi, qui sont au cœur du processus de socialisation, ces considérations sont significatives. Nous le verrons plus loin quand nous aborderons la question des besoins des jeunes, notamment.

*Médecin : « [Q]uand ils commencent à travailler, là ils voient qu'ils suivent pas, ils sont pas capables, ils vivent des échecs. Ben plus vers l'âge de 17-18 ans, ils vivent des échecs, au travail, certains veulent continuer l'école pis là ils se rendent compte qu'ils sont pas capables. »*

*Jeunes 12-17 : « Je sais pas. Il m'a déjà dit qu'il ne voulait rien savoir des filles, là. Juste pour des blondes, puis c'est ça. À part de ça, il veut pas avoir de filles là. Il m'a dit ça en pleine face, c'était dur... mais c'est pas grave (en gloussant). Quand il m'appelle c'est juste pour savoir des nouvelles de mon frère ou ma demi-sœur. Ça je comprends pas encore... ».*

*« Ben tsé avec ma mère j'parlais pas beaucoup là. Tsé j'm'entendais pas... bah c'est pas que je m'entendais pas avec, mais tsé elle était comme trop différente de moi donc j'osais pas trop y parler. »*

---

<sup>5</sup> Ce sont des petits conflits qui ponctuent la quotidienneté de la relation famille-jeune, et qui s'accumulent sans être résolus. Nous pourrions les comparer aux agacements quotidiens.

Le sentiment d'échec du jeune, la récurrence de ce sentiment ainsi que son élargissement à la sphère familiale, cristallisent les problématiques vécues sans les résoudre. Rater ses examens, vivre des chicanes à la maison et de manière répétée, vivre (en) l'absence de ses parents, être rejeté par ses pairs, poussent la plupart des jeunes rencontrés à affronter la vie sans être armés et sans recevoir de soutien. Pour eux, il peut être nécessaire de recourir à des moyens originaux pour s'en sortir (autre que la discussion avec les membres de la famille). Ce peut-être l'utilisation des services de santé et de médicaments psychotropes, ou encore la consommation de drogues et d'alcool, si aucun intervenant n'a réussi à construire un *lien de confiance* avec le jeune.

### **2.1.3 La consommation**

La consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments par les jeunes rencontrés est un des facteurs d'intégration en Auberge. Un jeune qui consomme et qui perturbe la classe ou un autre qui fait du recel sont autant de situations dans lesquelles les jeunes transgressent les règles établies par les autorités. Mais du point de vue des jeunes, la consommation peut être un moyen de socialisation ou encore un moyen d'oublier les problèmes vécus. La consommation est parfois une arme efficace contre le sentiment d'échec mais elle est à double tranchant. D'après les données recueillies, les implications de cette consommation se situent entre deux pôles : l'un porte sur la libération et l'émancipation qu'elle procure ; et l'autre porte sur les dégâts qu'elle peut causer. Il s'agit ici de présenter l'impact que peut avoir la consommation sur le jeune, sa vie et ses environnements familial et social.

Figure 3.

Mots clés : drogue, alcool, effet médicament, consommation, origine drogue, vision vie, prescription, origine judiciaire, situation familiale.

*Libératrice, se sentir mieux*

*Dépendance et amplification de problèmes*



Aime le produit et le moyen de consommation	Drôle, divertissant, se sent mieux	Habitude, faire comme les autres	Établit une routine, une spirale d'(in)stabilité financière et familiale	Réseau social immédiat qui consomme et installe des problèmes scolaires, familiaux, financiers et judiciaires.
---	------------------------------------	----------------------------------	--	--

Tout d'abord, intéressons-nous aux origines de la consommation. La majeure partie du temps, les jeunes rencontrés font le constat qu'ils ont pris cette habitude en côtoyant unE amiEs consommateur/trice, par le biais leur famille proche (parfois leurs parents) ou encore, mais plus rarement, tout seul par plaisir. Nous sommes conscients qu'en ce qui concerne cette thématique, les témoignages sont à prendre avec recul. Un individu, quel que ce soit son âge, aura la plupart du temps une crainte à exprimer sincèrement ses liens avec un objet illégal et son usage. Néanmoins, les réponses fournies aux questions de vérification, incluses dans notre guide d'entretien, laissent penser que le discours des jeunes reste fidèle à la réalité.

Il est à noter aussi que dans notre échantillon, la consommation de drogue et d'alcool touche les jeunes de tous âges entre douze et trente ans. Les jeunes rencontrés avaient en moyenne quatorze ans au moment des entrevues ; la plupart avaient déjà un passé de consommation, de deux à trois



ans en moyenne pour les plus jeunes quand nous nous sommes rencontrés, mais situent le début de leur consommation au moment de l'arrivée en école secondaire.

Jeunes 12-17 :

*« Ben j'ai commencé à consommer... j'avais une de mes amies qui en consommait et puis veut-veut pas là, elle m'a énormément influencée, ça je peux pas le nier là. [...] En fin de compte, c'est elle qui a commencé à m'inciter à prendre de la drogue là, et j'en prenais tout le temps avec elle. Puis là je me suis mis à en prendre tout le temps. Puis là ben... »*

*« Pendant deux ans. J'en achetais de mon cousin, il a deux ans de plus que moi. »*

*« [Ç]a a commencé tout seul. Je fumais le matin, pis, ha je vais fumer le midi, je fumais en sortant de l'école, je fumais aux pauses, je fumais le matin, pause, midi, pause, soir. »*

Jeunes 18-30 : *« C'est depuis que j'ai l'âge de 12 ans. À l'époque je restais à Québec, chez ma mère. C'est avec elle que je consommais. »*

La consommation sous-entend aussi devoir en apprécier, ou pas, les effets, qu'ils soient d'ordres physiques ou sociaux. Cela étant dit, pour ces mêmes jeunes, la drogue a un impact négatif. Elle sert souvent à exprimer une peine et entraîne parfois ces jeunes vers des problèmes plus graves.

Jeunes 12-17 :

*« Ben j'commence à être écœuré là, parce que je deviens fucké à chaque jour, mettons là. Je sais plus si je suis fatigué ou pas. Puis tu perds des bouts pas mal. [...] Je perds la mémoire, je peux ne pas me souvenir ce que j'ai fait' de ma journée puis le soir quand j'y r'pense j'm'en rappelle. »*

« [P]is là je voyais que je retombais dans la routine, la routine avec mes parents pis tout, l'ambiance, pis je trouvais ça, j'ai commencé à... à être plutôt dépressif, pis commencer à fumer, à fumer du cannabis pas mal. »

« [D]ans l'fond j'avais plein de drogues sur moi. Puis ils ont fait' une fouille, puis ça a donné que moi j'étais dans la liste. Féqu'ils m'ont fouillé et j'avais de la drogue sur moi. Donc ils m'ont renvoyée. [...] C'était ma consommation personnelle, puis je gardais quelques trucs pour des gens. Dans l'fond j'avais pas beaucoup d'argent, féqu'j'gardais des trucs aux autres. Pis ils me donnaient d'aut' choses en échange. »

Pour les jeunes rencontrés, la drogue ou l'alcool sont des moyens de s'amuser avec des amiEs. Ces substances fédèrent les groupes et permettent de décompresser face aux situations difficiles.

#### Jeunes 18-30 :

« Jusqu'à ma venue au Gîtes Jeunesse. Puis j'avais consommé juste avant de partir en disant 'oh ouin, on va s'la péter solide là. R'garde s'en va, envoye let's go !'. Féque j'suis sorti dans les bars, j'suis sorti dans les partys de mes friends, j'ai trop consommé. »

« Tsé veu-veu pas quand t'es sur la drogue là, je trouve ça drôle, c'est l'fun (elle rit). »

Le recel de drogue ou de médicaments est aussi pour eux un moyen de subsistance. D'après les intervenants, notamment, il permet aux jeunes de moins souffrir de la pauvreté ou encore de pouvoir entretenir une vie sociale.

Intervenants Auberges du Cœur (extrait de verbatim de groupe de discussion) : « La situation économique des jeunes représente une contrainte. [...] Certains tirent des

*profits de la vente de drogue et lorsqu'ils cessent cette activité afin de mieux intégrer la société, ils vivent de la précarité financière. »*

Jeunes 12-17 :

*Interviewé : « [D]e 8 ans à 8 ans et demi et je les prenais pas. J'essayais de tout mon possible de pas les prendre. Je les prenais dans ma bouche, je les retenais jusqu'à temps que je sorte dehors pis je les crachais ou des affaires de même.*

Interviewer : Est-ce qu'il y a d'autres moments où tu ne les as pas pris ?

*Interviewé : Non. Ben v'là 2 ans je les jetais par la galerie. Ou v'là 1 an je les vendais. »*

Notons dès à présent que pour l'ensemble des jeunes rencontrés pour cette étude, en ce qui concerne l'utilisation de médicaments psychotropes, l'âge moyen de la première prescription se situe à 9 ans.

#### **2.1.4 Leur scolarité**

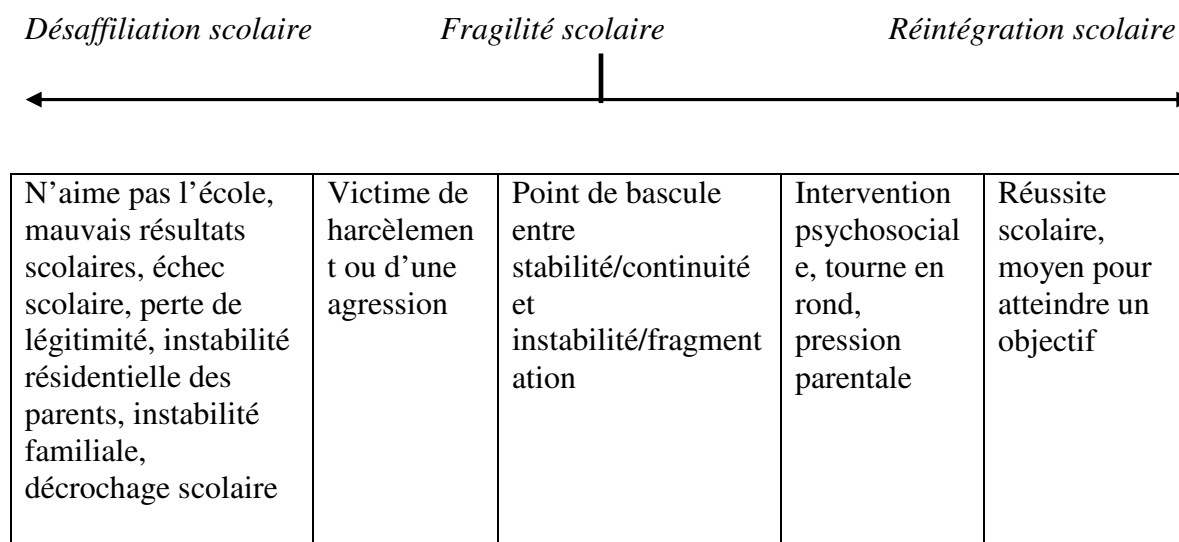
La scolarité des jeunes rencontrés a été depuis le début de l'étude au centre de l'attention. Le discours des jeunes rencontrés présente l'école comme composante essentielle de leur vie, qu'ils l'aient ou pas. Pour saisir leur profil, il faut donc se pencher plus avant sur les conditions dans lesquelles ils vivent à l'école.

Selon les données recueillies auprès de ces jeunes, l'expérience de la scolarité se définit selon trois catégories de variables, qui chacune symbolise un événement difficile et/ou des défis : (1) la désaffiliation scolaire et les conséquences sur leur vie quotidienne et familiale ; (2) la fragilité de l'intégration sociale par l'école même lorsque la fréquentation scolaire est maintenue (ex : changement d'école et déménagements) ; (3) la réintégration scolaire et ce qu'elle implique dans leur vie, suivant leur situation familiale et leur âge. Nous montrons ici que l'école a un impact

majeur sur la vie des jeunes et que la scolarité est la plupart du temps considérée par eux comme un irritant.

*Figure 4.*

Mots clés : école, scolaire, échec, départ, retour, sanction, référer, médecin.



Nos entretiens témoignent de la *volatilité* des jeunes à l'égard du milieu scolaire. Alors que l'école sous-entend un encadrement, autour de rythmes quotidiens précis, rejoignant des jeunes vivant sur un territoire délimité, nous constatons que la réalité des jeunes rencontrés a parfois du mal à y correspondre. Que ce soit un déménagement, un désamour avec l'école et une préférence pour les activités extérieures, un abandon scolaire, une mobilité sociale entre groupes d'amis, un encadrement différent de celui imposé à la maison, nous remarquons que, selon ces jeunes, l'école propose un cadre parfois trop rigide, n'offrant pas d'emblée une flexibilité dont ils auraient besoin.

Jeunes 12-17 :

*« Puis ben euh...j'me suis remise à « loffer » mes cours à l'école. J'aime pas l'école là (elle rit). Tsé j'ai lâché un an de temps l'école alors que tu retournes... c'est dur là. Puis ben là les autres que j'étais venue ici cet été, ils m'avaient fait recommencer l'école. Puis là j'ai lâché l'école. Puis là j'ai recommencé l'école la semaine passée là. [...] J'suis pas capable de rester assise sur un banc d'école six heures de temps là, c'est ben trop long. »*

*« Ben depuis que je suis petit je me fais écœuré parce que genre j'ai déménagé pas mal souvent. Parce que quand t'es un nouveau dans une école, tu te fais écœurer pas mal. Fait qu'ça a fait ça dans pas mal d'école là. Puis rendu à cette école-là, c'était plus le problème de me faire écœurer, mais c'était des profs qui m'énarvaient là, parce que ça me tente pas de travailler. »*

*« Ben en fait tout a commencé quand j'ai commencé l'école secondaire. Tu sais l'école secondaire, c'est plusieurs mondes, plusieurs sortes de personnes, moi je me suis tenu avec une sorte de personnes qui se crissaient de l'école. Ils s'en foutaient, ils consommaient et il 'partyait' ».*

Intervenants communautaires (extrait de verbatim de groupe de discussion) :

*« [M]ais à partir de 12 ans à l'école, au secondaire, c'est l'école qui les envoie, à cause du décrochage scolaire, à cause des problèmes de comportements à l'école, les notes qui chutent, en gros c'est ça, la consommation, avant y'avait, ici en face, y'avait une intervenante en toxicologie, alors j'en avais beaucoup qui venait ici pour consommation, l'intervenante en toxicologie est plus là, donc c'est comme si y'avait plus de consommation à l'école, j'en doute ! »*

Mais l'école reste pour ces jeunes un moyen de socialisation et de valorisation lorsqu'ils réussissent (scolairement ou socialement). Ils pensent que se projeter dans l'avenir est possible s'ils ont réussi leurs études. Pour eux, après avoir vécu des épisodes difficiles, retourner à l'école est un moyen de renouer avec une normalité perdue. C'est aussi un moyen d'émancipation, de se dégager de l'autorité parentale pour commencer/continuer une vie autonome.

Jeunes 12-17 : « *J'avais plein de projets qui s'avaient créés pas que un été à jeun c'est pas pareil qu'un été complètement g'lée. J'ai eu le temps de passer à tellement plein d'affaires, des plans de vie puis tout', que j'me suis dit ' j'vais me concentrer à l'école pour faire de quoi plus tard.' . »*

Jeunes 18-30 :

*« J'travaillais, j'gardais mes jobs. Tsé j'ai pris une job où c'que j'étais même pas qualifié pour la job, puis j'ai resté là 1 an. Puis après j'étais tanné, j'me suis dit 'faut'qu'j'r'tourne à l'école'. [...] J'ai lâché la drogue parce que j'étais typiquement écœuré et je voulais que ça marche. Féque dans mes dernières mois que j'ai resté à l'école, j'avais lâché et c'est ça qui m'a permis de décoller de la classe ARS. Ensuite qu'est-ce que j'ai fait' ? Ben... j'ai fait mes stages comme dans l'fond avoir une vraie vie là. »*

*« Quand je suis retourné aux adultes, c'est où c'que j'ai fait' 'non !' [...], au mois de septembre de mes 16 ans. [...] Ben j'ai fini ça dans l'été. Mon père m'a exigé de le reprendre [son médicament]. Je l'ai pris je l'ai jeté dans les poubelles. »*

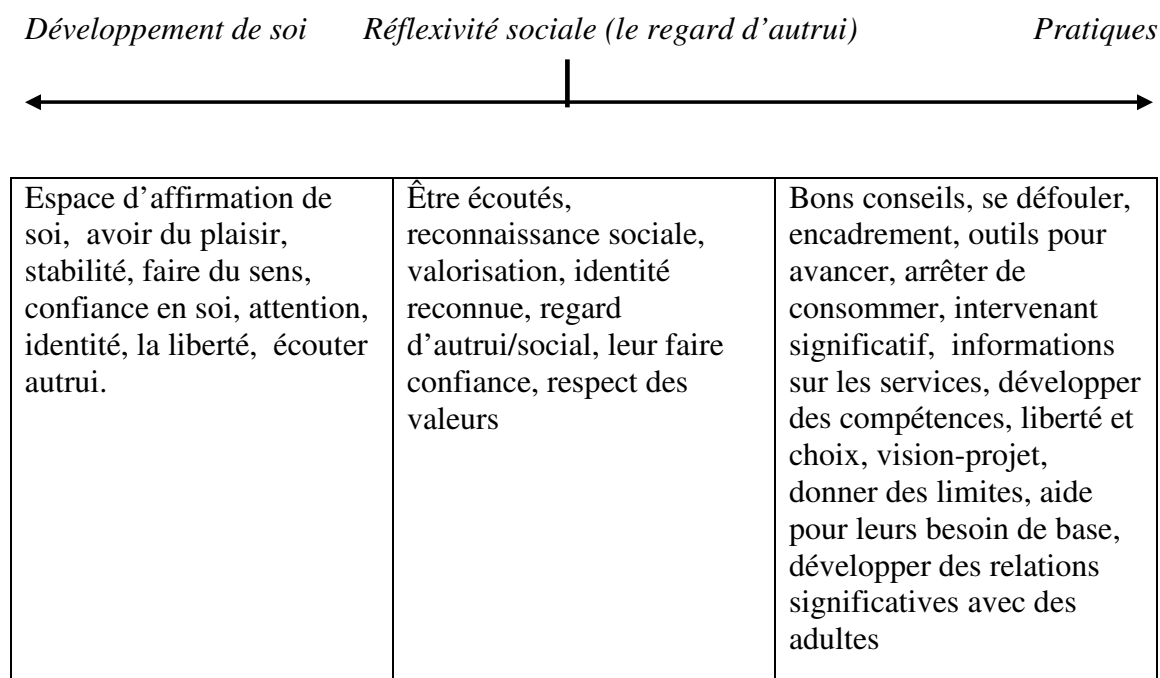
### **2.1.5 Leurs besoins**

Étroitement associée à l'identification des problématiques à l'origine de l'intégration à une Auberge, la question de l'identification et de l'expression des besoins est également centrale. Elle constitue en fait un défi pour les différents acteurs impliqués. Les jeunes eux-mêmes ne sont pas forcément en mesure de comprendre et de nommer leurs besoins, et par conséquent d'y répondre d'une manière adéquate. Alors tout au long du continuum des services de santé, les différents intervenants sondent les besoins des jeunes et appliquent leurs propres solutions. Or il apparaît que souvent, les définitions des besoins formulées par les jeunes diffèrent notablement de celles avancées par les intervenants qu'ils rencontrent. Nous comprenons donc que la définition du besoin d'un jeune diffère selon le statut de la personne qui s'exprime (type d'intervenant selon le modèle d'intervention, jeunes, parents).

Globalement, ces besoins sont de trois types. Le premier réfère aux besoins psychologiques et émotionnels, c'est-à-dire en lien avec les dimensions personnelles et internes à l'individu : le développement de soi. Le deuxième type est celui des besoins psychosociaux, c'est-à-dire dans l'interface entre l'individu et son environnement proche ainsi que la communauté dans laquelle il évolue : la réflexivité sociale. Le troisième type concerne la fonctionnalité, c'est-à-dire les besoins rattachés aux outils ou techniques de sortie de crise/problème : les besoins pratiques. Il s'agit de montrer que les besoins des jeunes se définissent selon des dynamiques ontologiques et des dynamiques pragmatiques qui marquent la quête de solutions aux difficultés qu'ils vivent.

*Figure 5.*

Mots clés : besoins jeunes, intervention, solutions, techniques.



Pour les intervenants et certains jeunes, les besoins se situent dans un processus de reconstruction de soi, composé de trois phases. Première phase : la *valorisation et l'estime de soi* sont pour beaucoup d'intervenants au centre des besoins des jeunes. Alors qu'ils vivent des échecs ou des conflits, valoriser leurs qualités et mettre de l'avant leurs réussites et succès répond aux manques qu'ils vivent, notamment le manque provenant de leurs parents. Deuxième phase : cependant cette estime de soi n'est possible que s'ils reçoivent du *soutien*, c'est-à-dire de l'aide de la part d'un tiers, que ce soit un intervenant, un parent, un ami ou un autre jeune qui vit les mêmes difficultés. Ce soutien est possible lorsqu'ils déterminent leurs problèmes, en sont conscients et décident d'y faire face. Ce qui nécessite de l'expérience et avoir cheminé par rapport à la problématique vécue. Troisième phase : pour y arriver, ils doivent se trouver une *identité propre*, et se forger une solide croyance qu'ils ont une place qui leur revient dans la société. Sans reconnaissance de leurs difficultés par l'environnement qui les entoure, ces jeunes continuent de vivre des souffrances causées par les échecs successifs. C'est grâce à cet environnement (souvent une personne significative : parents, intervenant pivot, amiEs, etc.) que cette *identité propre* se légitime.

Jeunes 12-17 : « *Confiance en soi. C'est vraiment abusif comme y'en a qui en ont pas là. Puis ils ont tout le temps besoin des autres pour se le faire dire. Honnêtement c'est vraiment la confiance en soi, puis... faire confiance en eux et tout' devrait bien aller.* »

Médecin : « *[P]is pour que cet enfant-là ait des succès, parce que là, y'en vivent pas ces enfants-là, sont disputés à l'école, sont disputés à maison, puis y'ont pas d'amis.* »

Parents : « *Parce que souvent, les enfants vont avoir un, une mauvaise opinion d'eux autres, moi les miens, j'ai toujours dis, regarde, mon garçon a été un bout de temps qui disait 'ha chu niaiseux, j'comprends rien chu niaiseux', là j'ai dis 't'es pas niaiseux, t'es super intelligent', là j'y donnais des comparables, j'y 'regarde ce que tu construis en éco, regarde comment t'es bon en vélo, j'y dis t'as de la difficulté à apprendre, t'as un problème dans ta... capacité d'apprendre, mais c'est pas parce*



*que t'apprends pas, j'y dis y'a des choses qui sont plus difficiles pour toi que les autres, mais dit pas que t'es niaisieux', parce que souvent y'ont cette impression-là, sont moins vite que les autres. »*

*« [Y]'ont besoin de développer leur estime d'eux-mêmes. Y'ont besoin de rencontrer d'autres jeunes comme eux. »*

Intervenants Auberge du Cœur (extrait de verbatim de groupe de discussion) : *« Ils ont besoin de se sentir important et de sentir qu'ils ont une place dans la société, qu'ils ont un rôle à jouer. Ils ont besoin de développer leur pouvoir d'agir. [...] Ils ont besoin d'aide pour bien organiser leur vie. »*

Au-delà de la reconnaissance de l'existence de difficultés, les jeunes ont aussi besoin d'apprentissages, de vivre des expériences leur permettant de faire face à leur vie. C'est un peu ce que leur proposent les intervenants : des outils pour les aider à réaliser des expériences de vie, un apprentissage à la vie encadré, en s'appuyant sur leurs capacités et leurs succès.

Jeunes 18-30 : *« Ils ont besoin d'acquérir une certaine expérience de vie. Parce que quand je regarde, moi je suis dans les plus vieux ici, souvent quand l'expérience de vie, on l'a avec les gens qu'on rencontre, les gens qui nous aident, faque ils ont besoin de beaucoup, de sentir l'énergie positive... »*

Intervenants Auberge du Cœur (extrait de verbatim de groupe de discussion) : *« Ils ont également besoin qu'on leur laisse l'opportunité de prendre des décisions pour eux et d'en assumer les conséquences. »*

*« Donc, là-dessus au niveau des devoirs, y'aurait besoin de plus d'encadrement ou plus de soutien [...] »*

Intervenants d'Organismes communautaires (extrait de verbatim de groupe de discussion) : *« Les jeunes ont besoin de faire leurs propres expériences et non pas*

*uniquement celles dictées par le milieu familial. Ils ont besoin qu'on leur accorde un certain degré d'autonomie.*

*Ils ont besoin d'autonomie (liberté), de construire un réseau social (sentiment d'appartenance) et de connaître les ressources (informations) susceptibles de répondre à leurs besoins. »*

Nous le disions plus haut, les besoins entendus dans le cadre d'entrevues varient selon le type d'intervenant qui s'exprime. Mais alors sont-ils des besoins évoqués par les jeunes eux-mêmes ? Ou alors sont-ce des besoins que le système formule pour eux ? Comme nous dit un médecin : « *Ouin, les besoins. Alors... souvent ils ont pas de besoins. Alors, on peut parler des besoins de l'école, des parents, des fois les besoins des amis, des fois c'est les amis qui les amènent aussi. Des fois les besoins des amis parce qu'ils s'inquiètent.* »

Tout au long de nos entrevues, nous avons pu constater que les jeunes sont rarement à l'origine de la demande d'intervention, d'autant que pour eux avoir recours aux services d'un intervenant n'était pas automatiquement synonyme de résolution de problèmes. D'après les données recueillies, les acteurs à l'origine de la demande sont les parents, les enseignants ou encore la psychologue scolaire. Il était donc important pour nous de situer quels étaient les besoins « endo-jeunes », c'est-à-dire formulés uniquement par les jeunes. Pour ce faire, nous avons mis de côté les réponses provenant des jeunes et qui étaient identiques à celles des intervenants, et avons examiné particulièrement les autres. Peut-être ces idées « marginales » seraient-elles plus parlantes ? À la question : *de quoi ont besoin les jeunes qui passent par les auberges ?* Ils répondent :

Jeunes 18-30 :

*« Ils ont besoin d'un environnement physique pour se retrouver. »*

*« Les jeunes ont besoin d'une personne qui sait écouter et qui a toujours une 'belle réponse' à un problème, une personne qui veut trouver avec toi une façon de régler*

*un problème ou des comportements. Il y a des mots qui peuvent aider. Souvent les jeunes arrivent à l'Auberge sans moyen, ils ont besoin de les retrouver. »*

*« Les jeunes ont besoin d'un bon milieu de vie. Un endroit où ils trouveront des amis et des gens qui vont les écouter, avec qui ils pourront échanger. »*

*« Les jeunes ont besoin de plus de support pour les aider dans leur cheminement professionnel et tout ce qui se rapporte à leur emploi. »*

*« Ils ont besoin d'acquérir une certaine expérience de vie. »*

### Jeunes 12-17 :

*« Moi c'est la liberté là. [...] »*

*« Faut juste qu'ils soient motivés de changer. Ils se cherchent une identité. »*

*« Juste une place pour réfléchir, pour penser, mais quand même encadré. »*

*« ... de respect surtout. »*

*« Un travail, de l'argent, un auto... »*

*« Plus de motivation. Faudrait que j'me trouve un moyen pour être plus motivé à faire des affaires, et atteindre mes rêves. »*

*« Faut que je continue à avoir mon secondaire 5 et tout. »*

Ils ont donc besoin de se retrouver entre eux pour se comprendre, libres, en utilisant des mots qu'ils comprennent (des mots de leur génération) et qui les touchent. Leurs discours se démarquent aussi des besoins évoqués par les intervenants en mettant l'emphase sur leur vie future. Par exemple, ils ont besoin d'argent, de trouver un travail et de réussir leurs études pour réaliser leurs rêves. Pour finir, lorsque nous les questionnions sur leurs projets et ce dont ils ont besoin pour les réaliser, ils évoquaient majoritairement le fait de terminer leurs études ; cela s'applique pour les deux tranches d'âges et peu importe le sexe.

\*\*\*

Ce chapitre propose plusieurs constats. Tout d'abord nous avons vu que les jeunes rencontrés vivent des difficultés dans la plupart des sphères de leur vie : familial, scolaire, « endo-jeune ». Nous comprenons que leur environnement proche est souvent un lieu d'échecs qui ont pour conséquences de révéler des troubles de type TDA/H. Nous avons vu aussi qu'ils ne sont pas l'origine de la demande de services et que leurs besoins propres sont souvent mis au banc pour privilégier les besoins formulés par les parents ou les intervenants (lesquels sont parfois en fait leurs propres besoins). Il appert également que leur mode de vie marqué par l'instabilité les fragilise. Pour finir, ce chapitre présente l'idée que pour que l'intervention réussisse, le jeune doit recevoir du soutien par le biais d'une relation de confiance avec un intervenant significatif. Ce dernier aspect sera développé dans le chapitre suivant, qui portera sur les services offerts aux jeunes et leurs conséquences sur les conditions de vie du jeune et de sa famille.

## **2.2 Rôle des services et des interventions : entre structures et pratiques**

Les jeunes sont exposés à une multitude de services différents, utiles à différents moments, selon les besoins, lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes. À cet égard, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dès qu'il s'agit de comprendre l'origine de la demande de services, la nature des services reçus et les rapports entre les différents acteurs et organisations concernés : notamment le type de problématique, les intervenants référents aux services et la situation socio-économique des parents.

Dans cette partie, nous examinerons dans un premier temps les rapports qu'entretiennent les jeunes et les parents, eu égard aux services utilisés, par le biais de l'accessibilité de ces services et son impact sur les trajectoires d'utilisation. Nous tenterons ensuite de saisir l'opinion des jeunes et des parents, les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour résoudre leurs problèmes, les projets qu'ils formulent, ainsi que les interventions proposées par les Auberges. Cette portion abordera aussi des questions touchant le potentiel d'influence des services en termes de réaffiliation sociale et de pouvoir d'agir, chez les jeunes qui fréquentent les Auberges.

### **2.2.1 Réponses existantes et disponibles selon les besoins des jeunes**

Au fur et à mesure des entrevues réalisées auprès des jeunes, des parents et des intervenants, l'idée que le rythme des interventions proposées par l'offre générale de service<sup>6</sup> n'est pas forcément adapté aux cycles des crises vécues par les jeunes rencontrés, était de plus en plus manifeste. Nous nous interrogerons donc dans cette partie sur la nature de l'offre de service et son rapport aux utilisateurs. Le tableau ci-après reprend deux dimensions centrales qui lient les besoins des jeunes à la réponse que leur apporte l'offre de services. La première est la *situation d'intervention* de l'intervenant ou l'existence d'outils et de ressources disponibles. L'intervenant entre en relation au moment où le jeune, ses parents ou encore un enseignant demandent un

---

<sup>6</sup>Dans cette étude, nous appelons *offre générale de services* ou *offre de services*, la totalité des services accessibles aux jeunes : services du réseau de la santé, services des organismes communautaires et intervenants travaillant dans le secteur privé.

soutien et sont à la recherche d'outils et de ressources pour les aider. La seconde dimension correspond aux *services qui existent* et sont en synchronie/diachronie avec les demandes des jeunes et des parents. Ces deux dimensions s'inscrivent dans un environnement systémique, lequel fournit un ensemble d'opportunités, mais aussi des contraintes.

Mots clés : intervention, fatigue, limites, contraintes, solutions, éléments aidants.

*Existence outils et ressources o/n*

Oui	Non
Ressources spécialisées, services de CLSC et communautaires.	Pas de spécialistes pour ces jeunes ; le protocole limite l'engagement du jeune ; manque de ressources.

*Synchronie de l'intervention en lien aux besoins o/n*

Oui	Non
Du temps en dehors des heures de travail ; coordination entre les intervenants de différents organismes ; amitié qui se prolonge après l'intervention.	Manque de continuité des services ; différents programmes selon les territoires ; peu d'informations disponibles sur les services

Pour débiter cette partie, nous avons choisi de différencier deux notions que formulent les intervenants du réseau à propos du type de rapport qu'entretiennent les jeunes et parents qu'ils rencontrent avec l'offre de services. Ainsi, pour eux, il importe de distinguer (1) l'*utilisation* des services, situation dans laquelle les jeunes ou parents participent et s'engagent dans un processus

sur le long terme (le cas notamment des parents « case managers » et des jeunes mobilisés pour s'en sortir) et (2) la *consommation* des services, situation dans laquelle les jeunes ou parents ont recours aux services puis se retirent rapidement du processus, par manque d'envie, de temps ou de ressources financières. Ces deux notions diffèrent en fonction du degré de *persistance* avec laquelle les jeunes vont utiliser les services. D'après les intervenants, ce degré est mesuré sur la base du nombre de suivis réalisés, de la variété des intervenants rencontrés (travailleurs sociaux, psychologues, et d'autres) et de la durée du suivi. Évidemment, si le jeune et ses parents continuent d'être présents aux rencontres avec les intervenants, leur degré de persistance est plus élevé que ceux qui sont absents dès la deuxième rencontre.

De la même manière, pour les usagers de services, la question de l'engagement de l'intervenant revient souvent dans les discours. Selon eux, ce dernier, s'il veut réussir son intervention, doit apporter une valeur ajoutée à son travail. Étant eux-mêmes impliqués dans la résolution de problèmes, ils attendent des intervenants qu'ils adoptent le même comportement. Pour eux, des cadres horaires et interventionnels trop rigides entravent la réussite du processus. Les jeunes ont besoin que l'intervenant donne de son temps à lui, du temps *significatif* plus que du temps de travail ; on désire en fait du soutien, de l'écoute et de l'accompagnement et non pas des services. Selon les parents, donner un peu plus est ce qui permet d'être significatif pour son enfant. Cela donnera de la valeur à l'intervenant (par la création d'un lien de confiance, comme nous le verrons plus loin) et favorisera la réussite de l'intervention. Alors qu'au contraire, si l'intervenant se borne à « faire ses heures », faire ses tâches sans apporter de valeur ajoutée (de l'attention amicale au jeune et à sa famille, un suivi régulier, notamment), en somme dispenser des services et uniquement des services, l'intervention risquerait de ne pas être efficace pour certains jeunes.

#### Parents :

*« Le travailleur que je vois actuellement, il est capable de m'organiser une soirée de temps en temps. Alors, à un moment donné, moi je m'absente pour le voir, ou avec*

*[ma fille], et lui il va m'accorder une soirée si on a besoin, ou une fin de journée, vers 5-6h00, un peu comme on fait là. »*

*« [P]ar contre pour un jeune qui est en difficulté, le protocole devient un obstacle, parce que c'est sûr que lui, y va le brûler le protocole. »*

Intervenants des ADC (Extrait du groupe de discussion) :

*« La notion de 'temps' est également problématique puisque intervenir auprès de cette clientèle demande du temps et c'est une ressource qui fait parfois défaut. »*

La question de l'engagement de l'intervenant dépend souvent de sa capacité à réaliser toutes ses charges de cas sur une période donnée. Avec les nouvelles politiques de gestion du personnel et l'impératif de « faire plus avec moins » à cause des restrictions budgétaires gouvernementales, toutes les personnes rencontrées dans le cadre du projet témoignent d'une diminution du nombre d'intervenants et donc d'un affaiblissement de la qualité de l'intervention, cela dû à l'augmentation de la charge de cas (nombre de clients pris en charge par le même intervenant). Ce phénomène est décrit par tous les intervenants rencontrés peu importe leur lieu de travail, mais aussi par les jeunes et leurs parents. Par exemple, entre la difficulté à rencontrer un médecin et l'absence de psychologues que ce soit dans le système scolaire ou en CLSC, les listes d'attentes de plusieurs semaines voire de plusieurs mois, les jeunes et leurs parents ressentent de l'abandon de la part du système. Pour eux, en bout de course, ce dernier n'est plus là que pour répondre à des crises occasionnelles et rarement pour résoudre les problématiques vécues sur le long terme. Il est de moins en moins en mesure de le faire puisque l'intervention perd en flexibilité face à une population qui, naturellement, a besoin d'une telle souplesse. Après un certain temps, ils avouent perdre tout espoir d'avoir accès à des suivis, notamment parce qu'il existe un roulement de personnel (première raison de la rupture de suivi ou de service évoquée par les intervenants et parents rencontrés) et en raison de la mobilité des parents ou de la volatilité des jeunes (seconde raison). Tout cela mis ensemble introduit de l'instabilité dans le vécu de l'offre de service.



Parents : « [J]j'trouve qu'y'a beaucoup de problématiques qui pourraient déjà être prises en charge au primaire, parce qu'on manque de ressources au primaire. Les problématiques grandissent, quand ça arrive au secondaire c'est beaucoup plus difficile à gérer. »

Jeunes 18-30 :

« Mais le seul hic que je trouve qui a été négatif c'est le fait de changer d'intervenant. [...] Parce qu'on changeait tout la nouvelle personne. [...] on faisait une rencontre et c'est comme si c'était fini. Déjà. Féque c'est comme si ça servait à rien là. On faisait des efforts dans le vide. »

« J'ai régulièrement été confrontée à cette situation. [...] Ces situations me faisaient 'chier' car à chaque fois, je devais me raconter à la nouvelle personne. C'est dur pour le moral. Je suis obligée d'aborder plusieurs fois des sujets que je préférais éviter. »

Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du résumé du groupe de discussion) :

*Les jeunes ont besoin de stabilité. Malheureusement, le réseau ne répond pas à ce besoin puisque les jeunes sont souvent confrontés à des changements d'intervenants ou des changements dans les services qui leurs sont offerts.*

Mais en dépit de ces embûches, les intervenants ont parfois des réponses et solutions à proposer aux jeunes et à leurs parents. Nous avons vu qu'un intervenant qui s'engage et qui donne plus a des effets positifs sur la qualité de l'intervention ; voyons maintenant comment ils travaillent. Quelles solutions proposent-ils ? Quels leviers utilisent-ils pour atteindre les objectifs fixés ?

Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du résumé du groupe de discussion):

*Pour l'intervenant, il faut travailler à partir des aspects sur lesquels l'intervenant peut avoir une prise (consommation drogue, rêves, ...) et non travailler à partir d'éléments sur lesquels l'intervenant a peu de pouvoir (diagnostic, symptômes). Le travail de suivi sert de filet de sécurité pour éviter ou atténuer les crises. Il s'agit alors de prendre du répit et recevoir des conseils.*

Ajoutons au passage que les intervenants rencontrés affirment moduler leurs approches en fonction du genre. Ainsi, intervenir auprès des garçons sous-entend plus de proactivité que pour les filles, souvent plus loquaces sur leurs problèmes, les garçons sont considérés comme davantage réservés. On note aussi que la nature des problèmes diffère en fonction du sexe.

Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du résumé du groupe de discussion):

*Il faut être plus proactif avec les garçons. Il faut être à l'affût des signes de détresse et adapter notre intervention, laisser place à l'intervention non formelle.*

Intervenants de CLSC (Extrait du résumé du groupe de discussion):

*Il y a des différences dans les problèmes de santé mentale qui touchent les hommes et les femmes et la façon d'intervenir chez les hommes et les femmes est différente. Les jeunes femmes tendent de plus en plus à adopter des comportements qui étaient autrefois plus observés chez les hommes : des comportements d'agressivité et de violence et des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool.*

Il y a une intervention auprès des jeunes, mais il y a aussi une intervention auprès des parents. Dans l'approche environnementale, le jeune et sa famille sont objet de l'intervention. D'après certains intervenants traiter l'un sans traiter l'autre ne donne qu'un résultat temporaire ou même aucun résultat. Cet objet multiple complique l'intervention car les parents sont souvent peu enclins à s'engager dans le processus, pensant que le problème vient du jeune et non pas d'eux.

Jeunes 12-18 :

*« Ben X là, elle sait, pi j'ai dit, depuis que je traîne avec mon frère, que je l'aimais pas, que je voulais pas faire des efforts pour lui. Puis elle m'a dit 'tu as raison, tu es pas obligé d'aimer une personne. C'est toi qui décide'. Je lui dis 'Ouin mais j'habite dans la même maison que lui !' Je peux pas échapper à ça là. »*

Intervenants des Organismes communautaires (Extraits du groupe de discussion) :

*« Actuellement, les services sont concentrés sur le jeune alors qu'il serait pertinent de prendre en considération l'environnement dans lequel il évolue. »*

*« Actuellement, les services sont concentrés sur le jeune alors qu'il serait pertinent de prendre en considération l'environnement dans lequel il évolue. »*

Intervenants de CLSC (Extrait du résumé du groupe de discussion) :

*La cellule familiale aura accès à des services professionnels comme ceux d'un éducateur ou d'un travailleur social dans le but d'améliorer l'organisation des routines à la maison et celle du jeune. Certains parents vont refuser ce service parce qu'ils ne se sentent pas prêts à s'investir autant dans une démarche d'aide.*

Au final, d'après les témoignages, l'intervention n'est envisageable pour les jeunes, parents et intervenants que dans le cas où les parents sont reconnus comme faisant partie du problème... et de la solution. Il ressort également qu'un maillage serré est nécessaire entre des intervenants

présents dans la vie du jeune et des parents faisant l'objet d'une l'intervention. Voyons maintenant ce qu'il en est de l'accessibilité des services et de leur disponibilité selon les périodes difficiles vécues par les jeunes.

### **2.2.2 Accessibilité des services et trajectoires dans le réseau**

Nous avons abordé la question du type d'intervention et des effets qu'il pouvait produire chez les jeunes et leurs parents. Cette nouvelle partie traite de l'idée que les services sont plus ou moins accessibles selon les secteurs et les moments d'intervention. Pour saisir la réalité vécue par les parents et les jeunes lors de leurs contacts avec les intervenants, nous allons nous baser sur les notions d'accessibilité et de trajectoires. Nous présenterons ici la notion d'*accessibilité* par le biais de la *quantité* de services disponibles aux parents/jeunes, selon le milieu et le type d'intervenant. Cette accessibilité peut être comprise à partir de deux dimensions : 1) Intrasectorielle - les ressources, les moyens et le temps plus ou moins disponibles des intervenants ou des secteurs d'intervention d'un même milieu pour agir auprès des jeunes, soit dans le cas où l'intervention multidisciplinaire fonctionne, soit dans le cas où la baisse des moyens et des ressources dans l'offre de service devient un obstacle à la rémission des jeunes ; 2) Intersectorielle – cela concerne la collaboration effective des intervenants de différents secteurs et la coordination des interventions entre les différents milieux de vie, dont les personnes rencontrées témoignent. Il s'agit ici de montrer la variation de l'accessibilité des services, laquelle engendre, à terme, des trajectoires hétérogènes d'utilisation de services. Il importe de noter ici que la variation et les trajectoires qui lui sont liées sont en partie déterminées par la provenance socioéconomique et territoriale (s'ils viennent de milieux différents) des acteurs.

La présente sous-section a donc pour objet d'approfondir la réflexion entamée autour de la question du continuum, et ainsi présenter une partie de la réalité de ces trajectoires d'utilisation des services d'après les témoignages des jeunes et leurs parents.

Mots clés : accessibilité, continuité, services, système de santé, contacts-aide, référent, collaboration.

*Intrasectorielle*

+	-
Si l'organisation a d'autres objectifs (rationalisation) ; pas/peu de suivis des jeunes ; différents modèles d'intervention selon l'intervenant ; pas de référence entre les intervenants ; service disponible mais absence de l'intervenant ; manque de temps ; s'en sortir seul.	Connaissance des services ; coordination en équipe ; plan de services, habitude de référer ; rebondir d'un service à l'autre

*Intersectorielle*

+	-
Coordination entre des secteurs d'intervention (école, CLSC et communautaire) ; transfert d'informations, entente de services.	Manque d'arrimage avec d'autres secteurs, pas de plan d'intervention, des temporalités d'intervention différentes ; l'information qui ne circule pas ; manque de temps pour le suivi.

Lorsqu'ils racontent leur cheminement dans les services, la plupart des personnes rencontrées mentionne qu'au départ il y a un premier référent, c'est-à-dire une personne qui propose aux parents ou aux jeunes d'aller consulter tel ou tel intervenant, selon la problématique vécue. C'est elle qui sera à l'origine de l'intervention. D'après les intervenants rencontrés, le plus souvent ce sont les intervenants scolaires qui revêtent ce rôle de premier répondant (professeurs, éducateurs spécialisés, ...). En effet, les jeunes passent le plus clair de leur temps à l'école, ce seront donc ses intervenants qui sont les plus à même de signaler des problèmes. Lorsqu'un problème se déclare, ces derniers contactent le CLSC ou invitent les parents à contacter leur médecin de famille.

Or, selon les témoignages, c'est là que les problèmes commencent pour les familles. Ces dernières choisissent souvent de passer par un médecin avant d'aller plus loin, qu'il soit médecin de famille ou rencontré dans une clinique sans rendez-vous. Plusieurs intervenants ont clairement exprimé que sous la pression des intervenants scolaires, « diagnostiquant » tout seuls une problématique de santé mentale à leur enfant (TDA/H, troubles oppositionnels et de comportement, dépression, notamment), les parents ressentent une menace de sanctions si ce dernier ne change pas de comportement rapidement. Sous le coup de cette pression, les parents tentent de trouver des solutions rapides.

D'ailleurs eux aussi vivent souvent des difficultés avec leur enfant. En effet, plusieurs témoignages évoquent le fait que cette pression du milieu scolaire sert de révélateur de l'existence d'une problématique chez leur enfant. Vivant avec lui depuis toujours, ils n'ont peut-être pas le recul nécessaire pour constater le caractère problématique du comportement de leur enfant. Pour les parents débutent alors de longues tentatives d'utilisation des services, faites d'essais et d'erreurs, de prises de rendez-vous, ratés ou réussis, d'appels téléphoniques pour en apprendre plus sur les services disponibles, de déplacements lors des congés maladie (ou des jours de congé) pris pour accompagner leur enfant, de listes d'attentes de plusieurs semaines ou mois, de rencontres inutiles, de changements d'intervenants, pour parfois finir par trouver le bon intervenant répondant correctement aux besoins du jeune. Cette période peut ne durer que quelques jours comme elle peut durer plusieurs années, selon la capacité financière ou encore la stabilité géographique des parents.

#### Médecins :

*« Et c'est là que commence la danse des différents... bon, on réfère au médecin de famille, qui lui va référer aux services sociaux, qui eux 'ha le problème est bien complexe, on va faire référer à la pédopsychiatrie', et s'il survient des troubles de comportements, on va essayer d'intégrer ou de l'intervention de la DPJ pour les*

*troubles de conduites, troubles d'oppositions, affrontement dans le milieu, et le problème va en croissant, et là on a tout un réseau qui est éparpillé, [...] la pédopsychiatrie dit faudrait intervenir au niveau de la famille, la famille n'est pas disponible en intervention et est déçue, elle retourne, et y'a un cercle vicieux qui s'installe. »*

*« En fait, c'est sûr que moi je vois ça comme deux, deux trajectoires, ben pas deux trajectoires, mais deux éléments différents causal. Le premier c'est sûr si l'enfant a eu beaucoup de changements, des déménagements, des changements d'écoles, les parents qui sont en familles reconstituées, qui redéménagent sur un autre territoire, déjà là au départ, y'a beaucoup de changements d'écoles, beaucoup d'intervenants et y'a pas un suivi nécessairement qui va se faire d'une école à l'autre, ce qui fait que, effectivement y'ont beaucoup d'intervenants, c'est très fragmenté, et pour eux c'est difficile d'investir quand peu de temps après, l'année suivant ils peuvent être repartis ailleurs. Y'a aussi la catégorie de jeunes qui ont pas changement de territoire, mais que dans la structure... soit qu'il y a un changement au niveau des intervenants, par exemple dans un établissement comme ici, y'a eu des périodes où un jeune a eu quatre intervenants sociaux, et ce qui est difficile c'est quand un lien se crée très très fort avec un intervenant, pis que là ils changent une deuxième fois, bon, souvent on arrive à recréer le lien, mais quand on est rendu à 3 pis 4 fois. [...] L'autre chose aussi c'est que des fois y'a des changements, les orientations au niveau des services, c'est-à-dire que un jeune avait le droit à un service, tant de rencontres, pis après ça le service se termine là. C'est sûr qu'on peut toujours le redemander, mais y'a un délai qui s'écoule pis dans le délai il peut avoir un autre intervenant. »*

Cette réalité se manifeste différemment selon les régions. Mais le phénomène de multiplication des trajectoires d'utilisation des services est commun à tous les territoires concernés par l'étude. Plusieurs intervenants et parents témoignent du fait qu'il n'existe toujours pas de trajectoires claires quand il s'agit d'intervenir auprès d'un jeune vivant des troubles (de comportements, d'opposition ou encore un TDA/H, de santé mentale, etc.). Les parents se promènent donc de

services en services, parfois pendant de longues périodes, sans pour autant connaître tous les services disponibles, ni les plus adéquats. À ce propos, d'après la plupart des personnes rencontrées, l'information sur les services se transmet mal entre les programmes ou les organismes. Ainsi, ils peuvent travailler des mois sans savoir que tel ou tel organisme propose tel ou tel type d'intervention qui faciliterait leur travail. Par exemple, ce médecin de clinique qui renvoie les jeunes aux pédiatres du CLSC proche de sa clinique dès qu'il sent qu'il n'est plus en mesure de pouvoir répondre. Il avoue par la même occasion ne pas connaître les ressources disponibles autour de lui, et d'ailleurs qu'aucun de ses collègues ne les connaît.

#### Médecins :

*« Je vous dirais qu'il y a trop de trajectoires. Pis si en plus le jeune va en pédopsychiatrie, ou va à l'Escale, ou va dans d'autres endroits comme ça, ben là y'a comme d'autres intervenants qui sont là avec d'autres psychologues, alors un jeune peut avoir parcouru différents milieux pis ça fait en sorte que y'a eu peut-être 4-5 psychologues en bout de ligne, mais chacun a pas nécessairement complété son travail parce qu'il a été référé à une autre trajectoire. »*

*« Pis d'avoir plus de ressources disponibles facilement 24 heures sur 24, qui fasse plus de publicités, qui viennent nous les porter parce qu'on est les premiers agents qui, pis on sait pas des fois qu'est-ce qui est offert ! J'aimerais ça moi en savoir plus, pis j'ai essayé d'en chercher dans mon milieu, j'ai posé plein de questions aux médecins quand chu arrivée dans cette clinique-là, pis j'ai pas eu les réponses, donc je me suis dit que, bon, à part les CLSC, que c'est facile référer, toutes les autres ressources là, je les connais pas beaucoup, je savais même pas que ça existait. »*

#### Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du résumé du groupe de discussion) :

*Il est important pour les intervenants de rester à jour : participer aux formations organisées par d'autres ressources, à des colloques, et en discutant et en étant*



*attentifs à l'information que rapportent les usagers. Pour certains intervenants, il existe une carence informationnelle à propos des ressources voisines.*

Les territoires proposent des services différents, donnés sur des périodes différentes (âge de début et fin de service, nombre de rencontres avec un intervenant, ...), prolongeant ainsi les trajectoires d'utilisation des services de manière artificielle. En effet, les jeunes relatent des trajectoires étonnamment longues. Dès l'âge de 12 ans, ils ont souvent des antécédents remontant à plusieurs années, faits d'attentes, d'intervenants de passage, de suivis écourtés, de déménagements, des périodes pendant lesquelles ils ont rencontré un grand nombre d'intervenants. Tous ceux qui ont une longue histoire d'utilisation des services témoignent de sa complexité et avouent que parfois ils ont préféré se débrouiller tous seuls que d'emprunter les trajectoires mal définies, selon eux.

La difficulté de bénéficier d'une intervention à long terme peut aussi provenir des « vides » créés artificiellement par l'organisation des services des CLSC. Prenons l'exemple du passage entre les deux tranches d'âge qui nous intéressent (12-17 et 18-30). La transition entre la vie de jeune et celle d'adulte reste un problème pour toutes les personnes rencontrées, qu'ils aient un long ou un court passé d'utilisation des services, ou encore qu'ils soient des utilisateurs ou des intervenants. D'un côté, ils évoquent tous un manque de préparation des jeunes au nouveau contexte d'utilisation des services auquel ils devront faire face. Il n'existe pas de transition prévue : réévaluation psychosociale ou psychiatrique qui aboutit souvent à un nouveau diagnostic (par exemple, un diagnostic de trouble du comportement qui se transforme en trouble anxieux au passage à 18 ans), de nouveaux intervenants avec un transfert de dossier (dans les CSLC, les intervenants des secteurs Famille-enfance-jeunesse et Adulte-santé mentale ne sont pas les mêmes et les jeunes doivent quitter ceux qu'ils connaissent pour des nouveaux), un nouveau mode de rapport à la maladie apparaît symbolisé par la maladie mentale (étiquetage santé mentale; prise en charge du jeune pour les 12-17 et responsabilisation/autonomie pour les 18-30). Nous comprenons que ce changement de milieu intègre une culture interventionnelle différente et que les jeunes n'y ont pas été préparés.

De plus, il leur faut recommencer toute la démarche de demande de services. Ils doivent repasser une évaluation et donc reprendre tout le continuum depuis le début, parfois sans vraiment savoir où aller et à qui demander, et cela malgré le guichet d'accès unique, puisque les listes d'attentes existent toujours. Au-delà de l'aspect fonctionnel, alors que le lien de confiance existait entre un jeune et son intervenant, le bris de service contribue selon eux pour une large part à la démobilisation.

Mais la débrouillardise des jeunes et de leurs parents pallie en partie ces écueils. D'après le témoignage d'une bonne part des jeunes adultes rencontrés, leur expérience de l'offre de services leur permet de se déplacer entre les programmes et les territoires d'intervention, pour ainsi éviter de souffrir des vides d'intervention. Au fil du temps, ils intériorisent les logiques, s'informent des différentes règles et exigences nécessaires pour recevoir de l'aide, et sont capables de se diriger seuls en sautant d'un service à un autre selon les territoires. Notons que cette expérience est variable selon les jeunes (âge, sexe, type de problématique, degré d'engagement dans la solution) et ainsi leur capacité à naviguer entre les services peut être faible.

Intervenants des Organismes communautaires (Extraits du groupe de discussion) :

*« Il y a une difficulté dans le passage à l'âge adulte. Pour moi, c'est le manque de préparation des jeunes à cette transition de la part de certains intervenants ou certaines ressources, à un manque de connaissances des ressources susceptibles de venir en aide au jeune. »*

*« Il serait plus judicieux de faire des références personnalisées plutôt que de miser sur la responsabilisation du jeune. [...] Les jeunes sont souvent peu préparés à cette transition alors qu'une attention particulière devrait être portée à cette transition afin de créer un filet de sécurité permettant aux jeunes de traverser ce changement. »*

Intervenants de CLSC (Extrait du groupe de discussion):

À 18 ans, c'est un changement de paradigme qui s'opère pour le jeune. « *L'accueil social des CLSC ne permet pas de faire de suivi court terme en FEJ (adulte oui). En FEJ, la prise en charge du jeune est importante, alors qu'en ASM, on mise davantage sur la responsabilisation et l'autonomie du jeune. Les jeunes se retrouvent souvent dans un vide de service en raison d'un délai d'attente de plusieurs mois (dû à des listes d'attente) pour avoir accès aux services. Pour contourner les difficultés pour les jeunes d'obtenir des services rapidement (en CLSC), les intervenants informent les gens des délais d'attente et les réfèrent vers les organismes communautaires.* »

### **2.2.3 Opinions des jeunes et des parents sur les services**

Une des priorités de notre étude était de mieux saisir le point de vue des jeunes et de leurs parents. Comme nous l'avons dit, tandis que les premiers témoignent souvent du peu de choix que le système leur laisse dans le processus de décision qui les mène à consulter des intervenants, les seconds au contraire racontent comment ils ont pris la décision d'emmener leurs jeunes rencontrer un intervenant. Les parents sont la majeure partie du temps à l'origine de la demande d'intervention, après que les intervenants scolaires les avertis des problèmes qui survenaient durant leur journée à l'école. Pour illustrer l'opinion des jeunes nous voulions, en faisant apparaître les contrastes, présenter les rapports que les utilisateurs entretiennent avec les services.

Cette partie présente les évaluations que font les jeunes et les parents à propos des services qu'ils ont utilisés tout au long de leurs trajectoires. Ces opinions se divisent selon des orientations positives et négatives. Il s'agit ici de montrer que, d'une part, les parents et les jeunes ont des opinions bien précises des services auxquels ils ont eu recours. D'autre part, il s'agit de montrer la nature des opinions à partir de deux pôles : d'un côté, l'inefficacité des services et interventions, de l'autre, l'élément clé qui permet à l'intervention d'atteindre son objectif.

L'analyse de cette portion du matériel doit toutefois être considérée avec prudence, en raison des difficultés de recrutement qui ont marqué la constitution du sous-échantillon des parents. Celui-ci est restreint et représente uniquement ce que nous avons appelé les parents « Case managers », donc impliqués dans le suivi de leur enfant. Il ne reflète pas le point de vue des parents « absents »<sup>7</sup> ou n'aidant pas leurs enfants au moment de l'utilisation des services, ceux-ci n'ayant pas voulu participer au projet.

Mots clés : opinion, ressenti, services (catégories : parents, jeunes).

*Inefficacité*

*L'élément clé de la solution*



<p>Pas de suivi, difficulté à avoir de l'information, difficulté à synchroniser les services avec les situations de crise, liste d'attente, manque de cohérence, de continuité, de ressources, roulement du personnel, horaires CLSC trop courtes, différence culturelle de génération et en termes de rapport usagers/organisation, impermanence des solutions proposées, médecins des cliniques privées isolés.</p>	<p>Scolarité axée sur les capacités d'apprentissage, interventions possibles à toutes heures, déplacement des intervenants, référence automatique aux bonnes ressources, soutien sur les cas graves, intervention conjointe selon un plan d'intervention, suivi évolutif du diagnostic, collaboration des intervenants dans un même service.</p>
---	--

Dans notre guide d'entretien, nous avons abordé la question des éléments les plus et moins aidants dans l'offre de services. Il s'agissait pour nous de déterminer ce qui défavorisait ou favorisait la réussite d'une intervention aux yeux des différents acteurs rencontrés. Nous avons

<sup>7</sup> Nous appelons « parents absents », les parents qui du fait de leur faible disponibilité (famille monoparentale, occupant deux emplois, notamment), n'offrent que difficilement de l'attention aux problèmes de leur enfant, les laissant souvent seuls face à l'intervenant et au suivi. Ces parents ne s'engagent d'ailleurs pas non plus dans le processus de rétablissement car ils estiment que seul leur enfant a des problèmes.

choisi de faire ressortir les arguments des parents et des jeunes, exprimés directement ou par le biais de la parole d'intervenants.

Pour les parents, l'élément le plus difficile à vivre lors de l'utilisation des services est le *recommencement*. Après avoir attendu plusieurs semaines ou mois, selon les services, pour avoir accès à un intervenant ou à un suivi, il peut survenir un événement qui rompt le lien (déménagement, séparation, changement d'école, crise qui démobilitise le jeune, départ de l'intervenant pivot) ; il faut alors recommencer le processus<sup>8</sup>, en parvenant à transférer le dossier dès que le nouvel intervenant sera désigné. De là naît une fatigue des parents, de ne pas réussir à trouver la stabilité qu'ils cherchent, alors que pour eux la stabilité est synonyme de solution.

#### Parents :

*« tsé Pierre est allé voir X à l'Auberge, Maryse est allé voir X à l'école, tsé là X voit encore Alan, ça a fait une espèce de petite équipe, qui est l'fun, mais là ça fait presque 1 an, tsé ça prend 1 an bâtir ça. Moi demain matin, s'ils me disent que Pierre a fini son remplacement de maternité, garde, non, non, je voudrais pas recommencer à zéro avec quelqu'un d'autre [...]. »*

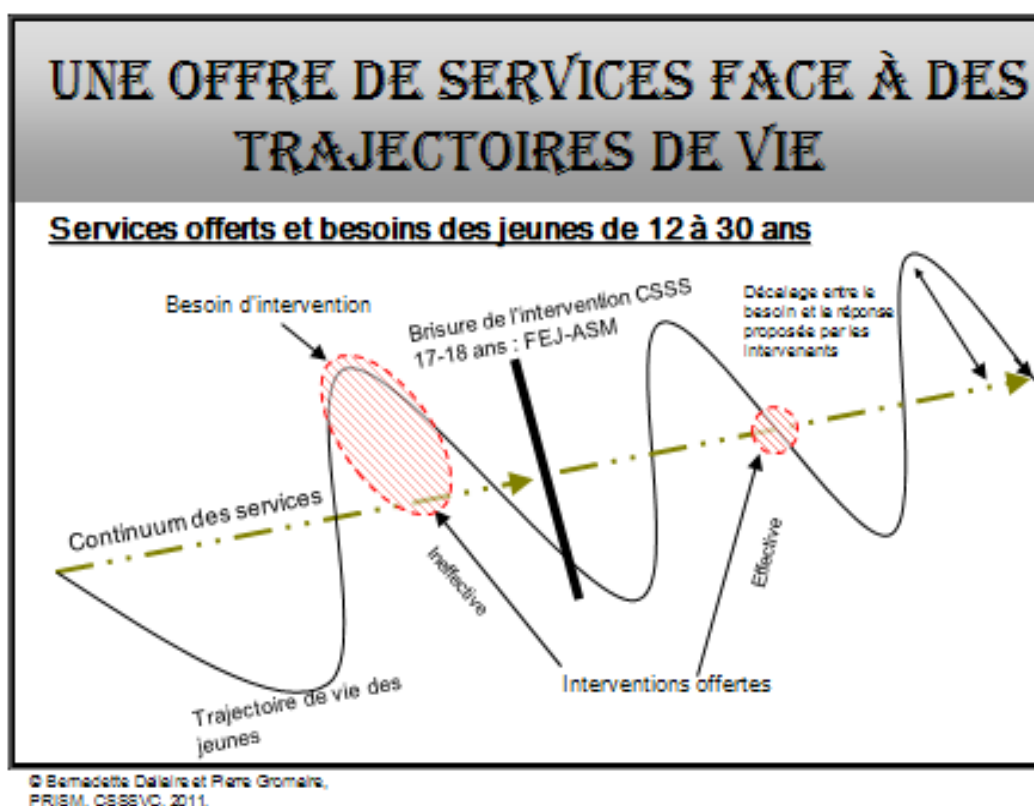
#### Jeunes 12-17 :

*« Mais le seul hic que je trouve qui a été négatif c'est le fait de changer d'intervenant. Ça, ça a été vraiment, un très gros problème. [...] Ben parce qu'on changeait toute la nouvelle personne. La personne était même pas... on faisait une rencontre et c'est comme si c'était fini. Déjà. Féque c'est comme si ça servait à rien là. On faisait des efforts dans le vide. »*

---

<sup>8</sup> Nous l'avons décrit plus haut dans le rapport. Le processus se définit théoriquement par la prise de contact avec des ressources, l'attente du service, l'accès aux services, le changement d'intervenant tout au long du suivi, la transmission du dossier le cas échéant.

Ce phénomène de *recommencement* est à mettre en lien avec des trajectoires de vie en dents de scie, pendant lesquelles la temporalité des services proposés ne correspond pas à celle des crises qui surviennent dans la vie des jeunes, comme l'illustre la figure qui suit :



Cette figure schématise les témoignages qui abordent le décalage qui peut exister entre les services et les besoins des jeunes en matière d'intervention. De tels écarts ont souvent un impact sur la motivation du jeune, qui peut être dépendante de la nature du service reçu au moment de la crise. Nous y voyons un continuum formel de services, autour duquel gravitent les besoins des jeunes lors d'une crise, par exemple. Les témoignages des parents et de certains intervenants mettent face-à-face une nature *linéaire* des services et une nature par définition *cyclique* (donc sinusoïdale, sujette aux pics des crises) des trajectoires de vie. Parfois les services répondent aux maux parce que les jeunes rencontrent le bon intervenant au bon moment, et parfois les services

proposés ne sont pas adéquats par rapport aux besoins. Au-delà du processus, ce que symbolise cette figure c'est la rigidité du système face à des vies/situations complexes qui nécessiteraient de la souplesse opérationnelle, c'est-à-dire une intervention où l'individu est mis au centre. Alors au cas par cas, les parents témoignent qu'en bout de course, après de longs et nombreux essais, ils finissent par rencontrer les intervenants qui donnent de la souplesse dans leurs interventions. Néanmoins, il semble que pour les parents « absents », cette longue course les ait démotivés et qu'ils arrêtent ou laissent leur jeune se débrouiller seul face au continuum. Dès lors, il lui faudra donc s'armer d'une grande persévérance pour s'en sortir.

*Parent : « [L]'espèce d'évolution en dents-de-scie, la motivation est en dents-de-scie aussi, les jeunes sont plus motivés quand ils sont en crise, quand ça va mal, là ils sont plus ouverts, après ça ils ont une période où ça va bien, bon, on veut pas, on manque des rendez-vous, y'a un a justement à ça là qui est pas fait, qui fait en sorte que souvent on va fermer des dossiers, on va arrêter des suivis, faut recommencer, dans ce sens-là j'trouve que c'est pas, y'a un problème à adapter les services aux besoins des jeunes. »*

En parallèle, il ressort que la question du regard porté par l'intervenant a également une grande influence sur le succès de la démarche. Pour plusieurs jeunes rencontrés, et cela se retrouve dans le discours des deux tranches d'âge : être jugé par un intervenant peut engendrer un échec de l'intervention. Ils ne veulent plus participer lorsqu'ils sont l'objet de jugements de valeur. Ils estiment que s'ouvrir et parler de soi ne devrait pas avoir pour conséquence de recevoir des leçons de vie ou des critiques sur leurs comportements, mais plutôt pour conséquence de l'empathie, de l'écoute et de l'aide pour dépasser les maux qu'ils vivent, dépasser les conflits familiaux ou les échecs scolaires, grâce à des outils *ad hoc*, notamment. De plus, les intervenants qui banalisent ces conflits perdent la confiance des jeunes et découragent leur engagement. Selon certains jeunes, ces intervenants ne personnaliseraient pas leurs méthodes d'intervention et appliqueraient la même technique pour tous les jeunes. Pour eux, cela revient à les considérer comme des objets qui n'ont pas de spécificités, par les effets de catégorisation sociale du « jeune

à problèmes » et de banalisation de la souffrance qu'ils vivent. Ils témoignent alors être plongés dans un processus désincarné. Ils ne peuvent pas se sentir considérés ni valorisés alors que justement ils témoignent que ce sont des besoins essentiels pour eux.

*Jeunes 12-30 : « J'ai eu l'impression que dans certaines ressources, les intervenants se 'foutent' de ce que les jeunes peuvent raconter. Pour moi, cette situation vient que les intervenants rencontrent plusieurs situations semblables et qu'ils deviennent parfois 'blasés'. »*

*« J'ai rencontré un vieux psychiatre. Il avait des trucs 'pré-faits' pour chaque situation que lui présentait le jeune. Il basait son intervention à partir d'autres personnes qu'il avait vues antérieurement et qui présentaient des problèmes similaires. Il me lançait des idées pré-faites, j'ai pas apprécié. »*

Pour finir, ils déplorent le fait que la plupart des interventions auxquelles ils ont participé ne leur offrent pas de moyens concrets d'échapper aux conflits familiaux. Nous l'avons dit dans la première partie, les raisons qui les poussent à utiliser les services de première ligne sont principalement les conflits familiaux et l'échec scolaire, dus à leurs comportements dérangeant en classe. Le fait de vivre encore à la maison durant le suivi ralentit le processus de rétablissement car le jeune retrouve les mêmes situations problématiques dès qu'il rentre chez lui. Il doit alors trouver des solutions quotidiennes pour maintenir les effets du suivi et améliorer ses conditions de vie : soit il intègre un hébergement communautaire comme le service des Auberges (décision qu'il a prise lui-même ou parce qu'il est référé par un parent ou un intervenant), soit il trouve des échappatoires pour l'aider à s'en sortir.

*Jeunes 18-30 : « Féqu'il m'aidait pour l'école mais pas pour la maison. Féqu'j'avais toujours plutôt le goût d'aller vi-vite à l'école pour avoir la paix d'la maison. Pi j'voulais pas partir de l'école. Pour le Nouvel Horizon, là j'y allais à pieds pour*



*qu'ça prenne plus de temps. J'partais d'la maison, j'm'étais pogné avec mes parents le matin, pas grave j'avais le temps de décompresser, de m'en aller. »*

Quand nous demandons aux jeunes, toutes tranches d'âge confondues, ce qui fut le plus aidant pour eux dans la manière d'intervenir des différents intervenants, tout au long de l'utilisation des services, quelques valeurs ressortent plus que les autres.

*Quel est l'élément le plus aidant pour vous ?*

- 1) L'écoute/attention ;
- 2) Des outils pour avancer ;
- 3) Empathie/tolérance ;
- 4) Gentillesse ;
- 5) Les médicaments.

À propos des éléments les plus aidants, le fait que l'intervenant soit jeune donne l'impression aux utilisateurs d'être mieux compris. Pour certains, l'expérience de vie des adultes (des plus vieux) est très différente de la leur. Ces adultes n'ont pas grandi dans le même monde qu'eux, ils n'appartiennent pas à la même génération. Au contraire des intervenants des Auberges qui selon eux semblent plus jeunes et donc plus proches.

Du côté des parents, un grand espoir est chevillé à l'aide offerte par les intervenants. Souvent toutefois, on espère trouver des réponses toutes faites, qui fonctionneraient tout de suite, qui résoudraient tous les problèmes. Or, la réalité est différente et les solutions viennent d'une conjugaison de facteurs : engagement parental dans le processus, coordination de l'intervention entre les différents intervenants, disponibilité de ces derniers hors des horaires fixés et restrictives, volontariat des jeunes.

Certains intervenants ont souligné que les parents semblent vouloir qu'ils se substituent à eux et souhaitent une prise en charge complète de leur jeune. Ce serait une manière pour eux de se désengager de leurs responsabilités.

Intervenants communautaires (Extrait du groupe de discussion) : « *Les parents considèrent parfois les services offerts par les intervenants comme un 'garage' où il est possible d'aller porter le jeune pour le faire 'réparer' pour ensuite récupérer lorsque le travail est terminé. Dans des cas extrêmes, on peut même assister à un abandon du jeune par les parents* ».

« *Les parents ont parfois tendance à croire que les intervenants vont tout régler, ce qui peut faire en sorte que certains parents auront de la difficulté à se mobiliser. C'est le parent qui est l'expert de la situation et l'intervenant doit l'aider à se conforter dans ses interventions auprès du jeune.* »

En général, les intervenants avouent avoir peu de contacts avec les parents. Ceux-ci appellent principalement lorsqu'ils se sentent impuissants devant la situation. Ils les contactent quand ils ont tout essayé, qu'ils ne savent plus quoi faire et que la vie avec ces jeunes devient impossible à gérer. D'après certains intervenants, la plupart du temps, les jeunes viennent au CLSC ou voir un médecin accompagnés d'un intervenant scolaire, d'unE amiE ou des parents.

Médecins : « *[C]'est rare que j'ai un parent qui l'amène parce qu'il est inquiet, c'est vraiment l'école, ou ça va être un membre significatif pour un ami. J'ai déjà eu des jeunes que c'était les amis qui disent « Tu vas aller voir le médecin » ou qui vont voir l'infirmière et l'infirmière va dépister ça et va me dire « Regarde j'ai un jeune, j'ai fait le lien pour que tu l'évalues ! », mais parce que j'ai des adolescents c'est probablement différent aussi que ceux qui ont des plus jeunes.* »

Jeunes 12-30 : « *Puis c'est même la travailleuse sociale qui a proposé de faire des tests en pédopsychiatrie. Puis c'est ça, finalement on a fait des tests par la suite. »*

Pour certains intervenants, ce dont les parents ont besoin pour être eux-mêmes aidants est : du soutien, être guidés, être accompagnés et obtenir les références de ressources ou des outils susceptibles de leur venir en aide. Ils ont besoin de gagner davantage d'assurance et de confiance en ce qui concerne leur façon d'intervenir auprès du jeune, se sentir « *l'expert de la situation, qui connaît le mieux le jeune et qui détient les solutions. Ils ont tendance à croire que c'est l'intervenant qui fera le travail à leur place. »*

Malgré les problèmes soulevés, la contribution des intervenants est significative pour les parents. Selon certains intervenants rencontrés (de CLSC et d'organismes communautaires), les parents voient dans l'utilisation des ressources un espace pour prendre une distance, pour avoir du répit, de l'air, des conseils. Ils ont parfois besoin d'aide parce qu'ils se sentent épuisés. C'est un soulagement pour eux de savoir que les intervenants veillent sur leur jeune :

Parents : « *Ben là j'ai dans tête surtout la dernière année qui a été vraiment... très, très agréable. Parce qu'Allan, tsé, Pierre, Maryse, le travailleur, l'éducatrice, ils venaient à l'Auberge, on faisait le point, on se rencontrait, on jasait, X avait, tsé Pierre est allé voir X à l'Auberge, Maryse est allé voir X à l'école, tsé là X voit encore Alan, ça a fait une espèce de petite équipe, qui est l'fun, mais là ça fait presque 1 an, tsé ça prend 1 an bâtir ça.»*

Les parents cherchent la paix et une bonne communication avec leur jeune, des moyens quelquefois « magiques » de résoudre les problèmes, maîtriser les outils et être accompagnés. Certains ont besoin de conseils mais recherchent parfois des solutions rapides et il est important pour l'intervenant de les sensibiliser à l'importance de s'accorder du temps et d'être patients.

#### **2.2.4 Les stratégies et projets des jeunes dans l'intervention**

Cette partie traite des projets que les jeunes ont formulés lors de nos rencontres. Ces projets se situent entre deux pôles. Le premier est celui de la résolution de problèmes, c'est-à-dire une démarche centrée sur « ce qui cloche », l'aspect négatif immédiat. Ce sont des projets qu'ils se sont donnés sous forme d'objectifs à court terme pour sortir de leurs situations problématiques ou de crise. Le second pôle est celui des projets de vie à moyen et long terme, c'est-à-dire l'aspect positif, objet de motivation, de désirs, de reconstruction d'un environnement agréable à vivre fait d'espoir, venant des aspirations qu'ils nourrissent.

Mots clés : projet, besoins, élément de réussite, stratégie, technique.

##### *Résolutions de problèmes sur le court terme*

Sortir des habitudes de mensonges, être capables de déceler les « patterns » des parents, autocritique, adopter des attitudes face aux requêtes des parents, intervenants qui écoutent les jeunes, valoriser leurs capacités, ententes familiales, une prise en main individuelle sans aide : autonomisation, les parents arrivent préparés et informés dans les ressources, intervenant pivot tout le long de l'intervention, conscience de l'impermanence des solutions, stratégies improvisées pour rejoindre pour obtenir des services.

##### *Aspirations sur le moyen et le long terme*

Selon l'âge, les aspirations sont plus ou moins réalistes. Pour les + jeunes : + de liberté et d'autonomie, finir ses études, maison/appartement, blonde/chum/famille, un travail, bonnes notes à l'école, s'accomplir dans un projet d'aide humanitaire, retrouver une petite amie perdue, construire un refuge pour animaux, ne sait pas.

Sur le plan de la résolution de problèmes sur le court terme, les jeunes étaient en mesure de nous donner leurs techniques pour échapper aux problèmes quotidiens. Elles se ressemblent souvent. Quand ils vivent une situation difficile, ils la fuient, soit en évitant les personnes ou les périodes

où ils la vivent (absence scolaire et du domicile familial, consommation drogue ou alcool), soit en se confrontant.

Jeunes 12-30: « *L'accumulation. Toujours m'engueuler, pi moi j'rouspétais pas. J'répondais aux questions que ma mère me posait, pi quand que je trouvais que c'était pas correc', j'le disais. Ben sinon j'accumulais... Quand j'étais écœuré, j'me la fermais. »*

« *J'vais ailleurs, j'vais souper ailleurs. Je passe plus de temps avec mes ami(e)s qu'avec mes parents. »*

« *Quand je suis tombé à l'adolescence, ça s'est pas amélioré non plus. J'ai commencé à consommer beaucoup de drogues, à ne plus être chez nous. »*

« *Ma mère elle pogne les nerfs. A m'met dehors. J'ai pas vraiment envie de revenir après parce que j'ai pas de place où aller à long terme. »*

« *Pour le Nouvel Horizon, là j'y allais à pieds pour qu'ça prenne plus de temps. J'partais d'la maison, j'm'étais pogné avec mes parents le matin, pas grave j'avais le temps de décompresser, de m'en aller. »*

Ici nous voyons que les solutions trouvées par ces jeunes fonctionnent sur le court terme et les mènent souvent vers des crises plus graves parce que ces problématiques ne sont pas résolues. Les témoignages fournis par les autres catégories d'informateurs abondent dans ce sens. D'après nos rencontres et le discours des intervenants, ils ne seraient pas en mesure de s'en sortir seuls. Nous comprenons donc que les solutions ou techniques utilisées pour sortir des crises de façon efficace, à court terme, proviennent du travail des intervenants avec les jeunes, de manière conjointe.

Groupe de discussion AdeC (extrait de résumé du groupe de discussion) : « Afin de contourner les difficultés pour obtenir certains services, les intervenants vont parfois aider le jeune et sa famille à bien identifier les éléments pouvant accélérer ou faciliter l'accès à des services spécialisés. »

Médecins : « Alors, dans un premier temps une explication, et deuxième temps, qu'est-ce qui peut être fait par des soignants ? »

« [L]a travailleuse sociale c'est son truc à elle. Elle fait rire ses clients. Ils vont pleurer et ils vont rire après, on rit. »

« [O]n les juge pas non plus, jamais, on met toujours ça clair, y'a pas de jugement. [D]es fois faut poser des questions, pis 'si je te pose des questions c'est pour comprendre, parce que moi je veux t'aider, si je veux t'aider faut que je sache ce qui se passe', faut expliquer comme il faut, beaucoup, beaucoup, beaucoup. »

Personnel scolaire : « j'ai conclu que ces enfants-là ont besoin d'attachement, ils ont besoin de... d'être d'avoir une personne avec qui ils ont une vision, et ils savent qu'ils sont bien. »

Mais au-delà des solutions trouvées par chacun des intervenants afin d'améliorer les conditions de vie des jeunes, ces derniers expriment aussi une volonté forte de s'en sortir et retrouver de la stabilité. Nous les avons donc interrogés sur les projets qu'ils nourrissent quand l'accalmie sera de retour. De leurs discours ressort une forte volonté de normalité et d'aide à Autrui.

Jeunes 12-17 : « Tu vas me trouver bizarre. En Afrique. En tous cas dans un pays plus pauvre que le nôtre. [Pour] aider. A'mettons dans un organisme. Je partirais et j'irais aider le monde. Tsé a'mettons tu vas aider et tu vois leur sourire à la fin. Tsé c'est comme un merci. Mais moi ça... â me touche là. Puis j'aimerais ça faire ça. »

*« Ben j'espère avoir fait mon DEP. Je l'souhaite. Avoir commencé au moins. Tsé j'espère avoir mon appartement, pi ma p'tite vie là. [...] Plus stable, plus autonome. [...] Ça me prend de la liberté dans ma vie. »*

*« Quelque chose de paisible. Tu fais tes affaires tranquilles, puis tu as des enfants à élever, une belle job. L'argent. Tu as pas de problèmes financiers, ça c'est plate. [...] Au moins avoir une belle job pour continuer là-dedans là... »*

*« Des bonnes notes à l'école pour avoir la job. Pis après ça tout' se déroule. »*

Une maison, unE conjointE, des enfants, un travail, une voiture, travailler dans des organismes humanitaires, sont autant de facteurs qui, pour eux, sont synonymes de retour au calme et de réussite sociale. Ces facteurs montrent leur besoin de normaliser leurs conditions de vie et ainsi de se sentir faire partie de la société. En cela, leur projet intérieur s'inscrit dans un désir de réaffiliation sociale.

### **2.2.5 Intervention des Auberges du cœur**

L'intervention des Auberges se situe dans deux continuums, l'un inscrit dans l'Offre de service et l'autre dans la vie du jeune. Les deux se retrouvent dans les discours des jeunes rencontrés lorsque nous les interrogeons sur leur vécu des services. Ces deux continuums composent les rapports que les jeunes rencontrés entretiennent avec l'administration des soins et des soutiens en général. D'après ces derniers, la vie dans les auberges revêt un sens particulier. Comme nous l'avons indiqué précédemment, des parents qui ne peuvent plus s'occuper de leur enfant et avec qui la communication est impossible prennent la décision d'envoyer leur enfant dans une Auberge. Ces dernières sont donc des lieux de dernier espoir avant le placement en Centre jeunesse ou dans une famille d'accueil (s'ils n'y sont pas déjà passés). D'après le témoignage d'intervenants, les Auberges peuvent être aussi bien un lieu d'apaisement de courte durée qu'une solution de dernière chance.

Dans la séquence de l'utilisation des services par les jeunes, l'intervention des Auberges comprend trois moments. Le premier est l'arrivée, c'est-à-dire lorsque les jeunes sont hébergés lors d'une période de crise familiale et qu'ils doivent faire un effort d'intégration au sein de la ressource. Le deuxième est celui du vécu du séjour, pendant lequel ils sont suivis intensivement et accompagnés, et où ils cohabitent avec d'autres jeunes. Le troisième moment est celui du départ, des raisons de leur départ et ce qu'ils retirent de leur séjour. Il s'agit de montrer que l'intervention des Auberges est campée dans un suivi intensif qui fonctionne grâce à la « captivité »<sup>9</sup> du jeune.

Mots clés : auberge, intervention, service, contacts-aide.

*Arrivée dans l'auberge*

*Vécu du séjour*

*Départ de l'auberge*



<p>Visite des lieux, arrivés en pleurant, directement depuis l'école, rencontre de connaissances déjà sur les lieux, préjugés envers les nouveaux venus, bon contact avec un intervenant, une première entrevue avant l'intégration, grande bouffée d'espoir, fouille, fête avant d'intégrer la ressource.</p>	<p>Content, l'enfer, tombé dans l'oubli pour ses amiEs, écoute et attention, intervenants gentils, conseils, font parler les jeunes, préoccupation du bien-être des parents avant celui des jeunes, contraste avec la maison, rencontres parentales, pause, valider les ressentis des jeunes, valorisation des habiletés, attitudes positives, surcharges positives, le temps passe vite, liberté de partir. Avoir un toit sur la tête.</p>	<p>Le goût de devenir intervenant, mis dehors, tombé dans l'oubli, retour fréquent à l'auberge, fragilisé à l'idée de partir</p>
--	---	--

<sup>9</sup> Nous faisons référence dans les parties précédentes à la volatilité du jeune, c'est-à-dire au fait qu'il est difficile pour un intervenant de tenir une relation continue et suivie dans le temps, puisque le jeune a ses propres activités à l'extérieur, n'est pas l'origine de la demande de service, déménagement de territoire, fugue, et d'autres raisons. L'intérêt des Auberges est donc aussi de garder le jeune « captif » afin d'agir sur lui en tout temps.



Tous les témoignages des jeunes montrent que leur vécu de l'arrivée est à chaque fois différent. Dépendamment du contexte, de la façon avec laquelle ils seront accueillis, elle peut être synonyme de souffrances ou au contraire de liberté. Par exemple, ils peuvent plutôt se souvenir de la visite des lieux ou encore des jeunes qu'ils y rencontrent, d'un intervenant singulier, de l'espoir renaissant d'en finir avec le malaise, de la bouffée d'air frais ou au contraire de la tristesse qu'ils ont de quitter le foyer familial et de se retrouver dans un milieu habité par des jeunes qui vivent les mêmes problèmes qu'eux.

*Jeunes 12-30 : « Bah ils m'ont montré la maison là. La cuisine, puis le salon, puis tout' là. Puis après on est allés remplir les papiers dans le garage parce que ça me dérangeait pas de v'nir là. Parce que ça avait l'air hot pareil là. Puis c'est ça là... je suis venu le lendemain matin, le dimanche. [...] J'ai rencontré vendredi mon directeur là, c'est là j'ai appelé l'auberge, samedi-dimanche j'me suis défoncé la gueule comme du monde, avec mes amiEs (il rit). Puis lundi à 10h, je suis rentré à l'auberge. »*

*« Quand chui arrivé, c'tait en après-midi là, genre vers trois heures. En arrivant, j'ai vu K. qui fumait dehors. Mais K. je la connaissais d'avant. »*

*« [I]ls m'ont fouillé. Pis j'ai fait ma chambre pis j'ai dormi. »*

*« Mon arrivée à [l'auberge], quand je suis arrivée, c'est... l'enfer un autre milieu. »*

*« J'tu arrivée un jour en braillant, j'tais tannée. C'est comme si la boule en d'dans d'moi avait comme éclaté. J'tais vraiment tannée. Je voulais plus vivre chez moi. L'ambiance, regarde, c'était invivable. »*

Les jeunes témoignent de ce que leur apportent les intervenants des Auberges. Pour eux, ces derniers sont plus proches d'eux, car plus jeunes. Ils sont plus disponibles car ils n'ont pas besoin de prendre rendez-vous pour discuter. Cette proximité et disponibilité quotidiennes les rassurent

lorsqu'ils vivent du stress, des doutes ou de l'anxiété. Ils témoignent aussi de leur plus grande aptitude à s'exprimer, à s'ouvrir, contrairement à ce qu'ils vivraient s'ils étaient dehors. De plus, les intervenants donnent des conseils concrets. Ils « lâchent des petits moyens en douce » pour aider à passer une « phase ». Nous comprenons que la différence principale de l'intervention des Auberges se trouve dans la continuité du contact « proche », au quotidien, avec les jeunes hébergés. Cette proximité inhérente à l'Auberge permet un suivi constant, le développement d'un lien de confiance et une dédramatisation immédiate en cas de crise.

Jeunes de 12-30 : « *Pi elles sont toutes supers gentilles, faque quand j'ai besoin de parler tout le monde t'écoute là. [...].* »

« *Les intervenants sont disponibles. [...] On n'a pas besoin de prendre rendez-vous quand on a quelque chose à dire. »*

« *Moi je fais plus confiance aux intervenants de l'Auberge. Il a plus de facilité à me dire ce qui ne va pas. Je sais qu'ils vont m'écouter et tenter de trouver des moyens pour m'aider et qu'ils vont garder les confidences reçues. »*

« *Avec certaines rencontres familiales qu'on a ici, ben ça commence à déboucher un peu là. Ça commence vraiment à prendre forme. On commence à faire des compromis chacun de notre côté, pi... »*

Mais ce rapprochement a aussi des aspects négatifs. Par exemple, trop d'attention peut les mener vers un renforcement *trop positif*, qui fait se heurter les manques et souffrances intérieurs, et l'aide et l'attention extérieures. Certains peuvent se sentir déstabilisés par autant d'écoute. Ensuite, un autre rapprochement qui a un effet négatif est celui de l'intervenant qui veut que le jeune et ses parents renouent un contact. Cette situation sous-entend faire la part des choses dans les responsabilités des deux quant aux problèmes vécus. Parfois, certains jeunes réagissent mal quand l'intervenant met l'accent sur le comportement des parents : il se peut qu'ils se sentent oubliés.

Jeunes de 12-30 : « *je me faisais souvent dire : tu es capable, tu es quelqu'un de bon, tu es ici. Vraiment positif, puis m'a ça m'en faisait trop. Tu te fais dire pendant 1 an et demi que tu es un incapable [note : par son père], et après ça te fait dire : tu es bon, tu es beau, tu es ci, tu es ça. Ça m'a fait une surcharge d'émotions positives on peut dire. »*

« *Au début ça m'aidait mais aujourd'hui ils reviennent toujours à la même affaire. 'Essaye de revenir avec ta mère, essaye de revenir avec ta mère', c'est tout le temps ça qu'ils me disent. Et moi je veux pas revenir avec ma mère ! »*

« *Ça a été utile pour la vie ici. Mais quand j'avais sorti de là, j'avais en dire des niaiseries. On a plus parlé des affaires que ma mère faisait de mal que de moi. Ils m'ont dit de moins répliquer. »*

De leur côté les jeunes développent parfois l'envie de rendre ce qu'ils ont reçu. Ils choisissent de maintenir des liens avec les intervenants qu'ils ont rencontrés, lorsque l'hébergement est fini. Par exemple, il arrive même qu'ils se transforment en témoins et racontent aux nouveaux résidents des Auberges ce que leur ont apporté les intervenants lors de leur séjour.

Jeunes 18-30 : « *Depuis que j'ai eu mes 18, des fois je vais faire des tours là-bas, puis j'parle avec eux-autres et vu que je suis un ancien résident de d'là et que je suis majeur, faqu'ils peuvent plus s'ouvrir avec moi puis tout'. Puis à la place d'être un travailleur social-jeune, ben c'est [l'intervenant] et [moi] amis. »*

« *Pi ça m'a même déjà donné le goût d'être bénévole dans une Auberge du cœur, pour les jeunes, genre, pour leur expliquer genre c'est quoi la vraie vie, c'est quoi une vie de trippeux, c'est quoi la vraie vie. »*

Parents : « *Yé TELLEMENT fin. X est allée le voir 2 fois depuis qu'elle a quitté, elle l'a appelé, il y avait dit 'viens me voir quand tu veux'... faque c'est ça, avec Allan elle avait beaucoup d'écoute. »*

Intervenants des ADC (Extrait du groupe de discussion) : « *Les services de l'Auberge sont perçus comme complémentaires aux services offerts dans le réseau et offrent une alternative couvrant plusieurs besoins du jeune. »*

« *[...] Les jeunes qui sont à l'auberge sont pas mal tous dans le même pétrin. Se parler entre nous ça aide. On est tous un peu intervenants. »*

Les liens noués et continus avec les intervenants sont considérés par les jeunes, les parents et certains intervenants comme des conditions de réussites. Cela montre que la solution se trouve dans la relation avec un intervenant significatif et ce, sur le long terme. Au final, c'est sur ce plan que le phénomène de réaffiliation sociale se manifeste et trouve son essor.

## **2.2.6 Le rôle des liens de confiance dans la réaffiliation sociale, le pouvoir d'agir et l'espoir**

La question du rétablissement des jeunes est au centre de notre étude. Tout au long des entrevues revenait l'importance des liens de confiance que nouaient les jeunes avec les intervenants qu'ils rencontrent dans leur trajectoire de services. Dans cette partie, nous nous interrogerons sur l'impact de l'entourage des jeunes au moment où ils construisent ou entretiennent des liens et de la confiance avec les intervenants, et comment ces derniers s'en servent pour obtenir des résultats.

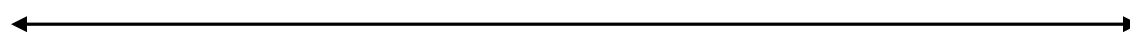
Le rétablissement et la dyade lien/confiance se situent sur un continuum situé entre deux pôles. Le premier est l'objectif de rétablissement selon un modèle d'intervention spécifique. Le second est l'utilisation de la confiance que les jeunes portent à leur entourage et du lien entretenu avec lui, pour atteindre une situation apaisée et pérenne. Il s'agit ici de montrer que l'objectif de

l'entourage de résoudre les situations de crise que vivent les jeunes dépend du degré de la stabilité de l'intervention dans le temps, ainsi que de l'importance du lien intervenant-jeune dans ce processus.

Mots clés : rétablissement, solution, intervention, lien, confiance.

*Objectif de rétablissement*

*Confiance et lien dans l'intervention*



<p>Tempérer ses sautes d'humeur par la discussion, travailler sur la concentration, gérer mon intérieur, travailler sur le visuel, vit sans méthode, créer un code comportemental, plan de match, respect de la bulle, créer une routine, tricoter, prendre ses propres décisions, climat agréable pour discuter de choses émotives, jeunes qui interviennent, maintien de la relation avec l'adulte, au centre de l'intervention.</p>	<p>Amour, écoute, ne juge pas, gentils, cercle d'attention autour du jeune, climat agréable, lien parent-enfant, liens amicaux, attachement.</p>
--	--

De manière unanime, les personnes se mobilisant autour des jeunes mettent de l'avant l'importance de garder le contact avec ceux-ci sur le long terme. Nous l'avons vu, la venue en Auberge a d'abord pour raison l'impossibilité de s'entendre entre un jeune et sa famille (parents ou fratrie). La plupart du temps, ces jeunes cherchent dans l'intervention de l'Auberge une oreille attentive à leur situation. S'ils ne la trouvent pas, ils se démobilisent. S'ils la trouvent, ils s'investissent. Nous comprenons donc à quel point construire une confiance et axer son intervention sur la confiance est incontournable. Certaines personnes parlent d'attachement, d'autres de besoins du jeune auxquels il faut répondre.

Intervenants de la communauté (Extrait du groupe de discussion) :

« [C]'est l'attachement aussi, pour se livrer, ça demande que le jeune soit, ait une réciprocité avec la personne, avec qui il va se confier. »

« [L]e souci d'avoir le client au centre de nos interventions. Donc... c'est la plus belle chose je pense qui peut avoir tendance une offre de services, c'est que vraiment on est centrés que sur le client, pis on va placer, autour de lui ce qu'il a besoin. »

Médecins :

« Le lien qu'on va créer. Si j'ai pas de lien avec le jeune je pourrais pas l'aider. C'est le lien que je vais créer avec le jeune, je travaille toujours là-dessus en premier. »

Intervenants de CLSC (Extrait du groupe de discussion) :

« La motivation du client est très importante. Selon l'intervenante, 65% de la réussite d'une intervention va au client, 25% à la relation et 10% à l'approche. Le travailleur social doit démontrer de bonnes capacités du point de vue du savoir-être, par exemple, se montrer accueillant. La concertation avec les collègues (rencontre clinique) est aussi un facteur qui peut permettre d'envisager des solutions différentes. »

Prenons l'exemple de cette mère qui raconte comment elle s'y prend avec sa fille pour renouer le lien perdu, du fait, notamment, de la problématique en santé mentale (TDA) et du trouble d'apprentissage (dysphasie) qu'elle vit.

« Beaucoup de frictions, parce qu'X avec moi, c'est une espèce de, tsé on dit que l'amour est pas loin de la haine, elle m'aime, elle m'adore, mais on dirait que je respire à côté d'elle et je la dérange, c'est toujours, vraiment nous autres c'est en dents de scie. Elle se colle comme un bébé, ou si elle pouvait me pousser en bas du

*ponc elle le ferait, elle passe d'un extrême à l'autre, elle gère pas tellement ces émotions. [...] Comme là, X a une éducatrice spécialisée, qui vient la voir à toutes les semaines ou 2 semaines, des gens de toute sorte d'affaires, des choses aussi simples, on s'est rendu compte qu'X faut travailler le visuel avec elle, juste faire sa chambre, elle, quand elle est devant, elle sait pas quoi faire, elle a pas de méthodes, faque elle, elle apprend pis elle la mets comme une petite fille, mais moi comme parent j'y arrive pas, pis c'est pas juste un manque de temps, c'est que le lien yé plus là, faut qu'il vienne un peu de l'extérieur, faut que quelqu'un y dise de l'extérieur « t'es bonne, t'as réussi, viens je vais faire un horaire avec toi, viens on va déterminer dans quel ordre on procède », des choses comme ça, faque là j'ai ce lien-là, maintenant [...] »*

Pour cette mère, la réaction face à la perte du lien se traduit par la volonté qu'une nouvelle présence régulière. Différents intervenants se succèdent auprès de sa fille pour l'encadrer et lui montrer comment agir. Dans ce cas précis, une éducatrice et un travailleur social se relaient pour la faire travailler sur ses difficultés, et ces derniers ne comptent pas leurs heures, car selon la mère, si elle devait prendre rendez-vous pour régler des problèmes, l'intervention ne marcherait pas. Son aveu d'impuissance montre aussi une capacité de cette mère à déléguer une partie de l'éducation de sa fille, pour pouvoir *être là quand ça compte*, pour valoriser sa fille, pour qu'elles puissent se comprendre entre elles. Ainsi ce sera plus facile pour cette mère de renouer des liens. Une délégation qui peut être difficile à accepter car elle est aussi un constat d'échec de son travail de mère.

Pour les parents, souvent, le besoin principal est de renouer le contact, notamment en apaisant la relation avec leurs enfants. Ces derniers, de leur côté, ont besoin de stabilité dans une vie qui semble être fragmentée. Ils ont besoin d'une stabilité familiale, amicale, territoriale et interventionnelle. Cette stabilité des relations sera porteuse de réussite dans l'intégration sociale, mais aussi porteuse d'espoir dans la résolution des problèmes.

Jeunes 12-17 :

*« Mais sinon ici ça m'aide. Ici t'as l'impression d'être plus stable. »*

Intervenants des AdeC (Extrait du groupe de discussion) :

*« En raison de leurs contacts réguliers et fréquents avec divers intervenants qui leur fournissent des services, ces derniers représentent les personnes les plus présentes et stables de leur réseau. »*

Jeunes 18-30 :

*« Il y a des jeunes qui sautent d'une place à l'autre. Les jeunes ont besoin d'un encadrement stable, Que ce soit une ou deux personnes qui le suivent tout au long de son cheminement plutôt que de rencontrer 5 ou 6 intervenants et de tout recommencer à chaque fois, de répéter les mêmes choses et d'avoir l'impression de tout recommencer à '0'. »*

Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du groupe de discussion) :

*« Les ressources qui sont les plus aidantes ont une certaine stabilité. [...] J'ai été suivi par le même psychiatre pendant plusieurs années, c'est lui qui m'a référé à la travailleuse sociale, qui elle, m'a référé à une infirmière. »*

\*\*\*

Ce chapitre s'est centré sur les services et les interventions, les perceptions/opinions sur ces derniers, les stratégies et projets des utilisateurs et les techniques utilisées par les intervenants pour aider les jeunes à sortir des problématiques qu'ils vivent. Nous avons pu aussi dégager certaines pistes permettant de comprendre comment l'intervention sociale et de santé agit sur les jeunes, en particulier celle qui émane des Auberges du cœur. L'analyse de ce volet de nos



résultats a permis de faire émerger un thème transversal : l'importance de la continuité des interventions, que les participants ont abordée principalement par l'évocation de son contraire, à savoir l'instabilité. Une instabilité vécue dans les recommencements et ruptures provoqués *à la fois* par les facteurs inhérents à l'offre de services (roulement de personnel, temps d'attente, passages d'un programme à l'autre, etc.) et par l'instabilité des jeunes et des familles eux-mêmes.

Certains éléments abordés ont aussi couvert, de manière indirecte, la question de l'intervention médicale et de la place qu'elle prend dans le continuum de services. La section suivante se centrera davantage sur cette dimension et ses implications.

### **2.3 La médicalisation des réponses apportées**

L'un des objectifs de cette étude était d'explorer le rôle des approches médicales, incluant la médication psychotrope, dans les interventions s'adressant aux jeunes qui fréquentent les Auberges du cœur. L'inclusion de cet objectif particulier était motivée notamment par des préoccupations exprimées par nos partenaires du réseau québécois des Auberges. Ainsi, dès la phase de conception du projet, ceux-ci ont attiré notre attention sur des témoignages d'intervenants des Auberges, lesquels rapportaient une augmentation régulière du nombre de jeunes utilisant des médicaments psychotropes parmi leur clientèle. Cette augmentation était reflétée dans des compilations internes : tel que mentionné dans la section « Problématique » du présent rapport, des données fournies par le Regroupement des Auberges du cœur du Québec (RACQ) indiquaient que dans certaines régions du Québec (Lanaudière, notamment), les intervenants de différents organismes offrant des services aux jeunes évaluaient que jusqu'à 50 à 60% des jeunes fréquentant leurs services étaient diagnostiqués et médicamenteux (RACQ, 2006).

Alors que certaines statistiques gouvernementales (voir les données du Conseil du médicament du Québec, 2011) suggèrent que l'augmentation de l'utilisation des psychotropes chez les jeunes en général constitue un phénomène modeste comparée à la prescription de telles molécules chez les 65 ans et plus, les statistiques concernant les jeunes en difficulté suivis dans le réseau formel de protection de la jeunesse donnent un tout autre portrait. Rappelons qu'en 2007, le Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse révélait que près d'un jeune sur deux avait un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier et que près de deux jeunes sur cinq utilisaient un ou des médicaments psychotropes. Sur cette base, on peut présumer que la clientèle du réseau communautaire des Auberges – des jeunes présentant des profils qui, sans leur être identiques, se rapprochent néanmoins de la population prise en charge par le système institutionnel – connaît elle aussi une augmentation des diagnostics et des prescriptions associés à des problèmes de santé mentale.

Dans ce chapitre, nous chercherons à mieux comprendre le point de vue des différents acteurs sur ce que vivent les jeunes fréquentant les Auberges dans les processus d'évaluation diagnostique et de prescription/utilisation de médicaments psychotropes.

### **2.3.1 L'évaluation et le diagnostic**

Dans cette partie nous aborderons donc la question de l'évaluation psychologique et du diagnostic médical. Nous les aborderons par le biais du continuum interventionnel, depuis le vécu du diagnostic et les croyances qui les entourent, comme trajectoire qui mène les jeunes vers une médication. Ce qui nous intéresse c'est d'éclairer les conditions dans lesquelles un diagnostic est posé alors que le jeune vit des problématiques psychosociales (conflits, familiaux, échec scolaires, et d'autres aussi).

Le continuum est défini en fonction de deux pôles. Le premier pôle porte sur la pratique évaluative/diagnostique elle-même, c'est-à-dire la complexité observée/réelle de la construction de l'évaluation et du diagnostic. Le second pôle concerne la place de l'évaluation psychologique scolaire ou privée et du diagnostic médical dans les schèmes interprétatifs des acteurs, lesquels les considèrent de fait comme des référents normatifs dès il s'agit de comprendre les problématiques du jeune. Il s'agit ici de montrer à la fois la construction de la croyance dans le diagnostic et la construction complexe du diagnostic lui-même, établi par le médecin, en parallèle aux expériences de vie des jeunes.

Pour commencer, posons-nous les questions suivantes : *comment le concept de médicalisation se manifeste-t-il dans l'intervention auprès des jeunes ? Comment les jeunes vivent-ils la médicalisation de leurs problématiques ?*

Mots clés : diagnostic, évaluation, problématique, trajectoires, médication.

*Pratique évaluative/diagnostique*

*Schèmes interprétatifs*



<p>Que reste-t-il que le diagnostic ne mesure pas ?, effets de la médication, diagnostic qui fait sens qui met en lien comportements et causes, cerner le problème, essais et erreurs à partir d'une hypothèse, nature adolescente, évaluation/diagnostic sans direction</p>	<p>On pense, ma mère pense, On dirait qu'il essayait de me persuader, un diagnostic et pas juste une appellation, une étiquette, faire coller la réalité à un diagnostic, sentiment de culpabilité des parents, parents qui espèrent que le problème est physique par peur de l'étiquetage en maladie mentale, la pensée magique du scientisme médiatique, du rapport consommatoire à la réalité, ridiculisé quand les doses augmentent et que le jeune doit prendre à l'école.</p>
--	---

À la lecture de ce tableau, en réponse à nos questions à partir des données recueillies lors des entretiens, il apparaît que c'est la présence d'un diagnostic qui légitime (« officialise ») la problématique de santé mentale. Souvent, les intervenants rencontrés témoignent de l'importance du diagnostic médical dans l'accès aux services. Pour pouvoir consulter une psychologue ou une travailleuse sociale dans le cas d'un suivi de longue durée, le jeune doit avoir rencontré un médecin. Celui-ci recommandera la marche à suivre lorsqu'il aura établi son diagnostic, et proposera une intervention psychosociale (psychologue ou éducateur spécialisé, par exemple) ou médicale (pédiatre ou pédopsychiatre) selon la gravité de la situation.

Nous comprenons toutefois que la nécessité d'un diagnostic pour obtenir des services a une conséquence importante sur le vécu des services du jeune et de ses parents : l'identification du

jeune comme étant malade ou « jeune à problèmes », laquelle entraîne trop souvent une stigmatisation. Cette étiquette peut aussi être apposée sur les parents : « parents ayant un jeune à problèmes ». Dans ces cas-là, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les parents estiment souvent que les problèmes viennent de leur jeune et pas d'eux-mêmes ; il s'agit-là peut-être une manière pour eux de ne pas subir cette stigmatisation. Nous décelons aussi une manifestation de cette stigmatisation chez des jeunes rencontrés de la tranche 12-17 ans : la seule information qu'ils retiennent de leur rencontre avec un médecin n'est ni le type d'intervenant qu'ils rencontrent (omnipraticien, pédiatre, pédopsychiatre), ni la place que prend désormais la maladie dans leur vie, mais plutôt le nom de la maladie elle-même. Ils savent par exemple qu'ils sont TDA/H, dyslexiques ou oppositionnels. Finalement, ce qui les touche c'est ce qui les définit. Par un effet autoréférentiel, ils se représentent comme des malades à partir du moment où le médecin ou les parents leur ont dit qu'ils l'étaient. Avant cela, ils vivent juste des souffrances. Pour ce qui est des jeunes rencontrés de la tranche 18-30, par contre, on remarque une très bonne connaissance des intervenants rencontrés ainsi que des diagnostics et maladies qu'ils vivaient et vivent aujourd'hui. Ils prennent aussi de la distance par rapport à leur maladie et sont capables de juger ce qui est maladie comme ce qui ne l'est pas. Avec le temps, ils ont développé une connaissance des services et des diagnostics médicaux, de telle manière que certains se sentent autonomes et capables de gérer les problèmes qu'ils vivent par eux-mêmes.

Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du groupe de discussion) :

*« L'accès à certains services requiert l'établissement d'un diagnostic, ce qui contribue à stigmatiser les personnes et lorsque la personne décide d'entreprendre des démarches en ce sens, c'est l'accès au médecin qui devient difficile. »*

Intervenants des CLSC (Extraits du groupe de discussion) :

*« Il arrive que le milieu scolaire (les professeurs) exerce des pressions ou suggère aux parents de consulter le service du guichet unique en santé mentale en CLSC afin de procéder à une évaluation du jeune pour déterminer si sa situation requiert ou non la prescription d'une médication. »*

*« Les médecins, contrairement aux autres intervenants, ne sont pas pressés d'établir un diagnostic parce qu'ils savent que celui-ci contribue à stigmatiser la personne. En retardant le diagnostic, le médecin voit là un moyen d'intervenir, un potentiel pour agir de façon préventive et pour trouver d'autres alternatives aux problèmes rencontrés. C'est habituellement le médecin de famille qui procède à l'évaluation d'un jeune. »*

Intervenants des AdeC (Extraits du groupe de discussion) :

*« La réinsertion sociale du jeune est également difficile lorsque celui-ci présente un diagnostic sur le plan de la santé mentale. C'est une étiquette qui nuit au jeune dans sa recherche d'emploi. »*

*« La médication est une étiquette pour le jeune. Pour les parents elle est un remède miracle. »*

Jeunes 12-17 :

*« On dirait qu'il essayait de me persuader que quelque chose allait pas bien dans ma vie parce que mon père était pas présent. Mais moi j'y croyais vraiment pas là. »*

*« Ben chai po. C'était pas un médecin d'hôpital ou dans les cliniques là. Puis ben... C'est un médecin genre pour les jeunes. Puis qui a des problèmes familiaux. [C'est un psychologue] et aussi un médecin parce qu'il avait les écouteurs comme ça pour écouter le cœur... boom boom boom. »*

*« Ben y'avait un monsieur sérieux... »*

*« Je suis allé voir quelqu'un, un spécialiste. »*

*« [U]n médecin, Puis l'infirmière aussi. »*

Le diagnostic est donc le point de départ de l'intervention et aussi le moment où se fige une représentation sociale du jeune malade ou « à problèmes », dans les yeux du jeune, ceux de ses parents et au regard de la communauté. Il est important à ce stade de montrer comment un

diagnostic est posé et comment un jeune devient un patient, comment ses problèmes de conflits familiaux ou d'échec scolaires se transforment en maladie, inscrits dans un processus médical.

Pour les médecins que nous avons rencontrés, poser un diagnostic est un processus complexe qu'il ne faut pas prendre à la légère. La plupart sont conscients des effets néfastes que cela peut avoir sur la famille (notamment la stigmatisation). Au moment de l'évaluation diagnostique, tous témoignent du réflexe qu'ils ont de ne pas se contenter de la nomenclature du DSM-IV<sup>10</sup> et des questionnaires qu'ils utilisent<sup>11</sup>. Pour eux, le diagnostic passe nécessairement par l'analyse médicale du comportement du jeune et par l'analyse psychosociale réalisée par d'autres intervenants (travailleur social, éducateur spécialisé, psychologue). Il s'agit pour les médecins d'obtenir d'autres points de vue sur la situation afin d'avoir le plus d'informations possible sur le jeune, avant de diagnostiquer et le cas échéant prescrire une médication.

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, obtenir ces informations est souvent difficile pour les médecins. Les intervenants ne sont pas disponibles avant des semaines ou des mois et les résultats ne se transmettent pas automatiquement d'un intervenant à un autre, de telle manière que parfois, n'ayant pas une connaissance assez pointue du paysage environnant des services disponibles, un médecin peut se contenter de référer à un pédiatre ou un pédopsychiatre. Mais là encore, d'après les témoignages, ce type de référence peut être synonyme de liste d'attente, cette situation s'aggravant si la famille provient d'une autre région ou d'un autre territoire de CSSS.

En bout de course, dans la pratique, obtenir un diagnostic exhaustif est compliqué et, de l'aveu des médecins, presque impossible de par la nature même des conditions de vie du jeune. Face à l'empressement des parents que leur jeune change, face à la pression du milieu scolaire, le médecin doit faire un choix : diagnostiquer et prescrire ou référer ? Le problème est que bien

---

<sup>10</sup> C'est le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, révisé environ tous les 7 ans par l'*American Psychiatric Association*. Ce manuel contient la nomenclature de toutes les maladies mentales répertoriées dans les pays occidentaux et plus particulièrement en Amérique du nord.

<sup>11</sup> Ces questionnaires sont soit tirés de la littérature scientifique, soit fabriqués par les médecins eux-mêmes, ce qu'ils appellent les « questionnaires maisons ».

souvent, le médecin est l'intervenant de dernier recours. Dans les trajectoires observées chez les jeunes rencontrés, les parents ont souvent déjà essayé d'autres solutions, de nature psychosociale, afin d'améliorer les conditions de vie au quotidien. Cependant, aucune n'ayant fonctionné, ils se tournent vers la solution médicale. Il faut donc comprendre que les jeunes rencontrés dans le cadre d'entrevues et qui avaient une prescription de psychotropes, sont ceux dont les problématiques sont anciennes et diagnostiquées depuis longtemps (et un diagnostic rarement réévalué, pour les raisons que nous venons d'évoquer notamment).

### Médecins :

*« Ben pour utiliser, en tout cas je le sais pas pour les autres endroits, moi j'utilise le DSM-4 quand même pour me guider, mais y'a toujours des questionnaires qui sont faits, parce que l'idée c'est d'être sûr que l'enfant a réellement un TDA ou un TDAH, alors y'a un questionnaire qui va être remis aux parents, si le jeune est en âge d'en remplir il va en faire un, le professeur également, si y'a un doute, j'ai eu une jeune y'a 2 ans, la cotation sur les, de je pourrais vous dire d'expérience, je trouvais que ça cotait à peu près un tiers, et j'étais pas convaincu que c'était ça le principal problème, elle était vue en psychologie, la psychologue avait la même conclusion que moi, et la beauté c'est quand on fait faire les questionnaires, on peut quand même avoir une cotation et c'est des questionnaires qui sont quand même rigoureux et très... »*

« Interviewer : Vous leur faite passer un test j'imagine?

*Interviewé : Ben j'ai des, vraiment beaucoup de tests maisons que je donne aux parents et à l'enfant.[...] s'il est vu par le pédiatre, moi si je marque « Précisez diagnostic, trouble de déficit de l'attention », ils vont, s'ils ont jugé qu'il l'avait ben... ils vont lui prescrire la médication, après ça je peux faire le suivi mais c'est eux qui vont l'avoir prescrit d'emblée.*

*« Des fois, je sais pas si, je pense pas que c'est une contrainte, des fois c'est la complexité des cas. C'est tellement complexe, que faire un diagnostic c'est pas*



*évident. C'est complexe, et puis l'autre aussi, moi en adolescence, c'est, les jeunes sont en train de changer, donc parce qu'ils sont en train de changer, ça complexifie le cas, parce qu'ils évoluent là-dedans. L'adolescence, 13-14-15-16 ans, ça change vite, et puis y'a aussi, ce qu'on appelle la crise d'adolescence, qui est pas supposée être une crise, mais faire la différence finalement, est-ce que ça c'est normal pour un adolescent ou ça l'est pas, pour certains parents. Y'as des parents qui sont plus tolérants, y'en a d'autres qui le sont moins, ça rend les choses un petit peu plus, complexes, et contraignants, mais sinon, peut-être aussi ils vont venir, ça fait tellement longtemps que je fais ça...*

*C'est pas évident, hein, troubles de comportements, TDAH, anxiété, début de problèmes psychotiques, dépression, il faut avoir le diagnostic, et des fois ils viennent nous voir et ils disent « écoute, faites-y les prises de sang, il doit surement avoir une maladie », ils espèrent que ça soit physique, et non pas, parce que c'est encore tabou les maladies mentales, ils espèrent vraiment qu'il y ait quelque chose de physique, dépendant de ce qui s'est passé, c'est sur que s'ils sont en plein divorce, pis que les parents chicanent, y'en a qui ont fait le lien, y'en a qui ont pas fait le lien, y'en a qui pense que c'est ailleurs ce qui se passe, ça dépend. »*

*« [Ç]a aide énormément. Puis j'insiste beaucoup, des fois je les retourne, s'ils ont pas été vu en orthopédagogie, pour essayer de préciser un peu, parce que, chu bien consciente que oui, le TDAH c'est plus facile à donner comme diagnostic, si on remplit nos critères, 6 sur 9 critères, mais... ça peut tellement être autres choses.<sup>12</sup> »*

---

<sup>12</sup> Suite de l'entrevue pour illustrer la difficulté de diagnostiquer un TDAH, par exemple, ou une maladie mentale en général : « chu aller à Magog à un colloque toute une journée, c'est l'enfant qui dérange, pis on avait pas le droit de parler de TDAH, c'était tous des enfants qui dérangeaient, qui avaient tous des tests, si on prend le plus simple là, le DAH, de l'hôpital l'Hôtel-Dieu Sacré-Cœur en tout cas juste les, les 8 questions d'hyperactivité, euh les 9, d'agitation, ils cotaient tous positif là-dedans, y'en a aucun que c'était des TDAH, c'était soit des troubles d'attachement, c'était soit des troubles d'apprentissage, c'était soit bon, des problèmes familiaux, environnementaux, des fois des maladies plus rares, mais c'était interdit de parler de TDAH, c'était pour montrer comment, oui, on pense que ça peut être un TDAH, mais c'est autre chose, pis chu déjà allé à des conférences à Sainte-Justine pis ça me marque à chaque fois comment, mais même ils nous disent, c'est des pédopsychiatres qui font les diagnostics de TDAH qu'ils prescrivent, mais au bout de la ligne, quand on voit qu'on est rendu avec 3-4 médications pis qu'on a aucun contrôle, sont hospitalisés, ils arrêtent toute médication, là l'enfant est évalué en profondeur, social aussi puis bon, on s'aperçoit, oups, c'est juste un trouble d'attachement, faut le sortir de son

Au final, malgré les enquêtes, le médecin seul dans son cabinet a souvent peu de temps pour faire face, d'une part, aux demandes parentale et scolaire, et d'autre part, pour améliorer les conditions de vie du jeune en agissant sur son environnement. Nous comprenons d'après les témoignages des médecins que le diagnostic devient un enjeu dépendant du temps alloué pour l'établir. En effet, selon la quantité d'informations acquise et la pression parentale et scolaire, il doit trouver une solution dans un temps restreint, quelques jours ou semaines tout au plus. Si en plus ce médecin officie dans une clinique, que ces séances durent entre 15 et 30 minutes, il ne pourra pas accorder beaucoup de temps au suivi du jeune.

#### Médecins :

*« [L]e diagnostic est souvent TDAH en premier, euh, parce que c'est plus facile à cibler, mais moi je dirais bon la commodité avec les troubles anxieux est tellement importante*

*pis bon ben, pis quitte à l'enlever la médication, si on a un suivi, la difficulté c'est, bon y'a des enfants encore que oui, le médecin va prescrire le Ritalin pour un, il l'a vu un peu, y'a eu juste 2 petits questionnaires, il va prescrire la médication pour un an. »*

*« [U]ne dépression majeure j'peux facilement en une rencontre d'une demi-heure savoir si la personne est en dépression majeure ou pas. »*

*« J'ai dit pour le tantôt, on parlait juste du TDAH. Là j'ai dit que ça prenait quand même une évaluation plus exhaustive pour le diagnostic, mais là on parle des troubles de santé mentaux qui incluent une dépression, un trouble anxieux, etc. Mais oui y'en a que je peux diagnostiquer rapidement. Pis qui nécessite une prise en charge médicamenteuse, des fois oui, des fois non. »*

---

*milieu, placer l'enfant, qu'on a pu de besoin de médication, pis le diagnostic saute. Quand on sait ça, à chaque fois que je pose un diagnostic, je me dis, qu'est-ce qui a en arrière de ça, qu'est-ce qui pourrait y avoir d'autre ? »*

Lors de nos entrevues, nous avons voulu savoir si les jeunes connaissaient les diagnostics que les médecins leur avaient posé et ce qu'ils en pensaient. Les plus jeunes (moins de 17 ans) ne connaissent pas le type de médecin qu'ils rencontrent, ne comprennent pas les tests qu'ils passent non plus que le diagnostic donné par le médecin. Ils confondent aussi l'opinion de leurs parents avec les résultats médicaux. Pour conclure, nous observons qu'ils manquent d'information sur leurs conditions ou peut-être que n'étant souvent pas l'origine de la demande, ils ne prêtent pas attention à ce que leur disent les adultes.

Jeunes 12-17 :

*« Mais pour l'instant c'est comme de la dépression... enfin c'est c'qu'on pense... »*

*« Oui récemment. Pasqu'on a vu des signes qui feraient en sorte que je serais en dépression. »*

*« Parce que ma mère elle pense que j'ai un problème d'opposition. »*

*« [O]n lui a expliqué les faits. Avec il en a déduit que j'aurais besoin de Concerta. Puis j'avais déjà passé des tests, puis je sais pas comment ils checkent avec leurs affaires, leurs bébels là. Puis j'ai passé des tests pour hyperactivité, mais tsé j'en fais pas pantoute. Avec ça, ils ont déduit tout plein de choses. »*

*« Puis après ils restaient avec ma mère tout seul, et il disait à qu'est-ce que ça voulait dire. »*

Les médecins témoignent souvent des attentes des parents. Avec ce que nous savons des jeunes, ils distribuent différemment les résultats des analyses selon qu'ils parlent aux jeunes ou aux parents. Le jeune, lui, entend le nom de la maladie et se définira comme malade, du TDA/H, par exemple, tandis que les parents de leur côté veulent comprendre et veulent se sentir compris dans les difficultés qu'ils vivent, avoir une validation médicale de

leurs souffrances. Nous pouvons dès lors revenir sur un point précédent. Nous disions dans le deuxième chapitre que les jeunes n'étaient souvent pas à l'origine de la demande d'intervention et que, de ce fait, les intervenants répondaient donc naturellement peut-être plus aux besoins des parents qu'à celles du jeune. Ce phénomène est visible aussi ici.

### Médecins :

*« [I]ls attendent un diagnostic, pas juste au sens d'une étiquette, d'une appellation, mais un diagnostic qui fait sens, donc qui vient en quelque sorte expliquer le problème, que ce soit les symptômes pour qu'on fasse un lien entre les comportements, les symptômes, les tensions, la souffrance qui est là, et que ça fasse sens par rapport à ce qu'on va expliquer comme cause. »*

*« On a quand même des émissions comme Découverte ou Les années lumières qui nous font miroiter une nouvelle compréhension du cerveau et des neurones et tout ça. Donc tout ça, ça finit par créer chez le public, chez les patients un peu des attentes magiques, par exemple que la dépression c'est chimique, c'est fondamentalement chimique, et que l'antidépresseur va en quelque sorte réparer nos neurones, recharger nos batteries. »*

*« [Q]uand on diagnostic ça c'est pas au sans rendez-vous comme je dis, c'est beau pour les dépressions, les anxietés, mais, des TDAH c'est souvent en bureau avec son médecin, faque c'est sûr que notre première intervention c'est pour valider ou non ce que le prof, ce que l'orthopédagogue, ce que le parent a dit, oui, mais je pense qu'après ça on est utile pour le suivi aussi, pis pour diriger, faque non, je me sens pas comme ça, toute façon ça fait partie de mon travail de valider des informations extérieures. »*

Ce médecin témoigne du fait que le diagnostic est une donnée temporaire et qu'il est sujet à changer tout au long de la vie du jeune, surtout lorsqu'il est suivi par un intervenant de manière régulière. Il se peut aussi que certains diagnostics, posés hâtivement par un premier médecin,

doivent être révisés par le prochain praticien rencontré. Enfin, ces changements peuvent prendre leur source dans l'organisation même des services, en particulier du côté des CLSC : tel qu'évoqué précédemment, il arrive que le passage de l'adolescence (services Enfance-jeunesse-famille) à la majorité (services Santé mentale-Adultes) signifie une nouvelle évaluation, un nouveau diagnostic et donc une nouvelle étiquette. Du côté des parents rencontrés, la difficulté est justement de voir évoluer la maladie de leur jeune, ne sachant parfois pas pourquoi ni comment il se fait que son nom change, que le diagnostic change et que, finalement, la situation se transforme au gré des diagnostics.

#### Médecins :

*« [D]onc on dépose les choses en quelque sorte dans un rapport de façon très statique, et même s'il y a transmission de ces documents-là, ça donne pas toujours une vision dynamique de quels sont les enjeux, les problématiques et tout ça. »*

#### Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du groupe de discussion) :

*« Parfois il y a des diagnostics hâtifs. Certains se voient attribuer un diagnostic de bipolarité qui, à l'âge adulte, se transformera en problème de personnalité limite. »*

#### Intervenants de la communauté (Extrait du groupe de discussion) :

*« Là, à quelque part, il est très sommaire, problème de déficit d'attention, oui, mais moi je le sais très bien que le déficit d'attention, je vais avoir quoi derrière ? »*

#### Parents :

*« [J]e me suis dit qu'à un moment donné, avec la médication, pis un peu d'éducation autour tout irait bien. Alors que c'est pas ça que ça fait, parce que là ma fille, on sort un trouble de comportement, on sort un trouble d'opposition, maintenant on sort un trouble de conduite, ben là ça va être quoi la prochaine là ? »*

Nous comprenons au final que le diagnostic est une donnée changeante, difficile à établir de manière catégorique, et dont la nature impose un suivi de longue durée avec des intervenants stables et des rencontres régulières.

### **2.3.2 La prescription : médicaments et alternatives**

D'après les témoignages recueillis, un diagnostic donne souvent lieu à une prescription de psychotrope. À partir de là, le jeune prendra ses pilules pour, théoriquement, aller mieux. Il se peut qu'il vive des inconforts du fait des effets secondaires indésirables, mais la médication peut aussi lui permettre de réussir dans ses projets, notamment à l'école. Nous voulons montrer ici les variations du rapport avantages/désavantages (« coûts/bénéfices », en quelque sorte) eu égard aux médicaments : leurs effets positifs comme leurs effets négatifs.

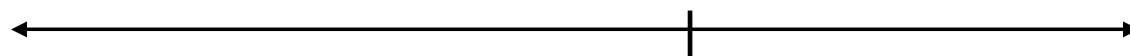
Le concept de prescription se définit chez les personnes rencontrées à partir de trois logiques d'utilisation : (1) le médicament comme solution unique aux problématiques vécues par le jeune; (2) l'accompagnement des médicaments par des alternatives psychosociales ou des activités extrascolaires; (3) l'opportunité offerte par des médecins de ne pas prescrire de médicaments et de proposer des alternatives psychosociales ou des activités extrascolaires. Il s'agit ici de montrer le contraste existant dans la pratique médicale lorsqu'il s'agit de procéder à une prescription médicamenteuse.

Mots clés : médication, alternative, solution, activité.

*Médicaments comme solution*

*Médicaments et alternatives*

*Alternatives*



Symptômes ciblés, médicament fait effet, solution quand la crise est là ou que les parents veulent une solution rapide, imposés par les intervenants aux parents, lorsqu'une maladie mentale est diagnostiquée en sus du trouble neurologique, plâtrer sur un bobo, baisse de la dose.	Autotraitement après prescription, un mélange des deux, pour ne pas les laisser seuls face aux médicaments, psychologue, sports, prise quand le besoin se fait sentir.	Travailleuse sociale, psychologue, intervention psychosociale,
--	--	--

Une prescription peut améliorer les conditions de vie d'une famille et en même temps valoriser un jeune vivant des problèmes d'estime de soi. Par exemple, le fait qu'une pilule puisse l'aider à se concentrer tandis qu'il vit des problèmes d'attention change la dynamique familiale, via la performance scolaire : la médication, en favorisant un meilleur fonctionnement à l'école (et en diminuant la fatigue des intervenants scolaires), augmente la réussite et ainsi apaise les craintes parentales d'un échec.

Mais il faut noter qu'il est rare qu'une prescription soit initiée sans que le médecin fasse intervenir un travailleur social ou un éducateur spécialisé. Il est recommandé qu'une approche globale commence dès le départ de la prise de psychotrope, afin de travailler sur les problématiques de santé mentale diagnostiquées en même temps que sur les problèmes psychosociaux vécus dans la famille. Quand ces derniers datent de plusieurs mois ou années, il est aussi important de profiter de l'accalmie produite par la prise de médication pour, selon les intervenants, que la famille et les jeunes réapprennent un *vivre ensemble*.

Médecins :

*« Pis il trouvait ça fantastique à l'école, il pouvait écouter, lui il avait une demande. Il dit 'écoute, je pense que j'ai un problème, c'est comme que je trouve l'école intéressante' ».*

*« Quand on leur envoie voir la travailleuse sociale, et la psychologue, pis la psychologue et la travailleuse sociale travaillent avec eux autres, y'en a qui tombent de haut, en disant 'ho, ok', je dis oui, c'est ça. »*

Intervenants de la communauté (Extrait du groupe de discussion) :

*« Mais tsé y faut réapprendre à ces enfants-là, mais c'est-tu à partir d'une médication qu'on va réapprendre à ces enfants-là? »*

Intervenants des AdeC (Extraits du groupe de discussion) :

*« Lorsque la médication est bien adaptée à la situation du jeune, on remarque souvent une amélioration sur les plans scolaires, de l'estime de soi et des relations avec les autres. »*

*« La demande pour l'introduction d'une médication provient souvent du milieu scolaire [...]. Le message envoyé au jeune est que la semaine il doit être concentré ».*

Mais parfois l'approche globale n'est pas l'angle choisi par le médecin, celui-ci ne proposant donc pas d'intervention pendant la prise de médication et laissant le jeune et les parents seuls avec une médication. Certains jeunes en témoignent : à la suite de leur premier diagnostic, rarement les médecins leur proposent autre chose que des médicaments comme solution. Mais cette réalité peut avoir trois explications : 1) les médecins ne présentent pas forcément toutes les



solutions aux jeunes lors des entrevues, réservant ces informations pour les parents ; 2) les jeunes n'ont pas souvenir de ce qu'a pu dire le médecin, une hypothèse possible vu que les jeunes de la tranche 12-17 ans rapportent peu d'informations sur les circonstances et les détails de leur suivi médical (par ex., ils se souviennent peu de quel type de médecin ils ont rencontré) ; 3) les médecins qu'ont rencontré ces jeunes n'ont effectivement pas proposé d'autres solutions que les médicaments psychotropes.

#### Jeunes 12-17 :

« Interviewer : Est-ce qu'il t'a proposé d'autres aides que ce médicament ? »

*Interviewé : Le médecin, non. Mais je suis sûr qu'il l'a dit à ma mère. »*

« Interviewer : Est-ce que tes médecins t'ont proposé de rencontrer d'autres ressources ? »

*Interviewé : Ben quand ils ont vu que je prenais plus mes pilules, ils ont dit 'bon, on va voir un intervenant... On va te donner une solution. Dis à tes parents que tu veux faire au moins une heure de sport par jour pour évacuer ce que j'avais.' »*

« Interviewer : Est-ce que les médecins, au moment de la prescription, t'ont proposé des alternatives ? »

*Interviewé : Rarement. Heureusement j'ai lu, et heureusement je suis sportive. »*

#### Intervenants des AdeC (Extraits du groupe de discussion) :

« *La médication agit sur les symptômes du problème mais n'agit pas à la source de celui-ci. »*

« *Il faut aussi offrir un suivi au jeune pour s'assurer que la médication est bien adaptée à sa situation et à son évolution. Elle peut atténuer des symptômes et stabiliser la situation du jeune. »*

Souvent les intervenants avouent que dans le meilleur des mondes, une médication psychotrope nécessite un suivi serré et régulier afin de pouvoir ajuster ou modifier les doses ou le type de molécule si la situation change. Or, les témoignages des intervenants des auberges ou des parents rencontrés montrent au contraire une forme d'abandon interventionnel, c'est-à-dire que face à une intervention fragmentée (délais, listes d'attente, changement d'intervenant pivot) ou un arrêt du suivi, les jeunes et leurs parents se retrouvent « seuls avec les pilules », alors qu'ils n'ont possiblement pas les connaissances requises pour bien gérer la médication. Cette réalité a pour conséquence de laisser le jeune avec sa prescription sans pour autant que son état soit régulièrement évalué, sans savoir si la médication a encore de l'effet sur sa maladie, si ces effets ne sont pas contreproductifs, si les doses sont encore efficaces face à une maladie qui, elle, continue d'évoluer, ou si le jeune n'aurait pas besoin d'un autre type de médication psychotrope. À ceci il faut ajouter le risque d'un usage inapproprié ou abusif (pharmacodépendance, consommation récréative, revente, etc.).

#### Jeunes 18-30 :

*« Le psychiatre me trouvait trop hyperactif alors il m'a administré une médication. C'est parce qu'il était avec des personnes plus vieilles et moins énergiques que moi que je paraissais aussi hyperactif. Après, aucun suivi m'a été offert après l'établissement du diagnostic et la prescription d'un médicament. »*

#### Intervenants des AdeC (Extraits du groupe de discussion) :

*« [...] l'augmentation des doses de médication est privilégiée plutôt que l'utilisation de moyens palliatifs ou complémentaires à la médication [...]. »*

*« La médication est dans certains cas mal adaptée à la situation du jeune. »*

*« [...] il y a parfois des jeunes qui prennent une médication alors qu'ils ne démontrent pas les symptômes d'une maladie. »*

#### Intervenants des Organismes communautaires (Extrait du résumé du groupe de discussion) :

*Cet intervenant note au passage le renforcement du phénomène de pharmacodépendance. D'après lui, certains jeunes iront même jusqu'à feindre les symptômes du TDAH dans le but d'obtenir une médication et d'en faire un usage abusif.*

Les intervenants rencontrés témoignent d'une autre conséquence possible : une déresponsabilisation et un désengagement parentaux. Ainsi, le fait de limiter l'intervention à la seule médication psychotrope limite également la compréhension de la problématique, laquelle n'est abordée qu'à travers sa dimension biologique. La pathologie étant désormais vue comme étant le problème, certains parents ne voient pas la nécessité d'interroger leur implication dans les difficultés vécues, ni leur rôle dans la recherche de solutions. On sait pourtant que pour les problèmes psychosociaux, la médication a un effet marginal. Elle ne règle pas les conflits familiaux. La médication sert à atténuer les manifestations de la maladie diagnostiquée, mais ne peut pas régler les difficultés familiales elles-mêmes.

Intervenants des AdeC (Extrait du groupe de discussion) :

*« La médication peut cependant devenir une béquille sur laquelle les parents du jeune vont s'appuyer et qui peut nuire à leur engagement pour l'amélioration de la situation du jeune. Lorsque le jeune ne prend pas adéquatement sa médication cela peut représenter une source de conflit familial. »*

### **2.3.3 Opinions des jeunes et des parents sur la médication**

Cette partie traite de l'opinion qu'ont les jeunes et leurs parents des médicaments. Cette opinion est définie par deux catégories distinctes qui composent discours : d'une part le degré d'automédication et de réajustement des doses et, d'autre part, les effets que les médicaments ont sur les jeunes et sur la vie de famille. Cette opinion est définie autour de trois positions attitudeles : favorable, mitigée et défavorable. Il s'agit ici de montrer la variation de l'opinion

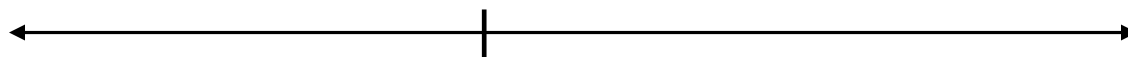
des jeunes et de leurs parents quant aux médicaments, afin de nuancer la réalité perçue de leurs effets.

Mots clés : médicament, prescription, médication.

*Favorable*

*Mitigée*

*Défavorable*



Concentration, effets « à la demande », ne sait pas, se contrôler, donne un « boost », faire de l'argent avec du recel de médicament, gelé, résout les problèmes des parents au dépend de ceux du jeune.	Médicament ou drogue, le jeune peu informé des effets du médicament.	Pas de différence, effet trop court, corps qui s'habitue, inquiétude des effets à long terme, effet inverse, enlève le goût de manger, effets secondaires physiques et mentaux, « un médicament c'est une drogue », engendre des conflits familiaux, gelé, médecin a tendance à augmenter les doses au lieu de changer de médicament, abandon du jeune, résout les problèmes des parents au dépend de ceux du jeune, problème d'adaptation face aux changements de vie qu'entraînent le médicament.
--	--	---

Comme disent les intervenants, l'efficacité et la portée de la médication dans la vie quotidienne du jeune, dépendent de la qualité du suivi avec un médecin ou un intervenant psychosocial. Si ce suivi n'a pas lieu ou est inadéquat, le recours aux médicaments risque d'être contreproductif. Parmi les jeunes rencontrés, peu ont bénéficié d'un suivi régulier et complet, un suivi qui suppose une réévaluation du diagnostic à court ou moyen termes. Plusieurs jeunes et leurs parents se retrouvent seuls avec les médicaments et improvisent avec les doses. Malgré la posologie prescrite, certains jeunes ou parents rencontrés témoignent du fait qu'ils ajustent eux-mêmes les doses et les moments ou fréquences d'utilisation selon leurs besoins et les difficultés

qu'ils éprouvent au jour le jour. Or il appert que cette automédication vient renforcer l'absence d'intervenants : « si je me débrouille seul avec les médicaments et qu'ils font effet comme je le souhaite, pourquoi devrais-je attendre des mois ou prendre une journée de congé pour rencontrer un médecin de famille ou un inconnu ». Cette solution plus simple que la réévaluation lors d'une consultation est pour eux une évidence, tel qu'ils en parlent lors de nos entrevues.

Parents :

*« [...] donc là faut s'amuser à jouer dans d'autres doses pour équilibrer, pendant qu'on joue on fait quoi, comment va l'école, comment va... tsé c'est tout un problème d'adaptation, mais on n'a pas le choix. »*

Intervenants scolaires :

*« [O]n a un parent qui revient, tsé, c'est parce que le parent qui décide tout seul, d'augmenter, de baisser, le médecin y, comme n'importe qui va faire, mais y font ça des fois avec leurs enfants là, 'j'y ai enlevé, j'y donne pu ou j'y en donne une et demie', là t'es là, ha tabarnouche, ou qu'y'ont pas rapporté tout de suite, ben là moi c'est là dans ce temps-là que là j'trouve ça c'est négatif [...]. »*

Jeunes 12-30 :

*« Quand chuis venu au Québec, j'ai baissé mes médicaments pendant deux mois. Pis vu que je prenais presque plus de médicaments (?), mes émotions ont commencé à sortir. »*

*« J'me rappelle plus pendant combien de mois... [...] trois, quatre mois j'imagine. Puis là mes parents voyaient pas de différence. Ils ont augmenté la dose. Puis là... »*

*« Et le Ritalin à un moment donné, j'ai monté une dose. J'ai encore monté d'une dose. La dose elle faisait pas à moi, parce que moi je me convainquais dans ma tête que je l'avais pas la médication, donc moi je faisais mon p'tit criss pareil. »*

*« J'ai trouvé le moyen pour faire en sorte que ça fonctionne vraiment ben : une semaine je la prends, mais là j'vais être habitué féqu'la s'maine suivante j'la prends pas. Ou j'en prends une fois de temps en temps, pour pas virer à devoir en prendre plus. »*

*« Tsé moi je trouvais ça poche de prendre des médicaments, ça m'intéressait pas plus. Moi j'me disais qu'à long terme 'chai pas moi, peut-être que ma santé, elle va l'affecter. Dans une trentaine d'année, j'vais être vieille, j'vais en prendre des pilules là'. Tsé à mon âge, j'veux pas vraiment prendre des pilules puis tout'. »*

*« Pasque ma mère avait vraiment besoin d'aide. »*

Intervenants de CLSC (Extrait du groupe de discussion) :

*« Les parents refusent d'administrer la médication à leur jeune et cela en raison de mythes et de préjugés défavorables à l'utilisation d'une médication. Dans ces cas, les parents ont besoin d'être informés, mais aussi d'être orientés vers de bonnes ressources et des professionnels qui prendront le temps de bien évaluer la situation du jeune.*

*Initialement les parents sont souvent contre. Mais lorsque la situation dégénère, ils deviennent plus réceptifs à ce type de solutions et en viennent même à en souhaiter une pour leur jeune. Il y a souvent un deuil à faire pour les parents avant d'accepter que leur jeune prenne une médication. Il s'agit d'une solution de dernier recours. »*

Cet auto-ajustement de la posologie provient souvent des effets que la médication peut avoir sur les jeunes ou les parents, de manière indirecte. Rappelons que pour la plupart des jeunes et parents rencontrés, la médication n'a qu'un intérêt psychosocial, pour améliorer les conditions de vie (réussir à l'école, cesser les conflits familiaux, notamment), l'effet recherché dépendant des familles et des situations. Par exemple, selon les jeunes rencontrés, les effets recherchés peuvent être de se sentir plus en sécurité, moins anxieux, se calmer, mieux dormir, réussir à l'école (être

plus concentré), échouer à l'école (pour les psychotiques). Elle peut être utile pour calmer les crises. Mais il faut éviter d'y avoir recours à long terme. Pour certains jeunes, c'est plus l'arrêt de la consommation qui leur a permis de se rétablir que la prise de substances psychotropes.

#### Parents :

*« [J]'pense que ça nous accroche pas mal plus que ce qu'on vit, que quand on est pas dans le milieu, les critères diagnostics. Le parent lui c'est ça qu'il vit, je me chicanais toujours avec lui, il était colérique, mais en fait c'est pas ça le diagnostic d'un TDAH, mais c'est ça qu'il vivait pis par conséquent la médication a peut-être fait en sorte que ça l'a atténué certains comportements, mais ils traitent pas du tout ce problème-là là. En fait ça traitait pas les troubles de comportements de toute façon, mais probablement que, en amenant le jeune à plus étudier, à être plus concentré, à moins être désorganisé, ben le parent est plus satisfait donc il voit globalement un meilleur lien avec son enfant, donc pour lui c'est de traduire que son enfant a été traité pour conflits. »*

#### Jeunes 12-30 :

*« Féqu'là j'ai arrêté et je me sentais mieux... ma mini dépression d'adolescence a arrêté. J'me sentais super bien. Je souriais. J'parlais à tout le monde, aux belles filles. J'ai pas gèné. J'me sentais moi-même, j'étais authentique là. »*

*« À un moment d'nné, les médecins ils ont dit 'mon p'tit tabarnak, Concerta !'. Féqu'là j'étais vraiment g'lé là (il rit). »*

*« Quand chuis venu au Québec, j'ai baissé mes médicaments pendant deux mois. Pis vu que je prenais presque plus de médicaments (?), mes émotions ont commencé à sortir. Quand maintenant, quand des émotions sortent, vu que j'ai jamais eu d'émotion dans ma vie, je sais pas c'est quoi une émotion, pis je sais pas commencer la gérer. Je sais pas si c'est la tristesse. Ça ressemble tout à de la colère que je sais pas c'est quoi une émotion. Moi, pour moi, c'est de la colère, ya rien que de la*

*colère. Peu importe, la jalousie, ça ressemble tout à de la colère, c'est juste ça que je connais. Je connais pas d'autre émotion. »*

*« Puis là mes parents voyaient pas de différence. »*

*« Y m'avait offert de changer de médicaments. Mais moi j'étais tanné de changer mes médicaments parce qu'y marchaient pu. À chaque fois que je changeais mes médicaments, m'ont corps se réhabitue, pis je deviens full agressif pis impulsif pis tout. »*

*« Interviewer : Donc elle t'a envoyée là-bas sans te dire pourquoi...*

*Interviewé : Ouin. Elle m'a dit 'tu vas aller voir un p'tit médecin, il va te dire quoi faire plus tard'. ». Puis après elle m'a donné des médicaments pour aller chercher à la clinique. Elle a rempli des petites feuilles, puis après je sais plus.*

*Interviewer : Elle t'a expliqué à quoi servaient ces médicaments ou pas ?*

*Interviewé : Pour ma concentration.*

*Interviewer : Elle t'a juste dit ça ?*

*Interviewé : Ouin. »*

*« Puis après ça, c'était pas assez fort, je passais toujours par-dessus. C'est comme... elle faisait son effet, une fois sur 5. Pi je la prenais une fois le matin. » « [J]'ai regardé mon père à l'âge de 16 ans, et je lui ai dit : « les médicaments j'en prends plus ! ». Il m'a posé la question pourquoi et je lui ai dit « quand j'en prends pas ça marche et quand j'en prends ça marche plus. Normalement c'est supposé faire le contraire. »*

*« Les psychiatres sont forts pour prescrire des pilules au lieu d'aider le jeune à passer par-dessus ses problèmes »*

Intervenants des AdeC (Extrait du groupe de discussion) :



*« Les parents vivent une certaine culpabilité face à la médication du jeune. [...] Les parents sont souvent mal outillés et mal informés à propos du diagnostic et de la médication du jeune. »*

La motivation de consommation peut résider aussi dans la recherche d'un certain état ; on parle alors d'un usage récréatif ou encore d'une dépendance. La médication psychotrope est une substance psychoactive au même titre que la drogue. Pour les jeunes rencontrés et qui sont aussi consommateurs « motivés », la seule différence entre les deux est leur licéité : l'une est prescrite et autorisée, l'autre est interdite et illégale. Pourtant, selon eux, les effets sont les mêmes.

#### Jeunes 12-30 :

*« [I]l me disait que ça allait faire moins mal si je prenais pas ma médication, ça allait faire plus effet de pot pis ça allait plus faire son vrai buzz que si je prenais mon médicament pis j'avais un faux buzz genre. »*

*« [I]l me disait 'mon fils y'é prenait en même temps pis ça a tout chié dans son cerveau, y'a fait de l'amphétamine et du weed en même temps pis ça a chié'. C'est deux sortes de drogues, pis la peanut c'est fait avec de l'amphétamine pis ils nous donnent ça pour nous calmer. Je trouve ça bizarre un peu. Tsé je pourrais vendre ça 5 piastres la pilule à mon école. »*

*« Mais encore là, j'ai abusé du pot. Pis ma médication, ça a fini que ça marchait pas trop ensemble. »*

Notons enfin que d'après certains intervenants, dans certains cas, le fait que les jeunes aient une certaine connaissance à propos de leur médication (incluant les usages autres que médicaux) n'implique pas qu'ils ont pour autant une bonne connaissance quant à la nature de leur maladie ; à preuve le fait qu'ils ignorent parfois même l'appellation de leur

diagnostic. En parallèle, La médication ou le diagnostic en santé mentale peuvent devenir une échappatoire qui permet de justifier certains agir ou certains problèmes et ainsi déresponsabiliser le jeune vis-à-vis de ses comportements.

\*\*\*

Les points de vue exprimés par les différents acteurs sur le rôle des approches médicales dans les réponses aux problèmes vécus par les jeunes fréquentant les Auberges nous fournissent un éclairage particulier sur les manifestations de ce que certains appellent la « médicalisation des problèmes psychosociaux ».

D'une part, et pour reprendre les catégories identifiées par Conrad (1995), les propos que nous avons analysés donnent à voir une implication médicale aux niveaux (1) interactionnel (la consultation médicale, le diagnostic et la prescription médicamenteuse), (2) conceptuel (l'utilisation de concepts et vocabulaires médicaux pour définir les problèmes) et (3) institutionnel (le diagnostic médical constitue la clé pour l'accès aux services et aux ressources, même dans des organisations qui ne relèvent pas du domaine médical).

D'autre part, les témoignages des participants nous informent sur les formes, les voies et les conséquences de la médicalisation dans le contexte particulier de la problématique à l'étude. Ainsi :

- Si le diagnostic de trouble mental ou psychologique donne une forme de légitimité au problème et ouvre l'accès aux services et ressources, il a aussi comme conséquence un étiquetage et, par extension, une stigmatisation du jeune et des parents. On évoque aussi le risque d'une intériorisation de la désignation (le jeune se voit comme « étant » le

diagnostic/étiquette), laquelle aggraverait les difficultés déjà vécues par les jeunes et leurs familles.

- Selon les intervenants médicaux, l'évaluation clinique globale (c.-à-d. incluant les dimensions bio, psycho et sociale, donc informée par l'analyse psychosociale réalisée par d'autres types d'intervenants) et itérative (révisions du diagnostic au fil d'un suivi soutenu et régulier) est souhaitable, mais pas toujours réalisable dans le contexte actuel. Notamment, le manque de temps et de ressources, les attentes des parents pour une solution rapide et les demandes provenant des milieux scolaires font en sorte que le processus d'évaluation est télescopé et qu'il conduit souvent trop rapidement à un diagnostic de problème de santé mentale et à la prescription de psychotropes.

- Comme l'évaluation diagnostique, l'utilisation de médicaments psychotropes nécessite un suivi médical soutenu et régulier. Or, certains acteurs (intervenants des Auberges et parents, en particulier) font état d'un « abandon interventionnel » vécu par les jeunes et les parents: devant les restrictions et délais dans l'obtention des soutiens professionnels, les jeunes et parents se retrouvent seuls en charge de la gestion de la médication (dosage, posologie), avec les problèmes et les dangers que cela suppose. Cette « automédication » risque aussi, en retour, de renforcer l'éloignement par rapport aux intervenants.

- Si la médication psychotrope peut contribuer à améliorer la situation du jeune (par ex. un meilleur fonctionnement scolaire, augmentation de l'estime de soi, accalmie des crises familiales), elle a aussi certaines potentialités négatives: notamment les problèmes de santé physique entraînés par les effets secondaires, les usages récréatifs, la dépendance et la revente.

- Les propos recueillis éclairent une situation où l'on se centre sur les effets — tant positifs que négatifs, tant désirés que craints — de l'usage du médicament sans nécessairement donner autant d'attention aux sources des problèmes qui ont mené à la prescription. À cet égard, on attire l'attention sur les risques de déresponsabilisation, tant de la part des jeunes (diagnostic et médication comme échappatoires et justifications) que de celle des parents (la pathologie étant vue comme source unique des problèmes, ils ne se voient pas comme parties prenantes des causes et des solutions).

## **Conclusion**

L'objectif principal de notre étude était d'examiner, à partir du point de vue de différents acteurs (jeunes, parents, intervenants), les configurations actuelles de services psychosociaux et médicaux et leurs influences sur les trajectoires de vie des jeunes utilisateurs de médicaments psychotropes prescrits, hébergés dans des Auberges du Cœur de la ville de Québec et dans la région de Chaudière-Appalaches. Une attention particulière était accordée au rôle des approches médicales (en particulier l'usage de la médication psychotrope) dans les réponses apportées.

Rappelons ici les faits saillants des résultats de nos analyses.

### Sur le profil des jeunes hébergés dégagé par le biais des motifs d'admission en Auberge :

- Les jeunes rencontrés vivent des difficultés dans la plupart des sphères de leur vie : familial, scolaire, « endo-jeune ».
- Leur environnement proche est souvent un lieu d'échecs qui ont pour conséquences de révéler des troubles, tels le TDA/H.
- Ces jeunes ne sont souvent pas à l'origine de la demande de services et leurs besoins propres sont souvent mis au banc pour privilégier les attentes formulées par les parents ou les intervenants (lesquelles sont parfois en fait leurs propres besoins).
- Leur mode de vie marqué par l'instabilité les fragilise et freine les effets positifs de l'intervention psychosociale ou médicale.

### Sur le rôle des services et des interventions :

- On s'entend sur le fait que la continuité des interventions est primordiale. Or les témoignages recueillis évoquent avec insistance l'instabilité observée sur le terrain. Cette instabilité est vécue dans les recommencements et ruptures provoqués *à la fois* par les facteurs inhérents à l'offre de services (roulement de personnel, temps d'attente, passages d'un programme à l'autre, etc.) et par l'instabilité des jeunes et des familles eux-mêmes (déménagements, séparations, changement d'école, etc.).
- Il y a un décalage entre les continuums de services et les besoins des jeunes en matière d'intervention (nature linéaire des services vs nature cyclique des trajectoires de vie marquées par des crises).
- Les jeunes ont besoin que l'intervenant donne du temps *significatif* plus que du temps de travail ou des services : soutien, écoute, accompagnement, lien de confiance.
- La particularité principale des interventions des Auberges du cœur se trouve dans la continuité du contact « proche », au quotidien, avec les jeunes hébergés. De telles conditions favorisent justement le type d'implication décrit au point précédent, lequel est souhaité tant par les jeunes que par les parents rencontrés.

#### Sur le rôle des approches médicales :

- On voit d'une part que la « médicalisation » des problèmes psychosociaux se produit aux niveaux interactionnel (consultation médicale, diagnostic et prescription), conceptuel (utilisation de concepts et vocabulaire médicaux pour définir les problèmes) et institutionnel (le diagnostic médical comme clé pour l'accès aux services et aux ressources).
- D'autre part, il ressort que:
  - (a) Le diagnostic de trouble mental ou psychologique donne une forme de légitimité au problème et ouvre l'accès aux services et ressources, mais il entraîne aussi un étiquetage et une stigmatisation du jeune.

(b) Le manque de temps et de ressources, les délais d'accès aux services, les attentes des parents pour une solution rapide et les demandes provenant des milieux scolaires font en sorte que le processus d'évaluation médicale est télescopé et conduit souvent trop rapidement à un diagnostic de problème de santé mentale et à la prescription de psychotropes.

(c) Dans ce même contexte, certains jeunes et parents se retrouvent seuls en charge de la gestion de la médication (dosage, posologie), avec les problèmes et les dangers que cela suppose.

(d) La médication psychotrope peut contribuer à améliorer la situation du jeune, mais peut aussi avoir des impacts négatifs (ex. : problèmes de santé physique, usages récréatifs, dépendance et revente).

(e) Il y a des risques de déresponsabilisation chez les jeunes (diagnostic et médication comme échappatoires et justifications) et chez les parents (la pathologie étant vue comme source unique des problèmes, ils ne se voient pas comme parties prenantes des causes et des solutions).

Les jonctions du secteur de la santé mentale avec les autres services spécialisés dans le secteur de la jeunesse se font généralement de façon marginale, avec des difficultés d'accès aux services et selon des modes de collaboration encore très limités (Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille [CCSSEJF], 2004). Cette situation est reconnue par le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, qui s'est doté d'une stratégie d'action priorisant les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles dans ses énoncés récents en santé mentale (MSSS, 2003, 2005).

Dans un contexte où, en psychiatrie, les neurosciences et la génétique dominant, il importe de se questionner sur les politiques, les paramètres de pratiques et les contextes qui marquent le recours aux approches, interventions et outils médicaux dans les réponses apportées aux problèmes psychosociaux vécus par les jeunes. Aux plans scientifique et clinique, le besoin de

recherches concernant la prescription et l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes ne fait également pas de doute (Lafortune et Collin, 2006; Sewitch, Blais, Rahme et al. 2005; Vitiello, 2007). Ces questions toutefois dépassent les seules approches pharmacologique et épidémiologique. Tel que démontré par Cohen, McCubbin, Collin et Pérodeau (2001), les médicaments sont plus que des molécules dont l'usage répond à une rationalité strictement médicale: il s'agit de « phénomènes sociaux » impliquant divers acteurs sociaux (individus, groupes et organisations) ainsi que des institutions, lesquels « déterminent qui utilise quelles médicaments, comment, quand et pourquoi » (Cohen et al., 2001, notre traduction). C'est pourquoi il importe de favoriser la réalisation d'études qui se fondent sur des méthodologies de type qualitatif pour mieux comprendre ces dimensions (Collin, Doucet, Lafortune et al., 2005). La recherche présentée ici s'inscrit dans ces préoccupations.



## **Bibliographie**

- Buehler C (2006). Parents and Peers in Relation to early Adolescent Problem Behavior. *Journal of Marriage and Family*, 68, 109-124.
- Buehler C (2009). A Process Model of Adolescents' Triangulation Into Parents' Marital Conflict: The Role of Emotional Reactivity. *Journal of Family Psychology*, 23 (2), 167-180.
- Bonati, M., Clavenna, A. (2005). The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 17(3), 181–188.
- Bouchard, R., et Lafortune, D. (2006). Perceptions des éducateurs quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en centres jeunesse dans la région montréalaise. *Drogues, santé et société*, 5(1), 105-137.
- Breeding, J., et Braughman, F. (2001). The ethics of inform parentetal consent to the psychiatric drugging of children, *Ethical human science and services*, 3(3), 175-188.
- Breggin, P.R. (1998). *Talking back to Ritalin*. Monroe, ME: Common Courage Press.
- Breggin, P.R. (1999). Psychostimulants, in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International journal of risk and safety in medicine*, 12, 3-35.
- Bulot, V., Thomas, P., Delevoye-Turrelu, Y. (2007). Agentivité : se vivre ou se juger agent ? *L'Encéphale*, 33(4), 603-608.
- Cohen, D. (2001). La médicalisation. In Dorvil, H., et R. Mayer (dirs.) *Problèmes sociaux. Tome 1, Théories et méthodologies*. Québec : PUQ.
- Cohen, D., Collin, J., Pérodeau, G., et McCubbin, M. (2000). Le médicament psychotrope comme phénomène social et culturel: une approche systémique, constructiviste et critique. *Perspectives psychiatriques*, 39, 31-39.
- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., et Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Study of Health, Illness, and Medicine*, 5, 441-469.
- Collin, J. et Suissa A.J. (2007). Le phénomène de la médicalisation du social: enjeux et pistes d'intervention. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33.
- Collin, J., Doucet, H., Lafortune, D., Monnais, L., Otero, M., Blanc, M.-E. et Proulx, M. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Rapport de recherche. Québec : Conseil de la santé et du Bien-être, Gouvernement du Québec, 85 p.

- Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. Présenté au MSSS.
- Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004). *De la complicité à la responsabilité*. Rapport remis par le comité au Ministère de la santé et des services sociaux.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-32.
- Conseil du médicament (2008). *Usage des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments du Québec – Étude descriptive 1999-2004*, éd. Gouvernement du Québec.
- Conseil du médicament (2011). *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques, volet 2*, éd. Gouvernement du Québec.
- Cook E.C. et Cheryl Buehler (2009). Parents and Peers as Social Influences to Deter Antisocial Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1240-1252.
- Cushman, T.P., et Johnson, T.B. (2001). Understanding "inattention" in children and adolescents. *Ethical human sciences and services*, 3(2), 107-125.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S. et al. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 12-25.
- Galéra C. (2009). Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later : the Gazel Youth study. *Psychological Medicine*, 39, 1895-1906.
- Garro, L.C., Yarris, K.E. (2009). "A massive long way": Interconnecting histories, a "special child", ADHD, and everyday family life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(4), 559-607.
- Grover, S. (2002). Conduct disorder as an adaptive response to situational stress. *Ethical human sciences and services*, 4(3), 229-234.
- Hollingworth S. (2010). Affective and Anxiety Disorders: Prevalence, Treatment and Antidepressant Medication Use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 513-519.
- Johnson, K.D., Whitbeck, L.B., et Hoyt, D.R. (fall, 2005). Substance abuse disorders among homeless and runaway adolescents. *Journal of drug issues*, 35(4), 799-814.

- Kean, B. (2004). What the multimodal treatment study really discovered about intervention for children diagnosed with ADHD: Implications for early childhood. *Ethical human psychology and psychiatry*, 6(3), 193-200.
- Lafortune, D., Laurier, C., et Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Lafortune, D. (2006). Médicaments psychotropes et placement des jeunes en centres de réadaptation. Dans J. Collin, L. Monnais et Otero, M. (Éds.). *Le médicament au coeur de la société contemporaine* (pp. 223-245). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, D., et Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents: prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie Canadienne/Canadian Psychology*, 47(3), 155-169.
- Martin, A, Van Hoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T. et L. Scahill (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut Medicaid managed care. *Psychiatric Services*, 54(1), 72-77.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., et coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- McCabe, S.E., Boyd, C.J., et Young, A. (2007). Medical and non medical use of prescription drugs among secondary school students. *Journal of adolescent health*, 40, 76-83.
- McCubbin, M. (2003). Biomedical cooptation of the psychosocial care and support continuum for severely distressed persons. *Ethical Human Sciences and Services*, 5, 57-62.
- McCubbin, M., et Cohen, D. (1999). Empirical, ethical and political perspectives on the use of methylphenidate. *Ethical Human Sciences and Services*, 1, 81-101.
- Mikami A.Y. (2010). The Importance of Friendship for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical child and Family Psychological Review*, 13, 181-198.
- Miles, M. B., et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2e éd.) Paris: De Boeck Université.
- Miller, A.R., Lalonde, C.E., McGrail, M.M., et Armstrong, R.W. (2001). Prescription of methylphenidate to children and youth, 1990-1996. *Canadian medical association journal*, 165(11), 1489-1494.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux-Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale (2003). *Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*. Québec : MSSS.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3e éd.) Thousand Oaks (CA): Sage.
- Poulin, C. (2001). Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: From sanctioned to unsanctioned use. *Canadian medical association journal*, 165(8), 1039- 1044.
- Ravenel, S.D. (2002). A new behavioral approach for ADD/ADHD and behavioral management without medication. *Ethical Human sciences and services*, 4(2), 93-106.
- Reed, E., Vance, A., Luk, E. et Nunn, K. (2004). Single and combined psychotropic medication use in a child and adolescent mental health service. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 38(4), 204-211.
- Regroupement des Auberges du cœur du Québec [RACQ] (2012). Site internet : <http://www.aubergesducoeur.com/auberges-du-coeur.php>
- Regroupement des Auberges du cœur du Québec [RACQ] (2006). *La médicalisation des difficultés des jeunes. Synthèse de la journée d'échanges et de réflexion*. Organisée par le Comité de Défense des droits et le Regroupement des Auberges du cœur tenue le 16 mars 2006.
- René, J.-F., Duval, M., Cloutier, G. et Pontbriand, A. (2007). *Les pratiques communautaires d'affiliation dans des Auberges du coeur*. Rapport de recherche. [Disponible: [http://www.aubergesducoeur.org/files/Rapport%20de%20recherche\\_FinalWeb.pdf](http://www.aubergesducoeur.org/files/Rapport%20de%20recherche_FinalWeb.pdf)]
- Rodriguez, L., Corin, E., et Poirer, M.L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1-23.
- Safer, D. (2000). Are stimulants overprescribed for youths with AD/HD? *Annals of Clinical Psychiatry*, 12, 55- 62.
- Selsnick, N., et Prestopnik, J. (2005). Dual and multiple diagnosis among substance using runaway youth. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 179-201.
- Sewitch, M.J., Blais, R., Rahme, E., Bexton, B., et Galarneau, S. (2005). Pharmacologic response to depressive disorders among adolescents. *Psychiatric Services*, 56(9), 1089-1097.

- Teter, C.J., McCabe, S.E., Cranford, J.A, et al. (2005). Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. *Journal of American College Health*, 53(6), 253- 262.
- Thomas, C.P., Conrad, P., Casler, R. et Goodman, E. (2006). Trends in the use of psychotropic medications among adolescents 1994-2001. *Psychiatric Services*, 57(1), 63-69.
- Timimi S. (2008). Child psychiatry and Its Relationship with the Pharmaceutical Industry: theoretical and Practical Issues. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 3-9.
- Trout A. (2007). A Review of Non-Medication Interventions to Improve the Academic Performance of Children and Youth With ADHD. *Remedial and Special Education*, 28(4), 207-226.
- Verdoux H. (2010). Antipsychotic prescribing trends: a review of pharmaco-epidemiological studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 4-10.
- Vitiello, B. (2007). Research in child and adolescent psychopharmacology recent accomplishments and new challenges. *Psychopharmacology*, 191, 5-13.
- Wilens, T.E., Gignac, M., Allison, S., Monuteaux, M.C., et Biederman, J. (2006). Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. *Journal of academy of child and adolescent psychiatry*, 45(4), 408- 414.
- Zito, J.M., Safer, D.J., dosReis, S., Gardner, J.F, Soeken, K., Boles, M., et Lynch, F. (2002). Rising prevalence of antidepressants among US youths, *Pediatrics*, 109(5), 721-727.

**Annexe 1 — Feuilles explicatifs pour le recrutement:**

**(1) jeunes et parents; (2) intervenants**



## La trajectoire de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du coeur

*Tu es un jeune et tu aimerais partager ton expérience de vie et contribuer à développer des suggestions d'améliorations qui pourraient aider d'autres jeunes comme toi?*

*OU*

*Vous êtes un parent et vous aimeriez vous exprimer sur votre expérience avec les services offerts à votre jeune?*

*Ce projet pourrait vous intéresser...*

Nous sommes une équipe de recherche qui travaille sur un projet qui vise à :

- Mieux connaître les cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et les difficultés vécues;
- Et à développer des suggestions d'amélioration des services destinés à des jeunes qui vivent des moments difficiles

Nous aimerions rencontrer :

- ◆ 1. des jeunes âgés hébergés ou ex-hébergés entre 12 et 30 ans pour participer à une

entrevue



- ◆ 2. des jeunes hébergés ou ex-hébergés âgés entre 18 et 30 ans pour participer à une discussion en groupe

- ◆ 3. des parents de jeunes hébergés ou ex-hébergés pour participer à une discussion en groupe



### Participation

Pour les jeunes âgés entre 12 et 30 ans, la participation comprend une entrevue avec une assistante de recherche pour une durée d'une heure et demie.

Pour les jeunes âgés de 18 ans et plus et les parents, la participation comprend une rencontre regroupant entre 6 à 10 personnes qui vivent une situation semblable pour une durée d'environ deux heures.

Le sujet de l'entrevue et des groupes de discussion portera sur le partage d'expériences de vie de jeunes hébergés ou ex-hébergés dans des Auberges du cœur, de leur famille, et de leur rencontre avec les différents services.

### Avantages

La participation à ce projet peut être l'occasion de faire le point sur votre cheminement et contribuer au développement de suggestions d'amélioration des services destinés à des jeunes et des familles comme vous.

De plus, pour compenser la participation des jeunes, peu importe leur âge, un ticket de cinéma leur est offert.





### Inconvénients

Il se peut que des personnes ressentent un inconfort en abordant certains sujets. Dans ces cas, les personnes auront la possibilité de se confier à un intervenant de leur choix. Nous mettrons également à votre disposition une liste de ressources d'aide disponibles.


### Informations générales

Nous tenons à préciser que notre groupe de recherche est indépendant des Auberges du cœur et par conséquent, les personnes ne bénéficieront d'aucun avantage, ni aucun inconvénients à la suite de leur décision à participer ou non à cette recherche.

Si vous désirez avoir plus d'informations sur le projet ou êtes intéressés à participer, laissez-nous vos coordonnées et votre accord (indiqué sur le formulaire) à ce que l'on puisse prendre contact avec vous.

Note aux jeunes : Si tu es âgé entre 12 et 17 ans, nous devons demander l'accord de tes parents pour que tu puisses participer.

### **Pour nous rejoindre :**

<p>Pierre Gromaire, responsable du projet Téléphone : 418 681-8787 poste 3849 Courriel : pierre.gromaire@csssvc.qc.ca</p> <p>Bernadette Dallaire, chercheure principale 418-656-2131 poste 12899 Courriel : bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca</p>	 <p>GRIOSE-SM Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale</p>
---	---

Décembre 2010

Bonjour à vous tous!

Voici l'objet de notre message: ***Participation à une recherche sur les cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur.***

Le Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation des services en santé mentale (GRIOSE-SM), démarre un projet de recherche impliquant la participation de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et d'intervenants psychosociaux de différents milieux. Ce projet vise à acquérir une meilleure connaissance des trajectoires de vie et de services de jeunes hébergés, d'abord en accordant une place centrale à leur point de vue, puis en interrogeant différents acteurs impliqués de près ou de loin dans leur vie.

### **Objectifs du projet**

Notre objectif principal est d'examiner, à partir du point de vue de différents acteurs concernés,

les configurations actuelles de services psychosociaux et médicaux et leur influence sur les trajectoires de vie des jeunes qui présentent des problématiques multiples et résident dans des Auberges du cœur.

### **Plus particulièrement, les objectifs de notre recherche sont :**

- d'identifier les problématiques vécues par les jeunes, ainsi que les principaux événements qui ont marqué les cheminements de vie des jeunes hébergés;
- d'identifier les principaux types de cheminements dans les services (psychosociaux, médicaux, scolaires, judiciaires, hébergement, protection de la jeunesse, etc.), en lien avec les difficultés vécues par ces jeunes;
- d'explorer le rôle des approches médicales, incluant la médication psychotrope, dans les interventions;
- de voir dans quelle mesure les services offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes vivant plusieurs difficultés;
- d'identifier les moyens d'apporter des solutions plurielles aux problèmes complexes vécus par les jeunes et de favoriser une meilleure articulation des différentes formes de services sociaux, cliniques et médicaux.

### **Nous allons explorer ces questions en réalisant :**

- des entrevues individuelles avec des jeunes hébergés ou qui ont été hébergés dans une Auberges du cœur, qui nous relateront leur cheminement de vie et de services, avec aussi des parents, des intervenants communautaires, des acteurs médicaux et paramédicaux ;

- des groupes de discussions distincts auxquels participeront chacune des catégories de personnes suivantes : 1) des jeunes (18 ans et plus) hébergés ou qui ont été hébergés, 2) des intervenants des Auberges, 3) des intervenants d'autres milieux de soins ; les discussions seront orientées selon les objectifs mentionnés ci-haut.

Nous tenons à préciser que la recherche est indépendante des organismes impliqués (Auberge du cœur, CSSS, organismes communautaires, milieu médical). Les personnes qui acceptent de participer ne bénéficient d'aucun avantages, ni ne subiront aucun inconvénients suite à leur décision de participer ou non.

Nous pensons qu'il est primordial de connaître le point de vue des différents acteurs impliqués dans les cheminements des jeunes hébergés ou qui ont été hébergés dans une Auberge du cœur, de leur donner la parole. Les informations recueillies dans le cadre de ce projet permettront d'identifier des suggestions d'amélioration des services qui sont destinés à ces jeunes.

Merci!

*Bernadette Dallaire*

Chercheure au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Pour signaler directement votre intérêt ou pour obtenir plus d'informations sur le projet, contactez :

Pierre Gromaire, responsable du projet

Téléphone : 418 681-8787 poste 3849

Courriel : pierre.gromaire@csssvc.qc.ca

Bernadette Dallaire, chercheure principale

Téléphone : 418-656-2131 poste 12899

Courriel : bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca

**Annexe 2 — Formulaire d'autorisation de transmission des coordonnées**

**FORMULAIRE D'ACCORD DE TRANSMISSION DE COORDONNÉES****Projet : La médicalisation des problèmes psychosociaux chez des jeunes hébergés dans des Auberges du cœur : vers des interventions visant leur affiliation sociale**

J'ai pris connaissance des informations concernant le projet de recherche et j'autorise l'intervenant à transmettre mes coordonnées au responsable du projet de recherche.

J'accepte d'être contacté par un responsable du projet afin d'obtenir des détails concernant le projet.

Je demeure libre, suite à cet appel, d'accepter ou de refuser d'y participer.

Voici mes coordonnées

Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Meilleur moment pour me joindre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

date

**Annexe 3 — Formulaire d'assentiment pour les jeunes mineurs et formulaire de  
consentement parental**

## **FORMULAIRE D'ASSENTIMENT**

### **à l'intention de jeunes d'âge mineur participant à une entrevue individuelle**

*Trajectoires de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du coeur*

#### **Quel est le but de cette entrevue de recherche ?**

L'entrevue s'intéresse à tes expériences en lien avec les services que tu reçois, ou que tu as reçus, à l'Auberge du coeur et d'autres services reçus en dehors de l'Auberge, ainsi que leurs impacts sur différents aspects de ta vie (ex: tes amis, ta famille, le travail, l'école). Le but de cette entrevue est d'aller chercher des informations qui pourront permettre de mieux connaître les trajectoire de vie de jeunes fréquentant ou ayant fréquenté des Auberges du coeur et d'élaborer des suggestions d'amélioration des services qui leur sont destinés.

#### **Qui peut répondre ?**

Pour participer, tu dois (1) être un jeune entre 14-17 ans (2) être hébergé ou avoir été hébergé pendant au moins 5 jours dans une Auberge du coeur, (3) vivre ou avoir vécu différentes difficultés (problèmes familiaux, problèmes scolaires, problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue, problème de santé mentale, problèmes de comportements, fugues, itinérance, etc.).

#### **Est-ce que c'est long ?**

Tu rencontreras une seule fois une assistante de recherche qui fera l'entrevue avec toi. L'entrevue sera d'une durée d'environ une heure trente. Il te sera possible de prendre une pause si tu le désires.

#### **Est-ce qu'on pourra m'identifier ou me retrouver à partir de mes réponses ?**

Les informations recueillies pendant la rencontre seront gardées de façon confidentielle. Cependant, si des informations portent à croire que ta sécurité est en danger, nous serions obligés d'en informer les personnes appropriées. Advenant le cas, tu serais informé de la situation et nous nous assurerons que tu aies du soutien. Autrement, en aucun temps, à l'exception de la responsable de la recherche et le chercheur, personne, ni tes parents, ni les intervenants, n'auront accès à tes réponses. Les rencontres seront enregistrées sur bande audio, puis retranscrits mot à mot sur traitement de texte. Les enregistrements et les transcriptions seront conservés dans un classeur barré au centre de recherche du CSSS de la Vieille-Capitale et seront détruits, de même que tout le matériel de la recherche et les données, dans les cinq années suivant la recherche. Les

résultats de la recherche seront traités et présentés de manière à ce que les participants ne puissent pas être identifiés. Ces résultats porteront sur les thèmes qui seront ressortis pour l'ensemble des jeunes qui participeront.

### **Qu'est-ce que ça va me donner ?**

L'avantage de participer à cette recherche est de te donner l'occasion de réfléchir sur toi-même et sur ta situation mais également, d'apporter des éléments qui pourraient améliorer les services reçus par les jeunes qui vivent des situations semblables à la tienne.

De plus, pour compenser ta participation à la recherche, peu importe ton âge, un ticket de cinéma te sera offert.

### **Est-ce que je suis obligé de répondre ?**

Tu es libre de participer ou non à ce projet de recherche. De plus, en tout temps (même pendant la rencontre), tu pourras décider de refuser de répondre à certaines questions et/ou de ne plus participer au projet de recherche et ce, sans avoir à fournir de raison et sans subir de conséquences, notamment en ce qui a trait à la qualité des services offerts dans l'Auberge du cœur que tu fréquentes (dans le cas où tu reçois toujours des services dans une Auberge du cœur).

### **Est-ce qu'il y a des conséquences négatives possibles ?**

Il est possible que l'entrevue aborde des sujets qui peuvent te rappeler des souvenirs désagréables ou émouvants. Ce risque est compensé par le fait que tu demeures libre de refuser de répondre en partie à certaines questions. Aussi, n'hésite pas à contacter un intervenant en qui tu as confiance. Il te sera également remis une liste de ressources d'aide que tu pourras consulter en cas de besoin.

### **Est-ce que je pourrai savoir ce que l'ensemble des jeunes pense ?**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, les chercheurs s'engagent à fournir un résumé des résultats aux participants qui en font la demande et laisse leurs coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2010. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.



### Des questions ?

Si tu as des questions concernant l'entrevue ou toute autre question concernant le projet de recherche, tu pourras contacter la responsable du projet de recherche, Pierre Gromaire, au numéro de téléphone suivant 418 681-8787 poste 3849, ou à son adresse courriel [pierre.gromaire@csssvc.qc.ca](mailto:pierre.gromaire@csssvc.qc.ca). Il est également possible de contacter la chercheuse principale Mme Bernadette Dallaire à l'adresse de courriel : [bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca).

Ce projet de recherche est réalisé par le centre de recherche GRIOSE-SM (Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation et l'évaluation des services en santé mentale), sous la direction d'une équipe de recherche dont le chercheur principal est Bernadette Dallaire, professeure à l'École de service social de l'Université Laval et la co-chercheuse est Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université.

### Signatures

#### Signature du participant

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ donne librement mon accord à participer à

la recherche intitulée : *La médicalisation des problèmes psychosociaux de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale.* J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

**Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du représentant

---

Date

**Plaintes ou critiques**

Si j'ai des plaintes ou des critiques à formuler à propos de l'étude, je peux contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Madame Odette Lagacé

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271

Télécopieur: 418 656-3846

courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## **Formulaire de consentement à l'intention des parents de jeunes d'âge mineur fréquentant ou ayant fréquenté une Auberge du cœur**

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de septembre 2009 au 31 mars 2011.

**Avant de donner votre consentement parental à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

### **Les objectifs de l'étude**

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

### **Déroulement de la participation**

Votre consentement parental permettra à votre enfant, s'il le souhaite, de participer à cette recherche par le biais d'une entrevue individuelle d'une durée d'environ une heure trente, qui portera sur son cheminement de vie (domaines familial, scolaire, professionnel, services de santé et services sociaux reçus) et les événements ayant mené à un séjour dans une Auberge du cœur. L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un appareil numérique et ensuite retranscrite intégralement sur traitement de texte. Les propos recueillis demeureront confidentiels.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

Pour votre enfant, la participation lui fournit une occasion de réfléchir sur lui-même et sur sa situation mais également, d'apporter des éléments qui pourraient améliorer les services reçus par les jeunes qui vivent des situations semblables.

De plus, pour compenser la participation votre enfant, peu importe son âge, un ticket de cinéma lui sera offert.

Il est possible que l'entrevue aborde des sujets qui peuvent rappeler à votre enfant des souvenirs désagréables ou émouvants. Il demeure libre de ne pas répondre en partie ou en totalité à certaines questions. Aussi, il est possible pour lui d'en parler à un intervenant de son choix après l'entrevue. Une liste de ressources d'aide, qu'il pourra consulter en cas de besoin, lui sera également remise.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, votre enfant demeure libre de refuser de répondre à certaines questions et/ou mettre fin à sa participation au projet de recherche, sans avoir à fournir d'explications et sans subir de conséquences négatives, notamment en ce qui a trait à la qualité des services offerts dans l'Auberge du cœur qu'il fréquente.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, tous les participants qui désirent recevoir un résumé des résultats de recherche sont invités à laisser leurs coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2010. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des données sera strictement protégée. Le nom de votre enfant sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe. Seule l'équipe de recherche aura accès à ces données. Tout le matériel, incluant les enregistrements et les données, seront conservés pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminées de façon sécuritaire.

Par ailleurs, il est important de savoir que les limites du respect à la confidentialité sont celles prescrites par les lois canadiennes et québécoises. Si au cours de l'entrevue des informations amènent à penser que la sécurité et/ou le développement de un ou plusieurs enfants peuvent être compromis, la Loi de la protection de la jeunesse oblige toute personne à déclarer au Directeur de la protection de la Jeunesse (DPJ) les situations pour qu'une évaluation approfondie soit faite. Advenant le cas, vous seriez informé de la situation et soutenu dans les démarches.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire, responsable du projet au 418-681-8787 poste 3830 ou par courriel : pierre.gromaire@csssvc.qc.ca. Vous pouvez également rejoindre la chercheuse principale au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions pour votre consentement parental.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e)

donne librement mon consentement

\_\_\_\_\_

parental pour que mon enfant puisse, s'il le désire, participer à la recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à mon consentement parental à ce projet.

---

Signature du parent

---

Date

**Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au parent. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du parent.

---

Signature du représentant

---

Date

**Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Madame Odette Lagacé  
Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval  
Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271  
Télécopieur: 418 656-3846  
courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

--

Note particulière aux parents séparés ayant la garde de leur enfant : nous vous invitons à informer l'autre parent de l'existence de cette recherche et à vous assurer de son consentement avant d'y inscrire votre enfant (sous réserve d'une interdiction formelle de la cour ou de déchéance parentale concernant l'autre parent). Veuillez lui transmettre les coordonnées du chercheur principal (voir ci-après) afin que, le cas échéant, il/elle puisse signifier directement à ce dernier son désaccord à la participation de l'enfant. Il est important de l'informer qu'un tel refus devra être signifié au chercheur principal au plus tard 15 jours après la date de signature de votre consentement.

Voici les coordonnées du chercheur principal:

Bernadette Dallaire, chercheure et professeure agrégée

Pavillon Charles-De Koninck, Bureau 6449  
Université Laval  
Québec (Québec) Canada G1K 7P4

Téléphone : (418) 656-2131, poste 12899

Télécopieur : (418) 656-3567

[Bernadette.Dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:Bernadette.Dallaire@svs.ulaval.ca)

**Annexe 4 — Formulaire de consentement:**

**(1) parents; (2) jeunes majeurs; (3) intervenants**



## Formulaire de consentement

### À l'intention de parents participant à une entrevue individuelle

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de l'automne 2009 à l'automne 2011.

**Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

#### Nature de l'étude

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

#### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle, d'une durée d'environ une heure trente, qui portera sur les thèmes suivants :

- (1) les principaux problèmes psychosociaux et de santé rencontrés chez les jeunes fréquentant les Auberges ;
- (2) les trajectoires d'utilisation des services des jeunes (intervenants consultés, résultats, liens entre les différents services) ;

(3) le rôle des approches bio-médicales (qui incluent la médication psychotrope comme solution envisagée par les intervenants rencontrés) dans les services sociaux et de santé ;

(4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent au rétablissement des jeunes, notamment par l'augmentation de leur capacité d'agir et l'amélioration de leurs liens avec leur famille et avec leur environnement social ;

(5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et diversifiées aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un appareil numérique puis retranscrite, en prenant soin de préserver la confidentialité.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

La participation à cette recherche peut fournir une occasion de réfléchir sur le cheminement de votre enfant, et également d'apporter des éléments qui pourraient améliorer les services reçus par les jeunes qui vivent des situations semblables.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation (suite)**

Il est possible que certaines questions abordent des sujets émouvants ou désagréables. Ce risque est compensé par la possibilité de refuser de répondre en partie ou à la totalité des questions. Aussi, une liste de ressources que vous pourrez consulter en cas de besoin, vous sera remise.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, vous demeurez libre de refuser de réponse en partie ou en totalité aux questions et/ou de mettre fin à votre participation et ce, sans avoir à fournir de raison et sans subir de conséquences négatives, notamment en ce qui a trait à la qualité des services offerts dans l'Auberge du cœur que vous avez consultée.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des participants et des données sera strictement protégée. Votre nom sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen

d'un mot de passe. Seuls le chercheur, le co-chercheur et l'assistant de recherche auront accès à ces données. Tout le matériel, incluant les enregistrements et les données, seront conservées pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminées de façon sécuritaire. Votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou publications. Les résultats rendront compte des thèmes ressortis chez l'ensemble des participants.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, si vous désirez recevoir un résumé des résultats de recherche nous vous invitons à laisser vos coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2011. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire, responsable du projet au 418-681-8787 poste 3849 ou par courriel : [pierre.gromaire@csssvc.qc.ca](mailto:pierre.gromaire@csssvc.qc.ca). Vous pouvez également rejoindre la chercheuse principale au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : [bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca)

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e)

consens librement à participer à la

---

recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

### **Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature de l'assistante de recherche

---

Date

### **Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271

courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## **Formulaire de consentement**

### **à l'intention de jeunes adultes (18-30) participant à une entrevue individuelle**

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de septembre 2009 au 31 mars 2011.

**Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

#### **Nature de l'étude**

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

#### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'une durée d'environ une heure trente, qui portera sur votre cheminement de vie (domaines familial, scolaire, professionnel, services de santé et services sociaux reçus) et les événements ayant mené à un séjour dans une Auberge du cœur. L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un appareil numérique et ensuite retranscrite intégralement sur traitement de texte.

#### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

L'avantage de participer à cette recherche est de vous donner l'occasion de réfléchir sur vous-même et sur votre situation mais également, d'apporter des éléments qui pourraient améliorer les services reçus par les jeunes qui vivent des situations semblables à la vôtre.

De plus, pour compenser votre participation à la recherche, peu importe votre âge, un ticket de cinéma vous sera offert.

Il est possible que l'entrevue aborde des sujets qui peuvent vous rappeler des souvenirs désagréables ou émouvants. Ceci est compensé par le fait que vous demeurez libre de ne pas répondre en partie ou en totalité à certaines questions. Aussi, il est possible pour vous d'en parler à un intervenant de votre choix après l'entrevue. Une liste de ressources d'aide vous sera remise.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, vous demeurez libre de refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions et/ou mettre fin à votre participation au projet de recherche, sans avoir à fournir d'explications et sans subir de conséquences négatives, notamment en ce qui a trait à la qualité des services offerts dans l'Auberge du cœur que vous fréquentez ou avez fréquenté.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des participants et des données sera strictement protégée. Votre nom sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe. Seuls le chercheur, le co-chercheur et l'assistante de recherche auront accès à ces données. Tout le matériel de recherche, incluant les enregistrements et les données seront conservés pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminées de façon sécuritaire.

Votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou publications. Les résultats porteront sur les thèmes qui seront ressortis pour l'ensemble des participants.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, tous les

participants qui désirent recevoir un résumé des résultats de recherche sont invités à laisser leurs coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2010. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire, responsable du projet au 418-681-8787 poste 3830, ou par courriel à l'adresse suivante : [pierre.gromaire@csssvc.qc.ca](mailto:pierre.gromaire@csssvc.qc.ca). Vous pouvez également rejoindre la chercheuse principale Mme Bernadette Dallaire au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : [bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca).

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la  
 recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

**Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature de l'assistante de recherche

---

Date

**Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Madame Odette Lagacé  
Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval  
Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271  
Télécopieur: 418 656-3846  
courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)



## Formulaire de consentement

### À l'intention des acteurs médicaux et paramédicaux participant à une entrevue individuelle

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de l'automne 2009 à l'automne 2011.

**Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

#### Nature de l'étude

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

#### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle, d'une durée d'environ une heure trente, qui portera sur les thèmes suivants:

- (1) les principales problématiques psychosociales et de santé rencontrées chez les jeunes fréquentant les Auberges et/ou chez les jeunes présentant de multi-problématiques;
- (2) les trajectoires de services des jeunes (intervenants consultés, résultats, arrimages entre les différents services);

(3) le rôle des approches bio-médicales (incluant la médication psychotrope) dans les services et interventions;

(4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes présentant de multiples problématiques;

(5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et plurielles aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un appareil numérique puis retranscrite, en prenant soin de préserver la confidentialité.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

L'avantage de participer à cette recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances concernant les configurations actuelles des services psychosociaux et médicaux qui agissent sur les trajectoires de vie des jeunes qui présentent des problématiques multiples et résident en maison d'hébergement jeunesse autonome de type communautaire. Il n'y a pas de risque connu à participer à cette étude.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, vous demeurez libre de refuser de réponse en partie ou en totalité aux questions et/ou de mettre fin à votre participation et ce, sans avoir à fournir de raison et sans subir de conséquences négatives.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des participants et des données sera strictement protégée. Votre nom sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe. Seuls le chercheur, le co-chercheur et l'assistante de recherche auront accès à ces données. Tout le matériel de recherche, incluant les enregistrements et les données seront conservés pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminés de façon

sécuritaire. Votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou publications. Les résultats rendront compte des thèmes ressortis chez l'ensemble des participants.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, si vous désirez recevoir un résumé des résultats de recherche nous vous invitons à laisser vos coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2011. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire, responsable du projet au 418-681-8787 poste 3849 ou par courriel : [pierre.gromaire@csssvc.qc.ca](mailto:pierre.gromaire@csssvc.qc.ca). Vous pouvez également rejoindre la chercheuse principale Mme Bernadette Dallaire au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : [bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca).

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e)

consens librement à participer à la

---

recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

### **Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du représentant

---

Date

### **Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271

courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## Formulaire de consentement

### À l'intention d'intervenants participant à une entrevue individuelle

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de l'automne 2009 à l'automne 2011.

**Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

#### **Nature de l'étude**

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

#### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle, d'une durée d'environ deux heures, qui portera sur les thèmes suivants:

- (1) les principales problématiques psychosociales et de santé rencontrées chez les jeunes fréquentant les Auberges et/ou chez les jeunes présentant de multi-problématiques;
- (2) les trajectoires de services des jeunes (intervenants consultés, résultats, arrimages entre les différents services);

- (3) le rôle des approches bio-médicales (incluant la médication psychotrope) dans les services et interventions;
- (4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes présentant de multiples problématiques;
- (5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et plurielles aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

L'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un appareil numérique puis retranscrite, en prenant soin de préserver la confidentialité.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

L'avantage de participer à cette recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances concernant les configurations actuelles des services psychosociaux et médicaux qui agissent sur les trajectoires de vie des jeunes qui présentent des problématiques multiples et résident en maison d'hébergement jeunesse autonome de type communautaire. Il n'y a pas de risque connu à participer à cette étude.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, vous demeurez libre de refuser de réponse en partie ou en totalité aux questions et/ou de mettre fin à votre participation et ce, sans avoir à fournir de raison et sans subir de conséquences négatives.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des participants et des données sera strictement protégée. Votre nom sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe. Seuls le chercheur, le co-chercheur et l'assistante de recherche auront accès à ces données. Tout le matériel, incluant les enregistrements et les données, seront conservés pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminés de façon sécuritaire. Votre nom

n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou publications. Les résultats rendront compte des thèmes ressortis chez l'ensemble des participants.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, si vous désirez recevoir un résumé des résultats de recherche nous vous invitons à laisser vos coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2011. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire au 418-681-8787 poste 3849 ou par courriel : pierre.gromaire@csssvc.qc.ca. Vous pouvez également joindre la chercheuse principale Mme Bernadette Dallaire au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e)

consens librement à participer à la

---

recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

### **Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du représentant

---

Date

### **Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271

courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)



## **Formulaire de consentement**

### **À l'intention d'intervenants participant à un groupe de discussion**

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de septembre 2009 au 31 mars 2011.

**Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.**

#### **Nature de l'étude**

Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.

#### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à un groupe de discussion, d'une durée d'environ deux heures, qui portera sur les thèmes suivants:

- (1) les principales problématiques psychosociales et de santé rencontrées chez les jeunes fréquentant les Auberges et/ou chez les jeunes présentant de multi-problématiques;
- (2) les trajectoires de services des jeunes (intervenants consultés, résultats, arrimages entre les différents services);

(3) le rôle des approches bio-médicales (incluant la médication psychotrope) dans les services et interventions;

(4) dans quelle mesure les services actuellement offerts contribuent à l'appropriation du pouvoir d'agir, à l'affiliation sociale et au rétablissement des jeunes présentant de multiples problématiques;

(5) les moyens permettant d'apporter des solutions adaptées et plurielles aux problèmes vécus par les jeunes, incluant une meilleure articulation entre les différents services (sociaux, cliniques et médicaux).

Les discussions seront enregistrées à l'aide d'un appareil numérique et ensuite, un résumé de la rencontre sera rédigé.

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles à votre participation**

L'avantage de participer à cette recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances concernant les configurations actuelles des services psychosociaux et médicaux qui agissent sur les trajectoires de vie des jeunes qui présentent des problématiques multiples et résident en maison d'hébergement jeunesse autonome de type communautaire. Il n'y a pas de risque connu à participer à cette étude.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

En tout temps, vous demeurez libre de refuser de réponse en partie ou en totalité aux questions et/ou de mettre fin à votre participation et ce, sans avoir à fournir de raison et sans subir de conséquences négatives.

### **Confidentialité et gestion des données**

La confidentialité des participants et des données sera strictement protégée. Votre nom sera remplacé par un code numérique. Pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé. Les données sur système informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe. Seuls le chercheur, le co-chercheur et l'assistante de recherche auront accès à ces données. Tout le matériel, incluant les enregistrements et les données, seront conservés pour une durée de cinq ans suivant l'étude pour être ensuite éliminés de façon sécuritaire.

Votre nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou publications. Les résultats rendront compte des thèmes ressortis chez l'ensemble des participants. Enfin, la confidentialité des données recueillies pendant la rencontre dépend également de la collaboration de tous les participants à ce groupe de discussion.

### **Diffusion des résultats**

Des présentations des résultats du projet seront faites dans les Auberges du cœur participantes auxquelles pourront assister l'ensemble des jeunes recevant ou ayant reçu des services dans une Auberge du cœur, les intervenants des Auberges et membres de familles. Par ailleurs, tous les participants qui désirent recevoir un résumé des résultats de recherche sont invités à laisser leurs coordonnées (courrier électronique ou adresse postale). Ces résultats seront disponibles à partir de l'automne 2010. Si vos coordonnées venaient qu'à changer, vous êtes invité à nous en informer.

### **Renseignements supplémentaires**

Toute question concernant cette étude pourra être adressée à Pierre Gromaire au 418-681-8787 poste 3849 ou par courriel : pierre.gromaire@csssvc.qc.ca. Vous pouvez également joindre la chercheuse principale Mme Bernadette Dallaire au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca.

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

#### **Signature du participant**

Je soussigné(e)

consens librement à participer à la

---

recherche intitulée : La médicalisation des problèmes psychosociaux des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur du Québec: vers des interventions visant leur affiliation sociale. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'assistante de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du (de la) participant (e)

---

Date

### **Signature du chercheur ou de son représentant**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du représentant

---

Date

### **Plaintes ou critiques**

Pour formuler une plainte ou une critique, vous pouvez contacter le Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Madame Odette Lagacé

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat: 418 656-3081 ou 1 866 323-2271

Télécopieur: 418 656-3846

courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

**Annexe 5 — Guides d'entretiens:**

**(1) jeunes; (2) parents; (3) intervenants médicaux et scolaires**

## Guide d'entretien pour les entrevues INDIVIDUELLES avec les jeunes (12-30)

### Projet Auberge du cœur

*Note : les consignes à l'interviewer sont inscrites en italique*

#### **Instructions à donner avant de commencer l'entrevue**

*[Mentionner au participant au début de l'entrevue]*

- Dans un premier temps, j'aimerais avec toi, retracer les principaux événements que tu as vécus depuis ton enfance en lien avec ces domaines : école, famille, relation interpersonnelles, les rencontres avec les services psychosociaux et médicaux, et les événements qui sont liés à ta venue à une Auberge du cœur.
- Ensuite, nous reprendrons chacun de ces événements et nous en discuterons plus en détails.
- Enfin, on terminera l'entrevue par des questions plus générales
- Est-ce que tu as des questions jusqu'à maintenant sur le déroulement de l'entrevue?

#### **I. Première partie –Trajectoire de vie**

1.1 J'aimerais que tu me racontes, selon toi, quels sont les événements qui ont mené à ta venue à une Auberge du cœur présentement?

1.2 Maintenant, si tu avais à raconter l'histoire de ta vie en mentionnant des événements marquants ou importants dans ta vie depuis ton enfance, ta jeunesse, quels événements me mentionnerais-tu?

Pour t'aider, je te rappelle que ce qui nous intéresse ici, ce sont des événements que tu as pu vivre liés à différents thèmes touchant par exemple, le domaine scolaire, familial, personnel, et les rencontres que tu as eu avec différents intervenants, la toxicomanie, la santé mentale, le système judiciaire, le centre jeunesse, la DPJ, hospitalisation, le milieu médical, etc)

*[Prendre les événements en note pour pouvoir y revenir par la suite]*

## **II. Deuxième partie-Reprise des événements :**

*[Ici, nous reprenons les événements mentionnés en première partie et invitons le jeune à élaborer sur chacun d'eux]*

2.1 Tu me parlais de (événement mentionné par le jeune), j'aimerais que tu m'en parles davantage :

2.1 D'après toi, qu'est-ce qui explique que tu aies vécu cette situation?  
*[ou autre formulation : comment tout ça a commencé selon toi?]*

2.1.2 J'aimerais que tu me parles de la façon dont tu as réagi face à cette situation :

2.1.2.1 En as-tu parlé à quelqu'un? Ou est-ce que tu as demandé de l'aide?

2.1.2.2 Que s'est-il passé par la suite?

2.1.2.3 Est-ce que tu as rencontré/ou tes parents t'ont amené à rencontrer un intervenant dans cette situation? Si oui, quel type d'intervenant-ressource as-tu rencontré?

2.1.2.3.1 Est-ce que la rencontre de cet intervenant a changé quelque chose dans cette situation?

2.1.2.3.2 Dirais-tu que la rencontre de cet intervenant a été aidante ou non-aidante? Peux-tu nous en dire plus?

### 3 Troisième partie- Questions générales

*[poser les questions, si elles n'ont pas été abordées lors des sections précédentes]*

3.1 Est-ce qu'il t'est arrivé de voir un médecin/consulter l'hôpital pour un problème de santé mentale, de comportement/autre que physique?

*[si le participant répond oui, demander les questions 3.2 à 3.4, sinon, passer à la question 3.5]*

3.2 Est-ce qu'un médecin t'a déjà prescrit un médicament pour ce type de problème?

3.3 Lorsque tu as reçu une prescription pour une médication psychotrope, est-ce que l'on t'a expliqué pour quelle raison elle t'a été prescrite?

3.4 À ce moment là, par rapport à ce problème, cette situation, est-ce qu'il y a d'autres types d'aide que tu as reçu, en plus de la médication?

3.5 Dans les différentes situations que tu as vécues, que dirais-tu qui t'as aidé le plus?  
*[mentionner les suggestions, s'il n'a pas d'idées : ce peut être à l'intérieur de toi, une personne que tu as rencontrée ou que tu connaissais déjà, une ressource, une activité, et/ou autre]*

3.6 Est-ce que tu as eu l'impression d'avoir le choix, d'avoir ton mot à dire dans les situations suivantes :

3.6.1 Dans les différents événements qui se sont déroulés dans ta vie et que tu m'as mentionnés?

3.6.1 lors de la rencontre des intervenants?



3.6.2 dans le choix des solutions qui se sont offertes à toi dans ces différentes situations?

3.7 Si tu avais le pouvoir de changer une chose dans ta vie, que voudrais-tu changer?

3.8 Où aimerais-tu être dans 5 ans? De quoi aurais-tu besoin pour y arriver ou qu'est-ce qui devrait être fait pour que ce soit possible pour toi d'y arriver?

3.9 En terminant, j'aimerais que tu me dises, selon toi, de quoi ont besoin les jeunes qui demandent de l'aide aux Auberges du cœur?

#### 4. Quatrième partie

*Administrer la fiche de données socio-démographiques*

#### Données socio-démographiques

Entrevue # :	
Date :	
Âge :	
Sexe :	
Fréquentation scolaire actuelle : oui non	Niveau de scolarisation : Primaire :                      Secondaire :
Dernier niveau atteint:	Primaire :                      Secondaire :
Avec qui habite-il?:	Mère et père biologiques :

	Mère et père adoptifs : Mère seule : Père seul : Mère et conjoint : Père et conjoint : Garde partagée : Autre :
Hospitalisation en pédopsychiatrie, psychiatrie et/ou liée à la toxicomanie :  oui    non	Durée séjour 1 :            âge : Durée séjour 2 :            âge : Durée séjour 3 :            âge :
Séjour centre jeunesse : oui    non	# de séjours : Durée séjour 1 :            âge : Durée séjour 2 :            âge : Durée séjour 3 :            âge :
Prise de médication psychotrope actuelle :  oui    non	Type de médication :
Commentaires :	

**Guide d'entretien pour les  
entrevues menées auprès de  
PARENTS**

**I. Première partie-présentation des résultats**

Présentation d'un résumé des principaux résultats provenant des entrevues individuelles

1. D'après votre expérience et les résultats exposés précédemment, quels sont les besoins (personnels et sociaux) les plus importants des jeunes qui vivent ces problématiques?

**II. Deuxième partie- Questions**

2. Lorsque votre enfant vit une situation difficile, ou que vous vivez une situation familiale difficile avec votre enfant, où allez-vous consulter pour avoir de l'aide?

3. Selon votre expérience, est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes?

3.1 Répondent-ils aux besoins de leur famille?

4. J'aimerais que l'on aborde les services que vous et votre enfant avez reçus et les intervenants que vous avez rencontrés :

4.1 Au moment où vous avez eu recours à des services pour votre enfant ou votre famille, quelles étaient vos attentes envers ses services

4.2 Dans un premier temps j'aimerais que vous me disiez ce que vous avez apprécié le plus, ce qui vous a le plus aidé

- 4.3 Dans un deuxième temps, j'aimerais, que vous me disiez, ce que vous avez le moins aimé, ou que vous avez trouvé le plus difficile.
5. Que pensez-vous de la prise de médication psychotrope chez les jeunes en difficulté?
- 5.1 Pouvez-vous identifier des avantages à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?
- 5.2 Pouvez-vous identifier des désavantages à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?
6. Pour ceux parmi vous, dont l'enfant a reçu une prescription pour une médication psychotrope, est-ce qu'il vous a été proposé d'autres solutions en plus de la médication?
7. Lors de vos rencontres avec différents intervenants et services, est-ce que vous sentiez que votre jeune et vous étiez écoutés? Pouviez-vous exprimer votre opinion dans le choix des solutions qui vous ont été offertes ou ont été appliquées?
8. Si vous aviez un conseil à donner à des intervenants qui travaillent avec des jeunes en difficulté et leur famille, quel serait-il?
- 8.1 Et quel conseil donneriez-vous pour aider ces jeunes vivre un succès, à leur donner le goût d'aller de l'avant?
9. Selon vous, qu'est-ce qui fait la différence dans une intervention pour venir en aide aux jeunes en difficulté et à leur famille?
10. Qu'est-ce que vous aimeriez qui soit amélioré dans l'aide et les interventions offertes aux jeunes et à leur famille?

**Guide d'entretien pour les  
entrevues menées auprès d'intervenants du  
MILIEU MÉDICAL**

*\* note : les consignes à l'interviewer sont inscrites en italiques et entre [ ]*

### **I. Première partie**

*Présentation d'un résumé du compte rendu des résultats provenant des entrevues individuelles*

1. Selon-vous est-ce que le portrait présenté rejoint la situation des jeunes que vous rencontrez ces dernières années?

### **II. Deuxième partie**

2. À la lumière de ce que vous connaissez, des situations que vous rencontrez, quels sont les besoins des jeunes qui vivent de multiples problématiques?

3. Lorsque vous rencontrez le jeune et sa famille, quelles sont les attentes qu'ils ont à votre égard et à l'égard de l'intervention?

4. Quelles sont les principales contraintes que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès d'un jeune? *[Au besoin, suggérer des thèmes à explorer : en termes de services, collaboration, adaptation aux problématiques particulières]*

5. Est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes? Et de leur famille? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

6. Pouvez-vous identifier des éléments qui posent problème dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale?

*[Poser les questions 6.1 et 6.2, seulement si le sujet n'a pas été abordé plus tôt]*

6.1 Est-il possible d'affirmer qu'il y a une continuité de services offerts aux jeunes? Est-ce la même situation pour les jeunes de 18 ans et plus? Et pour tous les types de problématiques?

6.2 Qu'est-ce qui pourrait être dit sur la collaboration avec les autres milieux, et les autres types de ressources? *[suggérer :on peut penser au milieu scolaire, médical, de la toxicomanie, ressources communautaires, institutionnelles, par exemple]*

7. Quelle est le rôle du milieu médical dans l'offre de services aux jeunes présentant des problématiques multiples, y compris des problèmes de santé mentale?

8. Que penser de l'utilisation de services psychosociaux dans l'intervention auprès des jeunes qui ont des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale?

9. Est-il possible de dire qu'il y a un équilibre actuellement entre l'offre de services médicaux et l'offre de services psychosociaux s'adressant aux jeunes qui présentent des problématiques multiples dont les problèmes de santé mentale?

10. Que pensez-vous de la prescription de médication psychotrope à des jeunes en difficulté ?

10.1 Quels éléments positifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication chez ces jeunes?

10.2 Quels éléments négatifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?

11. Pouvez-vous identifier des points forts que vous appréciez dans l'offre de services pour les jeunes qui présentent de multiples problématiques dont des problèmes de santé mentale?

12. Si vous pouviez changer une chose, dans la façon d'intervenir, dans l'offre de services destinés aux jeunes en difficulté, quelle serait-elle?

13. Quelle est la place accordée au jeune, à son opinion, à son autonomie dans l'offre de services actuelle?

14. En intervention, qu'est-ce qui fait la différence? Qu'est-ce qui permet d'aider les jeunes à vivre un succès et à aller de l'avant?

**Guide d'entretien pour**  
**les entrevues menées auprès d'intervenants**  
**MILIEU COMMUNAUTAIRE SCOLAIRE**

**I. Première partie**

*Présentation d'un résumé du compte rendu des résultats provenant des entrevues individuelles*

1. Selon-vous est-ce que le portrait présenté rejoint la situation des jeunes que vous rencontrez ces dernières années?

**II. Deuxième partie**

2. À la lumière de ce que vous connaissez, des situations que vous rencontrez, quels sont les besoins des jeunes qui vivent de multiples problématiques?

3. Lorsque vous rencontrez le jeune et sa famille, si c'est le cas, quelles sont les attentes qu'ils ont à votre égard, à l'égard de l'intervention?

4. Quelles sont les principales contraintes que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès d'un jeune? *[Au besoin, suggérer des thèmes à explorer : en termes de services, collaboration, adaptation aux problématiques particulières]*

5. Est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes? Et de leur famille? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

6. Pouvez-vous identifier des éléments qui posent problème dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale?



*[Poser les questions suivantes, seulement si le sujet n'a pas été abordé plus tôt]*

- 6.1 Est-il possible d'affirmer qu'il y a une continuité de services offerts aux jeunes? Est-ce la même situation pour les jeunes de 18 ans et plus? Et pour tous les types de problématiques?
- 6.2 Qu'est-ce qui pourrait être dit sur la collaboration avec les autres milieux, et les autres types de ressources? *[suggérer :on peut penser au milieu scolaire, médical, de la toxicomanie, ressources communautaires, institutionnelles, par exemple]*
7. Quel est le rôle d'un organisme comme le vôtre, ou des organismes communautaires dans l'offre de services aux jeunes qui ont des problématiques multiples y compris des problèmes de santé mentale?
8. Sentez-vous que ce rôle est reconnu dans l'offre de service aux jeunes en difficulté?
9. Est-il possible de dire qu'il y a un équilibre actuellement entre l'offre de services médicaux et l'offre de services psychosociaux s'adressant aux jeunes qui présentent des problématiques multiples dont les problèmes de santé mentale?
10. Que pensez-vous de la prescription de médication psychotrope à des jeunes en difficulté?
- 10.1 Quels éléments positifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication chez ces jeunes?
- 10.2 Quels éléments négatifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?
11. Pouvez-vous identifier des points forts que vous appréciez dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent de multiples problématiques dont les problèmes de santé mentale?
12. Si vous pouviez changer une chose, dans la façon d'intervenir, dans l'offre de service destinés aux jeunes, quelle serait-elle?

13. Quelle est la place accordée au jeune, à son opinion, à son autonomie dans l'offre de services actuelle?

14. En intervention, qu'est-ce qui fait la différence? Qu'est-ce qui permet d'aider les jeunes à vivre un succès et à aller de l'avant?

**Annexe 6 — Guides pour groupes de discussion:**

**(1) jeunes majeurs; (2) intervenants des Auberges; (3) intervenants des CSSS; (4)  
intervenants communautaires**

**Guide pour le**  
**Groupe de discussion mené auprès de**  
**JEUNES (18-30 ans)**

## **I. Première partie**

*Présentation de la synthèse des principaux résultats provenant des entrevues individuelles*

1. À la lumière des situations présentées, et de votre expérience, selon vous, de quoi ont besoin les jeunes qui vivent des situations difficiles (sur le plan familial, relationnel, avec le système de services sociaux et judiciaire, de la toxicomanie, de la santé mentale)?

## **II. Deuxième partie**

2. J'aimerais que l'on aborde les services que vous avez reçus, les intervenants que vous avez rencontrés
  - 2.1 Dans un premier temps j'aimerais que vous me disiez ce que vous avez apprécié le plus, ce qui vous a le plus aidé.
  - 2.2 Dans un deuxième temps, j'aimerais, que vous me disiez, ce que vous avez le moins aimé, ou que vous avez le plus difficile.
3. Parmi les personnes que vous avez rencontrées (médecins, infirmière, psychologue, travailleur social, etc) pendant votre cheminement, laquelle diriez-vous qui vous a le plus aidé?
  - 3.1 Qu'est-ce qui explique votre choix [*suggestion si pas d'idées : caractéristiques de la personne, de la relation*] ?
4. Que pensez-vous de la prise de médication psychotrope chez les jeunes en difficulté?

- 4.1 Pouvez-vous identifier des avantages liés à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?
- 4.2 Pouvez-vous identifier des inconvénients liés à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?
5. Lorsque les jeunes vivent une situation difficile, ou ont besoin d'aide, et rencontrent différents intervenants et services, est-ce qu'on pourrait dire qu'ils ont leur mot à dire et sont écoutés quand aux services à consulter, ou l'aide qui leur est offerte?
6. Si vous aviez un conseil à donner à ceux qui travaillent à aider les jeunes comme vous se réaliser et leur donner le goût d'aller de l'avant, quel serait-il?
7. Qu'est-ce que vous aimeriez qui soit amélioré dans l'aide et les interventions offertes aux jeunes?

### **III. Troisième partie- Conclusion**

Résumé rapide de ce qui a été dit et vérifications auprès des participants : est-ce que le résumé correspond à ce qui a été dit, est-ce qu'il y a des éléments à ajouter.

Remerciements aux participants

**Guide pour le**  
**Groupe de discussion mené auprès d'intervenants d'une**  
**AUBERGE DU CŒUR**

*\* note : les consignes à l'interviewer sont inscrites en italiques et entre [ ]*

**I. Première partie**

*Présentation d'un résumé du compte rendu des résultats provenant des entrevues individuelles*

1. Selon-vous est-ce que le portrait présenté rejoint la situation des jeunes que vous rencontrez ces dernières années?

**II. Deuxième partie**

2. À la lumière de ce que vous connaissez, des situations que vous rencontrez, quels sont les besoins des jeunes qui vivent de multiples problématiques?

3. Lorsque vous rencontrez le jeune et sa famille, quelles sont les attentes qu'ils ont à votre égard et à l'égard de l'intervention?

4. Quelles sont les principales contraintes que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès d'un jeune? *[Au besoin, suggérer des thèmes à explorer : en termes de services, collaboration, adaptation aux problématiques particulières]*

5. Est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes? Et de leur famille? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

6. Pouvez-vous identifier des éléments qui posent problème dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale? (question d'ordre général qui permet d'aborder plusieurs sujets)

*[Poser les questions 6.1 et 6.2, seulement si le sujet n'a pas été abordé plus tôt]*

6.1 Est-il possible d'affirmer qu'il y a une continuité de services offerts aux jeunes? Est-ce la même situation pour les jeunes de 18 ans et plus? Et pour tous les types de problématiques?

6.2 Qu'est-ce qui pourrait être dit sur la collaboration avec les autres milieux, et les autres types de ressources? *[suggérer :on peut penser au milieu scolaire, médical, de la toxicomanie, ressources communautaires, institutionnelles, par exemple]*

7. Quelle est le rôle de l'Auberge dans l'offre de services aux jeunes présentant des problématiques multiples, y compris les problèmes de santé mentale?

8. Sentez-vous que ce rôle est reconnu par les autres acteurs institutionnels dans l'offre de services destinés à ces jeunes?

9. Est-il possible de dire qu'il y a un équilibre actuellement entre l'offre de services médicaux et l'offre de services psychosociaux s'adressant aux jeunes qui présentent des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale?

10. Que pensez-vous de la prescription de médication psychotrope à des jeunes en difficulté?

10.1 Quels éléments positifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication chez ces jeunes?

10.2 Quels éléments négatifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?

11. Pouvez-vous identifier des points forts que vous appréciez dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent de multiples problématiques dont les problèmes de santé mentale? (question d'ordre général qui permet d'aborder plusieurs sujets)
  
12. Si vous pouviez changer une ou des choses, dans la façon d'intervenir, dans les processus, dans l'offre de service offerte aux jeunes, quelle serait-elle?
  
13. Quelle est la place accordée au jeune, à son opinion, à son autonomie dans l'offre de service actuelle?
  
14. En intervention, qu'est-ce qui fait la différence? Qu'est-ce qui permet d'aider les jeunes à vivre un succès et à aller de l'avant?

### **III. Troisième partie- Conclusion**

Résumé rapide de ce qui a été dit et vérifications auprès des participants : est-ce que le résumé correspond à ce qui a été dit, est-ce qu'il y a des éléments à ajouter.

Remerciements aux participants



**Guide pour le**  
**Groupe de discussion mené auprès d'intervenants**  
**CSSS-enfance famille jeunesse/santé mentale**

*\* note : les consignes à l'interviewer sont inscrites en italiques et entre [ ]*

## **I. Première partie**

*Présentation d'un résumé du compte rendu des résultats provenant des entrevues individuelles*

1. Selon-vous est-ce que le portrait présenté rejoint la situation des jeunes que vous avez rencontrés ces dernières années?

## **II. Deuxième partie**

### Parents et jeunes

2. À la lumière de ce que vous connaissez, des situations que vous rencontrez au quotidien, quels sont les besoins des jeunes qui vivent de multiples problématiques?

3. Lorsque vous rencontrez le jeune et sa famille, quelles attentes ont-ils à votre égard, et par rapport à l'intervention?

4. Dans le cadre de votre pratique quotidienne, quelles sont les principales contraintes que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès d'un jeune ? *[Au besoin, suggérer des thèmes à explorer : en termes de services, collaboration, adaptation aux problématiques particulières]*

### Organisation du travail et pratiques quotidiennes

5. Quel est le rôle du CSSS dans l'offre de services aux jeunes qui ont des problématiques multiples y compris des problèmes de santé mentale ?

6. D'après vous, dans le cadre de votre pratique, est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes ? Et de leur famille ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

7. Pouvez-vous identifier des éléments qui posent problème dans l'offre de service pour les jeunes ou ceux qui facilitent ?

Notamment à propos de la continuité de services offerts, des différents types de problématiques, mais aussi en ce qui concerne la collaboration avec les autres milieux, et les autres types de ressources? *[suggérer :on peut penser au milieu scolaire, médical, de la toxicomanie, ressources communautaires, institutionnelles, par exemple]*

8. Est-il possible de dire qu'il y a un équilibre actuellement entre l'offre de services médicaux et l'offre de services psychosociaux s'adressant aux jeunes ?

### Les médicaments

9. Que pensez-vous de la prescription de médication psychotrope aux jeunes en difficulté ?

9.1 Quels éléments positifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication chez ces jeunes ?

9.2 Quels éléments négatifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes ?

10. Constatez-vous une progression du nombre de prescription ? Si oui, quel pourrait en être la cause ?

11. D'après vous, quelle est l'opinion des parents à propos de la prise de médicaments de leur jeune ? Quelle est leur opinion concernant l'intervention psychosociale ?

### Perspectives

12. Si vous pouviez changer une chose, dans la façon d'intervenir, dans l'offre de services destinés aux jeunes en difficulté, quelle serait-elle?

13. Quelle est la place accordée au jeune, à son opinion, à son autonomie de choix dans l'offre de services actuelle?

14. En intervention, qu'est-ce qui fait la différence et qui vous permet de réussir ? Qu'est-ce qui permet d'aider les jeunes à vivre un succès et à aller de l'avant ?

### **III. Troisième partie- Conclusion**

Résumé rapide de ce qui a été dit et vérifications auprès des participants : est-ce que le résumé correspond à ce qui a été dit, est-ce qu'il y a des éléments à ajouter.

Remerciements aux participants

**Guide pour le**  
**Groupe de discussion mené auprès d'intervenants**  
**MILIEU COMMUNAUTAIRE**

*\* note : les consignes à l'interviewer sont inscrites en italiques et entre [ ]*

**I. Première partie**

*Présentation d'un résumé du compte rendu des résultats provenant des entrevues individuelles*

1. Selon-vous est-ce que le portrait présenté rejoint la situation des jeunes que vous rencontrez ces dernières années?

**II. Deuxième partie**

2. À la lumière de ce que vous connaissez, des situations que vous rencontrez, quels sont les besoins des jeunes qui vivent de multiples problématiques?

3. Lorsque vous rencontrez le jeune et sa famille, si c'est le cas, quelles sont les attentes qu'ils ont à votre égard, à l'égard de l'intervention?

4. Quelles sont les principales contraintes que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès d'un jeune? *[Au besoin, suggérer des thèmes à explorer : en termes de services, collaboration, adaptation aux problématiques particulières]*

5. Est-ce que les services actuels répondent aux besoins des jeunes? Et de leur famille? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

6. Pouvez-vous identifier des éléments qui posent problème dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent des problématiques multiples dont des problèmes de santé mentale?

*[Poser les questions suivantes, seulement si le sujet n'a pas été abordé plus tôt]*

6.1 Est-il possible d'affirmer qu'il y a une continuité de services offerts aux jeunes? Est-ce la même situation pour les jeunes de 18 ans et plus? Et pour tous les types de problématiques?

6.2 Qu'est-ce qui pourrait être dit sur la collaboration avec les autres milieux, et les autres types de ressources? *[suggérer :on peut penser au milieu scolaire, médical, de la toxicomanie, ressources communautaires, institutionnelles, par exemple]*

7. Quel est le rôle d'un organisme comme le vôtre, ou des organismes communautaires dans l'offre de services aux jeunes qui ont des problématiques multiples y compris des problèmes de santé mentale?

8. Sentez-vous que ce rôle est reconnu dans l'offre de service aux jeunes en difficulté?

9. Est-il possible de dire qu'il y a un équilibre actuellement entre l'offre de services médicaux et l'offre de services psychosociaux s'adressant aux jeunes qui présentent des problématiques multiples dont les problèmes de santé mentale?

10. Que pensez-vous de la prescription de médication psychotrope à des jeunes en difficulté?

10.1 Quels éléments positifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication chez ces jeunes?

10.2 Quels éléments négatifs pouvez-vous attribuer à la prise de médication psychotrope chez ces jeunes?

11. Pouvez-vous identifier des points forts que vous appréciez dans l'offre de service pour les jeunes qui présentent de multiples problématiques dont les problèmes de santé mentale?

12. Si vous pouviez changer une chose, dans la façon d'intervenir, dans l'offre de service destinés aux jeunes, quelle serait-elle?

13. Quelle est la place accordée au jeune, à son opinion, à son autonomie dans l'offre de services actuelle?

14. En intervention, qu'est-ce qui fait la différence? Qu'est-ce qui permet d'aider les jeunes à vivre un succès et à aller de l'avant?

### **III. Troisième partie- Conclusion**

Résumé rapide de ce qui a été dit et vérifications auprès des participants : est-ce que le résumé correspond à ce qui a été dit, est-ce qu'il y a des éléments à ajouter.

Remerciements aux participants

**Annexe 7 — Formulaire d'engagement à la confidentialité pour les étudiants et professionnels de recherche travaillant sur le projet**

## FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

### *Projet : La médicalisation des problèmes psychosociaux chez des jeunes hébergés dans des Auberges du cœur : vers des interventions visant leur affiliation sociale*

Cette étude est dirigée par Bernadette Dallaire, Ph.D., professeure à l'École de service social de l'Université Laval et co-dirigée par Lucie Gélinau, professeure au département de médecine sociale et préventive de la même université. Toutes deux sont chercheuses au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM) au Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS de la Vieille-Capitale). Elle est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Elle se déroulera sur une période de deux ans, soit de septembre 2009 au 31 mars 2011.

Il m'a été expliqué que :

1. Les objectifs généraux de cette étude sont d'avoir une meilleure connaissance des cheminements de vie et de services de jeunes hébergés dans des Auberges du cœur et de suggérer des améliorations des services permettant de mieux soutenir les jeunes hébergés ainsi que d'autres jeunes vivant des situations semblables.
2. Pour réaliser cette recherche, l'équipe de recherche mène des entrevues semi dirigées avec des jeunes âgées entre 14 et 17 ans hébergés ou ayant été hébergés dans des Auberges du cœur. Il y a également des groupes de discussion réalisés auprès de jeunes de 18 ans et plus, de parents, d'intervenants des domaines sociaux et médicaux. Par la signature d'un formulaire d'assentiment, dans le cas de jeunes d'âge mineur, et de consentement écrit, dans tout les autres cas, un représentant de l'équipe de recherche s'engage auprès des participants à assurer la confidentialité des données recueillies.
3. Dans l'exercice de mes fonctions de coordonnatrice ou d'assistant (e) de recherche, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé avec les participants et je m'engage à :
  - a. À assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
  - b. À assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
  - c. À ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.



## Signatures

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Coordonnatrice ou Assistant de recherche

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Chercheur

Si vous avez des questions à propos de la recherche, vous pouvez contacter Bernadette Dallaire, chercheuse principal, par téléphone au 418-656-2131 poste 12899 ou par courriel : [bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca](mailto:bernadette.dallaire@svs.ulaval.ca).

Pour toute plainte ou critique concernant le projet, vous pouvez communiquer avec l'Ombudsman de l'Université Laval au 656-3081 ou par courriel au [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca).

Numéro d'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval : 2008-288/18-09-2009