

Université de Montréal

L'implication des deux parents dans
l'intervention en contexte d'autorité auprès
d'adolescent(e)s en difficulté d'adaptation sociale

par
Louise Mantha
École de service social
Faculté des arts et des sciences

Rapport d'analyse de pratiques
présenté à l'École de service social
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en service social,
programme de qualification professionnelle
offert en extension par
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Octobre 2001



© Louise Mantha, 2001



BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Identification du jury

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Département des Sciences
du Développement humain et social

Ce rapport d'analyse de pratiques intitulé :

L'implication des deux parents dans
l'intervention en contexte d'autorité auprès
d'adolescent(e)s en difficulté d'adaptation sociale

présenté par
Louise Mantha

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Diane Champagne,
Monsieur Gilles Rondeau et
Monsieur Daniel Thomas

Rapport d'analyse de pratiques accepté le : 6 décembre 2001

Résumé

L'adolescence est un temps de la vie qui peut être difficile autant pour les adolescent(e)s que pour leurs parents. Le jeune vit des changements physiques et psychologiques, son besoin d'autonomie et son besoin d'indépendance vis-à-vis les valeurs familiales véhiculées par les parents augmentent. Il est aussi en pleine définition de ses propres valeurs, de ses goûts et de ses désirs. Tout ce processus amène les parents à des remises en question qui occasionnent parfois des conflits avec leur adolescent(e). Ce passage de statut se transforme souvent en un contexte difficile pour l'adolescent(e) et il arrive parfois qu'il développe des problèmes de comportement comme les troubles de conduite, la toxicomanie et le suicide. Lorsque les problèmes s'aggravent, il arrive qu'un signalement soit effectué à la Protection de la jeunesse. Si la compromission est établie, une intervention en contexte d'autorité est dispensée à l'adolescent(e) et à ses parents. Pour enrayer la compromission, j'ai pu observer une différence lorsque les deux parents participaient activement aux rencontres. Ce rapport d'analyse de pratique a donc pour objectif de voir s'il y a une diminution ou un arrêt d'utilisation de comportements socialement inacceptables par les adolescent(e)s lorsque les deux parents s'impliquent dans l'aide apportée à leur enfant. L'analyse de neuf cas permet de comprendre certains impacts positifs de ce type d'intervention sur ces adolescent(e)s.

Mots-clés : adolescent, troubles de conduite, toxicomanie, suicide, intervention en contexte d'autorité.

Abstract

The adolescence is a time of the life, which can be difficult as much for teenager as for their parents. The young person lives physical and psychological changes, his need of autonomy and independence in front of domestic values conveyed by the parents increase. It is also in full definition of its own values, its tastes and its desires. All this process brings the parents to questionings, which sometimes cause conflicts with their teenager. This passage of status is often transformed into a difficult context for the teenager and it sometimes happens that it develops problems of behaviour as confusions of behaviour, drug addiction and suicide. When the problems deteriorate, it happens that a description is made in the Protection of the youth. If compromising east establishes, an intervention in context of authority is distributed to the teenager and to his parents. To stop compromising, it is preferable and beneficial to be able to imply both parents to participate actively in the meetings. This report of analysis of practice aims thus to see whether there is a reduction or a stop of unacceptable social behaviors by the adolescents met when the two parents involve themselves in the assistance to bring to their child. The analysis of nine cases could show certain positive impact on these adolescents.

Key words: teenager, disturb of control, drug-addiction, suicide, intervention in context of authority.

Table des matières

Avant-propos.....	i
Chapitre 1 Revue de la littérature	1
1.1 La plus délicate des transitions : l'adolescence	3
1.2 Les troubles de conduite chez les adolescent(e)s	13
1.3 La consommation de drogue et d'alcool chez les adolescent(e)s.....	20
1.4 Le suicide chez les adolescent(e)s	30
Conclusion	40
Chapitre 2 Présentation du milieu de stage	44
2.1 Mandat du Centre jeunesse en Abitibi-Témiscamingue	45
2.2 Structuration organisationnelle du Centre jeunesse en Abitibi-Témiscamingue ...	47
2.3 Difficultés et clientèle desservies.....	48
2.4 Tâche et fonction des intervenant(e)s de la DPJ	49
2.5 Approche préconisée en protection de la jeunesse en Abitibi-Témiscamingue.....	50
2.6 Présentation du milieu de stage et du milieu social	52
Chapitre 3 Présentation de cas	54
3.1 Problèmes rencontrés et clientèle desservie.....	55
3.2 Présentation des cas retenus pour les fins de ce rapport	57
3.3 Présentation globale des cas en lien avec les caractéristiques décrites dans la littérature.....	63
3.4 Présentation de l'intervention effectuée.....	69
Chapitre 4 Analyse critique de l'intervention.....	88

4.1 L'intervention en contexte d'autorité.....	89
4.2 Les constatations liées à l'approche systémique préconisée.....	95
4.3 Les limites liées à l'absence d'implication des deux parents.....	98
Bibliographie.....	104
Annexe I Critères diagnostiques du F91 .x (312.8) Trouble des conduites	111
Annexe II Développement de la crise suicidaire	114
Annexe III Article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse.....	116

Liste des tableaux

Tableau 1 : Types de produits, les effets physiques et psychologiques	29
Tableau 2: Facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les adolescent(e)s.....	36
Tableau 3: Nombre de cas, au 31 mars 2001, par alinéas de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse pour chaque point de service.	49
Tableau 4: Nombre de cas rencontrés au bureau de Lebel-sur-Quévillon et à Senneterre pour chaque alinéas de l'article 38 de la LPJ.....	56
Tableau 5: Répartition des cas de troubles de comportement pour chaque point de service en région, en nombre et en pourcentage au 30 mars 2001.....	57
Tableau 6: Problèmes considérés comme compromettant le jeune lors de l'évaluation du signalement.	64
Tableau 7: Caractéristique prédisposante et le nombre de jeunes par caractéristique.	66

Liste des figures

Figure 1 : Classification possible des problèmes de comportement	12
Figure 2: Un modèle étiologique des problèmes d'adaptation de la naissance à l'adolescence (version linéaire schématisée).....	17

**A mon fils Yoan, 14 ans, et à tous les
adolescent(e)s à la recherche de leur identité**

Remerciements

Compléter une maîtrise demande de la persévérance et beaucoup d'encouragement ainsi que du soutien des personnes qui nous entourent. Je tiens donc à remercier tous ceux qui m'ont soutenu dans ce projet de près ou de loin, durant ces deux dernières années.

Tout d'abord, je veux exprimer ma reconnaissance à mon directeur de maîtrise Monsieur Daniel Thomas, professeur au département des Sciences du Développement humain et social de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, pour sa capacité de rétroaction constructive qui m'a permis d'aller plus loin dans mes réflexions et dans la qualité de mon travail.

J'adresse aussi mes remerciements à ma superviseuse de stage Madame Rolande Hébert, chargée de cours au département des Sciences du Développement humain et social de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, pour ses conseils indispensables et son écoute dans les moments difficiles que j'ai rencontré.

Merci aussi à Mesdames Nicole Rioux et Carmen Giroux, mes deux supérieures immédiates au Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, pour leur confiance en moi et pour la liberté d'action qu'elles m'ont accordée pour la réalisation de mon projet de stage.

Enfin, je veux tout spécialement traduire ma gratitude à mon fils Yoan et à mon conjoint Yvon pour leurs encouragements, leur compréhension et leur soutien dans mon projet de maîtrise.

Avant-propos

Depuis que j'ai travaillé comme éducatrice en milieu de garde au cours des années 1990, j'ai développé un intérêt pour aider les enfants et leurs parents. Au cours de cette expérience de travail, j'ai constaté à plusieurs reprises que certains parents percevaient leurs enfants plus vieux qu'ils ne l'étaient en réalité. Ces derniers se retrouvaient donc à assumer des responsabilités ou à jouer des rôles qui ne sont pas adaptés à leur âge ou à leur capacité.

Suite à ces constatations, j'ai décidé de poursuivre mes études en psychoéducation. Mes intérêts, à cette époque, étaient d'accroître mes connaissances relatives au développement de la personne et d'acquérir des habiletés pour intervenir auprès des familles. Puisque l'intervention réadaptive ou rééducationnelle ne convenait pas à mes intérêts, j'ai entrepris, par la suite, deux formations concomitantes, soit une spécialisation comme thérapeute conjugale et familiale et la maîtrise en service social.

Mes connaissances académiques actuelles concernant le développement de la personne et les problèmes sociaux m'ont permis, en partie, de comprendre théoriquement les caractéristiques, les besoins et le type d'aide à apporter aux familles en difficulté. Sur la base de l'approche systémique, l'idée de mieux connaître l'importance du rôle du père et, par la suite, de l'impliquer dans l'intervention familiale, s'est graduellement installée dans mon esprit.

Mes préoccupations se situent à deux niveaux. Tout d'abord, je voulais connaître l'importance du rôle des parents dans la vie d'un enfant, particulièrement des adolescent(e)s et des préadolescent(e)s en difficulté d'adaptation psychosociale. Ensuite, je désirais savoir le lien entre d'une part, l'implication des parents tout au long du processus d'intervention et, d'autre part, la rémission des problèmes chez les jeunes.

Afin de répondre à mes questionnements, j'ai effectué mon stage au Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, plus particulièrement au point de service de Lebel-sur-Quévillon. Ce milieu m'a permis d'être en contact avec des jeunes adolescent(e)s et préadolescent(e)s ayant des difficultés d'adaptation psychosociale, lesquelles se manifestent par la consommation de stupéfiants et/ou d'alcool, l'idéation suicidaire et le non-respect de l'autorité parentale et sociale. J'ai priorisé l'implication des deux parents dans mon intervention. J'ai utilisé l'approche systémique avec les limites encourues par le contexte d'autorité dans lequel je me retrouvais.

Dans ce rapport d'analyse de pratique, le premier chapitre présente une revue de la documentation sur l'adolescence, les troubles de conduite chez les adolescent(e)s, la consommation de drogue et d'alcool par les personnes de ce groupe d'âge et le suicide. Dans le deuxième chapitre, je fais une description du milieu de stage pour ensuite poursuivre avec la présentation des cas au troisième chapitre et finalement, au chapitre quatre, j'effectue l'analyse critique de mon intervention afin de comprendre s'il est important ou non d'impliquer les deux parents dans l'intervention en contexte d'autorité auprès d'adolescent(e)s en difficulté d'adaptation sociale.

Chapitre 1 Revue de la littérature

Être parent a toujours été pour la mère autant que pour le père un rôle associé à de grandes responsabilités. Auparavant, de façon générale, les mères s'occupaient de l'éducation des enfants et les pères pourvoyaient aux besoins financiers de la famille. Depuis quelques décennies, les femmes, en accédant massivement au marché du travail rémunéré, ont fait transformer la répartition des responsabilités parentales ainsi que les attentes de la société vis-à-vis le rôle de chaque parent. Aujourd'hui, la société s'attend à ce que les deux parents s'impliquent de plus en plus sur tous les plans dans leur rôle respectif, dès la conception de l'enfant et jusqu'à son départ dans le monde adulte. La littérature scientifique va dans le même sens en démontrant l'importance de l'implication des pères et des mères ainsi que les apports spécifiques de chacun dans le développement de leur enfant.

Toutefois, être parent, aujourd'hui comme hier, demeure une tâche complexe dont le résultat est imprévisible. L'apprentissage de ce rôle s'effectue généralement par l'exemple reçu de ses propres parents et par l'observation des autres parents ou encore par les connaissances dispensées dans diverses sources comme les cours prénataux, les livres et/ou revues de psychologie populaire sur le rôle des parents et le développement de l'enfant, etc. Malgré cela, les parents peuvent se retrouver dans des dilemmes parentaux pour lesquels ils auront besoin d'aide afin d'accomplir leur rôle puisque chaque situation est unique. L'aide peut provenir de leurs proches mais les parents peuvent également avoir recours à de l'aide professionnelle.

Certains intervenants préfèrent travailler seulement avec les mères pour corriger la situation. Pour ma part, je crois en l'importance de l'implication des deux parents afin de favoriser l'épanouissement de leur enfant dès le plus jeune âge et pour résoudre les difficultés auxquelles la famille est confrontée.

Au cours de mon stage, j'ai rencontré, dans la majorité des cas, des adolescent(e)s en difficultés d'adaptation sociale et leurs parents. Cela m'a portée à approfondir mes connaissances sur l'adolescence et sur certaines difficultés rencontrées par les adolescent(e)s, comme les troubles de conduite, la consommation de stupéfiants et les comportements suicidaires.

1.1 La plus délicate des transitions : l'adolescence

Pour certains, comme les tenants de la psychologie développementale, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'enfant passe donc d'une étape à l'autre en se développant au niveau physique et psychique (Atkinson et al. 1994). Pour les psychologues qui s'inscrivent plutôt dans un courant psychodynamique, l'adolescence représente une période de crise au cours de laquelle les parents sont remis en question dans un premier temps, par leur propre crise, celle «du milieu de la vie» («midlife crisis» ou «crise de la maturité») communément décrite par de nombreux auteurs anglo-saxons (Marcelli et Braconnier, 1986) et, dans un deuxième temps, par la crise d'adolescence de leur enfant. En service social, il s'agit avant tout d'un passage obligatoire du statut d'enfant à celui d'adulte, à un moment de la vie où des

changements s'opèrent en fonction des règles sociales qui s'inscrivent dans une histoire familiale.

Ce temps de la vie est rempli de changements et de défis stimulants mais parfois pénibles autant pour le jeune que pour ses parents. La majorité des jeunes traversent ce moment sans trop d'embûches mais pour une bonne proportion d'entre eux l'ajustement est difficile. En voulant prendre de l'autonomie et de l'indépendance face aux valeurs familiales véhiculées par les parents, l'adolescent définit progressivement ses propres valeurs et les impose à ses parents avec ses idées, ses goûts et ses désirs. Cela provoque des tensions qui augmentent parfois même jusqu'aux conflits au sein de la famille. Dans ces circonstances, les parents ont à maintenir leur démarche de détachement et à devenir plus flexibles dans la façon de concevoir leur rôle afin de laisser une plus grande latitude à leur adolescent tout en demeurant des adultes solides, cohérents, conséquents et en maintenant un encadrement propice à leur développement (Association des centres jeunesse du Québec, 1997 ; Bovay, 2000 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Certains adolescent(e)s ont été, durant leur enfance, gavés de jouets, de loisirs et de vêtements griffés. Ils ont développé un besoin d'obtenir tout et tout de suite. Ils n'ont pas appris à attendre pour l'obtention d'un bien ou pour la réalisation d'un projet. Ce manque d'autocontrôle les empêche de développer toutes sortes de projets qui les motiveraient à avancer dans la vie. De plus, ils n'ont pas appris que certains de leurs désirs vont demeurer à l'état de désirs.

Les adolescent(e)s ont donc intérêt à apprendre à gérer les refus, les délais et à être confrontés à la réalité sociale. De plus, les interdits non négociables des parents sont sécurisants pour eux, car ils n'ont pas à porter la responsabilité des événements et des décisions de leur vie (Feuga, 1998)

L'adolescence est la période de la vie au cours de laquelle les ami(e)s prennent une importance quasi vitale. Les relations d'amitié sont très nombreuses et le besoin d'assiduité des rencontres entre les adolescent(e)s est pratiquement quotidien. De plus, c'est dans le groupe de pairs que les contacts avec le sexe opposé surviennent (Claes, 1999). Les ami(e)s sont une source d'information et de renforcement dans leurs choix. Ils permettent une reconnaissance immédiate à travers les styles, les modes, la musique et toutes les identifications "non adultes" (Tamarcaz, 1997 ; Valois et Robichaud, 1998). Ensuite, les expériences vécues avec les pairs ou avec les parents de leurs ami(e)s leur offrent une nouvelle vision de la vie et une façon différente de faire les choses. Ces apprentissages les aident dans leur cheminement personnel, surtout pour les jeunes qui vivent dans une famille qui présente des difficultés majeures comme des problèmes de santé mentale, de toxicomanie chez les parents, de violence conjugale et/ou familiale ou encore des dysfonctionnements au niveau de la communication et des renversements des rôles parent/enfant, etc.

Du fait que les relations d'amitié se passent dans la majorité des cas à l'extérieur du foyer familial, les parents ne peuvent contrôler le choix des ami(e)s de leur adolescent. Pour certains parents, les ami(e)s représentent donc une menace à la réussite

de leur tâche d'éducateur. En plus, ils craignent que leur enfant se laisse entraîner dans des comportements inadéquats comme la consommation de stupéfiants, le vol, la sexualité précoce et le décrochage scolaire. Les parents doivent apprendre à faire confiance au jugement de leur enfant et en sa capacité de raisonner.

Les problèmes vécus par certains adolescent(e)s sont reliés à différents facteurs ou cumul de facteurs tels les conflits dans le couple, la façon d'éduquer les enfants, l'absence ou l'absence d'implication d'un parent dans la vie du jeune ainsi que certains traits personnels. Le choix du groupe de pairs est plutôt relié au vécu de l'adolescent et à son besoin de s'identifier à des jeunes vivant des joies ou des tourments similaires aux siens (Saint-Jacques et al., 1999).

Selon Claes (1999), la majorité des problèmes familiaux sont associés avec l'éveil de craintes et de sentiments de nostalgie et/ou de perte chez les parents. Cela serait créé d'une part, par la prise d'autonomie de plus en plus grande de l'adolescent et, d'autre part, par les parents eux-mêmes qui entretiennent des attentes (être sportif, bien réussir à l'école, etc.) à l'égard de leur enfant. Les jeunes les déçoivent lorsqu'ils ne correspondent pas exactement à leurs idéaux. Pour d'autres parents, c'est plutôt leurs propres rêves de vie non réalisés durant leur adolescence ou durant leur période de jeune adulte qu'ils veulent voir accomplir par leur enfant, sans pour autant se préoccuper des goûts et des affinités de celui-ci.

De son côté, Marcelli et al. (1986) traite aussi des craintes du parent mais il associe plutôt celles-ci au souvenir de leur propre vécu d'adolescent, comme par exemple, l'expérimentation de la sexualité non désirée, la consommation de drogue ou différents troubles de comportement qui surviennent à cet âge. Ces parents se retrouvent avec des appréhensions face aux futures expériences de leurs adolescent(e)s.

Ces craintes font augmenter les divergences entre les parents quant à la façon d'éduquer leur enfant et occasionnent ainsi de nouveaux conflits au sein du couple. Si l'adolescent fait des "bêtises", l'un des parents peut accuser l'autre de son manque de fermeté ou de son excès de sévérité, de son absence physique ou psychologique, de son style de relation égalitaire avec son enfant au lieu d'une relation parent/enfant, etc. La façon d'éduquer les enfants est reliée aux valeurs, aux croyances et aux idéologies des parents. La réceptivité de l'adolescent(e) envers les valeurs véhiculées par ses parents et les difficultés que le jeune peut développer sont reliées aux habiletés éducatives des parents (Deslandes et al., 1994; Poulin et al., 1998).

Par ailleurs, les adolescent(e)s, tout comme les plus jeunes enfants, ont besoin de parents qui s'impliquent dans leur développement social, affectif, intellectuel et physique afin de pouvoir s'épanouir et s'actualiser. L'absence d'implication d'un parent ou son absence physique a des conséquences sur l'adolescent(e). D'après l'Institut de la statistique du Québec (2000), en 1998, lorsqu'un parent est absent, c'est plus souvent le père, car sur 15,9% des familles monoparentales, la femme est le parent unique dans

12,9% des cas. Aucune donnée statistique ne nous est fournie concernant l'implication active ou non des parents dans l'éducation de leur enfant chez les familles québécoises.

L'implication des parents peut s'effectuer dès la période de gestation autant pour le père que pour la mère car les sens du fœtus se développent progressivement. Cependant, par son attitude, la mère a une influence sur l'implication hâtive du père dans la relation avec son enfant (Badolato, 1997; Hoffman et al., 1999). Certains chercheurs ont démontré différentes façons par lesquelles le père peut commencer à créer un lien avec son futur enfant. Par exemple, la capacité de l'enfant à reconnaître son père dès le troisième jour de vie vient du fait qu'il a été en présence des molécules odorantes de ce dernier lors des moments de proximité entre ses parents durant la période de gestation (Cyrulnik, 1990, rapporté par Olivier 1994). De plus, le père peut entrer en contact avec le fœtus en plaçant sa main sur le ventre de sa conjointe, en le frictionnant et en appelant son enfant de façon répétitive. Après quelques tentatives, le fœtus répond en frappant à cet endroit (Veldman, 1980 cité par Olivier, 1994).

Après la naissance et tout au long de l'enfance, les parents participent au développement global de l'enfant par l'entremise des interactions qu'ils ont avec lui. Le père, tout comme la mère, joue un rôle important. Diverses études (Badolato, 1997 ; Belsky, 1998 ; Chamberland, 1987 ; Kazura, 2000 ; Labrell, 1997 ; Lamb, 1997 ; Miljkovitch et al., 1998) ont démontré cette importance dans le développement des habiletés cognitives et/ou intellectuelles des enfants, dans leurs compétences sociales et dans leur identité sexuelle. Le père utilise un langage plus complexe, implicite et moins

direct en s'exprimant de façon plus autoritaire et en demandant plus d'attention de la part de l'enfant. Il oblige ce dernier à accroître sa capacité langagière et cognitive, à favoriser le développement de ses aptitudes, à résoudre ses problèmes et à développer ses habiletés sociales. L'enfant se retrouve donc à avoir des attentes différentes envers lui. C'est-à-dire que s'il veut une réponse explicite, il va poser la question à sa mère alors que s'il veut seulement un indice pour pouvoir lui-même trouver sa réponse, il aura tendance à interpeller son père. Lors des périodes de jeux, le père aime interpeller son enfant surtout au niveau moteur et en utilisant leur capacité imaginaire. Par exemple, il joue à lancer l'enfant dans les airs ou le fait manger, "en transformant tout en auto", etc.

Avec leurs différences, les parents doivent coopérer ensemble dans l'éducation de leurs enfants. Cette coopération mutuelle est bénéfique pour le jeune, car lorsqu'un des parents est au bout de ses limites ou de sa capacité à faire face à une situation difficile, l'autre parent peut prendre la relève ou encore l'appuyer dans le but d'obtenir ce qu'il croit être le mieux pour le bien-être de leur enfant (Harris et al., 1998). À l'inverse, les conflits dans la relation de couple amènent le père à se détacher de son rôle paternel et à devenir de plus en plus absent dans la vie de son enfant. Cela occasionne l'apparition précoce de problèmes comme les difficultés scolaires, la consommation de cigarettes, de drogues ou d'alcool, une faible estime de soi, des syndromes dépressifs, des troubles de comportement en plus des grossesses non désirées chez les filles à l'adolescence (Alain et Lussier, 1988; Beaty, 1995; Gratton, 1987; Harris et al., 1998; Jenkins et Zunguze, 1998; Nurco et Monroe, 1996; Turcotte et al., 2001). Lorsqu'il y a divorce ou séparation, le père a plus tendance à maintenir son rôle auprès de son enfant

s'il a construit un lien affectif rempli d'interactions positives avec lui en bas âge (Turcotte et al., 2001).

La relation père/fille est aussi importante que la relation père/fils, car la façon dont le père respecte et démontre de l'affection et/ou de l'amour à sa conjointe sert de modèle à la fille dans ses futures relations avec le sexe opposé. L'absence ou le peu d'implication du père amène l'adolescente à avoir des difficultés à établir des relations avec les hommes. Ainsi, elle aura des difficultés à créer des liens de confiance avec eux et à construire une relation amoureuse satisfaisante avec son futur compagnon (Mattox, 1999).

Pour le garçon, l'absence ou la faible implication du père a des effets négatifs sur son estime personnelle et son image masculine. Le rôle du père dans le développement de son enfant devient peu important et le garçon aura tendance à reproduire ce modèle lorsqu'il sera lui-même un père. Au cours de l'adolescence, le garçon devient plus dépendant envers ses pairs masculins, peu enclin à la compétition dans les jeux ou les sports et montre plus de comportements agressifs à l'égard des femmes (Beaty, 1995 ; Harrison, 1997).

A l'adolescence, les parents doivent maintenir leur apport dans l'épanouissement de leur enfant. Plusieurs parents s'imaginent que l'adolescent n'a plus ou très peu besoin d'eux, qu'il est capable de s'organiser, d'être autonome et qu'il n'est pas intéressé à la vie familiale. Cependant, un sondage pancanadien effectué en 1992 auprès

d'élèves du niveau secondaire révèle que 90% des jeunes ont des attentes élevées à l'égard de leur vie familiale. Les jeunes mentionnent qu'ils sont préoccupés par les problèmes reliés à leurs parents, comme les difficultés financières, l'état de santé et le vieillissement, les rapports qu'ils ont avec eux ainsi que la relation conjugale de ceux-ci. Les adolescent(e)s s'attendent aussi de leurs parents qu'ils soient présents, disponibles et capables de communiquer avec eux dans un climat de confiance. Les jeunes veulent également recevoir de l'aide de la part de leurs parents tout en ayant une autonomie et une vie intime (Holmes et Silverman, rapporté par Valois et Robichaud, 1998).

Lorsque les attentes sont comblées et que la cohésion familiale suscite un fort sentiment d'appartenance, les adolescent(e)s acceptent plus facilement les valeurs enseignées par leurs parents, surtout les valeurs socio-économiques, les habitudes de consommation, l'appartenance religieuse et l'adhésion politique (Valois et Robichaud, 1998). Comme nous l'avons mentionné précédemment, les parents transmettent à leur enfant leurs valeurs à travers les pratiques parentales. Toutefois, chaque parent a sa propre façon de faire et cela est en lien avec ses valeurs, ses croyances, ses attentes et son bagage personnel.

Enfin, par ses attitudes et ses comportements, l'adolescent teste les valeurs, les opinions, les habiletés et les limites de ses parents. Il les oblige donc à se remettre eux-mêmes en question et lorsque les parents ont des difficultés majeures dans leur vie familiale, leur vie de couple ou leur vie personnelle, ce passage de statut se transforme en un passage rempli de difficultés. L'adolescent se retrouvera donc dans un contexte

difficile et risque de développer divers problèmes de comportement extériorisés et/ou intériorisés, comme ceux présentés dans la figure 1.

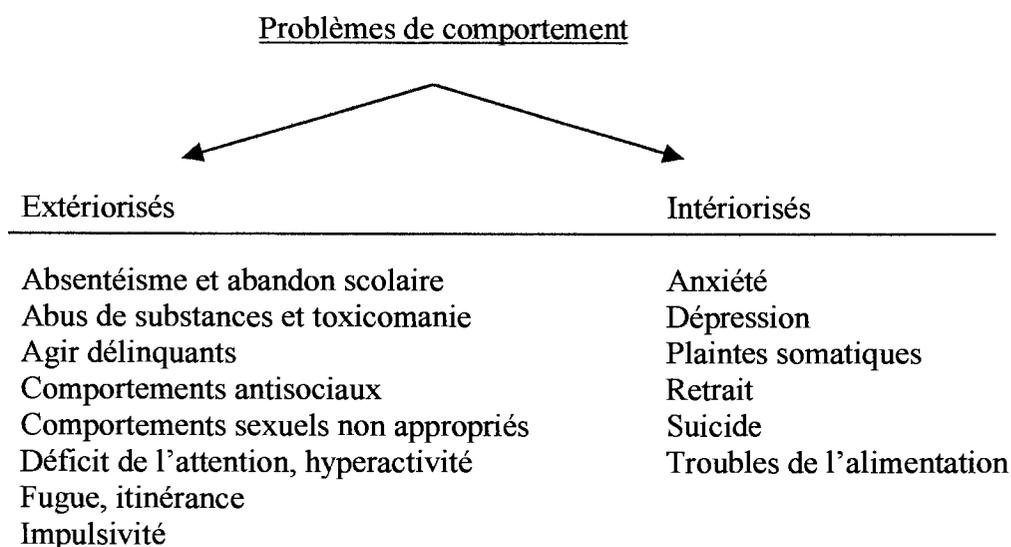


Figure 1 : Classification possible des problèmes de comportement

Source : Saint-Jacques et al. (1999)

Si les parents n'ont pas de difficulté majeure dans leur vie personnelle, leur vie de couple ou leur vie familiale et qu'ils ont des habiletés parentales adéquates et similaires, l'adolescence de leur enfant constituera une période où celui-ci risque de se développer de façon positive. En plus, l'adolescent développera les habiletés essentielles pour avoir des relations interpersonnelles positives avec autrui (Robinson, 2000). Le jeune apprendra à s'affirmer en prenant ses propres décisions pour son avenir tout en restant tiraillé, pour un certain temps, entre les valeurs de ses parents et les siennes qui se développent. Comme le mentionne Claes (1999), les démarches qui garantissent le passage progressif de l'adolescence vers la maturité adulte sont la prise de décisions sans se référer à l'autorité parentale ainsi que l'affirmation de son individualité et de ses particularités en se démarquant des idées et des intérêts de ses

parents. L'une des plus grandes difficultés des adolescent(e)s est l'ambiguïté d'une double référence, car ils n'appartiennent plus au monde de l'enfance et ils sont trop jeunes pour être dans celui des adultes.

L'adolescence peut donc être difficile au point où le jeune manifeste des problèmes de comportement qui pourraient parfois aller jusqu'à mettre sa sécurité, son développement et même sa vie en danger. Ces problèmes peuvent se traduire par les troubles de conduite, la toxicomanie (abus d'alcool ou de drogues) et le suicide. La partie suivante présente une revue de la documentation concernant ces trois troubles de comportement.

1.2 Les troubles de conduite chez les adolescent(e)s

Durant la petite enfance, les nouveau-nés expriment leurs besoins et leurs désaccords par des pleurs. Un peu plus vieux, ils énoncent leurs besoins verbalement mais leurs mécontentements sont encore manifestés par des pleurs et même parfois des crises comme par exemple en se roulant par terre et en pleurant de façon excessive. Leur capacité à gérer les frustrations, à attendre patiemment, à se conformer aux valeurs, aux règles sociales et familiales est en plein développement. Les parents doivent, dès la naissance, développer les habiletés d'autocontrôle chez l'enfant, car cette capacité d'autocontrôle est reliée avec le processus d'adaptation sociale qui se développera graduellement vers l'âge de deux ou trois ans (Mischel, 1973,1974 rapporté par Cournoyer, 1987).

L'adaptation sociale est un processus permettant à l'enfant de s'épanouir en vivant en société. L'enfant s'adapte à partir de ses capacités cognitives et du lien d'attachement entre les parents et l'enfant et selon la perception qu'il a de lui-même (estime de soi). Les enfants qui se sentent en sécurité et aimés de leurs parents sont en général plus sociables. Ils présentent une meilleure estime d'eux-mêmes, contrôlent mieux leur colère et leur agressivité. Cela les amène à avoir plus de comportements d'altruisme, à respecter davantage l'autorité et à avoir une meilleure capacité de résolution de problèmes. De ce fait, ils développent moins de troubles de comportement à l'adolescence (Bee, 1997).

L'estime de soi permet à l'enfant de croire en sa propre capacité de réussir ce qu'il entreprend. L'estime se construit au fil des jours à partir des interactions et de l'image positive que lui renvoient les personnes significatives de son entourage. Par la suite, l'entourage, les pairs et les enseignants contribuent au maintien et à l'évolution de l'estime de soi. Enfin, l'appréciation subjective que l'enfant a de lui par rapport notamment, à ses valeurs, à ses croyances et à ses idéaux a un impact sur l'image qu'il a de lui-même. L'estime de soi est donc le résultat d'une somme d'expériences enrichissantes (Duclos, 2000 ; Dumas et Pelletier, 1997).

Pour certaines personnes, l'adaptation sociale est plus difficile à réussir soit à cause d'une déficience intellectuelle, du lien d'attachement parent/enfant non sécurisant, de l'implication parentale insuffisante dans la vie de l'enfant ou d'autres difficultés familiales qui empêchent les parents de s'impliquer dans l'éducation de leur enfant. A

ce moment-là, certains enfants vont développer des comportements négatifs comme les colères, les contestations répétitives, les oppositions aux demandes des adultes, etc., pour ensuite, à l'adolescence, développer des troubles de conduite. Cependant, ces troubles ne sont pas toujours présents au point de pouvoir mener à un diagnostic formel comme on en retrouve dans le DSM-IV (Annexe 1). De plus, les troubles de conduite peuvent apparaître aussi à l'adolescence sans pour autant avoir été précédés de d'autres troubles au cours de l'enfance.

Dans la littérature, les troubles de conduite sont nommés de diverses façons: comportements antisociaux, violence ou agression envers autrui, conduite délinquante, et comportements délinquants. Ces termes expriment diverses nuances quant à l'analyse de la situation des enfants et des adolescent(e)s, mais ils signifient tous que les jeunes expriment leur souffrance, leur colère, leur mal de vivre en commettant des agressions verbales et physiques envers autrui ou le bien des autres, en volant, en ne respectent pas l'autorité parentale ni celle des enseignants ou d'autres adultes, en s'absentant fréquemment de l'école sans autorisation parentale, etc. Dans ce rapport, l'utilisation du terme troubles de conduite fait plutôt référence aux comportements de violence physique et verbale, aux difficultés de socialisation et à l'absence de respect des règles parentales et scolaires chez les adolescent(e)s.

En Amérique du Nord, le pourcentage d'adolescents, âgés entre 12 et 18 ans, qui manifestent des troubles de conduite oscille entre 2% et 16% (Coie, 1998 ; Mandel, 1997 ; Pelletier et al., 1999, 1995 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Toupin et al., 1998).

Cette variation dépend de la définition que chaque auteur donne à l'expression «problèmes de conduite chez les adolescent(e)s». Toutefois, tous s'entendent pour dire que plus l'enfant débute ce type de comportement en bas âge, plus le risque de le maintenir durant l'âge adulte est probable quoiqu'il décline rapidement après l'âge de 35 ans pour devenir très rare après l'âge de 55 ans (Conseil Permanent de la jeunesse, 1995).

Les facteurs pouvant conduire le jeune à développer des troubles de comportements sont associés à lui-même, ainsi qu'à son environnement familial et social. Vitaro (1998) a proposé un schéma linéaire afin d'illustrer l'étiologie des problèmes d'adaptation de la naissance à l'adolescence (figure 2).

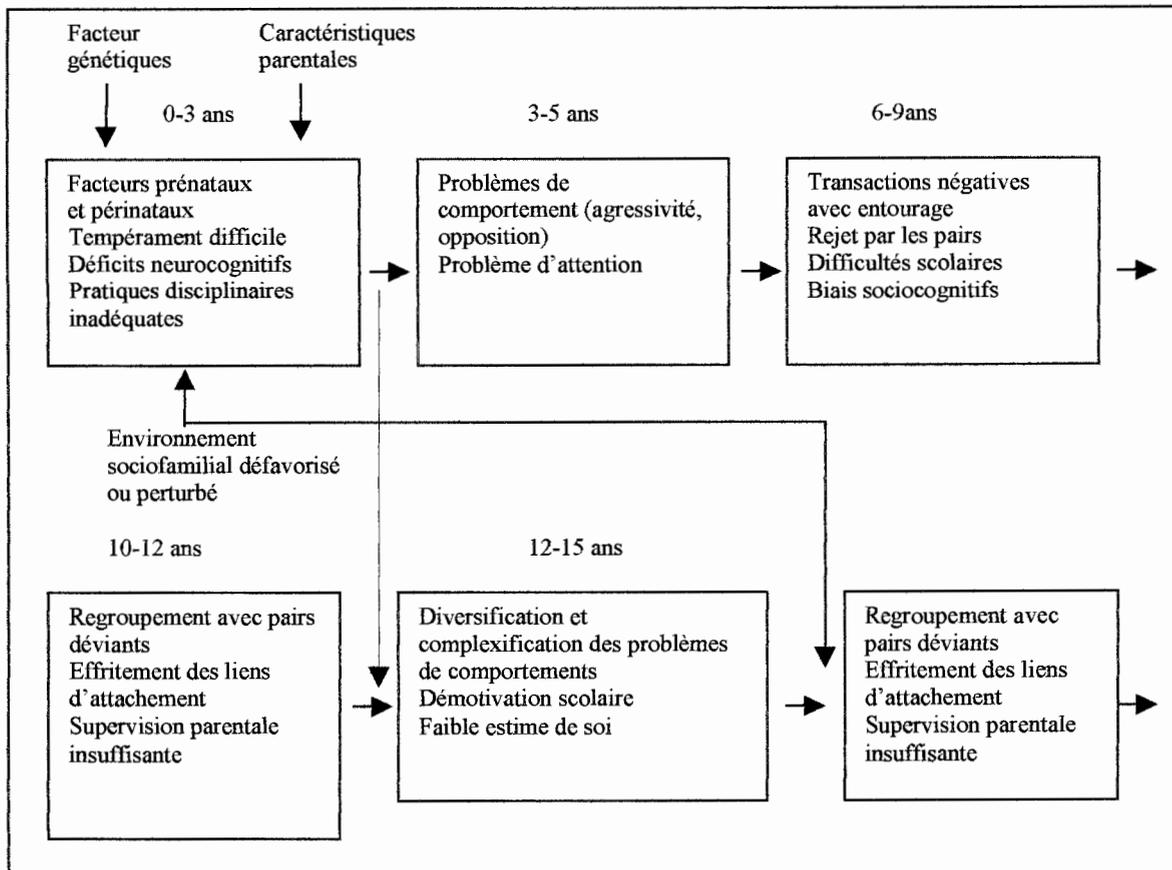


Figure 2: Un modèle étiologique des problèmes d'adaptation de la naissance à l'adolescence (version linéaire schématisée)

Le contexte social et le niveau de défavorisation économique du milieu font partie des facteurs qui conduisent un enfant à développer des troubles de conduite. La pauvreté, la monoparentalité, les difficultés personnelles des parents comme les problèmes de santé mentale, l'alcoolisme, les démêlés avec la justice ou l'instabilité maritale sont des événements qui augmentent le stress chez les parents. De ce fait, ils sont moins aptes à être cohérents, conséquents, "encadrants" et soutenant comme l'enfant en a besoin. Ces parents ont souvent tendance à utiliser des comportements qui favorisent plutôt des interactions marquées par les contraintes réciproques au lieu d'encourager les comportements socialement acceptés. Lors de désaccord avec leur

enfant, les parents le menacent ou le punissent démesurément sans prendre le temps d'expliquer les raisons de leur décision. Le jeune, de son côté, s'oppose farouchement en utilisant des comportements similaires à ses parents. En retour, les parents sont portés à abandonner les exigences de départ, ce qui a pour effet d'encourager le jeune à reproduire des comportements d'opposition. À l'âge scolaire, l'enfant n'a pas développé des habiletés nécessaires afin de pouvoir vivre aisément en groupe comme les stratégies cognitives de résolution de problèmes, les habiletés d'autorégulation et l'estime de soi. Ses capacités à établir des relations amicales sont donc affectées. Il devient turbulent afin d'obtenir de l'attention ce qui ne fait qu'entraîner du rejet de la part de ses pairs et des adultes.

Progressivement, le jeune qui est rejeté impose de plus en plus sa façon de vivre, ce qui s'ajoute au fait que de façon générale les jeunes en deviennent de plus en plus sélectifs dans le choix de leurs amis. Le jeune va donc avoir tendance à fréquenter progressivement les groupes de pairs déviants et à employer des comportements qui l'amènent à des troubles de conduite dont le degré variera beaucoup selon chacun d'eux (Coie, 1998 ; Fergusson et al., 1999 ; Fortin et Favre, 2000 ; Mandel, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Stern et Smith, 1999 ; Toupin et al., 1998).

Puisque le besoin d'avoir son groupe de pairs est quasi primordial à l'adolescence, le jeune qui vit du rejet et des difficultés émotives ira vers les personnes qui l'accueillent, c'est-à-dire d'autres jeunes ayant eux aussi des problèmes familiaux, des attitudes comportementales, des valeurs, des traits de personnalité similaires aux

siens. Ensemble, les jeunes vont pouvoir créer des liens d'amitié mais ceux-ci seront caractérisés par davantage de disputes, de comportements agressifs et d'impulsivité dû à leur faible capacité à résoudre les problèmes et à davantage de distorsions cognitives et perceptives (Marcus, 1996).

C'est à ce moment que les pairs déviants ont une influence sur le jeune, car comme dans toute relation, les individus s'inter-influencent. Cette influence s'exerce à partir du lien d'attachement qu'ils ont créé entre eux et de la grande quantité de temps passé ensemble, ce qui est souvent le cas chez les groupes de jeunes (Coie, 1998 ; Fergusson et al., 1999 ; Fortin et Favre, 2000 ; Mandel, 1997 ; Morizot et LeBlanc, 2000 ; Stern et Smith, 1999).

Certains adolescent(e)s qui ont des troubles de conduite démontrent aussi des comportements agressifs, verbaux ou physiques envers autrui et envers leurs parents. Au niveau verbal, il s'agit de paroles blessantes, d'injures, de sarcasmes, de menaces, du chantage, des cris et du racisme. Au niveau physique, ces comportements sont des bousculades, des bagarres, des coups avec les poings ou les pieds, des tapes, des gifles, des empoignades comme maintenir une autre personne de force. Dans la majorité des cas, la violence débute par un langage non respectueux et peut conduire à une escalade jusqu'aux voies de fait graves envers les parents ou envers d'autres personnes (Fortin et Favre, 2000 ; Pelletier et al., 1999).

Les comportements délinquants conduisent parfois à la consommation de substances illégales comme les drogues ou encore à la consommation d'alcool (Bui et al, 2000 ; Fortin et Favre, 2000). L'addition de la consommation d'alcool ou de drogue aux comportements agressifs ne peut qu'augmenter les difficultés du jeune et l'amener à des troubles de conduite plus sévères.

1.3 La consommation de drogue et d'alcool chez les adolescent(e)s

L'expérimentation d'alcool et de drogue s'effectue souvent durant l'adolescence comme si cela faisait partie d'un rite de passage vers l'âge adulte. Pour certains, la première occasion leur est offerte lors d'une fête familiale où les parents servent un verre de vin ou de bière à leur adolescent. Ainsi les parents endossent cette façon de festoyer. Pour d'autres, la première expérience se fait avec le groupe de pairs. Heureusement, seul un faible pourcentage (autour de 5% selon Girard, 1997) d'entre eux aura des problèmes de consommation avec ces substances au point d'avoir besoin de consulter dans un centre de désintoxication où leur situation sera signalée à la Direction de la Protection de la jeunesse.

La prévalence de la consommation d'alcool et de drogue est difficile à établir du fait que le nombre de jeunes de la rue consommateurs d'alcool ou de drogues disposés à participer à ce type d'étude est faible. Néanmoins, quelques études démontrent l'ampleur du problème. Tout d'abord, au Canada, en 1991, il a eu 510 décès d'adolescent(e)s reliés à la consommation de drogues. Dans les hôpitaux canadiens, 21 746 jeunes de moins de 21 ans ont été traités pour des problèmes reliés à la

surconsommation, au sevrage ou à des problèmes de santé mentale reliés à la consommation de drogues (Fralick et Hyndman, 1997).

Au Québec, d'après le rapport Bertrand publié en 1990 (Grenier et Gilbert, 1998), les trois quarts des adolescent(e)s consommaient de l'alcool sans pour autant en abuser et un quart avait déjà consommé des drogues illégales. Une étude réalisée dans la région de l'Outaouais, indique qu'un jeune sur quatre déclare avoir été initié à l'alcool avant l'âge de 13 ans, qu'un adolescent sur cinq consomme plus de six bières ou verres d'alcool dans une même activité et que dix pour cent d'entre eux consomment de la marijuana chaque semaine (Deschenes, 1996 rapporté par Saint-Jacques et al., 1999). Enfin en 1995, une étude réalisée par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nord-du-Québec (1996) révèle que parmi 1 469 jeunes de 11 à 19 ans, 12,4% consomment de l'alcool régulièrement et 7,4% consomment régulièrement des drogues.

En général, les adolescent(e)s ayant des problèmes de toxicomanie ont pris leur premier verre d'alcool vers l'âge de dix ans et ont débuté leur consommation de drogue, comme le cannabis, vers l'âge de 12 ans. Dans la majorité des cas, ces jeunes toxicomanes consomment le plus souvent avec les pairs (LeBlanc, 1996).

Même si la majorité des jeunes consomment de façon occasionnelle, il faut prendre au sérieux leur consommation car, pour certains, les raisons qui les amènent à absorber ces substances en grande quantité et de façon répétitive signifient souvent un besoin de s'évader de leur réalité. N'ayant pas appris à tolérer ou à résoudre leurs

souffrances, ils utiliseront ces substances pour les soulager et ainsi vivre du plaisir. De plus, les symptômes de dépendance ou de consommation abusive apparaissent dans la majorité des cas plusieurs années après le début d'une consommation d'alcool ou de drogue (Girard, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Les jeunes débutent à consommer de l'alcool ou des drogues pour diverses raisons. Les premières consommations sont prises pour satisfaire leur curiosité et avoir du plaisir, pour transgresser les règles sociales, pour prendre des risques, pour se désennuyer ou encore pour suivre le groupe d'amis. Par la suite, une bonne majorité consomme plutôt de l'alcool ou parfois de la marijuana épisodiquement pour avoir du plaisir avec leurs pairs ou lors de fêtes familiales. Certains adolescent(e)s ressentent un effet désagréable ou ne ressentent aucun effet et cessent de consommer complètement.

Cependant, afin de réduire les pressions qui s'exercent sur eux et avec lesquelles ils ne sont pas à l'aise, environ 5 à 10% des adolescent(e)s vont augmenter la quantité et le nombre de consommations car ils n'ont pas trouvé de solutions concrètes à leur souffrance psychologique. Ces tracas sont reliés soit au climat familial désagréable, à des problèmes de santé personnels ou encore aux problèmes d'une personne significative. En consommant, ils ont l'impression de se sentir mieux mais la réalité revient une fois l'effet de la consommation terminé. Cela les amène donc à consommer de nouveau et à développer des problèmes de toxicomanie. Même si, pour certains d'entre eux, leur fonctionnement social n'est pas trop affecté, plusieurs auront tendance à développer d'autres problèmes reliés à ce comportement déviant comme la rébellion

scolaire ou familiale, les vols mineurs, les comportements agressifs, le vandalisme, la promiscuité sexuelle hâtive, la prostitution, les idéations suicidaires, les troubles alimentaires (Bovay, 1993, 1996 ; LeBlanc, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999 ; Zoccolillo et al., 1999). Pour Charbonneau (1995), rapporté par Fralick et Hyndman, (1997) ; Girard (1997) ; Hamel (2000), c'est l'inverse : les troubles de comportement comme la prostitution, les fugues, les délits, les difficultés, les échecs scolaires et la dépression sont des éléments qui portent l'adolescent à consommer.

De plus, les jeunes qui consomment régulièrement auront tendance à effectuer une progression dans l'usage des drogues et de l'alcool. Tout d'abord, ils débentent par la consommation d'alcool, pour ensuite essayer des drogues douces comme la marijuana et les dérivés du haschich, puis viennent après les drogues de synthèse soit les hallucinogènes (PCP, LSD, acide, etc.) et les stimulants (speed, amphétamine, etc.), pour enfin consommer les drogues dures comme la cocaïne ou l'héroïne. Heureusement, ce n'est pas tous les jeunes toxicomanes qui se rendent à la consommation forte de cocaïne ou d'héroïne (LeBlanc, 1998).

L'aggravation de la consommation d'alcool et de drogues des adolescent(e)s provient de différents facteurs c'est-à-dire qu'il y a des caractéristiques reliées à l'individu, à la famille, au contexte culturel et social (Bovay, 1993,1996 ; Fralick et Hyndman, 1997 ; Girard, 1997 ; Hamel, 2000 ; LeBlanc, 1998 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Les caractéristiques individuelles qui peuvent conduire à des troubles de consommation de stupéfiants ou d'alcool sont regroupés en trois catégories. Le premier groupe des caractéristiques est directement relié à la personnalité de l'adolescent consommateur: le tempérament, la sensibilité aux drogues, les difficultés à gérer les événements stressants, la faible capacité à communiquer, le besoin constant de plaisir. Le deuxième groupe de facteurs englobe les difficultés aux plans biologique et génétique. On y retrouve le déficit cognitif, l'homosexualité, les troubles d'attention et d'hyperactivité, les problèmes de santé mentale ou physique comme les troubles de l'humeur, les handicaps ou les maladies chroniques. Le dernier groupe de caractéristiques individuelles comprend une faible estime de soi, les sentiments de culpabilité et de honte, la peur du jugement, l'isolement et la tristesse qui en découlent, la méconnaissance des conséquences des drogues, la normalisation de la consommation de stupéfiants, l'expérimentation précoce de ces substances, l'association avec des pairs déviants, les conflits avec l'autorité et l'agressivité. C'est-à-dire que les impacts sur l'individu proviennent des conséquences de l'influence des autres, de l'éducation familiale et de la permissivité du contexte social.

Au niveau familial, les causes sont multiples et peuvent être regroupées en deux catégories. D'une part, les événements stressants de la vie comme les naissances, les décès, l'immigration d'une famille, les déménagements, la rupture conjugale, le chômage, les difficultés financières, les accidents, la psychopathologie d'un ou des parents et la pauvreté culturelle et financière sont des éléments souvent retrouvés dans l'histoire familiale du jeune consommateur. D'autre part, certains éléments sont reliés

aux attitudes et aux comportements des parents et à leurs habiletés parentales. Certains parents, par leur propre alcoolisme et leur attitude permissive, donnent à leur adolescent(e)s une autorisation implicite de consommation en impliquant le jeune dans des habitudes de consommation et par l'achat de drogue ou d'alcool pour le jeune. Pour d'autres parents ce sont les conflits familiaux entre eux et avec leur adolescent qui conduisent le jeune à maintenir et à augmenter sa consommation. Dans d'autres familles, ce sont les pratiques parentales qui portent le jeune à consommer afin d'oublier sa réalité. L'absence de surveillance des enfants par leurs parents, l'absence d'encadrement, de louange, de rétroaction positive ou à l'inverse trop de feedback négatif se retrouvent parmi les éléments précurseurs de la consommation. Ceux-ci s'ajoutent au manque de reconnaissance et aux critiques excessives par les parents, lesquelles créent un faible lien affectif entre les parents et les enfants et suscitent une déficience au niveau de l'attachement familial. Le jeune se sent seul, sans soutien de la part de ses parents, et il choisit un groupe de pairs qui vivent des situations familiales similaires, et qui sont donc plus à risque de déviance (Asselin et Bouchard 1996 ; Bovay, 1993 ; Fralick et Hyndman, 1997 ; Saint-Jacques, 1999).

Dans ces familles, la communication est souvent rigide. Elle engendre des blocages ou des ruptures entre les parents et l'adolescent. Dans ce type de communication l'adolescent devient une sorte de «monnaie d'échange indirect», c'est-à-dire qu'un parent l'utilise pour transmettre des messages à l'autre parent ou encore lui demande de prendre parti pour l'un ou pour l'autre parent. De plus, lorsque la communication est dysfonctionnelle, les moments de crises familiales constituent

souvent les seules occasions d'échange et d'expression de ce que chacun pense concernant les frustrations accumulées ou encore leur compréhension de la situation familiale (Fralick et Hyndman, 1997 ; Hamel, 2000 ; LeBlanc, 1998).

Dans ces familles, les règles sont souvent peu claires et incohérentes. Les parents ont des réactions inconséquentes vis-à-vis les comportements des enfants. Une grande permissivité est souvent associée à l'absence de contrôle ou à l'inverse, un excès de vérification est exercé sur les jeunes. Ainsi, des exigences disciplinaires trop strictes conduisent le jeune à consommer à cause de la rébellion qu'elles entraînent vis-à-vis de sa famille et de la société en général (Saint-Jacques et al. 1999).

Des difficultés transgénérationnelles et intragénérationnelles comme des secrets, des non-dits, des tabous, des alliances, une structure familiale clanique, en plus des difficultés liées à la possibilité d'identification à l'image paternelle et un surinvestissement de la part de la mère sont souvent présentes dans la vie des jeunes toxicomanes (Marcelli et Braconnier, 1986).

Asselin et Bouchard (1996) soutiennent aussi que la famille a une grande importance dans l'apparition des problèmes de consommation chez les jeunes. Pour eux, la drogue sert de « médiateur » dans la relation entre le jeune et son environnement familial, car lorsque la consommation arrête, suite à un suivi ou par une décision personnelle du jeune, la famille se retrouve avec le problème fondamental qui a conduit le jeune à consommer. Dans l'approche systémique et en thérapie familiale, ce

phénomène est communément appelé la fonction du symptôme. Lors de l'arrêt de la consommation par un de ses membres, la famille est déstabilisée et le patient désigné n'y joue plus le même rôle. La famille peut soit régler le problème à la source, soit créer un nouveau symptôme afin d'ensevelir les difficultés réelles.

La consommation régulière de drogue ou d'alcool a un impact sur l'entourage du consommateur. Laroche (2000) stipule qu'environ vingt à trente personnes dans l'entourage immédiat sont affectées par la toxicomanie d'un proche. De plus, elle modifie les intérêts des adolescent(e)s qui cessent la pratique des sports ou des activités parascolaires. Ils fréquentent plus souvent des amis consommateurs au détriment de l'ancien groupe de pairs. Les échecs et l'absentéisme scolaire augmentent, ce qui peut conduire au décrochage scolaire. Les jeunes consommateurs ont souvent des démêlés avec la justice pour des délits comme le vol à l'étalage, le vandalisme, la possession de stupéfiant, la fugue, etc. Les vols débutent souvent dans la maison familiale. Le jeune prend de l'argent sans permission et ne le remet pas. Il vole des objets de valeur comme des bijoux, des outils et les revend sur le marché noir. Par la suite, lors d'une sortie de ses parents, il vole les appareils ménagers, le téléviseur, la chaîne stéréo, etc. Certains parents ferment les yeux sur ce comportement et donnent ainsi indirectement la permission à l'adolescent de recommencer. Ils remplacent les objets sans rien dire afin de ne pas aggraver la situation de leur enfant (Bovay, 1996 ; Girard, 1997 ; Laroche, 2000 ; Payette et Tousignant, 2000 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Le milieu social a aussi un impact sur la consommation des jeunes. Tout d'abord, par sa tolérance véhiculée à travers les publicités, les revues, la télévision et les autres médias qui encouragent les jeunes à consommer. Ensuite, par la permissivité de certains milieux qui autorisent de façon implicite la consommation de drogue ou d'alcool dans les endroits publics en ne la sanctionnant pas.

Outre les problèmes de comportements concomitants, les conséquences reliées à la consommation sont la dépendance physique et psychologique, l'endettement, la possibilité d'une marginalisation ainsi que les problèmes de santé physique et psychologique (Tableau 1).

Tableau 1 : Types de produits, les effets physiques et psychologiques

Drogues	Effets physiques Aigus	Effets chroniques	Effets psychologiques
Colle, solvant	Confusion Asphyxie	Hépatotoxicité Néphrotoxicité	Altérations des perceptions Troubles de concentration
Marijuana Cannabis	Irritation conjonctivale et pharyngée	Perte de poids, carcinogénèse	Désinhibition
Haschich	Hypotension orthostatique, irritabilité, céphalées, nausées	Perte de poids	Euphorie, Anxiété
PCP, LSD	Hypertension artérielle		Perte de contrôle émotif
Hallucinogène	Mydriase		Hallucinations
Angel dust	Ataxie		
Acide	Tremblement, coma		Agitation, psychose, confusion, état de panique
Cocaïne, crack	Mydriase	Anorexie	Agitation
Free base	Hypertension artérielle	Atrophie muqueuse nasale	Paranoïa
Amphétamine	Diaphorèse	Amaigrissement	Dépression
Speed	Hémorragie intracrânienne, infarctus, convulsion	Troubles cardiaques	
Barbiturique	Mydriase	Somnolence	Troubles émotionnels
Sédatif	Hyporéflexie, hypotension artérielle, dépression SNC, ataxie, convulsion, coma	Apathie, gain de poids	Délires
Morphine	Myosis	Anorexie	Agitation
Héroïne	Hypertension artérielle	constipation	Paranoïa
Codéine	Œdème pulmonaire		Dépression
Narcotiques	Dépression, choc		Délires

Source : Girard (1997)

Il est cependant difficile de déterminer si les conséquences sur la santé mentale des adolescent(e)s sont des effets de la consommation ou des causes de celle-ci car les jeunes sont en plein développement physique et psychique (Girard, 1997).

Les conséquences de la consommation de drogues sur la santé sont reliées avec le mode d'administration de ces substances. Par voie orale, le risque est plus au niveau des gastrites. Si la drogue est inhalée, les risques médicaux vont de la pharyngite, la

bronchite, la toux, l'expectoration, la carcinogène, la rhinite à la perforation nasale. Par voie intraveineuse, les complications sont plus graves car la possibilité de contracter des maladies peut provoquer la mort ou d'autres maladies incurables comme le virus d'immunodéficience acquise et le sida, la phlébite, l'endocardite, la septicémie et l'hépatite B et C (Girard, 1997).

La consommation d'alcool, de drogues illégales et l'abus de médicaments peuvent être reliées au suicide (Payette et Tousignant, 2000). Les accidents, le suicide et les homicides comptent pour plus de 75% des décès chez les jeunes de 15 à 24 ans et l'intoxication intervient comme facteur contributif. De plus, 51% des jeunes admis dans les centres de traumatologie ont des tests de dépistage d'alcool et/ou de marijuana positifs (Girard, 1997).

1.4 Le suicide chez les adolescent(e)s

Le décès d'une personne aimée, soit de façon naturelle, par accident ou par maladie, est un événement de la vie très difficile à surmonter. Lorsque le décès survient par suicide, c'est une catastrophe incompréhensible pour ceux qui demeurent. La multitude de sentiments vécus à ce moment et la méconnaissance des facteurs ayant conduit le disparu à passer à l'acte, les amènent à se sentir responsables de la situation ou encore à nier la réalité qu'ils perçoivent. Il est épouvantable de penser que la détresse d'une personne est telle que celle-ci estime que la seule façon de résoudre ses problèmes est de mourir. Pour certains suicidaires, se suicider ne veut pas nécessairement dire vouloir mourir. Il veut plutôt dire arrêter de souffrir. Le nombre de suicide ne cesse

d'augmenter dans plusieurs groupes d'âge de la population. Pour les fins de ce rapport, seules les informations concernant les adolescent(e)s seront utilisées.

Le Conseil permanent de la jeunesse mentionne que la seule forme de violence en hausse, car elle a doublé depuis 1975 chez les adolescent(e)s, est celle retournée contre eux-mêmes, c'est-à-dire le suicide. Au Québec, de 1975 à 1998, le nombre d'adolescent(e)s, de moins de 20 ans, décédé(e)s par suicide est passé de 50 à 121 par année (Institut de la statistique du Québec, 2000). Il est donc devenu la première cause de décès non naturel chez les jeunes au Québec. Le phénomène est à peu près similaire aux États-Unis et en France, où le suicide représente la deuxième cause de décès chez les jeunes de ce groupe d'âge (Association des centres jeunesse du Québec, 1997 ; Pommereau, 1996).

Chez les 15-24 ans, les moyens utilisés pour passer à l'acte suicidaire, sont en ordre décroissant de fréquence: la pendaison, les armes à feu, l'intoxication, la noyade, le saut d'un lieu élevé et l'utilisation d'une arme blanche. Certains moyens ne sont pas précisés car ils sont plus rarement employés. Le nombre de suicides complétés est plus élevé chez les garçons que chez les filles. Cela s'explique en partie par les moyens employés pour le passage à l'acte, car les garçons utilisent plus la pendaison alors que les filles, c'est l'intoxication. Le moyen le plus fréquemment choisi par les garçons est plus drastique et entraîne donc moins de temps entre l'acte et le décès, tandis que pour les filles, la prise de produits toxiques prend plus de temps avant de faire son effet mortel. En conséquence, elles ont plus du temps pour demander de l'aide si elles

regrettent leur geste. Les filles ont donc plus de tentatives suicidaires à leur actif que les garçons (Chartrand, 2001 ; Pommereau, 1996).

Les comportements suicidaires ne sont pas limités à l'acte du suicide; ils comprennent aussi les tentatives de suicide et les idéations suicidaires. Lors d'une enquête réalisée en 1992-1993, la proportion d'adolescent (15-24 ans) ayant eu des idéations suicidaires au cours de leur vie est de 11,9% et 6% d'entre eux ont fait au moins une tentative de suicide (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, rapporté par l'Association des Centres jeunesse du Québec). Cette proportion est considérable, car une fois que la personne a envisagé d'utiliser ce mode de résolution de problèmes elle peut y revenir à d'autres reprises au cours de sa vie (Lambin et Grenier, 1997).

Le suicide et les tentatives de suicide ne sont habituellement pas des gestes posés sans avertissement verbal ou non verbal. Chez les adolescent(e)s, le processus suicidaire peut être de courte durée mais les signes avant-coureurs sont toutefois présents dans la majorité des cas. Selon Papalia & Olds (1996), cinq éléments significatifs indiquent la possibilité d'un passage à l'acte: 1) les comportements de retrait vis-à-vis de sa famille et de ses pairs, 2) le don de biens personnels auxquels la personne tenait beaucoup, 3) l'augmentation excessive de la consommation d'alcool et/ou de drogue ce qui occasionne, 4) des changements au niveau de sa personnalité comme des sautes d'humeur et 5) des signes de dépression ou de surexcitation.

Dans la plupart des cas, ces signes précurseurs sont donnés comme avertissement à l'entourage immédiat dans le but de l'alerter car la personne suicidaire ne se sent pas capable d'en parler ouvertement si personne ne lui offre la possibilité de le faire. Occasionnellement, certains jeunes vont dire leur souffrance directement lorsqu'ils se sentent en confiance ou par peur de leurs idéations. D'autres vont laisser des messages comme «je veux mourir» ou vont parler de l'admiration qu'ils ont pour un jeune qui a passé à l'acte (Lambin et Grenier, 1997 ; Saint-Jacques et al., 1999)

De plus, un processus chronologique est relié aux signes avant-coureurs. Le jeune a tout d'abord des idéations suicidaires de façon occasionnelle et envisage différents moyens plus ou moins précis dans le temps et l'espace. Ensuite, vient la phase de rumination où le jeune accepte de plus en plus cette solution qui prend forme au niveau de la méthode, du lieu, de la date et de l'heure. C'est à ce moment que les signes précurseurs sont donnés à l'entourage. Si par bonheur, d'autres solutions sont apportées, le processus s'arrête et le jeune se retrouve devant d'autres choix pour résoudre ses problèmes. Par contre, si aucune autre solution n'est identifiée, le jeune cristallise ses idées suicidaires et planifie de façon concrète son suicide afin de passer à l'acte (Saint-Jacques et al., 1999).

De son côté, Grenier (1994), rapporté par Lambin et Grenier (1997), a développé un schéma plus élaboré qui représente le processus de la crise suicidaire en quatre étapes qui décrivent le cheminement d'un individu en détresse. Celui-ci va de l'événement déclencheur jusqu'à une acceptation de l'utilisation de ce comportement comme un

nouveau mode de vie (Annexe 2). Pour cet auteur, le suicide est avant tout une crise qui comporte un début, un milieu et une fin. Celle-ci est attribuée à un événement stressant (l'élément déclencheur) qui amène le jeune à une remise en question importante de sa vie du fait que les moyens choisis auparavant pour régler ses difficultés ne correspondent plus. Si la crise est résolue positivement, elle apporte à l'adolescent un nouvel équilibre avec des modifications au niveau de la perception de la vie et de lui-même, de ses valeurs ainsi que du sens qu'il donne à sa vie. Cependant, si aucune solution n'est envisageable pour résoudre son problème et pour retrouver un nouvel équilibre, le jeune vit une période de grande vulnérabilité. À ce moment, les idéations suicidaires font leur apparition. L'anxiété vécue par l'adolescent s'accroît et le suicide est envisagé comme moyen de mettre fin à sa souffrance. Il faut noter que l'idéation peut être éphémère et disparaître pour faire place à de nouvelles solutions. Si les idéations se maintiennent, elles conduisent à la rumination de ces idéations suicidaires et à une augmentation de l'anxiété, ce qui accroît l'intolérance à sa souffrance puisque les autres solutions tentées n'ont pas fonctionné. Sa capacité de trouver une solution mettant fin à sa douleur devient de plus en plus impossible pour lui. Ses pensées suicidaires augmentent au point de devenir défaitiste et la mort constitue alors la seule solution envisagée. Le passage à l'acte est de plus en plus imminent, le scénario se dessine et le jeune entre dans la cristallisation de cette solution. Cela amène une autre aggravation de sa détresse psychologique. Finalement, le passage à l'acte se concrétise et peut se produire à n'importe quel moment. Toutefois, si une intervention est effectuée de façon adéquate, le jeune résout son problème et construit son nouvel équilibre. Cependant, si l'intervention n'est pas suffisante ou inadéquate, l'éventualité d'une

récidive suicidaire est présente. De plus, si le nombre de récidive augmente, ce mode de solution devient chronique. Le suicide devient donc une solution envisagée afin de résoudre les problèmes pour ce jeune.

Les raisons pouvant conduire un jeune à se suicider sont multiples et l'accumulation de celles-ci augmente le risque du passage à l'acte. Ces facteurs proviennent de trois sources. Tout d'abord, ils peuvent appartenir soit à l'individu, à son milieu social et/ou à son environnement immédiat. Le tableau suivant présente certains de ces facteurs.

Tableau 2: Facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires chez les adolescent(e)s.

Prédispositions		
Individuelle	Du milieu social	De l'environnement immédiat
Peu d'habileté à développer des mécanismes d'adaptation	Isolement social et perte d'intégration sociale	Décès ou divorce des parents
Une tentative antérieure de suicide	Manque d'habiletés familiales à aider les jeunes suicidaires	Accès facile aux moyens de se suicider
Problèmes d'apprentissage et d'impulsivité	Psychopathologie chez un ou des parents	Consommation d'alcool et de drogues
Désordres psychiatriques associés à une dépression, une conduite antisociale ou à l'abus de substances	Antécédents suicidaires dans la famille	Conflit sérieux avec un membre de la famille
Problèmes chroniques dans les relations avec les pairs	Taux de chômage élevé et la pauvreté des enfants et des jeunes	Imitation ou contagion des comportements suicidaires
Relations d'attachement pathologique avec les parents	Sensationnalisme dans la présentation du suicide par les médias	Perception du rejet par la famille
Perte d'un parent tôt dans sa vie	Le suicide est un comportement jugé acceptable ou «privé»	Rejet par les pairs ou perte d'une relation significative
Homosexualité, durant l'adolescence plus particulièrement pour les jeunes hommes	Abus et négligence	Echec scolaire, expulsion de l'école et pressions pour réussir

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998).

De plus, à cet âge, les ruptures amoureuses, le sentiment d'être délaissé ou abandonné, l'indifférence des personnes qui l'entourent de loin ou de près, la perception

d'une image de soi ternie par le regard de ses pairs et la suspension des contacts amicaux par ses parents sont aussi des facteurs qui peuvent détruire l'équilibre d'un adolescent et qui peuvent le conduire aux pensées suicidaires et même l'amener à passer à l'acte. Les liens familiaux perturbés par la violence et les déchirements de tous ordres, y compris les séparations et les divorces, contribuent aussi à ce que le jeune se sente seul avec ses problèmes. Les difficultés familiales empêchent parfois les parents de bien répondre aux besoins de leurs enfants et de leurs démontrer qu'ils les aiment. Cependant, ce manque n'est pas vécu de la même façon ni avec la même intensité par tous les jeunes ; certains vont passer à travers en palliant eux-mêmes à leurs difficultés (Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Gould et al., 1998 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

De l'autre côté, l'adolescent "trop aimé" par un ou par ses deux parents se sent emprisonné par la situation et il peut envisager le suicide pour se libérer. Ce jeune est aimé non pas pour ce qu'il est mais plutôt pour ce qu'il représente. Le parent ne peut vivre sans lui, car il perçoit son adolescent comme son prolongement. Dans ce contexte familial, l'adolescent ne peut se détacher et développer son autonomie et l'indépendance qui sont nécessaires à son actualisation (Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Dans le même ordre d'idée, le lien affectif parents/enfant en bas âge sera un facteur déterminant à l'adolescence quant à la qualité des relations avec eux et avec les pairs. L'incapacité d'établir des liens affectifs stables et sécurisants, provoquée par des rejets affectifs durant l'enfance, amène le jeune à faire peu confiance à autrui et à ne pas

réussir à construire des relations affectives avec ses pairs. Cela occasionne donc un isolement social comprenant du rejet, de l'abandon et une faible estime de soi pouvant le conduire à des idéations suicidaires et même au suicide (Payette et Tousignant, 2000).

Au niveau familial, les parents du jeune suicidaire éprouvent plus de difficultés dans l'exercice de leur rôle parental. Ils peuvent être permissifs, négligents, inconstants dans leurs exigences créant ainsi un manque de contrôle sur le jeune ou à l'inverse être trop restrictifs et surprotecteurs. De plus, les conflits familiaux, le manque de communication entre les membres de la famille, le peu de place laissé à l'expression des émotions, le manque de soutien des parents envers leur enfant pour trouver des solutions à leurs difficultés, les blâmes constants des parents face au jeune pour toutes sortes de raisons mais plus particulièrement concernant les conflits familiaux sont tous des éléments qui augmentent le risque de suicide chez les adolescent(e)s (Bovay, 2000 ; Chartrand, 2001 ; Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Pommereau, 1996 ; Saint-Jacques et al., 1999).

Pour certains chercheurs, les comportements suicidaires seraient en lien direct avec une anomalie dans la transmission de gènes, laquelle augmenterait les comportements agressifs et l'impulsivité chez les membres de certaines familles. Cela aurait un impact direct sur l'incapacité du jeune à prendre le temps de trouver des solutions pour résoudre ses problèmes. Ces anomalies additionnées à d'autres facteurs comme la consommation d'alcool ou de drogue, les conflits familiaux, le sentiment de

rejet accroissent le risque du jeune de développer des comportements suicidaires (Renaud, 1999).

D'après les études publiées, l'homosexualité et la bisexualité sont des facteurs qui augmentent la possibilité du suicide. Les actes suicidaires sont de six à 16 fois plus élevés chez ces jeunes et plus particulièrement chez les garçons. En lien avec la sexualité, les jeunes ayant été victimes d'abus sexuel ont plus tendance à commettre des tentatives de suicide. Pour les garçons le risque passe de 2% à 52% pour les victimes tandis que pour les filles, la proportion s'établit de 12% à 22% pour les personnes abusées sexuellement (Chartrand, 2001).

Chez les jeunes, la toxicomanie a un impact direct sur le suicide, car 40% des adolescent(e)s, qui vont en centre de désintoxication ont eu des pensées suicidaires et 20% d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide (Hoffman, 1993 rapporté par Girard, 1997 ; Lambin et Grenier, 1997). Une image aussi sombre a été observée à partir des études réalisées, c'est-à-dire que 90% des adolescent(e)s décédé(e)s par suicide avaient au moins un trouble psychiatrique si on inclut parmi ceux-ci la consommation de drogue et d'alcool. De plus, les jeunes ayant déjà attenté à leur vie ont une probabilité plus élevée de passer à l'acte lors d'un autre moment difficile, car le fait d'avoir déjà pensé concrètement à utiliser cette façon de faire pour résoudre leurs difficultés demeure présente dans leur mode de résolution de problèmes (Conseil permanent de la jeunesse, 1995 ; Lambin et Grenier, 1997 ; Payette et Tousignant,

2000 ; Perper, 1995 et D'Amour, 1997 rapporté par Chartrand, 2001 ; Saint-Jacques et al., 1999).

À l'adolescence, l'effet d'entraînement est plus grand car les adolescent(e)s sont à un moment de la vie caractérisé par de nombreux changements psychologiques et physiques. En plus, les jeunes sont portés à s'identifier plus facilement à leurs pairs ce qui augmente le risque d'imitation du comportement suicidaire et provoque le phénomène de contagion. C'est ce phénomène qui a été constaté à Lebel-sur-Quévillon alors que sept personnes, âgées entre 11 ans et 32 ans, se sont toutes enlevées la vie par pendaison entre les mois de décembre 1999 et d'octobre 2000. Dans les semaines suivantes, les services sociaux de cette municipalité ont identifié un grand nombre de jeunes à risque suicidaire dans leur population¹. Pour cette municipalité d'environ 3 300 habitants dont 41% sont âgés de moins de 25 ans, c'est une situation pathétique qui a eu un impact sur le nombre de cas retenus au bureau de la protection de la jeunesse de cette municipalité. Toutefois, il est important de mentionner que ces trois troubles de comportement (troubles de conduite, toxicomanie et suicide) ne sont pas nécessairement tous présents de façon concomitante.

Conclusion

Lorsque l'enfant connaît ses deux parents, il est souhaitable que ceux-ci s'impliquent positivement et activement dans l'éducation de leur enfant pour qu'il puisse s'épanouir et devenir un adulte équilibré. Cette implication doit commencer dès le plus

¹ Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James, communiqué interne, 2000.

jeune âge et se maintenir jusqu'à ce que le jeune soit capable d'autonomie. Elle comprend l'encadrement cohérent et conséquent, le soutien positif et réaliste ainsi que l'amour et l'affection de la part des deux parents même si ceux-ci ne vivent plus ensemble. Ces derniers deviennent donc des modèles pour leur enfant. Cependant, être parent est un apprentissage qui s'effectue progressivement. Les situations rencontrées ainsi que les nouvelles perceptions sociales de ce rôle apportent de nouveaux défis qui peuvent parfois conduire les parents à ne pas être capables de les surmonter.

Depuis une dizaine d'année, les études portant sur le développement général de l'enfant en bas âge ont bien démontré l'apport spécifique de chaque parent. Cependant, lorsqu'il s'agit de troubles de comportement chez les adolescents ou même de leur développement en général, les informations scientifiques concernant l'importance des parents sont moins nombreuses et moins concluantes. Elles proviennent plutôt de la documentation reliée à la pratique clinique. Celle-ci documente l'importance du rôle parental des deux parents sans pour autant mettre l'accent sur la spécificité du père et de la mère, et, elle illustre que le jeune a besoin d'un équilibre émotionnel créé par la relation qu'il développe personnellement avec ses deux parents même si ceux-ci ne vivent plus ensemble.

Le rôle de parent de poursuit durant la transition entre le statut d'enfant à celui d'adulte. Cette transition occasionne des besoins spécifiques et changeant de la part de l'adolescent(e)s et parfois certains parents ont des difficultés à répondre et à s'adapter à ceux-ci. Les adolescent(e)s peuvent donc développer différents troubles de

comportement comme des troubles de conduite, une consommation abusive d'alcool ou de drogue et des comportements suicidaires.

Toutefois, que ce soit dans le développement de troubles de conduite, dans la consommation d'alcool ou de stupéfiants ou dans les comportements suicidaires, les caractéristiques personnelles de l'adolescent(e)s, le contexte familial, incluant l'implication des deux parents, ainsi que le contexte social ont une influence sur l'adoption de comportements qui peuvent conduire l'enfant dans des situations dangereuses pour son développement et/ou sa sécurité.

Au niveau social, les caractéristiques prédisposantes sont plutôt reliées à la pauvreté et la tolérance du milieu. En ce qui concerne le rôle des parents, ce sont les difficultés conjugales, les pratiques parentales permissives ou trop sévères, les problèmes personnels et les difficultés communicationnelles qui amènent l'adolescent(e) à développer ces comportements dangereux. Du côté de l'individu, certains facteurs sont directement en lien avec le tempérament de l'enfant comme sa capacité d'adaptation, sa difficulté à gérer les événements stressants, son orientation sexuelle et son besoin constant de plaisir. D'autres sont reliés aux facteurs biologiques de l'individu comme une déficience cognitive. Les autres caractéristiques comme l'estime de soi, la capacité de gérer son impulsivité et son agressivité, à communiquer, à se contrôler et à attendre, à créer un lien d'attachement, à se mettre à la place des autres, à résoudre des problèmes, à être capable de créer des liens sociaux sont mentionnés comme des caractéristiques individuelles. Cependant, ils sont aussi provoqués par la

relation qu'ils ont avec leurs parents et à l'éducation qu'ils reçoivent de ces derniers. Les parents ont donc une certaine part de responsabilité dans l'acquisition de ces habiletés chez leur enfant, car il leur revient de développer ces aptitudes chez l'enfant.

Cependant, lorsque les parents sont préoccupés par des difficultés comme des problèmes de santé mentale ou physique, des conflits conjugaux, des problèmes de violence, etc., il est difficile pour eux de pouvoir assumer leur rôle parental comme ils le souhaiteraient et conformément aux attentes de la société. Les familles rencontrées dans les services du Centre jeunesse ont pour la plupart des parents qui sont aux prises avec diverses difficultés qui les empêchent d'assumer entièrement leurs responsabilités parentales ou de pouvoir aider adéquatement leurs enfants. Les chapitres suivants présentent ce milieu de stage, les cas rencontrés lors de mon stage et l'analyse critique de l'intervention effectuée.

Chapitre 2 Présentation du milieu de stage

2.1 Mandat du Centre jeunesse en Abitibi-Témiscamingue

Le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue offre les services d'hébergement en réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation sociale et l'intervention psychosociale en lien avec la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Dans ce rapport, seule l'intervention psychosociale reliée à la protection de la jeunesse sera abordée car c'est à l'intérieur de ce mandat que j'ai effectué mon stage.

La LPJ en est une loi d'exception car elle permet au Directeur de la protection de la jeunesse et/ou à son délégué d'enquêter sur toute matière relevant de sa compétence tel, déterminer la recevabilité d'un signalement de la situation d'un enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme en danger, de décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, de décider de l'orientation des services à offrir à l'enfant et à sa famille pour enrayer la compromission, de réviser la situation d'un enfant, de décider de fermer un dossier, d'exercer une tutelle, de recevoir les consentements généraux requis pour l'adoption, de demander au tribunal de déclarer un enfant admissible à l'adoption et de décider de présenter une demande de divulgation de renseignements conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 72.5 ou de divulguer un renseignement conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 72.6 ou de l'article 72.7 de la LPJ (Gouvernement du Québec, 1999 ; Levasseur, 1995).

De plus, comme le stipule l'article 35.2 de la LPJ, le directeur ou à son délégué peut obtenir d'un juge de paix une autorisation écrite de rechercher et d'amener devant le directeur, par les corps de police, un enfant en fugue ou refusant de se présenter. Si la situation est urgente et que le délai pour obtenir l'autorisation risque de compromettre la sécurité d'un enfant, cette autorisation n'est pas requise. Par ailleurs,

«l'article 36 de cette loi, malgré l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)(chapitre S-4.2) ou malgré l'article 7 de la LSSS, lorsque le directeur ou son délégué retient le signalement de la situation d'un enfant victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques ou que la santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés, il peut pénétrer à toute heure raisonnable ou en tout temps dans les cas d'urgence, dans une installation maintenue par un établissement afin de consulter sur place le dossier constitué sur cet enfant et tirer des copies de ce dossier.»(Gouvernement du Québec, 1999,p.12)

Dans les mêmes circonstances, le directeur ou son délégué peut aussi rapporter la situation au procureur général ou à un corps de police sans l'autorisation de la personne concernée ou l'ordre du tribunal (article 72.7 de la LPJ). Enfin,

«La Loi sur la protection de la jeunesse est une loi particulière dont l'application peut constituer une intervention d'autorité. En principe, elle ne doit s'appliquer que dans des cas d'exception, elle doit viser des objectifs précis et doit être strictement circonscrite dans le temps. Elle est considérée comme une loi d'autorité dans le sens où elle s'ingère dans le champ des responsabilités familiales. Tout en étant d'autorité, elle se veut aussi respectueuse des personnes et de leur droits.» (Faugeras et al., 1999, p.30)

Les particularités de la LPJ permettent une ingérence dans la vie privée d'un enfant et de sa famille. Cela a pour conséquence que les interventions psychosociales sont réalisées dans un contexte d'autorité. De plus, puisque les parents et/ou la personne

compromise, lorsqu'elle est âgée de 14 ans et plus, n'acceptent pas la plupart de temps de collaborer de façon volontaire et/ou ne reconnaissent pas les problèmes vécus par leur famille, les interventions psychosociales sont donc réalisées dans un contexte d'autorité. Le manque de reconnaissance du problème et l'absence de collaboration à l'intervention sont souvent occasionnés par les souffrances personnelles des parents ou du jeune, par la peur du jugement, par les méconnaissances du développement et des besoins des enfants. L'intervenant(e) (le délégué du DPJ) doit donc s'occuper autant de l'enfant que des parents comme des être humains dignes d'être aimés, respectés et reconnus.

2.2 Structuration organisationnelle du Centre jeunesse en Abitibi-Témiscamingue

Les villes de Val-d'Or, Amos, Senneterre, Rouyn-Noranda, La Sarre et Ville-Marie ont leur point de service couvrant les villages environnants. Les plus petites villes comme Matagami, Lebel-sur-Quévillon et Témiscamingue sont des sous-centres de la ville la plus rapprochée soit dans l'ordre respectif Amos, Senneterre et Ville-Marie. Le centre administratif est situé à Val-d'Or. La réception de tous les signalements est effectuée au bureau d'Amos. Si le signalement est retenu, celui-ci est transféré dans la zone géographique d'où il origine afin que l'évaluation de la situation soit réalisée. Cette dernière a pour objectif de déterminer s'il y a compromission de la sécurité et/ou du développement de l'enfant. Lorsque la compromission est établie, le processus se poursuit avec l'orientation des services dans le but de déterminer quels services seront nécessaires à la famille et à l'enfant, car d'après l'article 2.3 de la LPJ, les services doivent favoriser la participation des parents et l'implication de la communauté, pour enrayer la compromission et empêcher la récurrence.

2.3 Difficultés et clientèle desservies

La clientèle desservie par la Direction de la protection de la jeunesse est composée des enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de la majorité légale et dont les parents ne parviennent pas à assurer leur développement et leur sécurité. Les difficultés rencontrées sont regroupées sous huit alinéas de l'article 38 de la LPJ et sont présentées à l'annexe 3.

Le tableau suivant présente les problèmes les plus fréquemment identifiés en vertu de l'article 38 de la LPJ au 31 mars 2001, pour chaque point de service et pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue au complet. Dans l'ordre décroissant d'importance numérique au niveau régional, on retrouve le mode de vie inadéquat des parents (282 cas), les troubles de comportements des enfants (127 cas), les abus sexuels de l'enfant (125 cas), les abus physiques de l'enfant (37 cas), la menace au développement physique de l'enfant (6 cas), l'abandon de l'enfant (5 cas), la privation matérielle de l'enfant (4 cas), la menace au développement mental ou affectif de l'enfant (3 cas) et aucun cas pour l'alinéas f) soit l'obligation de travailler pour l'enfant.

Tableau 3: Nombre de cas, au 31 mars 2001, par alinéas de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse pour chaque point de service.

Art. 38., alinéas	Amos	LaSarre	Rouyn-Noranda	Senneterre	Val-d'Or	Ville-Marie	Total (région)
a)abandon	0	1	0	0	4	0	5
b)menace au développement mental ou affectif	1	0	1	0	1	0	3
c)menace au développement physique	0	3	0	0	2	1	6
d)privation matérielle	0	0	4	0	0	0	4
e)mode de vie inadéquat des parents	51	27	60	25	81	38	282
f) obligé à travailler	0	0	0	0	0	0	0
g)abus physique ou sexuel	3	4	5	9	9	7	37
	30	19	24	4	23	25	125
h) trouble de comportement	26	23	36	18	38	22	163
Total	111	77	130	56	158	93	625

Source: Statistique interne, Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2001. (Le titre de chaque alinéa est seulement un résumé de la définition et non son titre formel.)

2.4 Tâche et fonction des intervenant(e)s de la DPJ

L'intervenant(e) de la Direction de la protection de la jeunesse a un mandat légal pour aider les familles et pour enrayer la compromission. Il (elle) doit également amener les parents à participer activement à l'application des mesures, car l'article 2.2 de la LPJ stipule que la responsabilité d'assumer les soins, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu aux parents. Ce qui veut dire qu'en aucun cas l'intervenant(e) n'assume les responsabilités parentales. Il doit plutôt aider le parent à augmenter ses habiletés parentales, à rétablir les liens familiaux,

à améliorer la communication entre les membres de la famille, etc. tout en aidant les parents à prendre des décisions pour assurer le bien-être de l'enfant. Toutefois, si le parent ne peut ou ne veut pas prendre des choix favorisant l'épanouissement de son enfant, l'intervenant(e) a le devoir de prendre les décisions appropriées.

2.5 Approche préconisée en protection de la jeunesse en Abitibi-Témiscamingue

L'organisme ne préconise pas nécessairement une approche particulière, chaque intervenant peut utiliser l'approche avec laquelle il a été formé et qui lui convient. Cependant, plusieurs intervenant(e)s de la protection de la jeunesse emploient l'approche systémique et l'intervention familiale qui en découle car plusieurs intervenant(e)s ont suivi une formation dispensée par Thérèse Lane (1991) qui enseigne l'approche systémique d'après les fondements élaborées par Bateson, Bertalanffy et Watzlawick.

Pour ma part, j'ai utilisé ces approches car j'ai été formé et je crois aux avantages de celles-ci. L'intervenant(e) qui utilise ces approches a une vision globale du système familial et du système individuel de chaque membre de la famille. De plus, cette approche permet de considérer la situation signalée et l'enfant s'y rattachant comme le symptôme d'un autre problème repérable à travers la dynamique familiale, c'est-à-dire à partir des interactions et de la communication entre les membres de la famille, puisque ceux-ci ont un impact direct ou indirect sur chaque membre du système familial. Ce phénomène est communément appelé la causalité circulaire par les théoriciens de l'approche systémique (Amiguet et Julier, 1996).

Ensuite, la personne qui intervient est aussi consciente que la situation signalée ou le patient désigné (l'individu identifié comme ayant des problèmes par les membres de la famille) est engendrée et entretenue par le système d'interaction familiale. Néanmoins, le patient désigné est aussi considéré comme un participant au maintien du problème. C'est pour cette raison que le but de l'intervention est de modifier le système d'interaction familiale et non de guérir ou de transformer un ou des individus, puisque ces changements entraînent des modifications chez chaque membre de la famille et feront disparaître les comportements indésirables chez le patient désigné.

Selon la lecture de l'intervenant(e), avant le début de l'intervention, la famille est en crise, donc en déséquilibre. Mais pour les membres de la famille, il s'agit plutôt d'une situation d'équilibre puisque le maintien des dysfonctionnements interactionnels assure que les événements soient prévisibles, ce qui est rassurant pour tous. L'intervention entraîne un déséquilibre dans la famille. Cependant, suite aux modifications dans les interactions et dans la communication, un nouvel équilibre va se reconstruire progressivement. Toutefois, il est plus difficile d'intervenir avec ces approches lorsque l'enfant signalé est retiré de son milieu de vie et placé en centre de réadaptation ou en famille d'accueil, car il manque un élément de la dynamique familiale (Bélanger et Chagoya 1973 ; Éthier, 1983). Lorsque l'enfant retourne chez lui, un nouveau déséquilibre va survenir le temps de permettre la mise en place d'une nouvelle structure interactionnelle et communicationnelle.

2.6 Présentation du milieu de stage et du milieu social

Mon stage s'est déroulé en deux parties. La première partie du stage a été réalisée avec l'équipe d'évaluation/orientation du point de service de Val-d'Or, ce qui m'a permis de travailler les trois savoirs (savoir, savoir-être et savoir-faire) en plus de parfaire mes connaissances essentielles pour travailler comme déléguée du directeur de la protection de la jeunesse. Dans ce point de service, on retrouve une coordonnatrice, deux secrétaires, une réceptionniste, une responsable des ressources (famille d'accueil), l'équipe éducatrice en réadaptation composée de six éducateurs(trices), une équipe pour la prise en charge comprenant trois techniciens(nes) en travail social et cinq travailleuses sociales et une équipe en évaluation/orientation composée de trois travailleuses sociales.

La deuxième partie du stage m'a surtout permis de perfectionner mon savoir-faire. Cette partie de stage s'est déroulée au point de service de Lebel-sur-Quévillon où j'étais la seule employée du Centre jeunesse et donc la seule intervenante sociale. Toutefois, des supervisions hebdomadaires ont été réalisées d'un part, avec la responsable du service de Senneterre dont je relevais et, d'autre part, avec une superviseure de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Je participais aussi aux rencontres d'équipe du point de service de Senneterre pour les discussions de cas. A cet endroit, on retrouve une coordonnatrice, une secrétaire réceptionniste, un éducateur, une éducatrice, une responsable des ressources, une équipe de trois travailleuses sociales pour la prise en charge et une travailleuse sociale pour l'évaluation et l'orientation des signalements.

Lebel-sur-Quévillon est une ville située dans la région administrative du Nord-du-Québec. Environ 3 300 personnes y habitent et 41% de cette population a moins de 25 ans. Lebel-sur-Quévillon a été longtemps une ville mono-industrielle et son économie repose principalement sur deux usines de transformation forestière. Dans cette ville, la grande majorité des adultes travaillent et ceux-ci reçoivent un salaire individuel moyen supérieur au reste de la province de Québec. En 1996, le revenu individuel moyen était de 31 458\$ comparativement à 23 198\$ (Statistique Canada, 2001). Le nombre de gens prestataires de la sécurité du revenu est quasi inexistant et par le fait même la pauvreté aussi. La majorité des parents ont obtenu un diplôme d'étude secondaire. L'horaire de travail des parents diffère grandement du reste du Québec. En effet, 39,5% des pères travaillent alternativement le jour, le soir et la nuit alors que 15,5% des pères sont dans cette situation dans l'ensemble du Québec. Les mères sont également plus nombreuses à travailler selon des horaires variables soit 13,3% à Lebel-sur-Quévillon comparativement à 7,8% pour le Québec. La proportion de parents travaillant les fins de semaine est aussi plus élevée qu'ailleurs (R.S.S.S du Nord-du-Québec, 1996). De ce fait, les parents sont donc moins disponibles auprès de leur adolescent. D'après Deschamps et Gélinas (1999) pour l'année 1998, 30% des consultations en médecine de première ligne et des hospitalisations de courte durée, pour les adultes, sont reliées à des problèmes d'abus d'alcool et de drogue et 12% d'entre eux sont faites par des travailleurs.

Chapitre 3 Présentation de cas

Comme mentionné précédemment, mon stage pratique s'est déroulé à l'intérieur du service du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue. Durant cette période, j'ai rencontré des jeunes ayant des difficultés d'adaptation sociale en lien avec les trois problèmes de comportement décrits dans le premier chapitre. Ces difficultés étaient suffisamment présentes pour compromettre la sécurité et/ou le développement de ces jeunes. De plus, certains d'entre eux, ainsi que leurs parents, n'étaient pas en mesure de trouver les solutions pour résoudre leurs difficultés ou encore ne voulaient tout simplement pas mettre en place les changements nécessaires pour corriger la situation. C'est donc pour ces raisons que leur cas a été retenu à la Direction de la protection de la jeunesse et que la LPJ confie des responsabilités d'intervention au DPJ ou son délégué (article 2.3).

Dans ce chapitre, je vais présenter tous les adolescent(e)s retenus au cours de mon stage en vertu de l'alinéa h) de l'article 38 de la LPJ au point de service de Lebel-sur-Quévillon. Tout d'abord, je décris l'ensemble de la clientèle desservie et ensuite je présente les neuf cas utilisés pour ce rapport. Ensuite, je procède à une analyse de cas de la situation personnelle et familiale de chaque adolescent(e).

3.1 Problèmes rencontrés et clientèle desservie

Puisque, le bureau du Centre jeunesse de Lebel-sur-Quévillon relève du point de service de Senneterre, nous présentons dans le tableau suivant la répartition des cas retenus à ces deux endroits en nous limitant uniquement à la présentation des alinéas donc il y a des cas.

Tableau 4: Nombre de cas rencontrés au bureau de Lebel-sur-Quévillon et à Senneterre pour chaque alinéas de l'article 38 de la LPJ.

Alinéas de l'article 38.	Senneterre		Lebel-sur-Quévillon		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
e) mode de vie des parents	23	53,5	2	15,4	25	68,9
g) abus physique ou abus sexuel	9	20,9	0	0	9	20,9
	2	4,7	2	15,4	4	20,1
h) trouble de comportement	9	20,9	9	69,2	18	90,1
Total	43	100	13	100	56	

Ce tableau nous permet de constater la différence de problématique rencontrée entre les deux villes. Tout d'abord, sur les 56 cas, 13 relèvent du bureau de Lebel-sur-Quévillon, soit environ 23% des cas. Au point de service de Lebel-sur-Quévillon, 69% des cas sont des situations de troubles de comportement alors que seulement 21% des cas reçus au bureau de Senneterre sont de ce type. A l'inverse, la proportion de cas de négligence est plus élevée à Senneterre (54% des dossiers) qu'à Lebel-sur-Quévillon (15%). De plus, la proportion d'abus physiques y est aussi plus élevée, soit 21%, qu'à Lebel-sur-Quévillon (aucun). Par contre, le pourcentage d'abus sexuels est plus élevé à Lebel-sur-Quévillon (15%) qu'à Senneterre (5%).

Le pourcentage de cas de troubles de comportement chez les jeunes est plus élevé à Lebel-sur-Quévillon que dans tous les autres points de service de la région, comme nous pouvons le voir au tableau suivant.

Tableau 5: Répartition des cas de troubles de comportement pour chaque point de service en région, en nombre et en pourcentage au 30 mars 2001.

	L-S-Q	Amos	LaSarre	Rouyn-Noranda	Val d'Or	Ville-Marie	Total région
Troubles de comportement	9 (69%)	26 (23%)	23 (30%)	36 (28%)	38 (24%)	22 (24%)	163 (26%)
Tous types de cas	13 (100%)	111 (100%)	77 (100%)	130 (100%)	158 (100%)	93 (100%)	625 (100%)

Au cours de la deuxième partie de mon stage, j'ai donc eu à intervenir principalement avec des adolescents ayant divers problèmes de comportements et divers problèmes au sein de leur famille. Cela m'a amenée à réfléchir sur les raisons qui occasionnent ce nombre élevé de jeunes qui développent des troubles de comportement dans cette ville et c'est pour cette raison que j'ai utilisé tous les cas rencontrés afin d'effectuer mes analyses de cas pour ce rapport.

3.2 Présentation des cas retenus pour les fins de ce rapport

Cas 1 : Maël

Maël est un garçon de 16 ans, sociable et qui a une grande capacité de négociation. Il consomme de la drogue (marijuana et cocaïne) depuis 3 ans à tous les jours avec ses ami(e)s. Il a des idéations suicidaires avec planification. Un de ses amis s'est suicidé l'an dernier. Depuis deux ans, il s'implique de moins en moins à l'école. Cela lui a occasionné un retard scolaire d'un an. De plus, il s'est fait suspendre de l'école à cause de ses comportements agressifs et de son langage grossier. Maël a peu confiance en l'avenir et il se dévalorise constamment. Les problèmes qu'il rencontre lui

semblent impossibles à résoudre. A la maison, ses parents mettent peu de règle et, préconisent l'apprentissage par l'erreur. Ils lui laissent donc une grande liberté de décision en ce qui concerne ce qui est bien ou ce qui ne l'est pas pour lui. Sa mère prend la défense de Maël en minimisant et en excusant les comportements inadéquats de son fils.

Cas 2 : Molly

Molly est une fille de 13 ans, très active et sportive. Elle consomme de la drogue (marijuana) depuis deux ans et depuis un an, à tous les jours avec ses ami(e)s. Elle dit en retirer beaucoup de plaisir. Molly s'estime peu et n'a pas confiance en ses capacités pour affronter les obstacles de la vie. Elle s'automutile et parle de suicide. A l'école, elle présente un problème de concentration, a eu plusieurs retraits dû à son impolitesse et à ses attitudes de provocation. Bien sûr, une détérioration au niveau de son rendement scolaire est apparue. À la maison, elle teste les limites de ses parents en argumentant et en parlant de suicide. Sa mère est permissive au niveau de l'éducation et très protectrice car elle entretient une relation du type symbiotique avec sa fille. Lors des conflits, sa mère se range du côté de sa fille pour minimiser ses comportements inadéquats. Les parents ont des difficultés conjugales, ce qui rend Molly insécure. Son père est sévère et exigeant.

Cas 3 : Michaël

Michaël est un garçon de 15 ans qui aime les activités physiques. Il est réservé et il a des difficultés au niveau des habiletés sociales à tel point qu'il est incapable de

regarder son interlocuteur en face. Le travail scolaire est laborieux et il présente un retard académique de deux ans. Pour les parents, la réussite scolaire est importante ce qui occasionne des conflits avec lui ou entre eux, en plus d'avoir un impact sur l'estime de soi de Michaël. Il consomme des drogues (marijuana) depuis deux ans à la fréquence de trois à quatre fois par jour. Ses parents croient qu'il consomme à cause de l'influence de ses amis. Michaël démontre peu d'intérêt à communiquer avec ses parents. Il a des comportements agressifs, ment, se renferme de plus en plus sur lui-même. Pour obtenir de l'argent, il a volé ses parents à plusieurs reprises et il n'a aucun remord. Michaël a des idéations suicidaires sans planification, mais une connaissance de la famille s'est suicidée au cours de la dernière année. Les parents sont plutôt permissifs. Par exemple, Michaël ne subit aucune conséquence lorsqu'il ne respecte pas les consignes ni même lorsqu'il a commis des vols à la maison. Si les parents décident de lui donner une punition, celle-ci est retirée à sa première demande. Le père dit avoir démissionné de son rôle vis-à-vis de son fils.

Cas 4 : Jana

Jana est une adolescente de 17 ans, volubile et sociable. Elle consomme des drogues (marijuana) depuis deux ans et parle de suicide sans pour autant avoir de plan précis. Trois jeunes de son groupe d'amis se sont suicidés dans la dernière année. Elle accuse un retard scolaire de trois ans. Elle fréquente un groupe de jeunes consommateurs. Jana ne respecte pas l'autorité parentale. La mère la surprotège et entretient une relation du type symbiotique avec elle ce qui a un impact sur la confiance et l'estime de soi de l'adolescente. Sa mère croit Jana incapable de devenir une adulte

sans sa protection et elle a peur qu'il lui arrive quelque chose si elle n'est pas là pour la surveiller. Le père ne veut pas contrarier sa conjointe et la laisse décider. Jana dit se sentir emprisonnée dans la relation avec sa mère, ce qui lui occasionne une difficulté à résoudre ses problèmes par elle-même.

Cas 5 : Aly

Aly est une préadolescente de neuf ans qui parle ouvertement de suicide avec planification dans les moyens à utiliser. Un élève de sa classe s'est suicidé au début de l'année scolaire. Aly utilise un langage grossier et impoli envers les adultes. Elle s'oppose et défie l'autorité scolaire et parentale. Elle présente une faible estime de soi et un manque de confiance en soi. Elle a des difficultés à garder des ami(e)s sur une longue période. À l'école, elle réussit bien, mais les enseignants ont de la difficulté à tolérer son attitude provocante. Le père, permissif, consomme régulièrement de la marijuana devant Aly et sa fratrie. Pour lui un enfant doit faire toutes sortes d'expériences pour savoir ce qu'il aime ou ce qu'il n'aime pas. La mère idolâtre sa fille pour sa force de caractère et lui laisse une liberté décisionnelle disproportionnée pour son âge. Cela l'amène à résoudre ses problèmes de façon inadéquate et la place dans des situations conflictuelles car elle réagit impulsivement aux situations. Les parents ont une relation égalitaire, de style copain/copain avec elle. La mère consomme du vin jusqu'à l'ivresse deux à trois fois par semaine. À ce moment, Aly se sent responsable de la famille au point de ne pas dormir ces soirs-là.

Cas 6 : Vahé

Vahé est un garçon de dix ans passionné par la moto et les sports de contacts. Il présente des idéations suicidaires avec un plan précis dans les moyens à utiliser et il a un oncle qui s'est suicidé au cours de la dernière année. Il est replié sur lui-même ce qui lui occasionne des difficultés au niveau relationnel et communicationnel. Il utilise un langage irrespectueux et a des comportements agressifs (voies de fait sur des pairs et sa famille, menace de voies de fait sur des plus jeunes âgés de 5 ou 6 ans, vandalisme). Il démontre de la difficulté à comprendre l'impact qu'il a sur les plus jeunes lorsqu'il les menace ce qui le conduit à un manque d'altruisme. Vahé a peu d'estime de lui et se dit incapable de résoudre ses difficultés sans utiliser la violence physique. Ses amis sont souvent impliqués dans les mêmes situations conflictuelles. Renfermé, il parle peu avec les adultes, avec ses parents, avec les enseignants ou les intervenant(e)s à l'école. Il dénigre les femmes en général et croit qu'il ne faut pas leur faire confiance. Son père, peu impliqué dans l'éducation de ses enfants, consomme de la marijuana à l'occasion et de la bière de façon régulière. Entre les parents, il existe des conflits qui peuvent aller jusqu'à la violence physique. La mère, très autoritaire verbalement, ne maintient pas les sanctions qu'elle administre à son fils. Elle laisse peu de place à son conjoint dans l'éducation des enfants car elle croit qu'il n'en est pas capable.

Cas 7 : Sandrine

Sandrine est une adolescente de 17 ans, impliquée dans les sports d'équipe. Elle est logique et réaliste. Son estime de soi s'affaiblit depuis environ six mois. Maintenant, elle parle de suicide et s'automutile. Deux de ses amis se sont suicidés

dernièrement et elle se sent responsable de leurs gestes. Elle ne voit pas d'autre solution que la mort pour régler ses difficultés. Elle a beaucoup d'absences scolaires et s'implique peu dans ses études. De plus, elle a commencé à répliquer aux enseignants. Elle se renferme et communique peu avec ses parents au point où la communication est complètement rompue avec sa mère. Le père est plutôt permissif et la mère très autoritaire. La relation affective entre la mère et la fille n'a jamais été très bonne. Sandrine croit ne jamais avoir été aimée par sa mère. Elle consomme de la marijuana depuis un an mais depuis les derniers six mois sa consommation est devenue quotidienne et ce jusqu'à quatre fois par jour. Elle fait partie d'un groupe d'ami(e)s consommateurs avec des comportements déviants. Les parents de Sandrine disent qu'elle a des difficultés à s'adapter aux événements de la vie courante depuis son jeune âge.

Cas 8 : Kate

Kate est une fille de 14 ans impliquée dans les sports. Joviale et sensible, elle utilise l'humour pour cacher ses souffrances. Elle a fait une tentative de suicide. Kate présente une faible estime de soi et elle a peu confiance en elle. Les comportements agressifs envers ses pairs, l'absence de respect du bien des autres ainsi que l'utilisation d'un langage irrespectueux et destructeur font partie de son mode de fonctionnement en société. Elle accumule plusieurs sorties de cours qui entraînent des suspensions scolaires. Elle consomme de la marijuana depuis trois ans et depuis 10 mois sa consommation avec son groupe d'ami(e)s a augmenté à raison de trois fois par jour. La violence verbale et physique est présente dans la famille. Le père consomme de l'alcool jusqu'à l'ivresse de façon régulière et ne s'implique pas dans l'éducation des enfants

sauf pour entretenir des chicanes avec eux. La mère, très permissive, prend la part de ses enfants et s'oppose à son conjoint dès qu'il y a conflit. La communication entre les membres de la famille devient difficile ou inexistante sauf durant les conflits.

Cas 9 : Gaël

Gaël est un garçon de 16 ans de nature calme et réservé. Il s'adonne à la marijuana depuis l'âge de 13 ans avec son groupe de pairs. Depuis la dernière année, il consomme jusqu'à quatre fois par jour. L'augmentation quotidienne de sa drogue l'a amené à se fermer sur lui-même. Il n'exprime plus son opinion sauf lorsqu'il se met en colère et il utilise alors un langage grossier. Il ne respecte pas l'autorité parentale ni scolaire. Gaël accuse un retard académique de deux ans ce qui occasionne des disputes avec ses parents pour lesquels la réussite scolaire est indispensable. Gaël n'a pas confiance en ses capacités et dit ne pas s'aimer. Son père ne respecte pas les goûts et les buts de son fils. S'il s'implique dans l'éducation de celui-ci, ce n'est que pour lui faire des reproches. Sa mère est très exigeante au niveau du rendement scolaire, mais elle est permissive pour le reste car elle ne veut pas lui imposer de sanctions lorsqu'il désobéit.

3.3 Présentation globale des cas en lien avec les caractéristiques décrites dans la littérature.

Tous ces signalements ont été retenus pour au moins deux ou trois problèmes principaux, c'est-à-dire soit des idéations avec ou sans tentative suicidaire, de la consommation de stupéfiants et des comportements antisociaux, comme présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6: Problèmes considérés comme compromettant le jeune lors de l'évaluation du signalement.

	Idéation et/ou tentative suicidaire	Consommation de stupéfiants	Comportements antisociaux
Cas 1	Oui	Oui	Oui
Cas 2	Oui	Oui	Oui
Cas 3	Oui	Oui	Oui
Cas 4	Oui	Oui	Oui
Cas 5	Oui	Non	Oui
Cas 6	Oui	Non	Oui
Cas 7	Oui	Oui	Oui
Cas 8	Oui	Oui	Oui
Cas 9	Non	Oui	Oui

L'âge de ces jeunes variait entre 9 et 17 ans à la réception du signalement. Le groupe est composé de cinq filles et de quatre garçons. De plus, quatre d'entre eux ont du être placés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation pour une période variant de 10 à 18 mois. Quatre de ces jeunes avaient reçu de l'aide d'une autre intervenante avant mon arrivée puisque les signalements avaient été reçus avant le début de mon stage.

Au moment de l'évaluation et de la déclaration de la compromission, les neuf jeunes avaient des troubles antisociaux en lien avec des problèmes de respect face à l'autorité parentale et scolaire, en plus de la violence verbale et/ou physique. La majorité, soit huit adolescent(e)s, avaient des idéations suicidaires et une personne a fait une tentative de suicide. Seulement deux disaient ne pas consommer de drogue ou d'alcool. Tous vivaient avec leurs deux parents et leur fratrie.

Ce groupe de jeune correspondait à plusieurs des critères mentionnés dans la littérature. Toutefois, les caractéristiques ont été évaluées par une impression clinique et non avec des instruments d'évaluation standardisés. Néanmoins, plusieurs éléments nous portent à croire que tous ont une faible estime de soi, une déficience dans leur capacité à résoudre leurs problèmes et un lien affectif insatisfaisant avec leurs parents.

Ces jeunes n'étaient pas capables de nommer leurs qualités et leurs aptitudes ni de dire qu'ils s'aimaient eux-mêmes. Ils avaient plutôt tendance à se dénigrer. Les moyens pour résoudre leurs problèmes consistaient à frapper autrui, partir ou encore faire semblant qu'il n'y avait pas de problème. D'après plusieurs adolescent(e)s, leurs parents reconnaissaient peu leurs compétences et ne respectaient guère leurs valeurs et leurs idéologies. Certaines personnes mentionnaient que la relation avec leurs parents les empêchait de s'épanouir car ces derniers les surprotégeaient ou avaient des exigences démesurées face à leur capacité réelle. La majorité de ces jeunes avait des amis qui présentaient des problèmes de comportements similaires aux leurs mais à des degrés différents.

Tableau 7: Caractéristique prédisposante et le nombre de jeunes par caractéristique.

Caractéristique	Nombre
Faible estime de soi	9
Lien affectif insatisfaisant (attachement parent/enfant)	9
Faible capacité à résoudre les problèmes	9
Groupe de pairs déviants	8
Consommation de stupéfiants en bas âge	5
Manque d'autocontrôle (comprenant impulsivité et agressivité)	5
Utilisation de langage irrespectueux	5
Faible capacité à communiquer	3
Manque d'altruisme	2
Manque d'habileté sociale	2
Besoin constant de plaisir	1
Tentative de suicide	1
Faible capacité d'adaptation	1

Enfin, en lien avec les autres caractéristiques prédisposantes, aucun(e) adolescent(e) n'avait de déficience intellectuelle ou des difficultés importantes dans ses capacités d'apprentissage. Pour la majorité d'entre eux, leur niveau scolaire correspondait à leur âge. Tous les jeunes rencontrés disaient être hétérosexuels et rien ne nous portait à croire l'inverse. Finalement, tous avaient une certaine capacité à gérer le stress, et rien ne nous portait à envisager des problèmes à ce niveau.

En ce qui concerne la dynamique familiale, trois d'entre eux vivaient dans une relation de type symbiotique avec leur mère au point où le jeune ne pouvait développer sa propre personnalité à son propre rythme. Les autres adolescent(e)s avaient des

parents trop permissifs et les responsabilités décisionnelles attribuées à ces jeunes ne respectaient pas leur capacité relié à leur âge. De plus, plusieurs parents considéraient l'avenir de leur enfant en fonction de leurs propres rêves sans tenir compte de ceux de leur adolescent(e). La majorité des parents avaient des règles peu claires ou n'avaient aucune règle. Ainsi, par exemple, l'adolescent(e) décidait lui-même l'heure d'entrée et de sortie sans rendre de compte à personne, ou bien l'adolescent(e) n'avait aucune tâche à réaliser à la maison. Un seul couple parental était trop rigide dans sa façon d'éduquer leurs enfants. Certains couples avaient des problèmes relationnels dûs à la consommation de drogue et/ou d'alcool d'un des parents et/ou à de la violence verbale et/ou physique. Plusieurs familles vivaient de grandes difficultés au niveau communicationnel et ne se parlaient que pour des demandes ou pour critiquer les autres ce qui se reproduisait lors des rencontres. La majorité effectuait peu ou pas d'activité familiale. Deux familles avaient des secrets non dévoilés sur des expériences de vie d'un parent; des secrets dont le dévoilement aurait permis à un adolescent(e) de mieux comprendre la préférence du parent pour lui ou pour un autre membre de la famille. Enfin, dans trois familles, des alliances entre un enfant et un ou les deux parents étaient présentes au détriment du reste de la famille.

Certains jeunes identifiaient clairement la part de responsabilité de la dynamique familiale comme élément déclencheur à leur problème de comportement. Par exemple, un jeune disait : «j'me sens étouffé lorsque j'suis chez moi, avec mes chums j'peux être moi». Un autre mentionnait qu'il était mieux avec son groupe d'amis puisqu'ainsi il n'était pas obligé de prendre parti dans le conflit entre ses parents ou encore de supporter

son parent complètement ivre. Un autre déclarait ne plus être capable d'entendre ses parents se chicaner. Pour se protéger mentalement, il partait de la maison et revenait lorsque ses parents étaient couchés. A l'inverse, plusieurs jeunes disaient qu'ils pouvaient obtenir tout ce qu'ils désiraient en persévérant dans leurs demandes même si ces dernières n'avaient pas de bon sens. Souvent ces demandes ont été faites afin de vérifier à quel point ils pouvaient tout obtenir. Les adolescent(e)s interprétaient cela comme un manque d'intérêt et d'amour de la part de leurs parents à leur égard.

La tolérance à la consommation de drogue et d'alcool était présente dans la majorité des familles car seulement un parent a demandé à son adolescent(e) de ne plus consommer de drogues. Les autres exprimaient une tolérance, souhaitant seulement que leur jeune diminue sa consommation à environ un gramme de marijuana par fin de semaine. Certains préféraient le voir consommer à la maison ou dans le garage pour ne pas qu'il ait des démêlés avec la justice ou prendre le risque de se faire arrêter par les policiers et par le fait même avoir un dossier en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants.

L'intervention effectuée auprès de ces adolescent(e)s a été personnalisée dans le but de répondre spécifiquement à leurs besoins personnels et familiaux même si plusieurs similitudes étaient présentes dans les neuf cas retenus pour les fins de ce rapport et même si la compromission a porté sur les mêmes éléments (suicide, comportements antisociaux et consommation de stupéfiant). Chaque adolescent(e)s et chaque famille sont des cas particuliers avec leur histoire ainsi que leur mode de

fonctionnement et d'interaction. La partie suivante porte sur l'intervention réalisée auprès de chaque famille.

3.4 Présentation de l'intervention effectuée

Cas 1 : Maël

Maël avait comme force de départ sa sociabilité et sa capacité de négocier ses idées avec les adultes. Il avait à travailler, dans un premier temps, sa confiance en lui et à augmenter sa capacité à résoudre ses problèmes, car non gérés, ceux-ci engendraient des comportements agressifs et un langage grossier. Avec ses parents, l'objectif poursuivi était d'augmenter des habiletés dans la compréhension et l'encadrement pour soutenir leur garçon tout en respectant son âge et sa capacité d'autonomie. Cela devait être réalisé dans le cadre d'un accord mutuel.

L'intervention avec Maël avait débutée environ neuf mois avant mon arrivée. Il était placé au centre de réadaptation situé à Val-d'Or au moment de son signalement car il menaçait de se suicider. Des suivis individuels avaient été faits auprès de l'adolescent et de la mère. La fratrie n'avait pas été vue car elle demeurait à l'extérieur de la ville pour ses études. Les rencontres se déroulaient le jour et le père était absent à cause de son emploi.

Après réévaluation de la situation, lors de mon arrivée, il en ressortait que les comportements agressifs et l'usage de langage grossier étaient en diminution constante chez l'adolescent. Il utilisait à bon escient des moyens pour résoudre ses difficultés.

Malgré ces modifications, il restait à travailler sa confiance en lui, le retour à la maison et la diminution de l'usage de drogue. Avec les parents, il y avait peu d'évolution car le père n'était pas impliqué dans l'intervention et la mère maintenait sa position de départ c'est-à-dire de trouver toutes sortes de raisons pour excuser son fils.

Après ma première entrevue avec Maël, j'ai convoqué les deux parents à une rencontre en soirée. L'objectif était de connaître leur perception sur l'évolution de la situation et leur exprimer l'importance de l'implication du couple compte tenu de l'apport de chacun auprès de leur adolescent. Je leur ai aussi suggéré une révision judiciairisée –car il s'agissait d'une compromission judiciairisée- du placement pour y mettre fin, étant donné l'évolution des comportements de leur fils. Il était préférable d'apporter les changements à la maison si l'adolescent y habitait. Ceci fut accepté mais les parents démontraient une réticence à venir ensemble aux rencontres, non pas qu'ils ne croyaient pas à l'apport des deux parents mais ils remettaient plutôt en question l'importance de participer ensemble aux rencontres. Ils invoquaient le fait que Madame s'était toujours occupée de l'éducation des enfants autant au niveau scolaire que de la santé, et que Monsieur travaillait plus de soixante heures par semaine. Finalement, l'entente entre les deux parents stipulait que l'apport financier de Monsieur assurait le bien être de la famille et que Madame s'occupait des soins et de l'éducation des enfants.

Maël est donc revenu vivre chez ses parents. Les huit rencontres ont donc été réalisées avec Maël et sa mère. Elles ont servi à identifier les attentes mutuelles de leurs rôles, à clarifier les objectifs d'avenir de Maël (finir son secondaire V pour ensuite aller

faire un cours de formation professionnelle) et à reconnaître les habiletés de l'adolescent. Ceci lui a permis de prendre confiance en lui et d'avoir confiance en ses compétences. Tout au long des rencontres, Madame disait parler aussi au nom de son conjoint avec lequel elle discutait le soir. L'adolescent nous confirmait l'apport du père par des exemples de discussions qu'il entretenait avec lui depuis son retour.

Après ces rencontres, étant donné que Maël ne montrait plus de comportement agressif et que sa consommation était devenue occasionnelle, Madame ne voyait plus la nécessité de maintenir un suivi. Étant donné que la LPJ a pour objectif l'arrêt de la compromission et de s'assurer de la non récurrence, elle avait raison.

Les changements de comportements de Maël, les modifications dans sa perception et sa compréhension de sa réalité, ont eu un impact sur la relation et les interactions qu'il a avec sa mère et son père. Maël avait compris, par les échanges avec sa mère, que même si son père n'était pas présent autant qu'il aurait aimé, il s'intéressait à lui.

Après une meilleure compréhension de l'adolescent, sa mère a pu établir de nouvelles règles fondées sur les valeurs qu'elle voulait transmettre à son fils. Plusieurs discussions ont servi à définir les attentes en lien avec les valeurs à transmettre.

Enfin, l'autre signe de réussite a été que les modifications dans le fonctionnement de Maël n'ont pas créé une autre difficulté dans la famille comme c'est souvent le cas

lorsque la source du problème n'est pas travaillée. La compromission était donc résorbée mais une ordonnance stipulait un suivi pour encore une période de six mois. Maël a donc consenti à maintenir une rencontre mensuelle pour s'assurer de l'absence de récurrence.

L'intervention auprès de Maël a été surtout de type individuel, avec la base de l'approche systémique soit la communication et le mode d'interaction avec les autres systèmes, dû à son placement en centre de réadaptation dans une municipalité à environ 160 kilomètres de distance. A ce moment, les difficultés rencontrées se situaient au niveau de l'interprétation des événements par les membres du système familial et de la compréhension de l'interprétation par les autres et les sentiments qui s'y rattachent. En rencontrant les membres individuellement, chacun fait part de sa propre perception en lien avec leur réalité sans être confronté avec la réalité et la perception des autres. En tant qu'intervenante, nous nous retrouvons dans un dilemme car nous sommes au centre de différentes perceptions véridiques pour chacun mais incorrectes pour les autres. Nous ne pouvons prendre parti, mais nous devons confronter les réalités de chacun pour faire évoluer son mode de fonctionnement. Du fait que la loi nous oblige à travailler avec au moins deux systèmes (les parents et l'enfant concerné) et qu'elle vise à maintenir ou réintroduire l'enfant dans sa famille, nous devons nous assurer d'une certaine harmonisation de la compréhension et du fonctionnement de ces deux systèmes. Sinon, une intervention visant avec un placement à long terme pour l'enfant devient imminente.

Cas 2 : Molly

Molly n'avait eu aucun suivi à mon arrivée. Sa compromission avait été judiciairisée, à cause de son manque de reconnaissance des troubles de comportement qu'elle manifestait et à l'incapacité de sa mère à reconnaître l'impact qu'elle avait sur sa fille en maintenant une relation de type symbiotique. Molly était en centre de réadaptation à Val-d'Or depuis quelques mois à cause de ses comportements d'automutilation et de ses idéations suicidaires.

Ces deux parents se sont impliqués dans les suivis même si leurs difficultés conjugales les avaient séparés depuis le signalement. Ils étaient d'accord pour venir aux rencontres ensemble, car ils disaient faire la distinction entre leur couple parental et leur couple conjugal. Cependant, lorsque Molly avait des comportements inadéquats et que Madame était rejointe la première par les éducateur(e)s du centre de réadaptation, elle ne disait rien à Monsieur, pour "protéger" Molly, ce qui augmentait les conflits entre les deux parents.

Les objectifs parentaux ont été basés sur la définition des besoins de leur fille par rapport à son âge en vue d'établir des règles de vie similaires avec les deux parents. Ces entrevues avaient comme trame de fond la médiation familiale tout en utilisant l'apport de l'approche systémique. Ce qui veut dire que tout en regardant le type de communication et d'interaction entre les deux parents nous gardions comme objectif de répondre aux besoins de Molly. Avec l'adolescente, les objectifs ont été d'augmenter sa

capacité à communiquer adéquatement ses sentiments et de découvrir sa propre personnalité sans l'influence directe de sa mère.

Des rencontres individuelles ont été tenues avec l'adolescente, d'autres avec le système parent et par la suite avec les deux systèmes (parent-adolescent). Au fur et à mesure des rencontres, les parents ont réalisé comment ils en sont venus à agir de cette façon envers leur enfant. Pour contrebalancer la rigidité de son conjoint, la mère ne se sentait pas la force de dire non à sa fille de peur qu'elle croie que sa mère ne l'aimait pas. Le père de son côté, voyant la mère céder à toutes les demandes de l'adolescent(e), se sentait obligé d'être plus rigide. Une fois ce constat effectué, les parents ont pu trouver des moyens pour équilibrer l'autorité parentale au bénéfice de l'adolescent(e), en plus de diminuer les conflits dans le couple parental. De plus, les rencontres parentales ont permis à la mère de comprendre que sa fille est un individu indépendant d'elle. Les rencontres avec l'adolescente et les parents ont permis à Monsieur d'identifier ses attentes et d'expliquer les nouvelles règles à sa fille sans que Madame ne prenne le contrôle de la discussion comme c'était le cas à la maison. De son côté, Madame a pu exprimer, elle aussi, ses attentes et ses règles mais surtout expliquer sa nouvelle position en tant que mère. De plus, ils ont pris le temps d'expliquer à leur fille à quel point elle est importante pour eux.

Au cours des premiers mois, les parents ont appliqué les nouvelles règles ; Molly a réagit vivement au changement en parlant à nouveau du suicide, en utilisant un langage grossier et agressant envers les éducateurs, les éducatrices et moi. De plus, lors de ses

sorties de fin de semaine, elle consommait avec des ami(e)s et en parlait avec ses parents, son éducatrice d'accompagnement et moi. Le message implicite qu'elle nous donnait, était qu'elle avait peur d'affronter sa nouvelle réalité. Cela a été confirmé par Molly lors d'une rencontre familiale. Nous avons, d'un commun accord, décidé de demander un prolongement de son placement pour une période de trois mois afin de lui permettre d'accepter surtout la nouvelle position de sa mère (lui dire non et ne plus la défendre). Ainsi, elle se prépare elle-même à dire non à la consommation dans ce milieu permissif, sans pour autant se sentir rejetée par ses pairs.

Les rencontres ont donc été réalisées avec le système adolescent et le système parent. Au retour de Molly chez ses parents, le système famille et celui de l'école vont devoir être impliqués dans l'intervention pour s'assurer de la réinsertion dans son milieu de vie naturel.

Les résultats obtenus proviennent de l'implication des deux parents à s'expliquer, à comprendre, à se remettre en question dans leur façon d'interpréter la réalité, à s'ajuster aux besoins de leur adolescente et à modifier leur mode de fonctionnement parental. De plus, cette remise en question leur a permis de faire les ajustements nécessaires pour améliorer leur relation conjugale, car la majorité des conflits provenaient des situations où la mère prenait position pour sa fille contre son conjoint. Avec Molly, même si ses troubles de comportements ont refait surface lorsqu'elle a réalisé le maintien de la nouvelle position de ses parents, elle a réussi à prendre conscience de ses forces et ses limites personnelles. Lors d'une rencontre, elle a

mentionné que son placement lui a permis de comprendre qu'elle pouvait se faire confiance.

Cas 3 : Michaël

Michaël a eu un suivi de cinq mois avant mon arrivée. Il était en centre de réadaptation après une comparution au tribunal. Les deux parents avaient été rencontrés individuellement. À mon arrivée, l'analyse de la situation était que l'adolescent s'était conformé aux règles de vie du centre sans avoir clarifié sa réalité avec ses parents. Il maintenait sa position de départ affirmant ne pas avoir de problème. Pour sa part, le père comparait sa propre situation de père à l'exemple qu'il avait retenu de son propre père durant son enfance. Son père était décédé lorsque Monsieur avait dix ans et il a gardé l'image d'un père parfait qui réussissait en tout. Monsieur se voyait donc en position d'échec avec son fils. Il se disait perfectionniste dans la majorité des sphères de sa vie; il voulait être comme son père et croyait que tous les pères devaient être comme cela. Ceci provoquait chez Michaël le sentiment de ne pas être aimé.

La mère se sentait dépassée non pas par la situation de son fils, mais plutôt par la position de son conjoint à vouloir être parfait. Elle comprenait que Michaël avait tout simplement réagi aux exigences du père, car sa personnalité ne correspondait pas à ce que son père voulait qu'il soit.

Pour les parents, les objectifs ont été centrés sur deux éléments. Tout d'abord, reconnaître les forces de Michaël et ensuite réaliser des réussites en tant que parents. La

reconnaissance des qualités de leur fils a été faite en présence de ce dernier, ce qui a eu comme impact sur l'adolescent de se sentir apprécié et aimé pour ce qu'il est. D'autres échanges ont suivi, portant par exemple sur les attentes mutuelles et l'établissement de nouvelles règles de vie à la maison.

À la fin de son placement, Michaël est retourné vivre chez ses parents comme prévu. Il reconnaissait maintenant les comportements inadéquats qu'il a utilisé pour faire réagir ses parents et il parlait plus ouvertement avec eux de son interprétation de la vie tout en respectant leur point de vue.

De ce fait, les parents ont pu réaliser certaines réussites dans leur rôle. Le point de référence a été mis sur les attentes sociales et non sur l'image que Monsieur gardait de son père. Cependant l'objectif n'a pas été atteint complètement concernant la partie personnelle du père à vouloir atteindre la perfection dans tout ce qu'il entreprend dans la vie. La compromission étant résorbée et le risque de récurrence étant presque inexistant, le père a été référé au CLSC pour un suivi personnel.

Les interventions réalisées ont demandé la collaboration du système parent et du système adolescent. La capacité de l'adolescent de se conformer aux règles de vie du centre de réadaptation démontrait sa capacité à vivre adéquatement s'il sentait qu'il pouvait être lui-même avec ses forces et limites.

Cas 4 : Jana

À mon arrivée, Jana était placée en famille d'accueil depuis quelques mois suite à un jugement du tribunal. Seulement une rencontre avait été réalisée avec la mère pour travailler la situation de contrôle qu'elle exerce sur sa fille. Madame n'avait pas voulu d'autres rencontres, se sentant incompris dans son besoin. L'intervention a donc été proposée, dans un premier temps, en individuel pour Jana et en couple pour les parents; pour ensuite permettre aux deux systèmes d'échanger sur leur perception de la réalité et de trouver une façon d'interagir ensemble sans se brimer.

Les objectifs pour l'adolescente ont été axés sur le développement de son autonomie pour qu'elle puisse prendre les responsabilités d'une adolescente de 17 ans. Avec les parents, l'objectif a été d'amener la mère à se détacher de son rôle et de permettre au père d'exprimer sa vision du rôle de parent d'adolescents.

A la fin de mon stage, Jana était prête à demeurer en logement supervisé pour la fin de son placement. Sa mère comprenait le besoin de sa fille de prendre sa liberté et développer son autonomie mais maintenait partiellement son emprise sur cette dernière. Ceci était en lien avec sa promesse d'être toujours là pour ses enfants, promesse qu'elle s'était faite lorsqu'elle est devenue mère car elle avait perdu la sienne au cours de son enfance et elle en avait beaucoup souffert. Pour le père, les échanges lui ont permis de mieux comprendre l'emprise de sa conjointe sur sa fille, de l'appuyer dans sa progression et de l'aider à réaliser les capacités de sa fille à développer son autonomie. Il restait encore beaucoup de chemin à faire, particulièrement en ce qui concerne le

savoir-être de la mère et de l'établissement d'une nouvelle façon d'interagir et de communiquer entre le système adolescent et le système parent.

Cas 5 : Aly

À mon arrivée, la compromission d'Aly venait d'être établie. Une mesure volontaire d'aide avait été signée avec les parents. Aucune intervention n'avait donc été effectuée. L'objectif était de permettre à Aly de reprendre le rôle d'une préadolescente de neuf ans. Pour les parents, l'objectif était de les amener à augmenter leurs habiletés parentales dans la compréhension des besoins d'un enfant de cet âge et de prendre leurs responsabilités de parent.

Les parents se sont séparés au cours de l'évaluation et le père est parti à l'extérieur de la région. Il ne s'est donc pas impliqué dans l'intervention. La mère disait avoir des difficultés à trouver des gardiennes pour ses autres enfants et demandait que l'intervention soit réalisée avec sa fille jusqu'à ce qu'elle règle cette difficulté. J'ai donc centré mon intervention sur la compréhension d'Aly face à la situation et aux sentiments qu'elle vivait à ce propos. Cela lui a permis de prendre conscience qu'elle est une jeune fille agréable avec ses qualités, ses limites et de constater l'inactivité de ses parents à régler les problèmes familiaux.

À ma demande, la mère est venue me rencontrer à trois ou quatre reprises, ce qui revient à environ une rencontre par mois. Au début, elle était centrée sur sa séparation et sur l'échec ressenti. Aux deux dernières rencontres, elle percevait des changements

positifs chez sa fille, mais elle se sentait remise en question dans son rôle de mère. Cela lui avait fait réaliser à quel point elle laissait à Aly prendre des décisions pour elle, car Aly refusait maintenant de résoudre les problèmes lorsque la situation ne la concernait pas.

Les rencontres auraient pu être faites en familiale avec la fratrie, la mère et Aly mais Madame ne voulait pas, prétextant le bas âge de ses autres enfants. L'intervention a donc été individuelle et les objectifs spécifiques pour Aly ont été ajustés dans ce sens. Ils ont porté sur la reconnaissance de ses forces, sa capacité d'être une fille agréable, de comprendre son mode de fonctionnement lorsqu'elle vit des situations qui provoquent de la colère. Toutefois, les changements de comportements d'Aly ont apporté des changements dans les interactions et la communication entre la mère et la fille. L'absence du père a fait vivre beaucoup de colère à Aly qui se sentait responsable de la situation.

A la fin de mon stage, il y avait encore à travailler les attentes mère-fille afin de permettre à Aly d'exprimer à sa mère ses inquiétudes lorsqu'elle est responsable de sa fratrie quand sa mère est ivre sans pour autant avoir le sentiment de détruire ou de juger sa mère. Madame doit aussi investir pour découvrir, comprendre et répondre aux besoins de sa fille.

Cas 6 : Vahé

La compromission avait été établie quelques jours avant mon arrivée et une mesure volontaire avait été signée avec les parents. Les objectifs d'intervention étaient reliés à l'implication mutuelle des deux parents dans l'éducation des enfants afin que Vahé cesse ses comportements agressifs et devienne capable d'exprimer son désaccord.

Les deux premières rencontres se sont déroulées en présence de la mère et Vahé. Il ne disait rien et maintenait son regard vers le sol. Sa mère accusait Vahé de son comportement négatif et elle accusait son conjoint de ne pas s'impliquer. Elle disait qu'il ne voulait pas venir aux rencontres parce qu'il avait signé la mesure volontaire pour ne pas aller au tribunal. J'ai donc convoqué le père en lui parlant personnellement afin de prendre un rendez-vous. Il s'est présenté le lendemain avec sa conjointe même si je l'avais convoqué seul. La rencontre a permis de poser comme hypothèse concernant le mode de fonctionnement du couple que Madame veut contrôler la situation en démontrant aux autres qu'ils ne sont pas capables d'assumer leur responsabilité car ils n'agissent pas comme elle le perçoit. J'ai expliqué au père l'impact du modèle qu'il est pour son fils et comment il peut contribuer à aider ce dernier à reprendre goût à la vie, tout en demandant à Madame de lui donner une chance de démontrer ses capacités de père.

Les autres rencontres ont été réalisées avec les deux parents et Vahé. Ils ont pu exprimer chacun leur tour leurs attentes, leur compréhension des interactions à la maison et modifier leur mode communicationnel. Vahé a même été capable de dire à sa mère

que les hommes devaient avoir peur des femmes et que c'est pour cela que son père n'intervenait pas dans les conflits à la maison. Les propos de l'adolescent ont fait prendre conscience aux parents de la réalité qui se cristallisait dans l'interprétation de leur fils sur le rôle des hommes et des pères vis-à-vis des femmes. Grâce aux explications de leur fils, ils ont pu modifier leurs comportements et comprendre l'avantage d'avoir des ententes sur les règles à établir pour l'éducation des enfants.

Le cheminement et les changements ont amélioré la relation entre les membres de cette famille. A la fin de mon stage, il restait à consolider les acquis pour s'assurer de l'absence de récurrence de la compromission.

Cas 7 : Sandrine

Le signalement de Sandrine est arrivé après le début de mon stage. J'en ai donc fait l'évaluation et l'orientation. L'objectif a été centré sur l'acceptation du suicide de ses deux amis, ce qui nécessitait surtout une intervention individuelle ainsi que des évaluations avec les parents pour s'assurer du progrès de Sandrine.

L'intervention a permis à Sandrine de faire le processus de deuil et de s'expliquer les raisons pour lesquelles ses deux amis se sont suicidés, en plus de comprendre l'importance d'échanger sa compréhension avec les autres pour s'assurer d'avoir saisi le message qu'ils voulaient transmettre, autant dans la vie en général que dans des situations particulières. Cependant, Sandrine ne voulait pas partager cette nouvelle compréhension avec sa mère. Elle la rendait responsable du lien qu'il y avait entre elles.

Cela ne faisait pas en sorte de compromettre sa sécurité et/ou son développement et aucune autre intervention sur ce sujet n'a pu être réalisée.

A la fin de mon stage, Sandrine avait repris ses activités. A la maison, son père disait qu'elle était de bonne humeur et enjouée. Elle consommait seulement lors d'occasions spéciales, mais ne s'impliquait peu dans certains cours sachant qu'elle avait les notes suffisantes pour réussir son cours secondaire.

On pouvait donc considérer que la situation de compromission était terminée, en mentionnant cependant qu'il serait important pour Sandrine d'envisager la reconstruction d'un lien avec sa mère puisque celle-ci était consciente des dilemmes avec sa fille et qu'elle était prête à assumer sa part de responsabilité.

Cas 8 : Kate

La situation de compromission de Kate et son retour dans son milieu familial avaient été décidés au tribunal quelques semaines avant mon arrivée. Kate était en centre de réadaptation depuis deux mois suite à une tentative de suicide. Elle s'était impliquée dans la vie au centre et aucun problème n'était survenu. Le père disait avoir arrêté de consommer et avoir débuté une thérapie en ce sens. La mère confirmait les dires du père et mentionnait que le climat familial était beaucoup mieux. Kate est donc retournée chez ses parents. Elle fut réintégrée à l'école avec une collaboration entre le service d'aide psychoéducatif de l'école, le Centre jeunesse et la famille. Kate a très bien réussi son retour scolaire et aucun problème n'a été rapporté par l'école.

Au niveau familial, les parents disaient ne plus avoir besoin d'aide du fait que Monsieur ne consommait plus et que Kate n'avait plus de problème de comportement. Kate s'est rangée dans la même optique que ses parents jusqu'au jour où elle nous a téléphoné. Ses parents s'étaient chicanés et Monsieur était ivre depuis trois jours. Elle voulait retourner au centre de réadaptation où elle était en sécurité, où les éducateurs et les éducatrices prenaient soin d'elle et où la vie était sécurisante. Un placement volontaire de 30 jours a été signé avec les parents et l'adolescente, dans le but de mobiliser les parents à participer à un suivi. Ils ont donc débuté ce suivi avec pour objectif d'établir des règles de communication les empêchant de se rendre au conflit. Après six rencontres et le retour de Kate à la maison, ils ne se présentent plus au rendez-vous mais Kate demande un suivi pour pouvoir comprendre pourquoi ses parents ne veulent pas s'en sortir et comment elle peut se protéger sans développer des troubles de comportement.

À la fin de mon stage, la situation était arrivée au point décrit précédemment. Il restait à développer des moyens pour que Kate ne se sente plus responsable des conflits entre ses parents et à l'amener à demander un placement en famille d'accueil pour obtenir l'encadrement, le soutien, l'affection, le modèle et le calme dont une adolescente a besoin.

L'intervention systémique n'a pas fonctionné car les parents n'étaient pas prêts à modifier leur communication et leur interaction. Un des parents avait mentionné que

puisque'il avait été éduqué dans un climat similaire et qu'il y avait survécu, Kate n'avait qu'à s'y faire.

En contexte d'autorité, nous avons le devoir d'offrir et de dispenser un service d'aide psychosocial mais nous ne pouvons obliger les parents à venir aux rencontres. Nous devons aussi démontrer que tout a été fait pour offrir les services et de façon répétée pour la durée de l'ordonnance. Nous aurions pu retourner au tribunal, dès l'arrêt du suivi par les parents, pour demander le placement de Kate en famille d'accueil. Comme elle avait cessé ses troubles de comportement, nous voulions la faire cheminer pour obtenir son accord et ainsi s'assurer qu'elle ne développe pas dans l'avenir d'autres difficultés qui pourraient compromettre sa sécurité et/ou son développement.

Cas 9 : Gaël

Gaël et ses parents avaient eu un suivi sous mesure volontaire depuis huit mois avant mon arrivé en stage. Après l'évaluation du premier suivi, il en ressortait que les comportements agressifs s'étaient résorbés et qu'il respectait l'autorité parentale. Il avait abandonné l'école et consommait toujours autant. La communication avec ses parents se résumait à un monologue de leur part. Les objectifs ont donc été axés sur le retour de la communication entre Gaël et ses parents ainsi que sur les attentes des parents en lien avec la personnalité et les capacités de leur fils.

Les rencontres ont donc été faites avec le système adolescent et le système parents. Gaël a pu témoigner de son incompréhension face aux demandes de ses

parents, de ses attentes envers eux et de ce qu'il veut faire de son avenir. Les parents de leur côté ont liquidé les attentes non comblées par leur fils, en lien avec les rêves qu'ils avaient imaginés pour lui. Ils ont découvert et reconnu leurs forces et leurs limites en tant que parents ainsi que les forces et les limites de leur fils.

La communication a été rétablie. Les parents ont accepté que Gaël décide de son cheminement scolaire. La mère a réalisé qu'elle faisait pression sur son fils parce qu'elle n'avait pas complété son secondaire et qu'elle avait un métier physiquement difficile et de mauvaises conditions de travail. Elle voulait mieux pour son fils sans avoir pris le temps de lui demander ce qu'il désirait. Le père de son côté avait beaucoup consommé lorsqu'il était adolescent et jeune adulte, ce qui l'avait porté à suivre une cure de désintoxication et lui avait occasionné des problèmes de santé. Il avait peur que son fils se retrouve avec les mêmes problèmes. Monsieur est très nerveux et il anticipait beaucoup les problèmes même s'il n'avait aucune raison concrète lui permettant de croire à l'arrivée d'une catastrophe. Il a donc été référé au CLSC à ce sujet. Gaël a mieux compris les inquiétudes et les comportements de son père lorsque celui-ci anticipait des difficultés inexistantes. Ce fait a permis à Gaël de comprendre que même si son père anticipe les événements cela ne veut pas dire qu'il ne lui fait pas confiance. Il n'était pas la cause des problèmes d'anxiété de son père. Il a aussi compris que ses parents l'aimaient pour ce qu'il était sauf que leurs rêves venaient fausser leur démonstration d'amour.

A la fin du stage, il restait à consolider les acquis pour s'assurer de l'absence de récurrence de troubles de comportement de Gaël.

Chapitre 4 Analyse critique de l'intervention

L'intervention réalisée au cours de mon stage m'a permis de constater certaines différences entre l'intervention en contexte d'autorité et l'intervention des autres services d'aide. J'ai pu aussi remarquer les limites de l'utilisation de l'approche systémique et enfin, observer l'importance de l'implication des deux parents auprès de jeunes en difficultés d'adaptation sociale.

4.1 L'intervention en contexte d'autorité

Tout d'abord, les différences entre l'intervention en contexte d'autorité et les autres services d'aide résident dans la création du lien de confiance, les difficultés à impliquer tous les membres d'une famille dans l'intervention systémique, les limites causées par la demande d'aide (non volontaire) et le cadre de l'intervention fixé par la Loi de la protection de la jeunesse.

Une des plus grandes différences en intervention en contexte d'autorité est la provenance de la demande d'aide et l'objet du diagnostic clinique. Dans la majorité des cas, la demande provient d'un tiers qui croit qu'un enfant est en danger. Elle résulte rarement d'un appel des parents ou de l'enfant. Cela a un impact sur l'établissement du lien de confiance dont l'intervenant(e) a besoin pour faire cheminer les personnes aidées. Ceci s'explique parce que, dans la majorité des cas, l'intervenant(e) est seulement associé à son rôle d'autorité et de contrôle au sens de la LPJ. C'est-à-dire que la situation de l'enfant signalé lui est confiée pour s'assurer de mettre fin à la compromission et empêcher sa réapparition. Les clients ne voient pas, de prime abord, la composante d'aide dans l'intervention sociale, car ils ont souvent peur de se voir

ensevelir dans le rouage du contrôle social s'ils parlent ouvertement des difficultés vécues à la maison.

L'intervenant(e) investit donc plusieurs rencontres à rassurer les parents et l'enfant signalé, en plus de leur expliquer leur droit en vertu du chapitre II de la LPJ. Parfois, l'intervenant(e) peut enclencher des changements au sein de la famille tout en établissant le lien de confiance. Cela apporte une diminution ou encore l'élimination plus rapide de la situation ayant mené au signalement. Une fois les actes socialement inacceptables disparus et la présence d'une consolidation des acquis, la fermeture du dossier peut être effectuée lors du processus de la révision.

Lorsque le lien de confiance n'est pas suffisamment établi, l'intervenant(e) peut recevoir, de la part des parents et du jeune, soit une coopération illusoire ou une participation passive et impuissante ou encore des réponses d'opposition agressive (Lewis, 1984). Cela fait en sorte que la compromission persiste ou peut revenir plus facilement dans un court délai.

De plus, l'intervention est effectuée seulement sur la situation signalée, sur ce que les parents et le jeune divulguent comme tensions. Cela augmente le risque de voir le problème réapparaître dans quelques mois ou dans quelques années pour le même adolescent(e) ou pour un membre de la fratrie. Ou encore, cela peut conduire seulement à un déplacement du problème sans pour autant compromettre la sécurité et/ou le développement d'un enfant dans la famille, mais cela peut aussi maintenir des tensions

qui évitent une amélioration de la qualité de vie au sein de cette famille. La Loi sur la protection de la jeunesse n'autorise pas la poursuite de l'intervention jusqu'à l'amélioration de la qualité de la vie si la compromission est résorbée. Ceci fait une autre différence entre les services d'aide en CLSC ou en bureau privé, car cette loi est là pour les actes socialement inacceptables comme l'accumulation ou l'aggravation de comportement inadéquat chez un adolescent, et non pour les actes socialement marginaux comme par exemple la consommation modérée de drogue. De plus, l'application de cette loi cesse aussitôt que le seuil des réponses des parents aux besoins de l'enfant devient minimalement acceptable socialement, c'est-à-dire qu'ils répondent de façon minimale aux besoins physiques, psychologiques et affectifs de leur enfant.

Ainsi, l'intervenant(e) ne peut poursuivre une intervention qui viserait l'amélioration de la qualité de la vie en éliminant les tensions cachées dans le système familial, même si les parents et l'enfant sont volontaires. L'intervenant peut seulement expliquer l'avantage de poursuivre leur suivi dans un autre service pour travailler sur les difficultés sous-jacentes présenter dans le système familial. L'avantage de cet aspect de la LPJ, est d'empêcher l'acharnement de certain(e)s intervenant(e)s à vouloir changer à tout prix le fonctionnement familial. Cela laisse plutôt une autonomie décisionnelle à la famille quant à son désir d'améliorer la qualité de vie comme le stipule l'article 2.4 de la LPJ.

En contexte d'autorité, la provenance de la demande d'aide ainsi que les difficultés à établir un lien de confiance ont un impact sur la possibilité pour

l'intervenant(e) de persuader les parents à inclure tous les membres de la famille dans l'intervention. Cette réticence débute lorsque l'intervenant contacte les parents pour l'évaluation du signalement. Non pas parce que le contact n'est pas approprié mais c'est plutôt en lien avec l'image négative, véhiculée par les médias, des parents et des enfants desservis par les Centres jeunesse. Certains parents ne veulent pas être identifiés à cela et veulent préserver l'image du reste de la famille comme si l'intervention en contexte d'autorité provoquait un traumatisme.

De plus, étant donné qu'ils n'ont pas demandé de l'aide de façon volontaire, la réalisation de la situation inacceptable n'est pas faite au même titre que les parents qui demandent du soutien d'un service d'aide, comme un CLSC ou un bureau privé, pour les difficultés qu'ils rencontrent avec leur adolescent(e). Dans la majorité des cas, ils savent que les difficultés sont présentes mais ils ne sont pas prêts à les reconnaître et à y faire face. Cela provoque donc involontairement une remise en question de leur rôle de parents causant ainsi le sentiment de culpabilité, en plus d'avoir peur de se faire juger ou de se faire blâmer à cause de leur "inaction".

Pour d'autres, lorsqu'il s'agit de troubles de comportement chez un adolescent(e), certains parents vont se sentir moins responsables face à la situation car le patient désigné n'est pas eux. De ce fait, ce n'est pas leur faute, c'est l'adolescent(e) qui a des comportements inacceptables. Alors, les parents reconnaissent plus facilement leur dépassement à l'égard de la situation et dans la majorité des cas, ils disent avoir besoin d'aide pour arrêter les comportements inadéquats de leur jeune. Toutefois, cela

n'amène pas les parents à impliquer les autres membres de la famille pour les mêmes raisons d'identification au Centre jeunesse.

Du côté de l'intervenant(e), étant donné que la situation signalée est grave car il s'agit d'actes socialement inacceptables mettant la sécurité et/ou le développement d'un enfant en danger, il doit réagir à la situation dans les plus brefs délais tout en créant un lien de confiance. De ce fait, il investit moins sur l'importance d'impliquer tous les membres de la famille dans l'intervention systémique.

Pour sa part, le diagnostic provient de l'évaluation afin de définir s'il y a compromission d'après les alinéas de l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Le rôle de l'intervenant(e) consiste à démontrer, par ses observations cliniques, les faits qui établissent la compromission sans pour autant définir, par exemple, le pourcentage de l'estime de soi qu'un enfant possède. Le diagnostic clinique est plutôt réalisé en fonction des actes socialement inacceptables. Pour cela, deux instruments peuvent servir à objectiver l'intervenant(e) dans l'évaluation de la situation signalée avant la présentation du cas à l'équipe clinique pour l'entérinement du diagnostic et de la compromission. Il y a le Système de Soutien à la Pratique professionnelle en protection de la jeunesse (SSP) et le Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE).

Le premier permet de déterminer la compromission de l'enfant signalé en lien avec sa vulnérabilité, sa propre capacité à se défendre et à se protéger, la capacité des parents à protéger l'enfant compte tenu de leur propre vulnérabilité et celle de l'enfant, ainsi que la capacité du milieu à protéger ce dernier.

Le deuxième instrument est utilisé afin que l'intervenant(e) social(e) puisse porter un jugement objectif quant aux dysfonctionnements des compétences parentales avec la reconnaissance des caractéristiques de l'enfant concernant les troubles de conduite, les comportements adaptatifs, les incapacités au niveau émotionnel et le développement en général, en plus des maladies chroniques ainsi que physiques.

Le diagnostic clinique de base est donc défini par la démonstration des troubles de comportement chez le jeune, lorsqu'il s'agit d'adolescent(e) ayant des difficultés d'adaptation sociale comme l'indique ce rapport. Ce premier diagnostic comprend seulement les caractéristiques symptomatiques reliées au jeune ainsi qu'au contexte social et familial comme ceux décrits dans la littérature. Cependant, toutes les caractéristiques reliées à la façon dont le système familial se structure pour fonctionner et maintenir son équilibre ne sont pas identifiées car leur compréhension est possible seulement après être intervenu auprès des membres de la famille et que cette dernière se soit impliquée minimalement dans le suivi. Parmi ces caractéristiques, on retrouve la hiérarchie des pouvoirs, les frontières, les coalitions, l'expression des sentiments, les alliances, les blâmes, l'apaisement des conflits, la rétroaction en référence avec le type de communication entre les individus.

Au cours de mon stage, les interventions ont été réalisées parfois en individuel avec l'adolescent(e), tantôt avec les deux parents et, lorsque la situation le permettait, avec les parents et l'adolescent(e). Le placement de certain(e)s adolescent(e)s a paru, de prime abord, un empêchement à réaliser des rencontres parent/adolescent. Même une fois l'adolescent(e) réintégré(e) à la maison, les rencontres ont eu lieu soit avec l'adolescent(e) seul(e) ou avec un de ses parents pour différentes raisons stipulées par les parents. Encore là, la notion de volontariat entre en jeu et il est faux de croire que l'intervention en contexte d'autorité oblige les parents à participer activement au suivi. Personne ne peut contraindre un parent ou un jeune à participer activement à un suivi. Cependant, la loi oblige le Directeur de la protection de la jeunesse et/ou son délégué à prendre tous les moyens nécessaires pour enrayer la compromission chez le jeune, comme le placer sur une longue période si aucune amélioration n'est possible ou si aucun changement n'est effectué dans la famille. Cela veut dire que si seulement un parent ou même si seulement l'adolescent(e) participe et que la compromission disparaît, nous avons accompli notre tâche et nous devons nous retirer en fermant le dossier.

4.2 Les constatations liées à l'approche systémique préconisée

Être parent est un rôle qui s'apprend au fur et à mesure que les enfants grandissent. Bien entendu, l'exemple de nos propres parents et des autres parents qui nous entourent nous sert de modèle, mais chaque situation et chaque enfant sont différents et cela complique parfois notre rôle de parent.

Dans la majorité des cas, les parents donnent le meilleur d'eux à leurs enfants lorsqu'ils les éduquent. Ils ne sont donc pas "coupables" des difficultés de leurs enfants, car ils n'ont pas conscience du caractère fautif de leur attitude négative, de leurs comportements inappropriés et même de l'impact de leur discours blessant sur leurs enfants.

Souvent leurs propres difficultés personnelles font en sorte qu'ils adoptent une position défensive lorsque leur enfant démontre des difficultés d'adaptation sociale. Ils ont donc besoin d'être entendus, respectés et aidés au même titre que leur enfant en difficulté. Sinon, une résistance s'établit entre l'intervenant et les parents, ce qui entraîne une cessation de l'intervention et une fermeture du dossier.

L'approche systémique devient donc intéressante à utiliser car elle cherche à modifier les interactions et la communication dans un système sans pour autant définir un coupable de la situation difficile. De ce fait, l'intervenant(e) qui utilise cette approche sait que si un élément du système interagit différemment sur un autre élément, cela a un impact sur tout le système attribuable à la causalité circulaire des interactions et de l'information qui circule. Cependant, pour obtenir une autorégulation positive, il est préférable d'obtenir l'implication de tous les éléments du système, sinon des obstacles sont rencontrés à différents niveaux. Si seule la mère et l'adolescent viennent aux rencontres, cela fait en sorte que la possibilité de travailler les compétences parentales est inexistante, car pour les travailler adéquatement, il faut réussir à définir une entente mutuelle sur les valeurs à transmettre. Il est important de démontrer

l'autorité parentale, d'établir les règles et de clarifier les fondements de ces règles, de savoir négocier tout en maintenant son autorité, d'être ferme et soutenant tout en étant capable de résoudre les problèmes qui surviennent et de faire en sorte d'adapter ses attentes et ses exigences compte tenu de l'âge de l'enfant.

Ensuite, si la fratrie n'est pas impliquée dans l'intervention cela diminue aussi les chances de réussite sur les causes du symptôme, car celle-ci peut palier à l'absence des parents lorsque ces derniers travaillent à l'extérieur et qu'ils ne peuvent être aussi présents qu'ils le voudraient. La fratrie peut également contribuer au succès de l'intervention en améliorant positivement les interactions et la qualité de la communication entre les membres de la famille. Si la rétroaction est négative concernant le mode d'interaction et de communication entre la fratrie, cela peut occasionner d'autres difficultés et provoquer une autorégulation négative du système familial.

De surcroît, pour améliorer les caractéristiques individuelles des parents et de l'adolescent(e), en contexte familial et social, l'implication des membres du système familial est préconisée, car avec cette approche le patient désigné, soit l'enfant signalé, est le symptôme de la situation et non la cause de celle-ci. Alors même si, par exemple, l'estime de soi d'un jeune avait augmenté mais que les interactions avec les personnes significatives lui avaient reflété une image négative de lui, le travail effectué aurait été annulé. Donc, il faut au minimum l'implication d'un autre élément du système pour aider le jeune à travailler ses limites au plan individuel.

Nonobstant les limites de l'approche systémique en contexte d'autorité, nous avons constaté des avantages à son utilisation. Les interventions individuelles avec les adolescents leur ont permis de se différencier de l'image projetée par leur entourage et de comprendre la transition de vie dans laquelle ils se retrouvent. Pour certain(e)s, il leur était offert une occasion de parler de questions plus personnelles qui étaient inappropriées d'ouvrir en présence de leurs parents. De plus, la confidentialité de leurs propos relatifs à leur vie privée a pu être démontrée et la compromission a pu être résorbée.

4.3 Les limites reliées à l'absence d'implication des deux parents

L'implication des deux parents dans l'intervention auprès d'adolescent(e) en difficultés d'adaptation sociale est essentielle. Même si la littérature démontre des caractéristiques reliées directement au tempérament du jeune, les parents ont un impact sur l'amélioration des traits de caractère de leur adolescent(e), car ils doivent, par leur pratique éducative et en donnant l'exemple, assister et aider l'enfant dans son développement pour assurer son autocontrôle, son estime de soi, sa capacité à résoudre ses problèmes et sa sociabilité, sa capacité à gérer son stress afin de le rendre capable de communiquer adéquatement, de créer un lien d'attachement et de se sentir aimé et en mesure d'avoir des comportements d'altruisme.

Les difficultés dans le couple parental proviennent surtout du temps employé pour discuter et définir le type d'encadrement à réaliser auprès des enfants. Souvent, ils ont l'impression de partager la même réalité en ce qui concerne leur propre rôle et le rôle

de l'autre parent, mais la réalité est souvent différente. Les difficultés découlent aussi des tourments personnels de chaque parent comme les problèmes de santé mentale, physique, relationnel, etc.

Les deux parents ont intérêt à participer activement à l'éducation de leur enfant. Cela permet un meilleur encadrement parental, un soutien mutuel, une cohérence et une constance envers les demandes et les exigences de leur enfant. Si le couple parental travaille dans le même sens, c'est-à-dire qu'ils ont des pratiques parentales similaires ou une entente claire et satisfaisante en lien avec leur capacité, l'harmonie du couple peut exister et ceci aura un effet sur le climat familial et par le fait même, sur le bien-être général de l'enfant.

De plus, lorsqu'un partage mutuel des responsabilités parentales existe, les caractéristiques plus difficiles de l'enfant sont moins lourdes à surmonter. Les parents peuvent donc assurer une rétroaction positive et constructive à l'enfant en plus de mieux reconnaître ses habiletés et ses limites.

L'analyse des neuf cas présentés précédemment me permet de soutenir ce raisonnement, même si les interventions servaient fondamentalement à neutraliser la compromission en vertu de la LPJ. En effet, certaines différences ont pu être constatées lorsque les deux parents se sont impliqués dans les changements du mode de fonctionnement familial. Rappelons-les brièvement.

Tout d'abord, les parents de Maël se sont impliqués à leur manière dans l'intervention et les changements à apporter dans l'éducation de ce dernier. Le père s'est présenté seulement une fois, mais à la maison les parents se concertaient et se mettaient d'accord sur les moyens à utiliser avec leur fils. Cela a apporté, chez Maël, un changement rapide des comportements face à la consommation.

Pour Molly, l'impact de l'intervention a aidé le couple à retrouver un équilibre, ce qui a eu des conséquences positives sur elle, mais aussi sur le reste de la famille, car les parents ont réalisé qu'en changeant leur façon de faire, les autres enfants répondaient mieux à leurs demandes. Les conflits entre tous les enfants et les parents ont diminué. Molly a pu comprendre que son père l'aimait même s'il était plus exigeant que sa mère, ce qui était une situation similaire à celle de Michaël. Dans le cas de Michaël, l'implication de la mère a aidé le père à réaliser et à entrevoir les forces et les limites de son fils.

Dans le cas de Jana, l'implication du père a permis à Monsieur d'aider sa conjointe à constater l'emprise qu'elle avait sur sa fille et de la soutenir dans le combat qu'elle menait pour se détacher adéquatement de Jana. Du fait que Monsieur avait une bonne compréhension de la situation de sa fille et qu'il était significatif pour Madame, il a servi de levier sécurisant pour sa conjointe dans le processus de changement. Il a donc eu une implication importante dans l'augmentation de l'autonomie de Jana.

Pour sa part, Gaël avait été rencontré seul au cours des huit mois avant mon arrivée. Il avait amélioré ses comportements pour ne pas être placé dans un centre de réadaptation. Cependant, le lien avec ses parents demeurait toujours difficile et les parents menaçaient de le placer même s'il y avait eu des changements. Les rencontres parents/adolescent et l'implication des deux parents dans ce suivi ont permis d'obtenir une entente viable entre les deux systèmes, en plus de pouvoir répartir ce qui appartient à chacun.

Concernant le cas d'Aly et Kate, l'implication des deux parents a été pratiquement inexistante, ce qui a fait en sorte de maintenir la compromission. De plus, les deux filles se sentaient toujours personnellement responsables de leur situation même si elles disaient comprendre leurs limites à modifier leur situation familiale.

La situation de Sandrine est différente car l'événement qui la conduisait à utiliser des comportements qui mettaient sa sécurité et son développement en péril n'était pas en lien avec sa vie familiale.

Finalement, comme cela est mentionné dans la littérature, il ne faut pas oublier l'impact du milieu social dans lequel la famille évolue. À mon avis, leur milieu de vie a eu un impact car plusieurs facteurs ont contribué à amener les parents à utiliser une éducation permissive. Ainsi, Lebel-sur-Quévillon est un milieu de vie relativement aisé financièrement et la plupart des parents n'ont pas réalisé d'études supérieures. Les deux parents travaillent, souvent sur des horaires variables, ce qui crée une indisponibilité

temporaire auprès de leur enfant, une permissivité implicite et une plus grande tolérance à la consommation d'alcool ou de drogue par les jeunes. De plus, cette municipalité étant de petite taille, la majorité des gens se connaissent personnellement et travaillent pour la même entreprise. La peur du jugement de leur image familiale est présente. Plusieurs parents ont mentionné n'avoir pas le choix d'acheter tel type de vêtements à leur enfant à cause des autres enfants qui les portent et du fait que leurs parents sont ses collègues au travail. Ou encore, ils ferment les yeux sur la consommation car les jeunes n'ont rien d'autre à faire pour se changer les idées et plusieurs parents consomment tout en réussissant dans la vie. La perception sociale véhiculée dans ce milieu est donc néfaste pour les familles.

Comme on a pu le voir, les pratiques d'intervention en contexte d'autorité auprès des adolescent(e)s qui développent des problèmes de comportement comme les troubles de conduite, la toxicomanie et le suicide peuvent être améliorées. Même si elle n'est pas la conséquence d'une demande d'aide de la part des parents, la présence de l'intervenant(e) modifie de façon significative la dynamique familiale. La réussite de l'intervention auprès de la famille et la résolution à long terme des problèmes reposent en grande partie sur l'établissement d'un lien de confiance et de la collaboration d'un ou des deux parents. L'utilisation d'une approche systémique permet de centrer l'intervention sur le fonctionnement familial, même si l'arrêt de la compromission au sens de la LPJ demeure le premier objectif à atteindre. Comme nous l'avons indiqué dans la présentation de neuf cas, cette approche permet de modifier les interactions au sein de la famille. Finalement nous avons également observé que l'implication des deux

parents dans l'intervention constitue une condition fondamentale à la réussite de celle-ci. Néanmoins, l'intervention est demeurée limitée à la famille. Or, plusieurs indices nous laissent croire que nous devrions aussi prendre en compte le contexte social plus large, en particulier les caractéristiques du milieu local, dans lequel ces familles se développent.

Bibliographie

- Alain, M. et Lussier, Y. (1988). Impact psychologique de la séparation et du divorce. *Santé mentale au Québec*, VIII, 1, 57-68.
- Amiguet, O. et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève : I.E.S. et EESP.
- Asselin, P. et Bouchard, M. (1996). Famille, toxicomanie et fonction du symptôme. *PRISME*, automne, 6, 4, 512-519.
- Association des centres jeunesse du Québec (1997). *Recherche en BREF...* Bulletin à l'intention du personnel et des partenaires des Centres jeunesse du Québec produit par le Centre de recherche sur les services communautaires.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E. et Bem, D.J. (1994). *Introduction à la psychologie*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- Badolato, G. (1997). Le père est-il compétent dans la compréhension des besoins du petit enfant. *Enfance*, 3, 401-410.
- Beaty, L.A. (1995). Effects of paternal absence on male adolescents' peer relations and self-image. *Adolescence*, 30, Winter, 873-880.
- Bee, H. (1997). Les premières années : développement des relations sociales et de la personnalité. *Les âges de la vie psychologique du développement humain*. St-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Bélangier, R. et Chagoya, L. (1973). *Techniques de thérapie familiale*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Belsky, J. (1998). Paternal influence and children's well-being : Limits of and new directions for understanding. In A. Booth, & A.C. Crouter (Eds.), *Men in families* (p. 279-293). Hillsdale, NJ : Lawrence-Erlbaum.
- Bovay, M. (2000). Accompagner des adolescents : richesses et difficultés. *L'intervenant*, avril, 16, 4, 4- 6.
- Bovay, M. (1993). Adolescence et toxicomanie... pourquoi ce couple ? *L'intervenant*, 9, 4, juillet, 13-14.

- Bovay, M. (1996). Prévention : se poser des questions autour de la prévention des toxicomanies, c'est déjà y répondre... *L'intervenant*, 12, 2, janvier, 14-15.
- Bui, K.V.T., Ellickson, P.L. and Bell, R.M. (2000). Cross-lagged relationships among adolescent problem drug use, delinquent behavior, and emotional distress. *Journal of Drug*, 30, 2, Spring, 283-303.
- Chamberland, C. (1987). Les pères en contexte : du passé antérieur au futur plus-que-parfait. Dans Cœur-Atout. (Dir), *Un amour de père*. (p. 13-23). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Chartrand, É. (2001). *Le suicide dans la région du Nord-du-Québec. Une approche rétrospective visant à mieux connaître pour mieux agir*. Centre Régional de santé et des services sociaux de la Baie-James.
- Claes, M. (1999). L'adolescence, une période de crise pour les parents et pour le couple. *PRISME*. 29, 100-109.
- Coie, J.D. (1998). La prévention des comportements antisociaux dangereux et persistants : le projet FAST TRACK. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 27, 2, 151-167.
- Conseil Permanent de la Jeunesse (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Gouvernement du Québec.
- Cournoyer, M. (1987). *Approche éthologique des tactiques comportementales employées par le jeune enfant en situation d'attente*. Mémoire de Maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Deschamps, C. et Gélinas, M. (1999). Le partenariat avec les entreprises : une autre façon de contrer le problème de la toxicomanie. *L'intervenant*, 15, 4, 7-9.
- Deslandes, R. et Royer, É. (1994). Style parental, participation parentale dans le suivi scolaire et réussite scolaire. *Service social*, 43, 2, 63-80.
- Duclos, G. (2000). L'estime de soi, un passeport pour la vie. *Le magazine enfants Québec*. Avril, 12, 6, 33-35.
- Dumas, D. et Pelletier, L. (1997). La perception de soi. La clé de voûte des interventions de l'infirmière auprès de l'enfant hyperactif. *Revue officielle de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec. L'infirmière*, 4, 4, 28-36
- Éthier, L. (1983). Approche systémique et intervention familiale. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 12, 2, 83-92.

- Faugeras, F., Moisan, S., Fournier, J. et Laquerre, C. (1999). *Les lois en centre jeunesse*. Beauport : Centre jeunesse de Québec. Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 5, 357-370.
- Feuga, B. (1998). L'adolescence une période clé de remise en question des relations familiales. *Revue de l'infirmière*, 41, sept, 15-18.
- Fortin, L. et Favre, D. (2000). Comparaison des caractéristiques psychosociales des élèves violents québécois et français au secondaire. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 29, 1, 33-48.
- Fralick, P.C. et Hyndman, B. (1997). Les jeunes, la toxicomanie et les déterminants de la santé. Dans Forum national sur la santé Canada (Dir), *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*. (p. 333-376). Sainte-Foy : MultiMondes.
- Girard, M. (1997). Consommation et abus de drogues chez les adolescents : Guide pratique à l'usage du personnel scolaire. *PRISME*, automne, 7, 3-4, 544-568.
- Gould, M.S., Shaffer, D. and Fischer, P. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 155-162.
- Gouvernement du Québec (1999). *Loi sur la protection de la jeunesse. L.R.Q. chapitre P-34.1*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Gratton, D. (1987). *Le manque de père à l'adolescence*. Dans Cœur-Atout. (Dir), *Un amour de père*. (p. 135-146). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Grenier, L et Gilbert, M. (1998). ÉDUC ET MOI : programme de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies chez les jeunes. *L'intervenant*, 14, 2, 5-8.
- Hamel, F. (2000). Prévention des toxicomanies. *L'intervenant*, octobre, 17, 1, 13-14.
- Harris, K.M., Furstenberg, F.F., & Marmar, J.K. (1998). Paternal involvement with adolescents in intact families : The influence of fathers over the life course. *Demography*, May, 35, 2, 201-216.
- Harrison, K. (1997). Parental training for incarcerated fathers effects on attitudes self-esteem and childrens self perceptions. *The Journal of Social Psychology*, October, 137, 588-593.

- Hoffman, C.D. et Moon, M. (1999). Women's characteristics and gender role attitude : support for father involvement with children. *The Journal of Genetic Psychology*, 160, 4, 411-418.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Décès par accident de véhicule à moteur et par suicide des jeunes de moins de 20 ans selon le sexe, Québec, 1975-1998*. Cité internet : www.stat.gouv.qc.ca. consulté en juin 2001.
- Jenkins, J.E. & Zunguze, S.T. (1998). The relationship of family structure to adolescent drug use, peer affiliation, and perception of peer acceptance of drug use. *Adolescence*, 33, 132, 811-822.
- Kazura, K. (2000). Fathers' qualitative and quantitative involvement : an investigation of attachment, play, and social interactions. *Journal of Men's Studies*, Fall, 9, 1, 41-57.
- Labrell, F. (1997). L'apport spécifique du père au développement cognitif du jeune enfant. *Enfance*, 3, 361-369.
- Lamb, M.E. (1997). L'influence du père sur le développement de l'enfant. *Enfance*, 3, 337-349.
- Lambin, M. et Grenier, H. (1997). Le suicide à l'adolescence : un modèle de prévention en milieu scolaire. *PRISME*, 7, 3-4, 520-543.
- Lane, T. (1991). *Autoréférence et questions circulaires : Devenir créatif à partir de ses images*. Saint-Foy : Pro-Sys. Inc.
- Laroche, D. (2000). La face cachée de la violence en toxicomanie. *L'intervenant*, 16, 3, 28-30.
- LeBlanc, M. (1996). Psychotropes et délinquance : séquences développementales et enclassement. Dans *Rapport final au Conseil Québécois de la Recherche Sociale*, (p. 155-177). Montréal : Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté de l'École de psychoéducation de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, mars 1999.
- LeBlanc, M. (1996). Trajectoires et habitudes de consommation des psychotropes. Vers des indices cliniques qualitatifs pour les adolescents. Dans *Rapport final au Conseil Québécois de la Recherche Sociale*, (p. 128-154). Montréal : Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté de l'École de psychoéducation de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal, mars 1999.

- Levasseur, N. (1995). *Concept de protection et interprétation des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse*. Association des Centres jeunesse du Québec.
- Lewis, H.C. (1984). Child welfare agencies. Dans M. Berger et G.J. Jurkovic (Eds.) *Practicing family therapy in diverse settings*. Washington : Jossey Bass.
- Mandel, H.P. (1997). *Conduct disorder ans under-achievement*. New York : John Wiley & Sons, inc.
- Marcelli, D. et Braconnier, A. (1986). Adolescence et crise parentale. *Le groupe familial*, octobre, 113, 2-9.
- Marcus, R.F. (1996). The friendships of delinquents. *Adolescence*, 31, 121, 145-158.
- Mattox, W.R. Jr. (1999). Daughters need fathers too. *The American Enterprise*. Sept./Oct., 10, 5, 40.
- Miljkovitch, R. et al. (1998). La contribution du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement du jeune enfant. *Enfance*, 3, 102-116.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morizot, J. et LeBlanc, M. (2000). Le rôle des pairs dans l'émergence et le développement de la conduite délinquante : une recension critique des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 29, 1, 87-117.
- Nurco, D.N. & Monroe, L. (1996). Vulnerability to narcotic addiction : family structure and functioning. *Journal of Drug Issues*, (Fall), 26, 1007-1025.
- Olivier, C. (1994). *Les fils d'Oreste ou la question du père*. France : Flammarion.
- Papalia, D.E. et Olds, S.W. (1996). *Le développement de la personne*,. Laval : Éditions Études Vivantes, 4^e édition.
- Payette, T. et Tousignant, M. (2000). Le suicide chez les jeunes hommes toxicomanes : facteurs de risque, prévention et intervention. *L'intervenant*, 16, 3, 31-34.
- Payette, M. et Tousignant, M. (2000). Polytoxicomanies et suicide chez les hommes. *L'intervenant*, 16, 3, 18-19.
- Pelletier, D., Lamonde, A. et Thibault, M. (1995). *La prévalence de la violence familiale causée par les adolescents : variables associées et liens avec la*

consommation d'alcool et de drogues. Rapport de recherche soumis au Conseil Québécois de la Recherche Sociale (RS-2035). Université du Québec à Hull.

- Pelletier, D., Beaulieu, A., Grimard, A. et Duguay, L. (1999). Les adolescents qui agressent leurs parents. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 28, 2, 171-185.
- Pommereau, X. (1996). *L'adolescent suicidaire*. Paris : Dunod.
- Poulin, F., Dishion, T.J., Kavanagh, K. et Kiesner, J. (1998). La prévention des problèmes de comportement à l'adolescence : le adolescent transition program. *Criminologie*, XXXI, 1, 67-85.
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nord-du-Québec, Direction de la planification et des programmes (1996). *Enquête sur la jeunesse du Nord-du-Québec 1995. Leur réalité personnelle et sociale*.
- Renaud, J. (1999). Capsule suicide Desjardins : Facteurs familiaux et comportements suicidaires à l'adolescence. *PRISME*, 28, 190-193.
- Robinson, L. C. (2000). Interpersonal relationship quality in young adulthood : a gender analysis. *Adolescence*, Winter, 35, 120, 775-784.
- Saint-Jacques M-C., McKinnon S. et Potvin P. (1999). *Les problèmes de comportement chez les jeunes*. Sainte-Foy : Centre de recherche sur les services communautaires Pavillon Charles-de Koninck.
- Santé Canada (1994). *Le suicide au Canada. Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Réalisé sous l'égide de la Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Direction générale des programmes et des services de santé.
- Statistique Canada (2001). *Donnée démographique de la population, 1996-2000*. Site internet : www.stat.gouv.qc.ca, consulté le 25 juillet 2001.
- Stern, S.B. et Smith, C.A. (1999). Reciprocal relationships between antisocial behavior and parenting : implications for delinquency intervention. *Families in Society*, 80, 2, 169-181.
- Taramarcas, O. (1997). Stratégies de prévention auprès des adolescents. *L'intervenant*, janvier, 13, 2, 11-12.
- Toupin, J., Déry, M., Fortin, L., Mercier, H. et Pausé, R. (1998). *Cartéristiques sociales, familiales et psychologiques des jeunes manifestant des troubles des conduites*. Rapport final présenté au Conseil québécois de la recherche sociale

dans le cadre du programme de recherche ordinaire (subvention RS-1901). Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE) Université de Sherbrooke.

- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C. et Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants? Une revue des déterminants de l'engagement paternel. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 30, 1, 65-91.
- Valois, J. et Robichaud, N. (1998). L'enfance et l'adolescence. Dans Valois, J. (Dir), *Sociologie de la famille au Québec*. (p.115-156). Anjou : Les Éditions CEC inc.
- Vitaro, F. (1998). Interdépendance entre la recherche développementale et la prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 27, 2, 231-251.
- Zoccolillo, M., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. pp.45-64. *Problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les adolescents québécois : prévalence, comorbidité et caractéristiques associées*. Rapport final de recherche présenté au Conseil québécois de la Recherche sociale.

Annexe I

Critères diagnostiques du F91 .x (312.8) Trouble des conduites

- A. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois :

Agressions envers des personnes ou des animaux

- 1) Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- 2) Commence souvent les bagarres
- 3) A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
- 4) A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- 5) A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- 6) A commis un vol en affrontant la victimes (p. ex., agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
- 7) A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

- 8) A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- 9) A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraude ou vol

- 10) A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- 11) Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., «arnaque» les autres)
- 12) A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex., vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon)

Violations graves de règles établies

- 13) Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- 14) A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
- 15) Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

- B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la Personnalité antisociale.

Spécifier le type, selon l'âge de début :

Type à début pendant l'enfance : présence d'au moins un critère caractéristique du Trouble de conduites avant l'âge de 10 ans

Type à début pendant l'adolescence : absence de tout critère caractéristique du Trouble de conduites avant l'âge de 10 ans

Spécifier, selon la sévérité :

Léger : il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; **de plus**, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui

Moyen : le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre «léger» et «sévère»

Sévère : il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; **ou bien**, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui

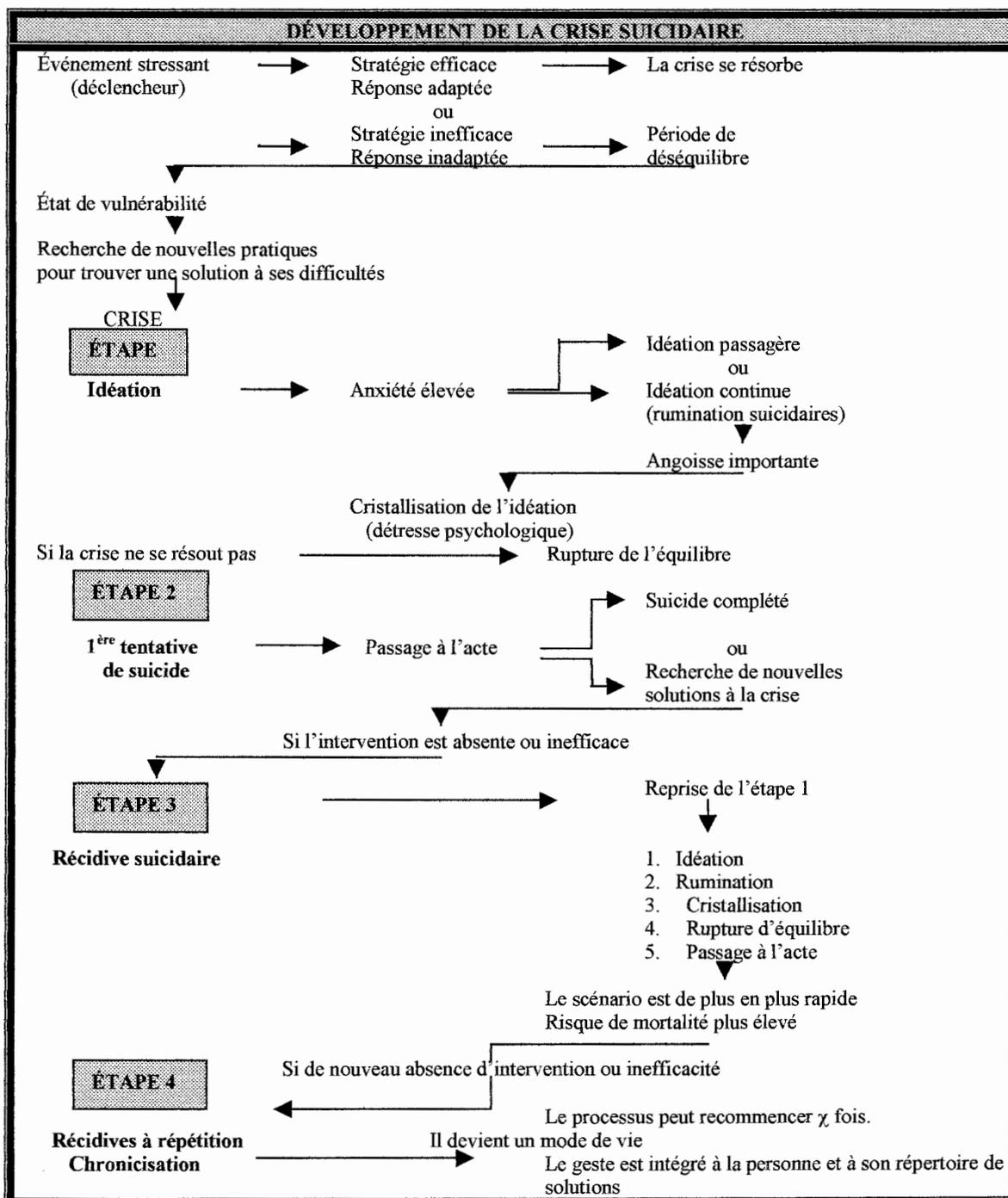
Critères diagnostiques du F91.3 (313.81) Trouble oppositionnel avec provocation

- A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :
- 1) se met souvent en colère
 - 2) conteste souvent ce que disent les adultes
 - 3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
 - 4) embête souvent les autres délibérément
 - 5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 - 6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 - 7) est souvent fâché et plein de ressentiment
 - 8) se montre souvent méchant ou vindicatif

N.B. : On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

- B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Troubles psychotique ou d'un Trouble de l'humeur.
- D. Le trouble ne répond pas aux critères du Trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la Personnalité antisociale.

Annexe II



Lambin, M. et Grenier, H. (1997). Le suicide à l'adolescence : un modèle de prévention en milieu scolaire. *PRISME*, 7, 3-4.

Annexe III

Article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse

38. Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

- a) Si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation ;
- b) Si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;
- c) Si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;
- d) S'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;
- e) S'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;
- f) S'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;
- g) S'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;
- h) S'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

Toutefois, la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas considéré comme compromis bien que ses parents ne vivent plus, si une personne qui en tient lieu assume de fait le soin, l'entretien et l'éducation de cet enfant, compte tenu de ses besoins.

38.1 La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

- a) S'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse ;
- b) S'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison ;
- c) Si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soins, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.