



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

Guide de soutien à la pratique



En **santé mentale** pour
les jeunes de 12-18 ans



Guide de soutien à la pratique

En **santé mentale** pour les jeunes âgés de 12 à 18 ans



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

Rédigé par:

Daniel Masse

Agent de planification, de programmation et de recherche

Coordination du développement et suivi des programmes et activités cliniques

Direction des services professionnels et des affaires universitaires

En collaboration avec les membres du groupe de travail

5 octobre 2010

Dépôt légal, 4^e trimestre 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN: 978-2-89218-224-8

© Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2010

Tous droits réservés

Distribué par la bibliothèque du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Téléphone: (514) 896-3396; Télécopieur: (514) 896-3483

Courriel: bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

Table des matières

Remerciements	IX
Avant-propos	XI
Introduction	1

PARTIE 1

Bases théoriques

1. Modèle écosystémique	3
1.1 Explication du modèle	3
1.2 Intervention en contexte écosystémique	5
1.3 Schéma explicatif du modèle écosystémique	6
2. Définitions en santé mentale	7
2.1 Définition de la notion de santé mentale	7
2.2 Définition de la notion de problème de santé mentale	9
2.3 Définition de la notion de trouble mental ou maladie mentale	10
2.4 Définition de la notion de détresse psychologique	11
2.5 Représentation de l'état de santé mentale d'une personne	12
3. Comorbidité	13
3.1 Définition de la notion de comorbidité	14
3.2 Cooccurrence	16
3.2.1 Problème de santé mentale/consommation (drogue/alcool)	16
3.2.2 Problème de santé mentale/limites intellectuelles	18

PARTIE 2

Fragilité de la santé mentale et dysfonctionnement

1. État de santé mentale et dysfonctionnement	19
2. Dysfonctionnement d'un jeune : une question d'écart	20
3. Schéma explicatif du dysfonctionnement d'un jeune en fonction des milieux qu'il fréquente	21
4. Types de comportements problématiques	22
5. Grille des indices de dysfonctionnement : éléments importants à observer et à prendre en compte	23
6. Balises sur le degré de dysfonctionnement d'un jeune	28

PARTIE 3 | Intervention

1.	Intervention pour les jeunes présentant une problématique liée à la santé mentale et des difficultés au niveau du fonctionnement au quotidien	31
2.	Séquence des troubles fréquemment rencontrés chez la clientèle adolescente	34
	Fiche 1 Trouble réactionnel de l'attachement (TRA)	35
	Fiche 2 Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)	37
	Fiche 3 Trouble des conduites (TC)	39
	Fiche 4 Trouble de l'opposition (TO) et trouble de l'opposition avec provocation (TOP)	41
3.	Troubles de la personnalité	43
	Fiche 5 Trouble de personnalité limite (TPL)	44
	Fiche 6 Trouble de personnalité narcissique (TPN)	47
	Fiche 7 Trouble de personnalité schizoïde (TPS)	49
	Fiche 8 Trouble de personnalité antisociale (TPAS)	51
4.	Troubles anxieux	53
	Fiche 10 Attaque de panique	54
	Fiche 11 Trouble panique	56
	Fiche 12 Agoraphobie	58
	Fiche 13 Trouble panique avec agoraphobie (TPA)	60
	Fiche 14 Phobie sociale	62
	Fiche 15 Phobie spécifique	64
	Fiche 16 Trouble d'anxiété de séparation (TAS)	66
	Fiche 17 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	68
	Fiche 18 Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	70
	Fiche 19 Trouble (ou état) de stress post-traumatique (TSPT)	72
5.	Troubles de l'humeur	74
	Fiche 20 Dépression	75
	Fiche 21 Trouble bipolaire	77
6.	Troubles psychotiques	79
	Fiche 22 Schizophrénie	80
7.	Autres troubles ou problématiques	82
	Fiche 23 Trouble des tics, syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)	83
	Fiche 24 Trouble envahissant du développement (TED)	86

Fiche 25 Encoprésie	88
Fiche 26 Énurésie	90
Fiche 27 Automutilation.....	92

PARTIE 4 | Organisation des services en santé mentale pour les jeunes

ANNEXE 1	
Distorsions cognitives.....	99
ANNEXE 2	
Structure de soutien pour la clientèle du CJM-IU	101
Références bibliographiques.....	111

*« À Antoine, Mathieu, Mélanie et les autres,
nous sommes là pour vous. »*

Remerciements

Ce guide de soutien à la pratique a été réalisé grâce à la contribution de nombreux collaborateurs.

Nous voulons spécialement remercier madame Sylvie Constantineau, directrice des services professionnels et des affaires universitaires, qui a soutenu ce projet et qui en a inspiré l'angle de prise ainsi que la structure du document. Également, madame Anne Duret, coordonnatrice du soutien clinique spécialisé, qui a consacré de son temps et son expertise pour lire et commenter le document et nous offrir des conseils tout au long des étapes du projet.

Nous voulons également remercier tous les membres du groupe de travail. Sans leur mobilisation, ce projet n'aurait pas été possible. Ils ont su, par leurs réflexions, leurs commentaires et leurs travaux, enrichir ce document.

Membres du groupe de travail :

Isabelle Laviolette, psychologue, CSCS, DSPAU

Alain Dumas, psychologue, CSCS, DSPAU

Danielle Bernier, conseillère à l'Accès, DGA

Line St-Amour, spécialiste en activités cliniques, DSRA

Martin Laverdure, spécialiste en activités cliniques, DSREA

Nadia Morissette, spécialiste en activités cliniques, DSSSJC

Ont également contribué pour certains contenus :

Hélène Larose, agente de planification, de programmation et de recherche, CSCS, DSPAU

Jean Roussel, infirmier, DSRA

Merci à des collaborateurs qui ont pris le temps de lire et commenter notre travail :

Lise Laporte, chercheure, DSPAU

Michel Bibeau, psychoéducateur, Hôpital Ste-Justine

Virginie Berrit, conseillère, CNSPP, DSPAU

Christine Larose, coordonnatrice, CPAC, DSPAU

Avant-propos

Préoccupé par le nombre croissant de jeunes en difficulté présentant divers problèmes de santé mentale, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) s'est consacré à un certain nombre de travaux qui ont conduit à la parution de documents de référence, dont *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*¹, en 2005, et *Connaissance et prévalence de la problématique du suicide et de la santé mentale au CJM-IU*², en 2007.

Au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un certain nombre de comités de travail ont fait état de la difficulté d'accès aux ressources spécialisées pour les jeunes vivant des problèmes de santé mentale. Lors de l'adoption de son plan d'action en santé mentale 2005-2010³, le Ministère met sur pied un comité de travail – le comité Delorme⁴ – mandaté pour dresser un portrait des problèmes de santé mentale vécus par les jeunes hébergés dans chacun des centres jeunesse du Québec. Dans sa phase 2, le plan propose des solutions en vue de répondre aux besoins des jeunes hébergés en centre jeunesse et souffrant de troubles mentaux. Entre autres, le MSSS invite les régions à mener à terme, la mise en place des équipes de deuxième niveau proposées au « Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse » et d'étendre le mandat de ces équipes à la santé mentale.

L'élaboration de ce guide de soutien à la pratique en santé mentale s'inscrit donc dans un contexte provincial plus large de réflexion. Il a été inspiré en partie par les travaux, les expériences et les réflexions de nos partenaires; soulignons entre autres le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire avec son document sur les troubles mentaux en centre jeunesse⁵ et le Centre jeunesse de la Montérégie avec son programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite⁶.

1. F. Chagnon et J. Laframboise, *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Montréal, CJM-IU, 2005.
2. A. Thomassin et A. Duret, *Connaissance et prévalence de la problématique du suicide et de la santé mentale au CJM-IU : les faits saillants*, Montréal, CJM-IU, 2007.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, MSSS, 2005.
4. MSSS, *Propositions d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, (Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse), Québec, MSSS, 2007.
5. É. Dionne, *Les troubles mentaux en centre jeunesse*, Québec, CJQ-IU, 2008.
6. D. Pelletier-Basque et L. Dépelteau, *Apprivoiser les différences. Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite*, Longueuil, (Québec), Centre jeunesse de la Montérégie, 2004.

Introduction

Il est maintenant reconnu que les problématiques de santé mentale sont une des réalités avec lesquelles les intervenants en centre jeunesse doivent composer dans l'accompagnement des jeunes en difficulté.

Nous sommes tous conscients que la prise en charge, la réadaptation et l'intégration de ces jeunes comportent des enjeux particuliers. Par conséquent, les personnes impliquées auprès de ces jeunes se voient aux prises avec des défis au niveau de l'intervention, compte tenu des caractéristiques personnelles de ces jeunes.

Une première version du guide de soutien à la pratique en santé mentale a été élaborée par un groupe de travail à l'intention des intervenants accompagnant la clientèle des 12-18 ans hébergée au CJM-IU. Devant l'intérêt suscité par le document, nous avons entrepris de revoir le contenu de sorte qu'il puisse être utile à tout intervenant œuvrant auprès de la clientèle adolescente ayant une problématique de santé mentale. Nous pensons entre autres aux intervenants en centre jeunesse accompagnant des jeunes placés en famille d'accueil, dans une ressource intermédiaire ou vivant dans leur milieu naturel. Nous croyons que le contenu de ce guide peut être également pertinent pour nos partenaires du réseau, les écoles et les ressources communautaires. Ce guide s'adresse donc à toutes les personnes qui accompagnent et interviennent auprès de jeunes âgés de 12 à 18 ans, fragiles sur le plan de la santé mentale. Il poursuit principalement deux objectifs :

1. Définir concrètement les principales notions relatives à la problématique de la santé mentale, démarche indispensable afin de se donner un langage commun et de mieux identifier et répondre aux besoins des jeunes que nous voulons aider.
2. Soutenir les personnes qui, dans leur pratique quotidienne, sont aux prises avec un jeune dont on soupçonne une problématique de santé mentale et qui présente des indices de dysfonctionnement au quotidien. Les comportements ou les réactions de ces derniers sont souvent qualifiés de « bizarres » ou d'inadaptés, car ils ne correspondent pas à ce qui est attendu pour un jeune de cet âge. Ils déstabilisent, questionnent et inquiètent les personnes qui y sont confrontées.

Ce guide vise donc à aider les intervenants ou les adultes qui accompagnent ces jeunes, à adapter leurs interventions afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle vulnérable qui représente des défis tant au niveau du type d'encadrement requis que des

moyens d'intervention à mettre en place. Il se démarque particulièrement en introduisant la notion d'accompagnement du jeune face à son degré de dysfonctionnement dans son contexte environnemental tout autant qu'il donne des repères comportementaux liés aux différents troubles mentaux recensés au Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux (DSM-IV).

Nous croyons que l'intervention doit être régulée et doit prendre en compte les particularités que présentent ces jeunes souvent de façon permanente. Nous croyons également que la façon dont nous tenons compte de ces vulnérabilités dans la manière de les aborder peut faire la différence en regard de l'activation ou de l'apaisement de leur manifestation comportementale sans nier pour autant qu'à certains moments de crise ou de détérioration, le recours à une approche médicale complémentaire est nécessaire.



1. Modèle écosystémique

Le modèle théorique adopté par un établissement doit soutenir la planification du développement clinique et la teneur de l'offre de service. Ainsi, plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont retenu le modèle écosystémique pour organiser leurs services en santé mentale. De plus, notre choix a été largement influencé par les travaux du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) et de Boily et ses collaborateurs (2006).

1.1 Explication du modèle¹

Le modèle écosystémique s'inspire du modèle écologique développé par Bronfenbrenner (1979) qui préconise d'étudier les phénomènes sociaux et les individus en tant que systèmes en interaction avec d'autres systèmes.

1. Le contenu de cette partie est largement influencé par les écrits de: M. Boily et coll, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*, Montréal, Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, 2006.

Ce modèle s'inspire donc de l'écologie et de la systémique² :

- ⑤ **Écologie** : Étude des relations que les êtres vivants entretiennent avec leur environnement en vue d'atteindre un équilibre adaptatif. La perspective écologique considère donc le développement humain à partir de ces interactions dynamiques entre l'individu et son environnement.
- ⑤ **Systémique** : Méthode d'analyse et de synthèse qui prend toujours en considération l'appartenance d'un élément à un ensemble et l'interdépendance de chaque système avec les autres systèmes de cet ensemble.

La théorie écologique de Bronfenbrenner a été récemment renommée « théorie bioécologique » pour souligner que la composante biologique d'un jeune ainsi que son environnement immédiat famille/communauté influencent directement son développement.

Le modèle écosystémique tient compte de la perspective multidimensionnelle mise en évidence dans le modèle biopsychosocial qui s'appuie sur trois types de facteurs³ :

1. **Facteur biologique** (génétique et physiologique) qui explique en partie l'apparition du trouble.
2. **Facteur psychologique ou psychodéveloppemental** qui s'intéresse aux aspects affectifs, cognitifs et relationnels.
3. **Facteur social** qui réfère au contexte, à l'insertion de la personne dans son milieu, à sa culture et aux relations qu'elle entretient avec la société. Il met aussi de l'avant l'importance de la notion d'interaction en proposant de considérer la santé mentale comme la résultante d'une interaction dynamique et constante entre la personne et son contexte social.

Dans le modèle écosystémique, les caractéristiques du jeune forment le noyau central (l'ontosystème). Ce modèle situe la personne dans son contexte social et la met en relation avec différents facteurs environnementaux (voir schéma à la page 8). Autour du jeune, du plus immédiat au plus éloigné, gravitent plusieurs systèmes interreliés, lieux d'échanges réciproques et d'influences complexes.

Bien que l'individu soit au centre du système dans le modèle écosystémique, il n'est plus seul responsable de son état de santé mentale et donc, de sa capacité de s'intégrer et de fonctionner. Il

2. Les deux définitions proposées sont tirées d'un document de: B. Terrisse, *Intervention socio-éducative en milieu vulnérable: «Le projet famille-école-communauté, réussir ensemble»*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2007, p. 9.

3. Les définitions sont tirées de: A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*, p. 6.

n'est plus la cible exclusive de l'intervention. Le modèle écosystémique invite à considérer l'ensemble des interactions jeune-parents-communauté ainsi que diverses cibles d'intervention.

Le jeune ainsi que sa famille, son groupe d'appartenance, les professionnels de la santé mentale et des services à l'enfance et à la famille, les décideurs qui adoptent les politiques sociales ont une responsabilité partagée puisqu'ils peuvent, par leurs actions et décisions, contribuer à la réduction des conséquences négatives des problèmes de santé ou, au contraire, à leur émergence⁴.

1.2 Intervention en contexte écosystémique

L'intervention en contexte écosystémique demande donc que l'on regarde une situation dans sa globalité, en tenant compte de l'ensemble des déterminants :

- 🌀 les caractéristiques du jeune ;
- 🌀 ses contextes sociaux ;
- 🌀 les facteurs environnementaux qui influencent positivement (facteurs de protection) ou négativement (facteurs de risque) la situation.

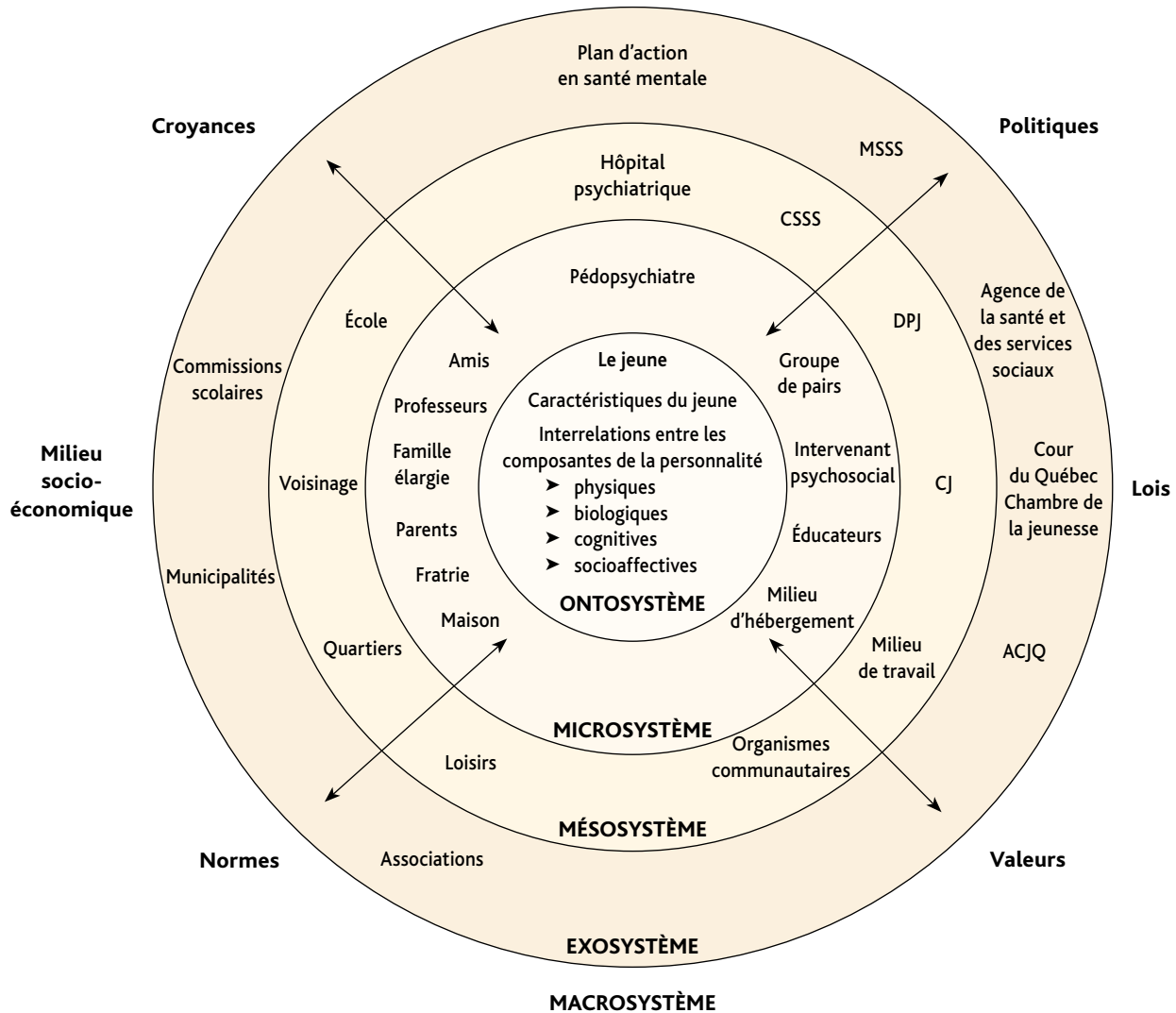
Donc, ce modèle propose d'intervenir à la fois :

- 🌀 sur le jeune (symptomatologie) ;
- 🌀 sur les conditions qui peuvent contribuer à maintenir les problématiques (facteurs environnementaux) ;
- 🌀 sur les conditions qui protègent le jeune et sa famille.

Les stratégies d'intervention en contexte écosystémique reposent sur un partenariat entre les intervenants de divers services et disciplines. Cela doit se faire dans un contexte de concertation, mais aussi de complémentarité et dans le respect des expertises de chacun. L'objectif étant le mieux-être du jeune et de sa famille.

4. M. Boily et coll., *op. cit.*

1.3 Schéma explicatif du modèle écosystémique⁵



ONTOSISTÈME : Ensemble des interrelations entre les différentes composantes de la personnalité d'un individu : physiques, biologiques, cognitives, socioaffectives. C'est l'ensemble des activités, états, compétences, habiletés ou déficits d'un individu pouvant être innés ou acquis.

MICROSISTÈME : Ensemble des relations interpersonnelles et activités expérimentées par le jeune dans son milieu de vie immédiat, possédant des caractéristiques particulières.

MÉSOSISTÈME : Interrelations entre les microsystèmes auxquels le jeune participe. Réfère aux réseaux de services dans l'environnement immédiat du jeune.

EXOSISTÈME : Interrelations entre les milieux où l'enfant n'est pas directement impliqué, mais qui ont un impact sur le mésosystème et son milieu de vie. Réfère aux services sociaux (institutions, organismes, associations) qui concernent le jeune, mais dans lesquels il n'est pas impliqué.

MACROSISTÈME : Réfère aux valeurs, culture, croyances, lois, politiques de la société entourant la personne.

5. Le schéma est inspiré du modèle écologique développé par Bronfenbrenner (1979, 1986) et les définitions sont tirées de : B. Terrisse et F. Larose, *L'intervention socio-éducative auprès de la famille*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2002, p. 6-7.

2. Définitions en santé mentale⁶

Dans le but de faciliter la communication, la diversification et l'orientation des interventions et des services en santé mentale, il apparaît important de se doter d'un vocabulaire et de notions communes et conformes au modèle écosystémique.

2.1 Définition de la notion de santé mentale

La santé mentale définit l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné.

Elle résulte d'interactions entre :

- ④ des facteurs biologiques (relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes);
- ④ des facteurs psychologiques (liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs);
- ④ des facteurs contextuels (qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement).

Ces facteurs sont en constante évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne.

Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles les conditions :

- ④ économiques;
- ④ sociales;
- ④ culturelles;
- ④ environnementales;
- ④ politiques.

6. Les définitions abordées dans ce chapitre ont été tirées et adaptées A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*

Dans cette perspective, la santé mentale peut être considérée comme une ressource collective (concept positif) à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement⁷.

Elle s'apprécie par :

- 🌀 le niveau de bien-être subjectif;
- 🌀 l'exercice des capacités mentales;
- 🌀 la qualité des relations avec le milieu.

Dans le cas d'enfants et d'adolescents, une « bonne santé mentale » réfère à « **la capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimum**. Elle est directement liée au niveau atteint et aux aptitudes acquises en matière du fonctionnement psychologique et social⁸. »

Ainsi, les enfants et les adolescents ayant une bonne santé mentale se caractérisent par la présence :

- d'un « sens de l'identité » (sentiment d'être un tout unifié et de vivre en continuité avec soi-même dans le temps. « Qui suis-je ? D'où est-ce que je viens ? Où vais-je ? »);
- d'une confiance en soi;
- d'un potentiel à relever les défis de leur développement (résilience);

... et par leurs capacités :

- à établir des rapports d'égalité avec autrui;
- à apprendre;
- à être productif;
- à se servir des ressources culturelles.

Lorsqu'une perturbation survient et que cet état d'équilibre est fragilisé, on parle alors de problème de santé mentale.

7. CSMQ, *Recommandation pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Les publications du Québec, 1994, p. 7.

8. OMS, *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Genève, OMS, 2005, p. 17.

2.2 Définition de la notion de problème de santé mentale

« La notion de “problème de santé mentale” renvoie essentiellement à l’idée d’une difficulté émergeant à la suite d’une perturbation des rapports entre la personne et son environnement⁹. »

Ces problèmes peuvent s’exprimer de nombreuses façons et découler de causes extérieures à la personne comme :

- 🌀 des conditions de vie difficiles (la pauvreté et l’isolement);
- 🌀 des structures sociales injustes;
- 🌀 des tensions au sein de la famille ou de la collectivité¹⁰.

Le jeune est confronté principalement à des problèmes d’adaptation psychosociale.

Dans le cas des enfants et des adolescents, les problèmes de santé mentale peuvent¹¹ :

- résulter de conflits interpersonnels actuels;
- traduire le vécu de situations de stress;
- découler de conflits intrapsychiques;
- résulter de mauvais apprentissages dans le développement des habitudes ou des relations sociales;
- être la conséquence de carences ou d’une déviation dans les rapports psychosociaux passés ou actuels;
- exprimer des problèmes de fonctionnement du système familial;
- être causés ou aggravés par la qualité inadéquate de divers éléments du système social (scolaire, communautaire);
- traduire des déficiences ou des dysfonctions neurologiques ou neuropsychologiques;
- être liés à des difficultés du développement cognitif;
- être liés à l’existence de maladies organiques ou de handicaps, ou en être les conséquences plus ou moins directes.

Le jeune peut alors vivre beaucoup de souffrance, voire de la détresse psychologique.

9. MSSS, *Rapport du Comité d’experts sur l’organisation des soins en santé mentale – Accessibilité aux soins et services – Clientèles jeunesse*, Québec, MSSS, 2004, p. 9.

10. CSMQ, 1994, *op. cit.*

11. CSMQ, 1985, dans A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*, p. 7.

Certaines difficultés dépassent la notion de problème de santé mentale par leur gravité et comportent des symptômes précis.

2.3 Définition de la notion de trouble mental ou maladie mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « [...] un trouble mental est diagnostiqué lorsque d'une part, des signes et des symptômes identifiés sont associés au déséquilibre du fonctionnement psychologique et social (c'est-à-dire un changement du mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique-souffrance ou à une altération des fonctions mentales-handicap) et d'autre part, lorsqu'ils correspondent aux critères retenus en matière de troubles tels que définis par les systèmes de classification tels que le CIM-10 ou le DSM-IV¹². »

Il ne s'agit donc plus d'un simple problème d'adaptation psychosociale, mais de difficultés graves, handicapantes, persistantes dans le temps, se manifestant dans divers contextes, entraînant une détresse psychologique intense et altérant les composantes cognitives, affectives et relationnelles de l'individu¹³.

Les troubles mentaux peuvent être qualifiés :

- ☺ de troubles graves ou plus légers ;
- ☺ de troubles chroniques, persistants ou plus transitoires.

Il est possible de traiter la plupart des troubles mentaux afin d'en réduire les symptômes¹⁴.

Il est aussi possible de miser sur les forces d'une personne pour faire évoluer positivement la situation ou tout au moins la stabiliser.

Par ailleurs, lorsque l'on parle de maladie mentale, l'idée de guérison n'implique pas nécessairement une rémission complète, mais elle renvoie plutôt à la récupération par la personne malade de la maîtrise de sa vie et de sa maladie, grâce à l'établissement et au maintien d'un équilibre, et ce, en dépit de la présence de symptômes¹⁵.

12. OMS, *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Genève, OMS, 2005, p. 2.

13. MSSS, 2004, *op. cit.*

14. Agence de santé publique du Canada, et coll., *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*, Ottawa, Ontario, Gouvernement du Canada, 2006.

15. B. Pape et J.P. Galipeault, *Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper*, Ottawa (Ontario), Public Health Agency of Canada, 2002.

En ce qui concerne plus précisément la question de la sévérité des troubles, il semble que ce soit le degré de dysfonctionnement et non les syndromes en soi qui constitue le critère évaluatif.

Les éléments à prendre en compte pour déterminer la sévérité d'un trouble chez l'enfant, l'adolescent ainsi que chez l'adulte sont :

- la détresse psychologique (notion de souffrance) que ce trouble induit ;
- ses effets sur l'entourage ;
- sa répercussion sur les apprentissages ;
- sa comorbidité ;
- l'incapacité qu'il entraîne à fonctionner minimalement.

Pouvant être commune autant dans les problèmes de santé mentale que dans les troubles mentaux, la détresse psychologique devient une notion essentielle à définir.

2.4 Définition de la notion de détresse psychologique

Mesure importante de la présence d'un problème de santé mentale, la détresse psychologique réfère à un sentiment d'abandon, de solitude morale et d'angoisse.

Elle peut se manifester à l'intérieur d'un continuum où se retrouvent différents niveaux de souffrance.

La détresse psychologique peut être transitoire ou chronique.

Les jeunes peuvent manifester leur détresse par des faits et gestes révélateurs, comme par exemple :

- la fugue ;
- la consommation abusive d'alcool ou de drogues ;
- l'isolement ;
- l'autodévalorisation ;
- l'anxiété ;
- l'irritabilité ;
- la colère ;
- la perte d'intérêt pour des activités ;
- la violence envers les autres ou envers soi (suicide, automutilation).

Maintenant que les définitions au niveau de la santé mentale ont été données, nous pouvons regrouper ces différentes notions dans une représentation de l'état de santé mentale d'une personne.

2.5 Représentation de l'état de santé mentale d'une personne

L'état de santé mentale d'une personne est une réalité complexe qui est déterminée par la présence ou l'absence d'une maladie mentale d'une part et par la qualité de ses rapports avec l'environnement, d'autre part¹⁶.

L'état de santé mentale d'une personne est donc de nature dynamique (voir le schéma ci-contre). Il ne s'évalue pas seulement par la présence ou non d'un trouble mental (axe horizontal), mais aussi par la qualité des rapports d'une personne avec son milieu (axe vertical)¹⁷.

Ainsi, même une personne atteinte d'un trouble mental sévère peut vivre un certain bien-être et atteindre un état de santé mentale optimal (quadrant en haut à gauche), si elle reçoit et accepte les soins dont elle a besoin et si elle est bien entourée.

À l'inverse, une personne peut ne pas être atteinte d'un trouble mental et vivre beaucoup de souffrance, voire de la détresse psychologique. Elle peut donc se retrouver dans un état de santé mentale minimal (quadrant en bas à droite). Les relations de cette personne avec son environnement sont alors difficiles et conflictuelles. Dans les cas extrêmes, une personne peut aller jusqu'à s'exclure de la vie (suicide), ou du domaine social (itinérance)¹⁸.

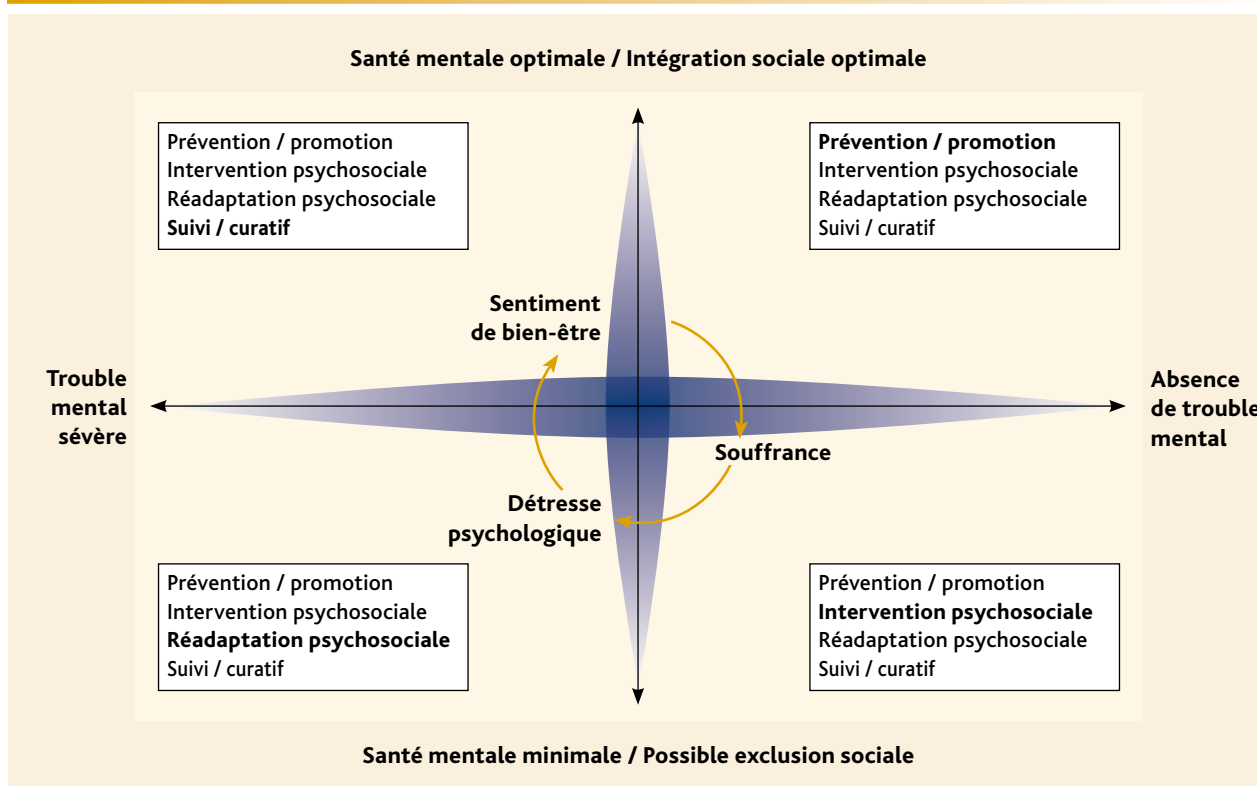
Finalement, pour compléter ce schéma, selon le quadrant au sein duquel se situe le jeune, des actions de prévention, de promotion, d'intervention, de réadaptation et de suivi peuvent être mises en place pour favoriser le maintien et l'amélioration de son état de santé mentale.

16. CSMQ, 1994, *op. cit.*

17. Le schéma de base (sur deux axes) découle des travaux du CSMQ (1994), repris d'abord au CJM-IU par J. Gaudet, F. Chagnon et S. Hamel, *Cadre conceptuel pour le développement des programmes visant l'intégration sociale des adolescents du CJM-IU*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2004. Et finalement complété au niveau conceptuel par A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*

18. A. Duret, «Une personne souffrant d'un trouble mental peut atteindre l'équilibre», *Les Petites Nouvelles* (Bulletin du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire), juillet 2008. La représentation de l'état de santé mentale a été tirée du document de A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*

FIGURE 1 Représentation de l'état de santé mentale d'une personne à un moment donné



3. Comorbidité

Le concept de comorbidité découle directement de la définition du trouble mental. Ainsi, il s'adresse uniquement à des troubles mentaux diagnostiqués.

Il est principalement utilisé par la pédopsychiatrie pour décrire le fait qu'un jeune est porteur de plus d'un diagnostic.

Il est donc important pour les intervenants d'être sensibilisés à ce concept afin de développer un langage commun avec les partenaires, mais surtout de comprendre les impacts de la comorbidité sur les tableaux cliniques afin d'adapter les interventions.

3.1 Définition de la notion de comorbidité

Selon l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2005), « [...] le terme de comorbidité psychiatrique signifie la présence de deux ou plusieurs troubles chez un même individu, laquelle est établie par une évaluation clinique systématique¹⁹ ».

De plus, « le concept de comorbidité réfère au cumul de plusieurs diagnostics concomitants qui peuvent augmenter la complexité et la gravité du trouble²⁰ ».

La comorbidité fait donc référence à une combinaison de troubles mentaux diagnostiqués, c'est-à-dire définis par les systèmes de classification (voir la définition du trouble mental, p. 10).

Les troubles sont concomitants, c'est-à-dire qu'ils apparaissent et agissent de façon simultanée. Certains jeunes ont accumulé au cours de leur développement plusieurs diagnostics. Ce serait une erreur de regrouper l'ensemble des diagnostics posés pour parler de comorbidité. Les troubles mentaux doivent faire partie du « tableau clinique » actuel pour être considérés comme des troubles en comorbidité.

Dans le cadre de travaux faits au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, les troubles suivants forment une séquence²¹ que l'on retrouve souvent au dossier d'un jeune et dont certains éléments peuvent apparaître en comorbidité :

- 🌀 trouble réactionnel de l'attachement (TRA);
- 🌀 trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H);
- 🌀 trouble des conduites (TC);
- 🌀 troubles de l'opposition (TO);
- 🌀 trouble de l'opposition avec provocation (TOP);
- 🌀 trouble de personnalité limite (TPL).

19. INSERM, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, INSERM, 2005, p. 33.

20. MSSS, 2007, *op. cit.*, p. 13.

21. A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*, p. 15.

De plus, le TDA/H étant le diagnostic que l'on retrouve le plus fréquemment chez la clientèle en centre jeunesse, celui-ci se retrouve souvent en comorbidité, entre autres avec le trouble réactionnel de l'attachement²² et les troubles de conduite.

Nous constatons également que la comorbidité de la clientèle s'organise autour des notions de :

- ④ troubles extériorisés (TDA/H, troubles des conduites, trouble de l'opposition, etc.);

ou

- ④ troubles intériorisés (troubles anxieux dont les phobies et le stress post-traumatique, les troubles de l'humeur, les troubles de l'alimentation, etc.).

Rappelons que la comorbidité est un des éléments à prendre en compte pour déterminer la sévérité d'un trouble chez l'enfant et l'adolescent (voir la définition du trouble mental, p. 10).

Donc, il est évident que l'on ne peut intervenir avec des troubles en comorbidité de la même façon qu'avec un trouble « unique ». La comorbidité complexifie l'analyse du tableau clinique ainsi que l'intervention. En ce sens, certaines interventions préconisées pour un trouble peuvent être contre-indiquées pour l'autre trouble en combinaison.

Cela exige de la part des intervenants une analyse qui tient compte à la fois de l'ensemble des symptômes qui composent le tableau « actuel » ainsi qu'un regard sur l'évolution des symptômes au cours du développement. Cette lecture, selon deux « axes », favorise une analyse plus rigoureuse de la problématique en donnant un sens aux symptômes.

Plus concrètement, la comorbidité, tout comme pour la sévérité d'un trouble, doit être regardée dans sa globalité en tenant compte d'un ensemble d'éléments :

- ④ les troubles en présence ;
- ④ la détresse psychologique (notion de souffrance) que ces troubles induisent ;
- ④ leurs effets sur l'entourage ;
- ④ leurs répercussions sur les apprentissages ;
- ④ l'incapacité qu'ils entraînent à fonctionner minimalement.

22. G. Lemelin et I. Laviolette, « TDAH et trouble réactionnel de l'attachement (TRA) : défis et pistes d'intervention », *Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire, Défi jeunesse*, vol. XIV, n° 2, 2008.

L'intervention doit se faire en partenariat et en concertation entre les intervenants impliqués auprès du jeune favorisant ainsi une lecture commune des facteurs en cause et du soutien multidisciplinaire à apporter.

3.2 Cooccurrence

« Certains jeunes présentent un problème de santé mentale sans avoir la gamme des symptômes leur méritant un diagnostic logeant au DSM-IV. Ces jeunes présentent un portrait atypique au sens où ils portent des symptômes ou des difficultés d'adaptation qui sont multiples, mais sans toujours présenter le profil clinique correspondant à quelques diagnostics inscrits au DSM-IV²³. »

Pour parler de ces jeunes au portrait atypique qui présentent des symptômes et des difficultés d'adaptation multiples, le concept de cooccurrence nous semble le plus approprié.

Le terme « cooccurrence » découle donc davantage de la définition de problème de santé mentale.

Ainsi, la cooccurrence peut être une combinaison de symptômes, de problématiques ou de difficultés d'adaptation composant un problème de santé mentale.

Tout comme pour la comorbidité, la cooccurrence vient complexifier le tableau clinique ainsi que l'analyse et il faut donc en tenir compte.

Comme intervenant, nous sommes souvent confrontés à des tableaux cliniques complexes. Nous abordons deux tableaux qui représentent des défis particuliers avec des jeunes de 12 à 18 ans, soit la combinaison d'une problématique de santé mentale et d'une problématique de consommation (drogue/alcool), ou d'une problématique de limite intellectuelle.

3.2.1 Problème de santé mentale/consommation (drogue/alcool)

La combinaison d'un problème de santé mentale et de consommation (drogue/alcool) est une problématique assez fréquente, surtout chez les garçons de 15 à 18 ans.

Les jeunes ayant un problème de santé mentale consomment souvent de façon problématique ou « pathologique ». Dans certains cas,

23. A. Thomassin et A. Duret, *op. cit.*, p. 14.

cela peut être considéré comme un symptôme, par exemple chez une jeune ayant un trouble de personnalité limite.

Pour certains, cela s'inscrit dans une tentative d'automédication. Ainsi, les jeunes utilisent les substances pour calmer une souffrance psychique ou pour « soigner » leurs symptômes psychiatriques²⁴. Cela peut aller jusqu'à pousser certains jeunes à cesser de prendre leur médication.

La consommation peut également constituer un facteur aggravant, en augmentant l'intensité de certains symptômes dans certains troubles mentaux, comme par exemple dans la schizophrénie²⁵. La consommation est parfois contre-indiquée avec la médication prescrite, car elle peut causer des effets secondaires indésirables ou en diminuer son efficacité²⁶.

Lorsque les intervenants soupçonnent un problème de consommation chez un jeune, ils doivent d'abord évaluer l'ampleur du problème. Par exemple, les intervenants du CJM-IU utilisent la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO)²⁷ afin de dépister la présence possible d'une consommation problématique (jeune cotant « feu rouge ») et ainsi le référer au Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de moins de 18 ans de Montréal (MATJM) pour une évaluation plus approfondie. Cette évaluation effectuée par les ressources en toxicomanie du réseau permet de bien cibler les services spécialisés dont le jeune aura besoin en fonction de sa problématique. Lorsque le jeune obtient un « feu jaune » à la passation du DEP-ADO, la référence à un établissement spécialisé n'est pas pertinente. Au CJM-IU, le jeune peut alors être accompagné par son intervenant²⁸.

Avec cette clientèle, nous devons viser une intervention « intégrée », c'est-à-dire que l'on traite à la fois le trouble mental et le problème de consommation. Cela doit donc s'inscrire dans une concertation et un

24. A. Didier, L. Nadeau et M. Landry, « Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale », *Revue santé mentale au Québec*, vol. 32, n° 7, 2007, p. 68.

25. P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg, *Psychiatrie clinique: une approche biosychosociale*, tome II, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin, 2001.

26. Site de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, [En ligne], www.hlhl.qc.ca/hopital/usagers/-famille/info-sur-la-sante-mentale/pharmacotherapie.html?lang=Fr-Ca (page consultée le 6 janvier 2011).

27. M. Germain, *DEP-ADO: Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les adolescents et adolescentes*, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Québec, 2008.

28. Pour accompagner le jeune quant à sa consommation, l'intervenant se réfère aux outils développés par L. Durocher et coll., *Usage et abus de drogues: guide d'accompagnement et d'intervention*, Montréal, CJM-IU et Centre Dollard-Cormier, 2001, 2004.

partenariat avec les services pédopsychiatriques et en toxicomanie, afin d'offrir des services les plus adaptés aux besoins du jeune.

3.2.2 Problème de santé mentale/limites intellectuelles

Une partie de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale présente également des limites intellectuelles²⁹. Cela alourdit considérablement le tableau clinique.

Chez les jeunes limités intellectuellement, les capacités de compréhension, de traitement de l'information, de communication et d'introspection sont souvent atteintes, limitant ainsi les capacités psychologiques du jeune.

Le jeune éprouve des difficultés à comprendre, à faire des liens et à verbaliser sur ce qu'il vit actuellement ou ce qu'il a pu vivre. Il est rapidement confronté à des expériences dépassant largement ses possibilités d'adaptation. Cela a comme conséquence d'amener le jeune à exprimer ses malaises, sa souffrance, sa détresse ou ses incompréhensions par des comportements inappropriés.

L'intervention avec un jeune vivant des limites cognitives et des problèmes de santé mentale exige dans un premier temps que l'on évalue son niveau de fonctionnalité et de savoir comment se vivent au quotidien les limites intellectuelles et les différents symptômes liés à sa problématique de santé mentale. Certains indices de dysfonctionnement permettant de formuler des hypothèses sur le niveau de la fonctionnalité et l'intervention à privilégier seront présentés au chapitre suivant. Cela nous permet ainsi de mieux cerner le potentiel réel du jeune ainsi que l'écart entre ce potentiel et les exigences du milieu. L'intervention qui découle de cette lecture doit alors viser une adaptation du niveau d'exigence et des moyens de soutien à apporter.

29. V. Berrit et coll., *Portrait de la clientèle en hébergement de réadaptation 12-18 ans* (Étude non publiée), Montréal, CJM-IU, 2008 et C. Gaumont, *Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie*, Longueuil (Québec), CJM, 2010



Fragilité de la santé mentale et dysfonctionnement

Partie 2

L'objectif de ce chapitre est d'identifier certains indices (manifestations observables) de dysfonctionnement au quotidien et de proposer aux intervenants ou aux adultes qui accompagnent ces jeunes, à partir de ce qui est observé, certaines balises afin de formuler des hypothèses sur les causes ainsi que sur le degré de dysfonctionnement d'un jeune.

Il est à noter que la plupart des concepts et des éléments présentés dans ce chapitre sont en lien avec les ressources d'hébergement en centre jeunesse. Nous croyons cependant, qu'avec de légères adaptations, ils peuvent être généralisés et utilisés dans une vision beaucoup plus large du dysfonctionnement d'un jeune présentant une fragilité sur le plan de la santé mentale.

1. État de santé mentale et dysfonctionnement

Rappelons que l'état de santé mentale d'une personne est déterminé par la présence ou l'absence d'une maladie mentale, d'une part, et par la qualité de ses rapports avec l'environnement, d'autre part.

Un jeune peut avoir un trouble mental, même sévère, mais s'il reçoit et accepte les soins dont il a besoin et qu'il est bien entouré, il peut vivre des rapports tout à fait adéquats avec son environnement. Ainsi, « **trouble mental** » **ne rime pas nécessairement avec dysfonctionnement.**

À l'inverse, un jeune peut ne pas avoir de trouble mental, mais vivre des relations difficiles et conflictuelles avec son environnement. Le jeune sera alors considéré « dysfonctionnel » dans certaines sphères de vie.

2. Dysfonctionnement d'un jeune : une question d'écart

Dans un contexte où un jeune présente certaines difficultés à répondre aux exigences du quotidien, l'intervenant doit savoir porter un **regard sur les rapports entre le jeune et ses environnements**.

Autrement dit, lorsque des altérations dans ces rapports sont observées, c'est là qu'une certaine tendance au dysfonctionnement chez le jeune commence à être constatée.



Il est important de considérer ces rapports entre le jeune et les environnements comme un processus dynamique où il ne s'agit pas d'imputer la responsabilité d'un dysfonctionnement uniquement au jeune et à son potentiel ou ses caractéristiques. Il s'agit plutôt de voir ce processus comme une interaction constante et dynamique entre le jeune et l'environnement, dont les caractéristiques propres peuvent ne pas être adaptées au jeune.

Définition du dysfonctionnement

Ensemble de comportements ou de réactions qui dérogent aux règles et au fonctionnement du groupe et qui ne correspondent pas aux attentes du milieu. Ils mettent en échec le cadre d'intervention et provoquent l'exclusion des activités au quotidien¹.

Pour certains jeunes, ces comportements ou ces réactions sont souvent qualifiés de « bizarres » ou d'inadaptés, car ils se démarquent par leur caractère inapproprié ou ils ne correspondent pas à ce qui est attendu pour un jeune de cet âge. Ils déstabilisent, questionnent et inquiètent les intervenants ou les adultes qui y sont confrontés. Pourtant, ces comportements inadaptés doivent être perçus comme le résultat d'une perturbation des rapports entre le jeune (avec son potentiel, ses limites et l'ensemble des facteurs de risque) et son

1. Cette définition est largement inspirée de M. Boily et coll., *op. cit.*

environnement (avec ses caractéristiques, ses attentes, ses exigences, ses valeurs et les normes sociales).

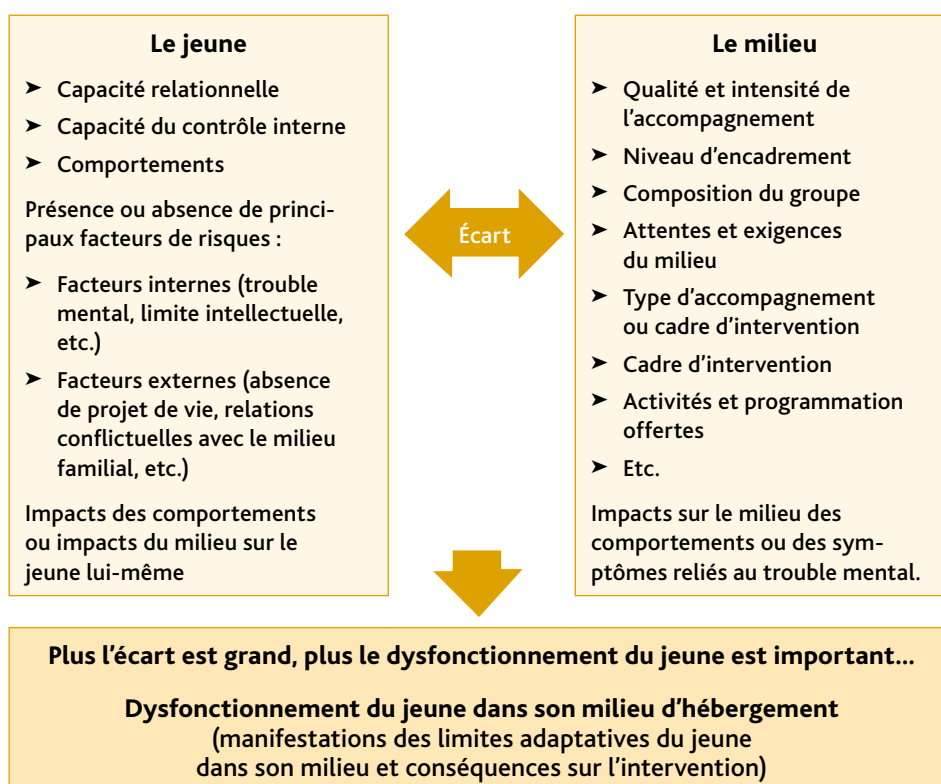
Ainsi, il y a dysfonctionnement lorsque l'écart est trop grand entre les comportements du jeune, les exigences du milieu et ses ressources. Cet écart peut aller jusqu'à résulter en une rupture de fonctionnement chez le jeune.



C'est à cet écart que les intervenants doivent s'intéresser. Ils doivent « apprendre à le lire » pour se faire une idée du degré du dysfonctionnement du jeune et des causes possibles.

C'est ce qu'explique le schéma suivant.

3. Schéma explicatif du dysfonctionnement d'un jeune en fonction des milieux qu'il fréquente²



2. Cet angle de prise s'est largement inspiré des travaux sur la rupture de fonctionnement des services spécialisés du CJM-IU.

- Difficultés du jeune à vivre et à fonctionner en groupe: difficultés d'intégration dans un groupe avec impacts négatifs sur le jeune et sur le groupe (s'isole, suscite le rejet, provoque ou agresse par peur des autres, n'arrive pas à vivre des activités avec ses pairs sans conflits, et ce, malgré la présence d'un adulte). Autrement dit, manifestations de comportements problématiques qui dérogent aux règles et au fonctionnement du groupe.

Conséquences sur l'intervention:

- Constat d'échec de l'intégration ou du fonctionnement au quotidien est fait: mise en échec des programmes (programmes non adaptés) et des moyens utilisés (peu ou pas de réponse aux systèmes de renforcement ou autre mesure mis en place).
- Besoin d'accompagnement particulier et spécifique pour faciliter l'intégration ou le fonctionnement dans les activités quotidiennes (dont dans le temps et l'espace), mais pouvant être difficiles à opérationnaliser dans le contexte actuel.

4. Types de comportements problématiques

Les intervenants et les adultes qui partagent le quotidien de ces jeunes ou qui les accompagnent dans leur intégration sociale sont des observateurs privilégiés des rapports entre le jeune et son environnement. L'observation des comportements au quotidien, et ce, dans les divers milieux de vie fréquentés par le jeune, devient donc un élément clé en cette matière.

Deux types de comportements problématiques peuvent être observés: les comportements intériorisés et les comportements extériorisés.

Comportements intériorisés ³	Comportements extériorisés
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retrait ➤ Évitement ➤ Isolement ➤ Perte d'intérêt ➤ Passivité ➤ Repli sur soi ➤ Suicide (tentatives/idéations) ➤ Automutilation ➤ Difficulté de concentration ➤ Perte ou augmentation de l'appétit ➤ Plaintes somatiques ➤ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hyperactivité (bouge beaucoup) ➤ Difficulté d'attention ➤ Impulsivité ➤ Imprévisibilité ➤ Opposition ➤ Destruction ➤ Perturbateur ➤ Agressivité ➤ Comportements sexuels inappropriés ➤ Consommation (drogue/alcool) ➤ Fugue ➤ Etc.

3. Les comportements intériorisés sont davantage associés à des états dépressifs ou anxieux.

Il faut être vigilant avec les comportements intériorisés. Le plus souvent, ce type de comportement étant moins « confrontant » pour les intervenants, les adultes ou les pairs qui côtoient ces jeunes, il passe plus facilement inaperçu. Cela ne veut pas dire pour autant que ces comportements sont moins chargés de souffrance et de détresse. Ils peuvent être des indices d'un problème de santé mentale, d'un trouble mental ou d'une décompensation imminente (situation à retardement). Un comportement externalisé peut masquer une problématique internalisée; par exemple, des comportements d'opposition et de provocation peuvent cacher une faible estime de soi, de l'anxiété ou encore des affects dépressifs.

Il faut également être prudent et ne pas « psychiatriser » tous les comportements ou réactions qui dérogent à la règle et qui présentent des indices de dysfonctionnement. Il faut se rappeler que, lorsque l'on définit le concept d'une santé mentale optimale chez les enfants et les adolescents, il faut tenir compte du fait que leur corps et leur esprit sont en constant développement. Ainsi, certains comportements observés chez les jeunes témoignent de phénomènes et d'étapes de développement normaux⁴. Ils peuvent aussi être en lien avec une situation de crise vécue (p. ex., un abandon annoncé, un deuil, un déplacement, etc.).

5. Grille des indices de dysfonctionnement : éléments importants à observer et à prendre en compte

Dans l'accompagnement au quotidien de jeunes fragiles sur le plan de la santé mentale, les intervenants ou les adultes qui accompagnent ces jeunes doivent développer une « grille de lecture » des indices de dysfonctionnement. Cette grille doit permettre une « lecture rapide » des situations observées. Il est évident que cette lecture doit reposer de prime abord sur une bonne connaissance du sujet.

Les comportements dysfonctionnels, leurs forces et leurs impacts constituent des éléments importants de l'évaluation du dysfonctionnement. Cette « grille de lecture » doit donc reposer sur des manifestations observables dont, entre autres, l'observation des changements dans la façon de réagir du jeune et de son environnement.

4. Nous référons le lecteur au document de S. Young, *Du plus petit au plus grand ! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*, Montréal, CJM-IU, 2004.

Pour faciliter l'observation, nous vous proposons une grille d'observation des indices de dysfonctionnement pour les jeunes de 12 à 18 ans⁵. Elle reprend essentiellement quatre principaux éléments contributifs au dysfonctionnement :

1. Facteurs de risque du jeune (favorisant l'émergence et l'intensité du dysfonctionnement).
2. Indicateurs comportementaux observables avec leur gravité et leur force.
3. Réponse du jeune à l'intervention.
4. Ajustements de l'accompagnement et de l'encadrement (réponse des intervenants ou des adultes aux difficultés du jeune).

L'organisation des informations se fait donc en fonction de ces quatre éléments. Cela permet d'établir un portrait des caractéristiques du jeune sur le plan du dysfonctionnement dans ses divers milieux de vie, mais aussi de la réponse de ces milieux.

1. Facteurs de risque contributifs au dysfonctionnement

1.1 Facteurs internes :

- Trouble mental (diagnostic) incluant la comorbidité ou un problème de santé mentale (impression diagnostique) ainsi que la détresse psychologique chez le jeune.
- Antécédents familiaux de troubles mentaux.
- Présence/absence de cooccurrence : limite intellectuelle et problématique de santé mentale limitant de beaucoup le fonctionnement et les possibilités de traitement/d'intervention.

1.2 Facteurs externes :

- Absence de projet de vie.
- Relations conflictuelles avec le milieu familial ou absence de contact.
- Absence totale ou partielle de stabilisation (médication, encadrement).
- Consommation problématique de drogue ou d'alcool.
- Contextes (moment de la journée, en groupe ou en sous-groupe, où, avec qui, etc.) dans lesquels les comportements sont émis ou non.
- Événement significatif perturbateur et récent (autres que les éléments de compromission) : facteurs stressants/élément déclencheur comme une crise familiale, réaction/anxiété liée à une reprise des contacts, arrestation, deuil, rupture, échec scolaire, etc.

5. La construction de cette grille s'inspire largement d'un questionnaire qui a été développé pour une étude clientèle dans le cadre de la révision de l'offre de service en réadaptation à l'adolescence faite au CJM-IU, par V. Berrit et coll., *op. cit.*

2. Indicateurs comportementaux⁶ et observables du dysfonctionnement: la réponse du jeune à la réalité extérieure

Le jeune peut présenter plusieurs comportements en même temps. De plus, ils peuvent s'exprimer de façon désorganisée, impulsive et imprévisible.

- Comportements destructeurs (envers les biens), par exemple, endommagement, détruit ou entrave le fonctionnement de ses biens personnels, les biens de l'unité ou ceux d'autrui, arrache ses vêtements ou ceux des autres ou les déchire, souille ses biens personnels et le bien d'autrui, renverse ou bouscule les meubles ou les objets, endommagement ou détruit les livres, les rideaux, met le feu, bloque les toilettes, etc.
- Comportements perturbateurs (de l'environnement), par exemple, parle trop fort, hurle, crie, se roule par terre, agace, harcèle, méprise et dénigre les autres, rit ou pleure sans raison, interrompt autrui, dirige les autres, utilise un langage dérangeant, ou encore dérange les activités des autres ou la vie du groupe, nuit au climat, fait obstacle à la poursuite d'une activité de groupe, etc.
- Comportements d'agression (verbale, psychologique et physique), par exemple, sacre, utilise un langage injurieux, ment, se tient trop près d'autrui ou touche les étrangers, agresse verbalement, menace ses pairs ou les adultes, bouscule, etc.
- Comportements d'opposition, par exemple, refuse de manger, de se laver, refuse le traitement (suivi thérapeutique, interventions ou médication), manifeste de l'opposition surtout envers l'adulte (attitude de défi et de non-coopération), désobéit, ne fait pas les tâches assignées ou ne respecte pas les règlements, est en retard, n'attend pas son tour, triche, ment, etc.
- Comportements sexuels inappropriés à la situation, par exemple, se déshabille au mauvais moment, exhibe son corps ou se masturbe devant les autres, adopte une attitude de séduction non-appropriée, est agressif sexuellement (gestes déplacés), etc.
- Comportements dangereux et questionnant par rapport à sa santé ou sa sécurité, par exemple, est suicidaire (tentatives/idéations), s'automutile, fugue (plusieurs heures ou plusieurs jours), s'intoxique aux drogues, prend des risques pour sa santé par la passivité (ne mange pas, ne se lave pas, ne dort pas), etc.
- Comportements de retrait, par exemple, manifeste de la difficulté à être en compagnie des autres, évite les autres, ignore ce qui l'entoure, démontre peu d'intérêt dans les activités sociales, reste à l'écart des autres ou préfère rester assis et regarder les autres, est inactif, renfermé, évite le contact visuel, etc.
- Comportements « bizarres », inadaptés, par exemple, comportement qui s'exprime dans un contexte non adéquat et qui n'est pas explicable ou rattachable à une situation : se balance en tenant un discours « incohérent » et s'arrête comme si de rien n'était ; court soudainement en rond dans la salle devant tous les autres sans pouvoir s'arrêter ; fait les mêmes actions ou dit les mêmes mots à répétition et dans n'importe quel contexte ; parle de lui à la troisième personne, a des rituels obsessionnels sévères (p. ex., se lave les mains plusieurs fois par jour), verbalise ou agit des idées délirantes (p. ex., dit que la photo de chevalier sur le mur lui parle et lui demande de partir car il aura la tête coupée), des hallucinations (p. ex., le jeune entend des voix), etc.

6. Ces types de comportement sont majoritairement empruntés à G. Sabourin, *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques : EGCP-II*, Montréal, Centre d'expertise de Montréal en trouble grave du comportement, CJM-IU, 2007.

- Combinaisons comportementales:
 - Comportement perturbateur/d'agression/d'opposition;
 - Comportement perturbateur/d'agression/d'opposition/dangereux pour sa santé ou sécurité;
 - Comportement destructeur/perturbateur/d'agression/d'opposition/dangereux pour sa santé ou sa sécurité;
 - Comportement destructeur/perturbateur/d'agression/d'opposition/dangereux pour sa santé ou sa sécurité/de retrait.

2.1 Force des comportements : fréquence, intensité et durée

Les exemples suivants ne sont qu'à titre indicatif.

- **Fréquence d'un comportement :** À quelle fréquence se présente le comportement ? Répartition dans le temps. Répétition à intervalles plus ou moins réguliers.
 - **Rarement :** Le comportement est apparu mais très rarement, c'est-à-dire moins de deux fois dans les derniers 3 mois.
 - **Occasionnellement :** Le comportement est apparu à l'occasion, c'est-à-dire une à 3 fois par mois.
 - **Régulièrement :** Le comportement est apparu régulièrement, c'est-à-dire une à 6 fois par semaine.
 - **Souvent :** Le comportement est apparu souvent, c'est-à-dire une à 4 fois par jour.
- **Intensité d'un comportement :** « Degré de force ». Échelle dynamique (de forte à légère), mais souvent subjective. Souvent en lien avec l'impact du comportement.
 - **Mineure :** Le comportement est de faible intensité (p. ex., le jeune parle fort, feint de frapper ou frappe légèrement les objets ou les personnes, menace de se mutiler ou s'égratigne les bras, etc.).
 - **Moyenne :** Le comportement est d'intensité moyenne (p. ex., le jeune crie, bouscule une personne, lance des objets, se mord, etc.).
 - **Majeure :** Le comportement est de forte intensité (p. ex., le jeune hurle sans arrêt, frappe une personne à coups de poing, brise sa porte de chambre, se frappe la tête sur les murs, se fait des lacérations au bras, etc.).
- **Durée d'un comportement :** Espace de temps déterminé et mesurable. Pendant combien de temps le comportement s'est-il manifesté ?
 - Moins de 5 minutes;
 - De 5 à 15 minutes;
 - De 15 à 30 minutes;
 - Plus de 30 minutes.

2.2 Gravité des comportements

La gravité d'un comportement dépend de l'impact du comportement sur le jeune (santé physique, psychologique ou son développement), sur les autres (santé physique et psychologique), sur l'environnement physique.

2.2.1 Impacts sur le jeune

- Nuit au développement psychologique, social et cognitif du jeune (adaptation, apprentissages,...).
- Nuit à la santé mentale et physique du jeune.
- Compromet l'intégrité physique du jeune.

- Compromet l'intégration du jeune dans son milieu de vie : exclusion par les pairs (le jeune devient l'objet de sarcasmes et est rejeté par le groupe) ou rejet du jeune par l'équipe (peut valoir un déplacement au jeune).
- Compromet le niveau d'encadrement requis pour le jeune.
- Nuit aux perspectives d'intégration sociale du jeune (projet de vie).

2.2.2 Impacts sur le milieu

- Génère des conflits autour de lui.
- Perturbe les activités du groupe ou des pairs.
- Génère chez les personnes qui le côtoient du stress, de la détresse.
- Porte atteinte au matériel (amenant des pertes significatives sur la qualité de vie autour de lui).
- Nécessite une surveillance accrue du jeune.
- Impacts différents selon que le comportement se produit devant les autres ou en solitaire.

3. Réponse du jeune à l'intervention

- Le jeune répond...
 - positivement
 - négativement
 - en s'opposant
 - en ignorant
 - Etc.
- ... aux interventions régulières suivantes :
 - Avertissement verbal
 - Soutien apporté
 - Moyens proposés
 - Résolution de problèmes
 - Prendre une pause à proximité
 - Prendre une pause à l'écart
 - Retour sur la situation
 - Etc.
- Le jeune a besoin de mesures particulières :
 - Retrait hors du groupe (de 5 minutes et plus) ;
 - Retrait du milieu ;
 - Mesure de sécurité (isolement ou contention).
- Le jeune ne répond pas à l'application de mesures éducatives ou de sécurité : (absence de résultats positifs ou durables).

4. Ajustements requis dans l'accompagnement et l'encadrement

À partir du moment où le jeune ne répond pas aux interventions conventionnelles ou à des plans d'action avec des stratégies plus définies. La réponse du jeune appelle des ajustements nécessaires pour tenter de le « stabiliser ».

- **Ajustement de l'encadrement :** changement de la présence à l'événement (exemple : 1/1, présence systématique, garde à vue, etc.).

- **Remaniement de la programmation ou de l'environnement**: ceux-ci doivent être changés ou adaptés pour stabiliser le jeune (p. ex. : périodes d'activité plus courtes, placer le jeune à proximité de l'adulte, exclusion de certaines activités, etc.).
- **Programmes complémentaires (pour les milieux spécialisés)** : utilisation du programme d'arrêt d'agir, de stabilisation, etc.
- **Autre.**

Ainsi, l'ensemble de ces éléments mis en perspective permettent à l'intervenant de dresser un portrait des caractéristiques du jeune sur le plan du dysfonctionnement. Cela permet également de formuler certaines hypothèses sur le degré de dysfonctionnement d'un jeune, sur la pertinence des ajustements réalisés et de proposer certains correctifs au niveau de l'accompagnement, de l'intervention et de l'encadrement en fonction des écarts observés.

Il est évident que cette lecture doit reposer sur une concertation entre les intervenants impliqués au quotidien auprès du jeune et faire l'objet d'un consensus pour obtenir une « valeur clinique ».

6. Balises sur le degré de dysfonctionnement d'un jeune

Savoir repérer les indices et les facteurs contributifs au dysfonctionnement est indispensable. Cependant, il est tout aussi important de qualifier adéquatement le degré de dysfonctionnement, car cela n'appellera pas les mêmes interventions pour répondre aux besoins du jeune.

En s'appuyant sur la notion d'impact des comportements (sur le jeune ou sur le milieu), les divers portraits des caractéristiques sur le plan du dysfonctionnement peuvent être qualifiés de léger à grave.

Pour les jeunes présentant principalement des comportements intériorisés, il faut souligner que cela affecte davantage le jeune lui-même que les autres et le milieu. Pour cette raison, comme souligné précédemment, les profils intériorisés passent facilement inaperçus et nécessitent une plus grande vigilance de la part des intervenants ou des adultes qui accompagnent ces jeunes. Pour les jeunes au profil extériorisé, les impacts sont davantage sur le milieu et, par conséquent, cela est beaucoup plus confrontant pour les intervenants, les adultes et les pairs.

Cela n'empêche pas que certaines balises permettant de qualifier le degré de dysfonctionnement peuvent être données, même lorsque nous sommes en présence de troubles intériorisés. Elles doivent être vues avant tout comme des indications ou encore des repères et ne remplacent en rien le jugement clinique qui permet de dresser un portrait beaucoup plus pointu de la situation que vit le jeune sur le moment. L'intervenant peut donc s'y référer comme un point de départ pour alimenter son évaluation.

Selon le profil, certaines caractéristiques sur le plan du comportement permet de classer le degré de dysfonctionnement, comme le détaille le tableau ci-dessous.

PROFIL INTÉRIORISÉ	PROFIL EXTÉRIORISÉ
<p>Dysfonctionnement léger</p> <p>Le jeune démontre peu d'intérêt pour la plupart des activités ou des moments de vie. Ce manque d'intérêt provoque la mise à l'écart du jeune ou l'indifférence par les pairs ou le groupe. Le jeune préfère être seul, à l'écart du groupe ou dans sa chambre. Ses intérêts sont limités. Le jeune a de la difficulté à se concentrer sur les tâches ou à être attentif aux consignes. Il a besoin de stimulation pour débiter et terminer le travail demandé. L'attitude du jeune est peu dérangeante et il se fait souvent oublier. Il a besoin de stimulation pour les routines de base comme manger, se laver et ranger sa chambre.</p>	<p>Dysfonctionnement léger</p> <p>Lorsque le ou les comportements du jeune perturbent le déroulement de la plupart des activités ou des moments de vie. Cela peut déranger les pairs ou le groupe. Le jeune a de la difficulté à se concentrer sur les tâches ou à être attentif aux consignes. Des interventions fréquentes de rappel ou à caractère plus directif sont nécessaires. Les comportements sont prévisibles.</p>
<p>Dysfonctionnement modéré</p> <p>Le jeune arrive en retard ou ne se présente pas à plusieurs activités ou moments de vie. Le jeune a peu d'intérêt. Les pairs sont dérangés par la passivité ou l'absence du jeune. Cela retarde le début ou le déroulement de certains moments de vie ou d'activités. Le jeune a besoin d'être accompagné et stimulé pour faire ce qui est demandé. Le jeune n'est généralement pas centré sur les tâches et ne fait pas ce qui est demandé. Nécessite des interventions de rappel de ce qui est à faire et doit être accompagné pour terminer son travail ou maintenir sa participation. Doit être accompagné dans la plupart des routines de base et répond aux exigences de façon minimale.</p>	<p>Dysfonctionnement modéré</p> <p>Lorsque le ou les comportements du jeune entravent le déroulement des activités ou des moments de vie. Les pairs sont dérangés par le ou les comportements, et certaines activités doivent être interrompues le temps de régler la situation. Certains jeunes, intervenants ou adultes peuvent se sentir menacés par le ou les comportements. Le jeune n'est généralement pas centré sur les tâches et ne fait pas ce qui est demandé. Nécessite des interventions visant à encadrer et à modifier le ou les comportements. Les comportements peuvent avoir un caractère impulsif.</p>

PROFIL INTÉRIORISÉ	PROFIL EXTÉRIORISÉ
<p>Dysfonctionnement grave</p> <p>Le jeune ne se présente pas à la plupart des activités ou des moments de vie. Il reste de longues périodes seul dans sa chambre. Il ne démontre aucun intérêt. Lorsqu'il est sollicité pour participer à une activité ou à un moment de vie, il refuse ou ignore la demande. Les pairs ignorent ou rejettent le jeune. Il peut même être qualifié de « bizarre ». Les interventions visant à stimuler sa participation sont peu efficaces. On doit lui imposer des participations à des activités priorisées et cela peut susciter de l'agressivité ou, au contraire, amener une plus grande fermeture de la part du jeune. Pour les routines de base, on doit « faire avec », sinon cela n'est pas fait.</p>	<p>Dysfonctionnement grave</p> <p>Lorsque le ou les comportements contrecarrent le déroulement des activités ou des moments de vie. Tout le groupe est dérangé ou il peut être empêché de faire ce qui est proposé. Les pairs, les intervenants et les adultes sont menacés ou certains peuvent être agressés. Le jeune n'est plus réceptif aux activités proposées. Nécessite fréquemment des interventions visant le retrait du groupe. Les comportements sont souvent imprévisibles.</p>



Intervention

Partie 3

1. Intervention pour les jeunes présentant une problématique liée à la santé mentale et des difficultés au niveau du fonctionnement au quotidien

Il est maintenant reconnu que les jeunes présentant des troubles de comportement peuvent aussi présenter des problématiques de santé mentale.

Nous sommes tous conscients que la prise en charge et l'intégration de ces jeunes ne va pas de soi. Par conséquent, les personnes impliquées auprès de ces jeunes se voient aux prises avec des défis au niveau de l'intervention, compte tenu des caractéristiques personnelles de ces jeunes.

Pour faciliter la prise en charge de ces jeunes, nous sommes d'avis qu'il est important d'abord et avant tout de mettre en perspective certains des paramètres de l'intervention qui posent problèmes. À ce titre, nous devons tout d'abord reconnaître que nous sommes tentés, à priori, de prendre le problème sous l'angle strict des troubles de comportement. À cet effet, certaines distinctions sont à faire: nous croyons qu'il est nécessaire de bien distinguer ce sur quoi on peut avoir de l'emprise ou non. Il est donc essentiel de considérer que certains comportements sur lesquels on intervient tiennent, en bonne partie, à des symptômes indiquant la présence d'une problématique de santé mentale ou d'un trouble mental. Bien qu'on puisse temporairement atténuer les impacts d'un symptôme, il apparaît

plutôt illusoire de tenter de le résorber définitivement. Chez un jeune atteint d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC), l'acharnement à faire cesser une compulsion exigera beaucoup d'efforts de concentration pour le sujet, fera probablement monter l'anxiété et favorisera l'augmentation de la compulsion ou un déplacement de celle-ci.

En outre, les zones de vulnérabilité et les retards dans le développement du sujet ont souvent tendance à entraver son fonctionnement global de façon notable. Comme souligné au chapitre précédent, les forces du sujet ne parviennent pas toujours à combler l'écart suscité par les limites, en réponse aux attentes du milieu : sollicitation au niveau affectif, environnemental, social, etc. Aussi, tel que le souligne Lemay (1973) ou Desbiens, Goulet et Bailly (2003), les jeunes vivant des problématiques de santé mentale auront tôt fait d'être confrontés à des expériences dépassant largement leur possibilité d'adaptation, cédant ainsi la place à des défenses plus ou moins organisées.

En fait, ils ont si peu de dispositions psychologiques, qu'il leur est excessivement difficile de s'épanouir dans les différentes sphères de leur vie. [...] Établis en réponse au sentiment de vide qui les habite, ces mécanismes de défense sont fortement ancrés et ont pour effet d'hypothéquer tout processus d'épanouissement ou de changement¹.

En somme, en l'absence de conditions d'adaptation favorables, le jeune peut se retrouver en mode de survie. C'est pourquoi la personne qui tente d'intervenir sur les mécanismes de défense du jeune doit le faire, dans les cas où cela est cliniquement indiqué, avec beaucoup de prudence. Par exemple, dans le cadre de troubles paranoïdes, si le jeune doit être retiré de son milieu familial, il faudra prendre en compte que les conditions de son univers résidentiel et social exacerberont de façon particulière ses difficultés relationnelles.

Pour optimiser l'intervention auprès d'une clientèle vivant une problématique complexe, nous sommes tous conviés à modifier nos paramètres habituels.

Nous devons :

- débuter par une bonne compréhension des éléments cliniques et dynamiques en cause ;
- bien cibler les pôles importants de l'intervention (ce sur quoi on peut avoir de l'impact) et mieux objectiver les comportements manifestés en fonction des défis proposés ;
- évaluer la capacité du jeune à répondre adéquatement aux attentes (son fonctionnement optimal) afin d'adapter le niveau d'exigences (micrograder les objectifs d'apprentissage, réaménager la programmation).

1. Y. Desbiens, S. Goulet et A. Bailly, « L'approche individualisée : de la conception philosophique à l'actualisation clinique », *Défi jeunesse*, vol. 9, n° 2, 2003, p. 13.

On doit envisager que l'environnement devra apprendre à supporter le jeune dans sa tentative d'adaptation et d'intégration sociale en palliant ses déficits.

Dans la section suivante, il est proposé des repères, afin de soutenir l'observation du fonctionnement au quotidien en lien avec certains troubles mentaux et d'y associer certaines balises pour organiser l'intervention.

Il faut cependant souligner qu'au niveau de l'enfance et de l'adolescence, les diagnostics psychiatriques ne sont souvent pas « arrêtés ». On parlera davantage de « troubles en émergence », de « traits de personnalité » ou d'« impressions diagnostiques ». En ce sens, notre réflexion devra justement inclure des indices sur les problématiques en émergence.

La majorité des interventions proposées dans ce guide ne s'adresse pas exclusivement aux jeunes présentant une problématique de santé mentale ou un trouble mental. Elles constituent la base des interventions préconisées pour une clientèle en difficulté. Cependant, dans les cas de présence de certains troubles mentaux, des interventions, des séquences ou des combinaisons sont particulièrement recommandées pour maximiser l'efficacité et répondre aux besoins des jeunes.

Nous aborderons les problématiques suivantes sous forme de fiches :

- 🌀 le trouble réactionnel de l'attachement (TRA) ;
- 🌀 le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) ;
- 🌀 le trouble des conduites (TC) ;
- 🌀 le trouble de l'opposition (TO) et trouble de l'opposition avec provocation (TOP) ;
- 🌀 le trouble de la personnalité (TP), principalement les troubles de personnalité limite (TPL), narcissique (TPN), schizoïde (TPS), antisociale (TPAS) ;
- 🌀 les troubles anxieux, principalement l'attaque de panique, le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble panique avec agoraphobie (TPA), la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété de séparation (TAS), le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ;
- 🌀 les troubles de l'humeur, principalement la dépression et le trouble bipolaire ;
- 🌀 le trouble des tics, principalement le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) ;

- ⊗ les troubles psychotique, principalement la schizophrénie ;
- ⊗ le trouble envahissant du développement (TED) ;
- ⊗ les troubles du contrôle sphinctérien, principalement l'encoprésie et l'énurésie ;
- ⊗ l'automutilation.



Nous tenons à souligner que ce matériel n'est surtout pas un outil diagnostique, car l'évaluation dans le but de poser un diagnostic demeure la prérogative des professionnels mandatés pour cet acte.

2. Séquence des troubles fréquemment rencontrés chez la clientèle adolescente

Précédemment, nous avons souligné au chapitre sur la comorbidité une séquence possible de troubles : trouble réactionnel de l'attachement, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble des conduites, le trouble de l'opposition avec ou sans provocation et le trouble de personnalité limite. Nous utiliserons cette séquence pour amorcer notre réflexion sur les repères d'intervention et nous l'enrichirons des observations des intervenants en fonction des particularités de la clientèle.

Fiche 1 Trouble réactionnel de l'attachement (TRA)**Définition :**

Le TRA est un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade de développement de l'enfant qui est présent dans la plupart des situations de vie. Ce trouble a débuté avant l'âge de 5 ans. Ce trouble résulte d'une carence de soins vécue durant la petite enfance, soit par la négligence des besoins physiques et émotionnels, soit par l'incapacité de l'enfant à établir un lien d'attachement suite à des changements répétés des personnes qui en prennent soin. Le DSM-IV dénote deux types de TRA, soit le type inhibé et le type désinhibé.

Il ne faut pas confondre le trouble de l'attachement et les types d'attachement sécurisé ou insécurisé. Le type d'attachement reflète les stratégies d'adaptation intériorisées de l'enfant en rapport aux réponses attendues de la figure maternelle (*care giving*). L'attachement d'un enfant envers les personnes qui en prennent soin se situe sur un mode sécurisé ou insécurisé. L'attachement insécurisé peut être du type évitant, ambivalent-résistant ou désorganisé-désorienté. Cette classification, tout en étant très utile afin de mieux comprendre les stratégies relationnelles de l'enfant, ne permet pas de déterminer si l'enfant souffre d'un trouble réactionnel de l'attachement.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ⊗ Retards de développement.
- ⊗ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.
- ⊗ Troubles d'apprentissage.
- ⊗ Trouble de l'opposition.
- ⊗ Trouble des conduites.

Comportements observables

Les symptômes peuvent différer selon les types de troubles d'attachement, soit le type inhibé ou désinhibé.

Profil commun aux deux types (inhibé, désinhibé):

- Besoin excessif de contrôler.
- Mise en action de mécanisme de rupture du lien (lorsque le jeune sent qu'une relation peut s'installer).
- Conserve difficilement des bons moments sans les détruire par la suite.
- Contrôle et régule difficilement ses émotions (colère, rage, désorganisation).
- Difficulté d'apprentissage.
- Automutilation, destruction d'objets.
- Comportement antisocial (peu d'empathie, intégration difficile des règles, centré sur son plaisir).

Inhibé:

- Donne l'impression d'avoir renoncé à la relation (p. ex., maintien l'autre à distance).

- Autosuffisant, méfiant, solitaire.
- A souvent l'air triste et amorphe.
- Cache une forte hostilité qui est souvent retournée contre lui, mais le jeune peut également attaquer les autres ou détruire des objets.

Désinhibé:

- Charmant et séducteur.
- Immature.
- Recherche un rapprochement au premier contact, se lie aux étrangers.
- La relation est superficielle et l'adulte est interchangeable.
- Intrusif, accaparant, fait beaucoup de demandes.
- Recherche l'exclusivité de l'adulte.
- Rivalité avec les pairs.
- Comportements agressifs.

Interventions à préconiser

Il est nécessaire de devenir un pôle de sécurité pour le jeune. Lorsque sécurisé, il pourra apprendre avec votre support de nouvelles stratégies relationnelles. Les pistes d'intervention préconisées ici sont applicables pour les deux types de TRA. Toutefois, l'intervention doit être individualisée et tenir compte du type de trouble d'attachement du jeune (inhibé, désinhibé). Exemple pour un inhibé: attention de ne pas rentrer trop rapidement dans sa bulle, adapter possiblement la programmation de groupe. Pour un désinhibé: l'intervenant doit délimiter son espace clairement.

- Établir un cadre contenant et non contrôlant (jeune très sensible à l'abus de pouvoir).
- Maintenir une cohérence dans l'environnement et entre les adultes.
- Souvent ils ont besoin de la proximité visuelle de l'adulte pour fonctionner.
- Maintenir une distance relationnelle appropriée.
- Servir de contenant lors de débordement émotif et tenter de prévenir ces débordements.
- Adapter l'intervention et le milieu de l'intervention aux capacités affectives et cognitives du jeune (jeune souvent immature).
- Doser le positif.
- Comprendre le sens des comportements et attitudes du jeune.
- Être proactif plutôt que réactif.
- Servir de miroir au jeune (l'aider à apprendre à identifier son état interne).
- Formuler les interventions d'une façon positive plutôt que punitive.

Interventions à proscrire

- Se lancer dans une lutte gagnant-perdant.
- Entrer dans les enjeux au niveau du contrôle.
- Avoir des attentes affectives.
- Avoir des attentes de changement irréalistes.
- Intervenir de façon réactive.

Fiche 2 Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)**Définition:**

Le TDA/H est un mode persistant (6 mois et plus) d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité qui est inapproprié par rapport au niveau développemental du jeune. Les symptômes doivent entraîner une gêne fonctionnelle, être présents avant l'âge de 7 ans et se manifester dans au moins deux types d'environnements différents (école, milieu de vie). Selon le DSM-IV, il y a trois types de TDA/H:

1. Celui où l'inattention prédomine;
2. Celui où l'hyperactivité/impulsivité prédomine;
3. Celui où l'inattention et l'hyperactivité prédominent (type mixte).

Des dysfonctions neurologiques liées aux fonctions exécutives du lobe frontal sont souvent mises de l'avant pour expliquer l'apparition d'un TDA/H.



L'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont des caractéristiques qui accompagnent souvent d'autres problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents. Cela peut également être présent lorsqu'un enfant vit des situations difficiles. Enfin, il ne faut pas oublier que chaque enfant n'a pas les mêmes besoins de bouger ni la même capacité de concentration.

Il est important de bien évaluer ce qui peut expliquer les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, puisque le TDA/H est un diagnostic qui ne devrait être posé que lorsqu'aucun autre diagnostic ou problématique ne peut expliquer une telle symptomatologie.

Nous aborderons le TDA/H de type mixte qui est celui le plus fréquemment observé. Il est tout de même important de rester vigilant face aux deux autres types, car les jeunes qui en souffrent, et plus particulièrement ceux du type où l'inattention prédomine, passent souvent inaperçus.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ⊗ Trouble des conduites.
- ⊗ Trouble de l'opposition.
- ⊗ Troubles d'apprentissage.
- ⊗ Troubles anxieux.

- ③ La plupart des enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette (70 %) ont également un TDA/H.
- ③ Nous retrouvons également le trouble réactionnel de l'attachement et la présence de symptômes post-traumatiques associés au TDA/H.

Comportements observables

Au niveau de l'inattention :

- Ne porte pas attention aux détails.
- Problème d'attention soutenue.
- Semble ne pas écouter.
- Ne retient pas les consignes.
- Problèmes au niveau de l'organisation de ses activités/ tâches.
- Évite les tâches nécessitant un effort mental soutenu.
- Perd ses effets personnels.
- Facilement distrait.
- Oublis fréquents dans les tâches quotidiennes.

Au niveau de l'hyperactivité/impulsivité :

- Remue souvent les mains ou les pieds, se tortille sur son siège.
- Se lève souvent de sa chaise de façon inappropriée.
- Court, grimpe de façon excessive, impatience motrice.
- Difficulté à jouer tranquillement.
- Agit souvent comme « monté sur un ressort ».
- Parle excessivement.
- Répond avant la fin de la question.
- A souvent de la difficulté à attendre son tour.
- Interrompt et dérange les autres.

Interventions à préconiser

- La prise de médication est souvent recommandée, mais doit être combinée à d'autres types d'intervention. Même si la plupart des jeunes y répondent efficacement, une minorité de jeunes ne répondent pas à certains médicaments, voire à la plupart des médicaments actuellement sur le marché.
- Les interventions cognitives comportementales sont à préconiser : voir avec le consultant clinique ou un professionnel qualifié et tenir compte de la comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale s'il y a lieu.
- Intervenir dans les différents milieux de vie du jeune (scolaire, famille).
- Informer le jeune, les parents et les intervenants concernant le TDA/H (manifestations, impacts, traitements).
- Encourager les comportements souhaités et décourager les comportements indésirables. Les renforcements positifs sont plus puissants que les punitions.
- Adapter ses interventions et ses exigences en fonction des capacités du jeune.
- Reconnaître les forces du jeune et s'y appuyer pour pallier les déficits et pour valoriser le jeune.
- Encadrer de façon structurante et organisée (rappels, avertissements, limites claires, listes, routines écrites, règles affichées, création d'un horaire).
- Anticiper et élaborer des plans d'action pour prévenir les situations problématiques en s'assurant que l'enfant a bien compris et qu'il sait quoi anticiper.
- Favoriser l'activité physique.
- Améliorer les habiletés attentionnelles :
 - Consignes simples, claires et courtes ;
 - Minimiser les distractions de l'environnement ;
 - Vérifier si le jeune est attentif lorsque vous lui parlez. Demander un contact visuel ou lui demander de répéter la consigne dans ses mots ;
 - Intensifier les stimuli pour capter l'attention du jeune : utilisation de support matériel, visuel, auditif, sensitif, etc. ;
 - Décomposer une tâche complexe en plusieurs étapes ;
 - Organiser le matériel du jeune.
- Assurer une proximité physique de l'adulte.

Interventions à proscrire

- L'excès de stimulation.
- Les explications longues et complexes.
- L'intolérance et la rigidité des consignes.
- Les discours du type : « quand on veut on peut », « s'il était motivé, il réussirait », « il est paresseux ». Ce type de messages renvoie à la croyance que le jeune est de mauvaise foi ou qu'il manipule. Pourtant, ce n'est souvent pas une question de volonté ou de motivation, mais il s'agit plutôt de certaines capacités qui sont déficitaires.

Fiche 3 Trouble des conduites (TC)**Définition :**

Un trouble des conduites se caractérise par un mode de comportements perturbateurs graves qui est persistant, répétitif et où le jeune ne respecte pas les droits et les biens d'autrui ou enfreint les règles établies. Les jeunes qui présentent ce trouble ont habituellement un comportement agressif et réagissent violemment aux autres. Ils peuvent aussi former des groupes pour tenter d'intimider les autres. Ces comportements ont des répercussions développementales, sociales et même légales majeures.



Il est important ici de tenir compte de l'intensité de ces comportements afin de faire la différence entre ce qui appartient au développement normal de l'adolescent en recherche d'affirmation et d'autonomie et ce qui présente un caractère plus « pathologique ».

De plus, on ne doit pas parler de trouble des conduites lorsque les comportements indésirables ont un rôle de protection (p. ex., lorsque le jeune vit une menace, lorsqu'il évolue dans un milieu criminogène ou qu'il vient d'un pays en guerre³).

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ③ Trouble réactionnel de l'attachement.
- ③ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.
- ③ Trouble de l'opposition avec provocation.
- ③ Dépression.

2. É. Dionne, *op. cit.*

Comportements observables

- Contourne, ignore et transgresse fréquemment les règles établies.
 - Manifeste des comportements agressifs, par exemple, intimidation, menaces, bagarre, violence physique, vol (parfois à main armée).
 - Faible tolérance à la frustration.
 - Cruauté envers les animaux.
 - Destruction de la propriété d'autrui, en mettant le feu, en cassant des vitres, en lançant des projectiles.
 - Manifestations d'hostilité, d'effronterie.
 - Manque d'empathie, par exemple insensibilité aux émotions, aux désirs et au bien-être de ceux qui l'entourent.
- Absence de remords.
 - Rejet du blâme sur les autres pour sa propre conduite.
 - Recourt à des subterfuges (mensonges, tricheries, fraudes).
 - Propension à faire souffrir les autres.
- De plus, on ne doit pas parler de trouble des conduites lorsque les comportements indésirables ont un rôle de protection (p. ex., lorsque le jeune vit une menace, lorsqu'il évolue dans un milieu criminel ou qu'il vient d'un pays en guerre).

Interventions à préciser

- Se donner une lecture commune du développement de la problématique du jeune pour guider vos actions et favoriser la cohérence (faire tous la même chose).
 - Fixer des attentes, des règles et des limites claires (environnement stable et prévisible).
 - Établir des limites raisonnables qui tiennent compte de l'âge du jeune et des conséquences qui peuvent être appliquées de façon constante.
 - Préciser en équipe la conséquence ou la récompense pour chaque comportement et toujours punir les actions répréhensibles de la même façon.
 - Construire sur du positif, féliciter le jeune et le renforcer positivement lorsqu'il fait preuve de flexibilité et de collaboration.
 - Encourager le jeune à extérioriser sa colère de façon saine (écriture, musique, sport).
- Favoriser le développement des habiletés sociales (communication, résolution de problèmes ou gestion de la colère).
 - Choisir ses batailles. Le jeune ayant tendance à s'engager dans des luttes de pouvoir, prioriser ce que vous voulez que le jeune fasse.
 - Être préventif et intervenir tôt dans les situations à risque d'escalade en identifiant les indices précurseurs de la chaîne comportementale ou les déclencheurs.
 - Se donner une procédure à suivre lors des escalades. Éviter de multiplier les étapes.
 - Utiliser les techniques d'arrêt d'agir pour protéger le jeune lui-même ou les autres.

Interventions à proscrire

- Utiliser un rapport de force « gagnant-perdant ».
 - Argumenter ou négocier avec le jeune sur ce qu'il a à faire.
 - Ne pas appliquer les conséquences annoncées.
- Utiliser des systèmes d'émulation qui ne permettent pas au jeune de se reprendre.
 - Avoir une attitude rigide.

Définition:

Le trouble de l'opposition fait surtout référence à une façon d'être négative et hostile chez le jeune, caractérisée par l'argumentation, le refus d'obéir aux règles, l'irritabilité et les crises de colère (American Psychiatric Association, 2000).

Les comportements d'opposition dépassent largement ce qui est attendu d'un jeune de son âge (n'est plus de l'ordre de l'affirmation de soi, de la renégociation des règles familiales ou pour un gain d'autonomie personnelle). Il est à ce moment ouvertement moins coopérant avec la figure d'autorité et l'ensemble de ses comportements sont négatifs, hostiles, provocateurs et récurrents.

Souvent, les sujets ne se considèrent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs, mais perçoivent leurs conduites comme étant justifiées en réaction à des demandes déraisonnables ou des circonstances injustes. Vivent beaucoup le sentiment d'injustice. Le nombre de symptômes tend à augmenter avec l'âge.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ③ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.
- ③ Trouble des conduites.
- ③ Troubles anxio-dépressifs, phobiques, obsessionnels³.

3. Site de Claude (Tanguay) Jolicoeur, psychiatre, [En ligne], www.deficitattention.info/opposition.html (page consultée le 6 janvier 2011).

Comportements observables

Comportements d'opposition :

- Obstination.
- Argumentation.
- Résistance active aux consignes ou au contrôle externe, s'oppose souvent aux demandes et aux règles des adultes.
- Provocation afin d'obtenir de la satisfaction ou un surplus d'attention.
- Refus de faire des compromis, de céder ou de transiger avec les adultes ou les pairs.
- Crises de colère.
- Rancunes fréquentes et souvent prolongées.

Comportements de provocation :

- Propension à tester les limites.
- Ignore les ordres ou les conteste.
- Manifestation d'agressivité verbale.
- Embête, confronte ou intimide délibérément les autres.

- Blâme autrui de ses erreurs ou mauvais comportements.
- Souvent malveillant, fâché et rancunier.
- Hostilité, surtout avec les gens qu'il connaît bien.
- Susceptibilité ou facilement agacé par les autres.
- Manque de tolérance à la frustration et de patience.

Autres traits particuliers :

- Difficulté à se faire des ami(e)s du même âge, à cause du contrôle trop grand qu'il exerce sur eux.
- Réagit mal à tout changement, séparation, qu'il n'a pas décidé.
- Trouve mal le sens des limites, en général.

Souvent, les sujets ne se considèrent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs, mais perçoivent leurs conduites comme étant justifiées en réaction à des demandes déraisonnables ou des circonstances injustes. Vivent beaucoup le sentiment d'injustice. Le nombre de symptômes tend à augmenter avec l'âge.

Interventions à préciser

- Se donner une lecture commune du développement de la problématique du jeune pour guider nos actions et favoriser la cohérence (faire tous la même chose).
- Évaluer avec le consultant clinique ou un professionnel qualifié la gravité et la portée de la problématique et mettre en place des stratégies.
- Faire des demandes directes.
- Être ferme tout en restant doux (ton de voix).
- Faire une demande à la fois.
- Encadrer avec des limites claires, constantes et cohérentes.
- Intervenir à partir d'un modèle explicatif où les conséquences sont fondées sur une logique.
- Rendre prévisibles les conséquences et les maintenir.
- Choisir des priorités qui visent l'essentiel, mais négligent le détail.
- Valoriser les petits efforts et les réussites, pour soutenir l'estime de soi, souvent fragile.
- Structurer, planifier les activités dans le temps (l'horaire), l'espace (le territoire, l'ordre), avec des grilles de comportement et de récompenses, de contrats personnels. L'absence d'anticipation favorise le négativisme.
- Bien situer les attentes en fonction de la maturation réelle et des secteurs d'activité.

Interventions à proscrire

- Faire plusieurs demandes en même temps ou offrir trop de choix.
 - Réagir de façon impulsive ou émotive.
 - Annoncer des conséquences lorsque le jeune est en crise ou augmenter celles qui étaient prévues au départ.
 - Ignorer les comportements agressifs ou violents.
 - Intervenir ou confronter le jeune devant un groupe.
 - Argumenter ou tenter de le convaincre que vous avez raison.
 - Ne pas appliquer les conséquences annoncées.
- Il y a danger qu'en refusant tout compromis raisonnable, on puisse nourrir davantage le négativisme, la provocation, ou, au contraire, qu'en recherchant trop la bonne entente, on fasse disparaître normes et règles usuelles.

3. Troubles de la personnalité

Le DSM définit le trouble de la personnalité comme une perturbation habituelle et persistante de l'expérience subjective et du comportement touchant la cognition, les émotions, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions.

À l'adolescence, plusieurs préféreront parler d'émergence d'un trouble ou de traits de personnalité.

Le trouble de la personnalité (actualisé ou en émergence) est une atteinte grave au développement psychologique et lui confère clairement une dimension pathologique.

Les troubles de la personnalité que l'on retrouve le plus souvent sont :

- ③ le trouble de personnalité limite (TPL);
- ③ le trouble de personnalité narcissique (TPN);
- ③ le trouble de personnalité schizoïde (TPS);
- ③ le trouble de personnalité antisocial (TPAS).

Fiche 5 Trouble de personnalité limite (TPL)

Définition :

Le trouble de personnalité limite est lié à une entrave au processus de séparation-individuation et est marqué par une instabilité de l'identité, des émotions et des relations interpersonnelles. Cette instabilité s'étend aux sphères cognitive et sociale, et elle touche aussi les capacités adaptatives du jeune. La crainte de l'abandon est souvent un enjeu central. Enfin, l'impulsivité est un facteur qui favorise l'émergence du TPL.

Le trouble de personnalité limite correspond à une entrave au développement d'une identité distincte, d'une autonomie affective et fonctionnelle.

Le trouble de personnalité limite (ou *borderline*) est une des formes les plus répandues du trouble de la personnalité. À l'adolescence, plusieurs préféreront parler d'émergence du trouble ou de traits de personnalité limite.

Ce trouble de la personnalité (actualisé ou en émergence) est une atteinte grave au développement psychologique et lui confère clairement une dimension pathologique. Comme tous les autres troubles de la personnalité, celui-ci est le résultat d'une perturbation de la relation d'objet, qui affecte de façon déterminante la façon d'entrer en relation avec les autres.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ☞ Trouble du contrôle des pulsions.
- ☞ Dépression épisodique.
- ☞ Épisodes suicidaires (idéations, *acting-out*).
- ☞ Automutilation.
- ☞ Alcoolisme.
- ☞ Toxicomanie.
- ☞ Troubles alimentaires.

L'émergence d'un TPL ou l'apparition de traits de personnalité limite est souvent la conséquence de l'évolution d'une pathologie résultant d'une problématique sévère d'attachement. Elle passe typiquement par un trouble déficitaire de l'attention (avec hyperactivité), puis par un trouble des conduites ou de l'opposition.

Comportements observables

- **Sur le plan identitaire :**
Doute et ambivalence par rapport à soi, sur qui on est et ce qu'on veut devenir; tendance à emprunter aux autres des fragments d'identité; angoisses par rapport au futur.
- **Sur le plan émotionnel :**
Instabilité; intensité excessive et anormale des émotions; alternance entre angoisse, colère, tristesse et sentiment de vide.
- **Sur le plan relationnel :**
Relations intenses et instables; tendance à idéaliser et à disqualifier l'autre; crainte excessive de l'abandon; conduites ayant pour effet de compromettre la relation et les résultats de l'intervention.
- **Sur le plan cognitif :**
Perceptions clivées avec manque de nuances au sujet de soi et des autres; changements d'idées fréquents sans raison objectivement valable; mentalisation très réduite; jugement social souvent déficitaire.
- **Sur le plan social et comportemental :**
Déficit du contrôle des pulsions; conflits et violence agie probables; consommation probablement excessive de substances psychotropes; comportements à risque sur le plan sexuel et d'autres plans; idéations ou gestes suicidaires probables.

Interventions à préconiser

- Dans le cas où des indices permettent de croire ce trouble possible, s'adresser à son consultant clinique ou un professionnel qualifié pour en valider l'hypothèse et le niveau d'évolution.
- Rester en lien avec le consultant clinique ou le professionnel qualifié tout au long de l'intervention (ne pas hésiter à demander de l'aide), attendu surtout les phénomènes transférentiels liés à ce trouble.
- Éviter l'isolement.
- Accentuer le travail en équipe pour prévenir le clivage (entre bons et mauvais).
- Utiliser un cadre d'intervention :
 - clair (non pas ambigu); définir clairement le cadre et ses limites. L'intervenant doit être capable de respecter le cadre que lui-même a mis en place;
 - cohérent (qui suit toujours une même logique clinique éclairée);
 - cohésif (à laquelle tous les intervenants et tous les acteurs doivent souscrire dans la pratique, chacun ayant un rôle bien défini);
 - pondéré (en évitant les extrêmes dans la façon d'intervenir).
- Gérer cliniquement la distance relationnelle, qui doit demeurer :
 - juste (ni trop près, ni trop loin);
 - stable (même si le jeune provoque des réactions favorisant le contraire).
- Prendre le temps requis. Puisqu'il s'agit d'une atteinte sérieuse au développement et à l'organisation de la personnalité, puisque cette atteinte s'est développée sur une période de plusieurs années, il faut compter en termes d'années le temps requis pour obtenir un effet correcteur significatif et durable; de façon générale, il faut compter deux années, parfois plus. Cependant, certains comportements liés à l'impulsivité ou à la régulation des émotions peuvent être modifiés plus rapidement.
- En milieu spécialisé, réaliser auprès du jeune la séquence des étapes cliniques qui suit :
 - Arrêt de l'agir;
 - Mise à jour des mécanismes de défense et de leurs effets pervers;
 - Accompagnement dans les affects douloureux;
 - Mobilisation des ressources internes devenues disponibles;
 - Acquisition et mise en œuvre de compétences sociales nouvelles.
- Responsabiliser le jeune face à ses gestes.
- Travailler sur le ici et maintenant, sur le présent.
- Définir les « règles » et en déroger le moins possible. Redire les « règles », pourquoi certains gestes sont posés : « Parce qu'on s'est entendu sur cela, parce que ce sont les règles qu'on a déjà expliquées, parce que... ». La prévisibilité est appréciée par ces jeunes et l'intervenant devient ici comme un « bon parent ».
- Valider leur détresse. Les jeunes ont besoin de dire que c'est difficile, qu'ils sont en colère, que c'est injuste, etc.; ils ont besoin d'exprimer leurs sentiments négatifs et d'être entendus.
- Encourager le jeune à « dire » plutôt qu'à « agir ». Les aider à mettre des mots sur leur expérience, sur ce qui se passe.
- Amener le jeune à vérifier ses perceptions plutôt que de demeurer avec un sentiment négatif (p. ex., sentiment de rejet). Ceci aide à différencier la réalité d'une mauvaise interprétation.

Interventions à préconiser (suite)

- La communication doit être claire. Toujours clarifier et vérifier ce qu'ils ont vraiment compris de la discussion ou de la décision, car ils peuvent mal interpréter même les choses les plus banales.
- Lorsqu'il y a une crise (quand les émotions montent), porter attention au processus de l'interaction plutôt qu'au contenu de la communication. Il faut tenter d'éclaircir ce qui se passe et tenter de définir, de comprendre, avec le jeune, ce qui est en train de se passer. « On va s'arrêter ici. Qu'est-ce qui se passe ? Y a-t-il quelque chose que j'ai dit qui te dérange ? J'aimerais essayer de comprendre. Si tu ne m'expliques pas, je ne pourrai pas comprendre. »
- Veiller à l'importance d'être honnête, transparent et authentique comme intervenant.
- Il existe des enjeux conscients et inconscients chez l'intervenant, par exemple, les enjeux de pouvoir liés à la relation d'aide. On doit faire le deuil de la toute-puissance, du rôle d'expert, de sauveur.
- Viser auprès des figures parentales du milieu de réinsertion la séquence clinique suivante :
 - Prise de conscience des impacts de leurs gestes auprès du jeune ;
 - Harmonisation de leurs actions avec celles des intervenants ;
 - Incitation à une démarche thérapeutique, au besoin ;
 - Balisage et supervision de leurs actions, autant que requis pour le meilleur développement de l'adolescent.

Interventions à proscrire

- Se positionner en sauveur.
- Se positionner en dresseur.
- Baser l'intervention sur la proximité relationnelle.
- Laisser tomber le jeune ou le menacer d'abandon.
- Essayer de faire une économie de temps au détriment du travail de fond.
- Mettre à l'écart les figures parentales avant d'avoir tenté toutes les autres avenues.

Fiche 6 Trouble de personnalité narcissique (TPN)**Définition :**

On attribue souvent le développement du trouble de personnalité narcissique à une atteinte précoce et importante à l'image de soi, laquelle le jeune tentera constamment de compenser.

Le trouble de personnalité narcissique se caractérise principalement par des idées grandioses sur soi, un besoin excessif d'être admiré et un manque d'empathie pour les autres. Dans ce cas-ci, c'est un enjeu narcissique, lié à l'image de soi, qui est au cœur de cette perturbation relationnelle.

Le trouble de personnalité narcissique est une des formes du trouble de personnalité, qui n'est évoqué qu'à compter de l'adolescence. Encore là, plusieurs préfèrent parler de trouble en émergence ou de traits de personnalité narcissique.

En tant que trouble de la personnalité (actualisé ou en émergence), le TPN est une atteinte significative au développement psychologique et lui confère une dimension pathologique. Comme les autres troubles de la personnalité, celui-ci est le résultat d'une perturbation importante de la relation d'objet, c'est-à-dire, concrètement, de la façon d'entrer en relation avec les autres.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Le trouble de personnalité narcissique peut mener à un trouble de personnalité antisociale, mais ce n'est que dans les cas les plus aigus, quand il n'y a plus de place pour l'autre, qui est entièrement évacué par le besoin du jeune de rehausser son image de soi.

On retrouve plus fréquemment :

- 🌀 Traits d'opposition (ne tolérer aucune critique ou percevoir l'intervention comme du dénigrement).
- 🌀 Possible épisode de dépression plus ou moins sévère (lorsque la réalité externe vient contrer brutalement les désirs de grandeur).

Comportements observables

- Manifeste une sensibilité particulière à la critique ; devient facilement défensif, tente de nier ce qui lui appartient, attaque (verbalement) l'autre, au besoin, pour se défendre.
- Se montre méfiant à priori, tant qu'il ne sera pas rassuré quant à l'autre, dont il attend qu'il lui reconnaisse largement sa valeur, son talent.
- Parle de soi en surestimant sa valeur, son talent, son mérite ou son statut (fabulation).
- Dénigre souvent l'autre (croyant ainsi rehausser sa propre image).
- Se retrouve souvent dans des zones de conflit, en lien avec cet enjeu de l'image de soi ou de la reconnaissance de sa valeur.
- Fait porter aux autres les situations d'échec qu'il vit.
- S'attribue le crédit de réalisations qui ne sont pas les siennes.
- Se montre très sensible à la place ou au rang qu'il occupera dans son milieu.
- Manifeste peu d'empathie pour l'autre (car la centration sur soi prend presque toute la place).
- Manifeste parfois de l'anxiété ou de la tristesse, mais se révèle mal à l'aise de le laisser voir ; il essaiera souvent de le masquer.

Interventions à préconiser

- Évaluer avec le consultant clinique ou un professionnel qualifié la gravité et la portée des traits narcissiques observés.
- Viser la prise de conscience du grand besoin de valorisation du jeune.
- Chercher quelle est la fonction des comportements qui sont indices de ces traits de personnalité, c'est-à-dire, quel est le but visé par le jeune quand il agit ainsi (ce qu'il croit que cela va lui apporter).
- Viser une hausse de l'estime de soi véritable.
- Construire l'estime de soi au moyen de situations concrètes à travers lesquelles le jeune pourra vivre des succès tangibles.
- Introduire dans l'esprit du jeune l'idée qu'il peut être valable sans avoir à dominer les autres.
- Introduire aussi l'idée qu'il n'a pas besoin d'être extraordinaire pour être valable ou aimable.
- Dans la relation avec le jeune, lui faire sentir qu'on l'apprécie, même avec ses difficultés.
- Lui faire vivre d'autres expériences relationnelles où il puisse sentir qu'il est apprécié tel qu'il est.
- Introduire chez le jeune des perceptions nuancées de soi, qui se situent entre celle d'être grandiose et celle d'être sans valeur.
- Impliquer dans l'intervention, à des fins d'harmonisation, les personnes significatives du milieu d'origine ou du milieu de réinsertion du jeune (figures parentales).

Interventions à proscrire

- Établir un rapport de compétition avec le jeune.
- Se lancer dans une lutte gagnant-perdant.
- Survaloriser le jeune, c'est-à-dire l'encenser sans que ces commentaires ne reposent sur des réalisations.
- Punir le jeune sans qu'il comprenne le sens de cette intervention (ce serait vécu comme de la domination ou comme une intention de l'humilier).

Fiche 7 Trouble de personnalité schizoïde (TPS)**Définition :**

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par un retrait social, un désinvestissement de la vie relationnelle et un surinvestissement du monde intérieur et fantasmatique. Le jeune reste à distance, en « exil relationnel ». Son contact avec la réalité est toutefois préservé.

Le trouble de personnalité schizoïde est une des formes du trouble de la personnalité, toutefois moins fréquent que le trouble de personnalité limite ou même le trouble de personnalité narcissique. Il est parfois difficile de le reconnaître car, parmi les troubles de la personnalité, celui-ci présente une forme relativement intériorisée. Il est néanmoins important de ne pas le confondre avec d'autres problèmes.

En effet, les manifestations comportementales qui lui sont associées risquent d'être mal interprétées et confondues, par exemple, à des traits d'opposition, à un trouble de l'humeur (dépression), ou au prélude d'un épisode psychotique.

En tant que trouble de la personnalité (actualisé ou en émergence), le trouble de personnalité schizoïde est une atteinte significative au développement psychologique et lui confère une dimension pathologique. Comme les autres troubles de la personnalité, ce trouble est le résultat d'une perturbation importante de la relation d'objet, qui affecte de façon déterminante la façon d'entrer en relation avec les autres.

Dans ce cas-ci, le jeune ne parvient pas à résoudre son ambivalence entre sa crainte du rapprochement et son désir d'entrer en relation. On attribue le développement du trouble de personnalité schizoïde à des expériences traumatisantes précoces et importantes.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Phobie sociale.
- 🌀 Épisodes d'anxiété généralisée.
- 🌀 Épisodes de dépression.

Comportements observables

- Opposition lorsqu'on impose au jeune un rapprochement auquel il n'est pas préparé.
- Retrait social pouvant être confondu à des indices de dépression.
- Peu d'intérêt dans les relations interpersonnelles, peu d'amitié.
- Allure « dans sa bulle » pouvant être confondue avec le prélude d'un trouble psychotique.
- Émotionnellement froid et détaché.
- Indifférent aux critiques ou aux compliments, aux louanges.

Interventions à préconiser

- Évaluer avec le consultant clinique ou un professionnel qualifié la gravité et la portée des traits schizoïdes observés.
- Viser l'apprivoisement du jeune à la relation interpersonnelle en gardant en tête qu'il s'agit d'un jeune traumatisé sur le plan relationnel.
- Respecter à priori le besoin du jeune de préserver une distance face aux autres.
- Respecter ensuite toutes les étapes d'un rapprochement et d'une intégration dans les activités de la programmation.
- Viser l'alliance thérapeutique par un processus de rapprochement graduel au sein duquel l'enjeu de la crainte de ce rapprochement est nommé.
- Chercher quelle est la fonction ou la raison de ce retrait schizoïde.
- Faire voir au jeune tous les avantages qu'il y a à accepter l'aide de l'adulte.
- Faire voir au jeune tous les avantages qu'il y a à se rapprocher des autres jeunes et à briser l'isolement.
- Guider et soutenir de près le jeune (une fois la confiance établie) dans ce processus de socialisation.
- Développer à cette fin les habiletés sociales spécifiques du jeune (communication, résolution de conflits).
- Impliquer dans l'intervention, à des fins d'harmonisation, les personnes significatives du milieu d'origine ou du milieu de réinsertion du jeune.

Interventions à proscrire

- Participer à une escalade du conflit avec le jeune (malgré certaines manifestations d'opposition).
- Bousculer le jeune dans son processus de rapprochement avec l'adulte ou avec ses pairs.
- Recourir massivement à la punition ou à la contrainte.

Fiche 8 Trouble de personnalité antisociale (TPAS)**Définition :**

Le trouble de personnalité antisociale se caractérise par un mépris des règles sociales (codifiées par loi ou non), des droits d'autrui, des facteurs de sécurité (pour les autres et pour soi) et des conséquences des gestes posés. Il inclut également un manque d'empathie et de considération pour le sort de l'autre. Il s'ensuit une propension au passage à l'acte. Ce profil correspond à celui du criminel (en devenir), avec risque élevé de récidive.

Le trouble de personnalité antisociale est une des formes du trouble de personnalité (actualisé ou en émergence) et en tant que tel, il est une atteinte grave au développement psychologique et lui confère clairement une dimension pathologique. Il correspond à une perturbation importante de la relation d'objet, qui affecte gravement la façon d'entrer en relation avec les autres.

Le trouble de personnalité antisociale est considéré par plusieurs comme étant le plus grave des troubles de la personnalité. Cela est dû principalement au fait qu'il peut mener à des passages à l'acte agressifs et dangereux pour les autres.

Heureusement, très peu de jeunes sont porteurs d'un trouble de personnalité antisociale consolidé. Plusieurs, par contre, présentent des traits de personnalité antisociale ce qui laisse place, pour certains, de possiblement prévenir la consolidation de ces traits de personnalité.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Traits de personnalité narcissique.
- 🌀 Traits de personnalité limite.
- 🌀 Trouble du contrôle des pulsions.
- 🌀 Trouble des conduites (forme antérieure du TPAS).

Comportements observables

- Se conforme souvent assez bien aux règles (du moins en apparence), surtout en début d'intervention.
- Essaie de s'éviter des conséquences désagréables de façon calculée.
- Peut contrôler ses pulsions agressives durant un certain temps.
- Peut toutefois devenir explosif, s'il estime qu'il ne trouve plus son compte à se contrôler.
- Peut aussi devenir explosif quand il croit être abusé.
- N'honore pas ses obligations.
- Ignore sa propre sécurité et celle des autres.

Interventions à préconiser

- Évaluer avec le consultant clinique ou un professionnel qualifié la gravité des traits de personnalité antisociale observés et la propension au passage à l'acte agressif.
- Intervenir par le cadre.
- Assurer la cohérence réelle et apparente de ce cadre.
- Établir des limites claires et les faire respecter.
- Expliquer clairement le sens de ces limites et des conséquences qui peuvent y être associées.
- Viser la neutralité affective (surtout en début d'intervention).
- Établir une motivation d'abord liée aux conséquences fâcheuses des conduites antisociales (démêlés avec la police et la justice, conflits, obstacles à certains projets).
- Mettre en lumière l'intérêt des voies alternatives.
- S'adresser au jeune d'abord sur un mode rationnel (lié aux cognitions).
- Mettre en lumière les distorsions cognitives¹ du jeune, en lien avec son propre intérêt.
- Travailler sur les distorsions cognitives du jeune en lui proposant des raisonnements alternatifs qui lui paraissent avantageux et qui le sont.

Interventions à proscrire

- Aborder le jeune par la voie de la proximité relationnelle.
- Aborder le jeune par la voie des émotions ou des traumatismes passés.
- Entrer en compétition avec le jeune.
- Établir un rapport de domination sur le jeune.

1. Voir annexe 1, Les distorsions cognitives, page 99.

4. Troubles anxieux

L'anxiété est un phénomène universel, à priori normal. Elle est même nécessaire. Bien dosée, elle mobilise la personne en temps opportun, elle constitue un facteur de protection, voire de développement. Plusieurs jeunes vivent par contre un niveau d'anxiété élevé, au-delà de la moyenne et de ce qui est souhaitable pour leur qualité de vie.

Certains jeunes sont atteints de troubles anxieux qui correspondent à un niveau d'anxiété anormalement élevé, à une souffrance ou un état de détresse subjective, ou encore à une ou des sphères de dysfonctionnement (p. ex., activités quotidiennes, fréquentation scolaire, intégration sociale ou professionnelle...). Cela entrave alors partiellement leur adaptation à la réalité externe. Ces troubles anxieux sont dûment répertoriés au DSM-IV, et correspondent à des symptômes présents de façon significativement (ou statistiquement) plus élevée que la normale.

Les troubles anxieux que l'on retrouve le plus souvent sont :

- ☞ Attaque de panique (bouffée d'anxiété intense et relativement soudaine).
- ☞ Trouble panique (crainte des attaques de panique et comportements d'évitement).
- ☞ Agoraphobie (crainte des lieux où l'aide est perçue comme inaccessible).
- ☞ Trouble panique avec agoraphobie (comorbidité fréquente).
- ☞ Phobie sociale (crainte aiguë de mal paraître en public ou face à un groupe).
- ☞ Phobie spécifique (liée à une situation, un lieu ou un stimulus, par exemple les ponts, les tunnels, le métro, l'avion, l'ascenseur, les chiens, les araignées, etc.).
- ☞ Trouble d'anxiété de séparation (préoccupations excessives chez les 0-18 ans face à la perte de figures d'attachement).
- ☞ Trouble d'anxiété généralisée (inquiétude excessive face à ce qui est incertain).
- ☞ Trouble obsessionnel-compulsif (intrusions cognitives anxio-gènes [obsessions] et rituels d'apaisement [compulsions]).
- ☞ Trouble (ou état) de stress post-traumatique (état de choc et anxiété anormale qui perdurent longtemps après un événement traumatique).

Fiche 10 Attaque de panique

Définition :

Les attaques de panique sont relativement soudaines. Elles apparaissent à l'intérieur d'un délai d'une douzaine de minutes, mais ce délai peut être encore plus court.

Les principales manifestations des attaques de panique ne sont pas évidentes et prennent la forme de réactions physiologiques perceptibles s'il y a observation fine et attentive. Ces malaises suscitent chez le jeune de vives inquiétudes, qui se traduisent par des cognitions (pensées) très anxiogènes, pouvant inclure des scénarios catastrophiques.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Réactions physiologiques perceptibles :
 - respiration laborieuse (hyperventilation) ;
 - tensions musculaires importantes pouvant se loger dans différentes zones du corps ;
 - sudation inhabituelle (mains, aisselles) ;
 - immobilité relative (allure figée) ;
 - présence de sensations fortes au niveau viscéral, inhabituelles et inconfortables, suscitant souvent un regard ou un commentaire inquiet.
- Généralement, le jeune ne fuit pas ou n'agresse pas : il fige.
- Parfois, il exprime son malaise (par des phrases comme « je me sens mal, je ne sais pas ce qui m'arrive, je suis étourdi, j'ai peur d'étouffer, de mourir, de devenir fou »).
- D'autres fois, il n'exprime pas clairement son malaise (par crainte du jugement).
- Ou encore, il s'oppose à une consigne (sans évoquer son malaise).

Interventions à préconiser

- Les attaques de panique doivent d'abord faire l'objet d'une investigation médicale et d'une évaluation psychologique spécialisée pour en déterminer la cause et la genèse.
- Leur traitement spécialisé dépendra des conclusions de cette investigation.
- Le traitement du trouble panique passera par une restructuration cognitive découlant des résultats de l'investigation sur les attaques de panique. Après ce travail sur les cognitions, on devra s'assurer que le jeune renonce graduellement à ses comportements d'évitement et s'expose à nouveau aux situations qu'il avait appris à craindre, par désensibilisation systématique.
- Tout ce travail doit être fait avec un soutien clinique spécialisé. On parle ici de consultant clinique et de l'équipe de deuxième niveau (voir la partie 4, p. 97).
 - Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
 - Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
 - Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.

Interventions à préconiser (suite)

- Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
 - Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
 - Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
 - Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
 - Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.
 - Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
 - Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
 - Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme les indices d'une anxiété trop élevée.
- Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
- appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.
- La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.*
- Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.*
- Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.*
- Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.*

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 11 Trouble panique

Définition :

Le trouble panique correspond à la récurrence d'attaques de panique, la crainte de nouvelles attaques et de ses conséquences. Il en résulte le changement de certains comportements, en lien avec ces attaques et la crainte de leur apparition.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Changements inexplicables dans les comportements (le plus souvent une restriction du champ d'activités).
- Apparition de comportements d'évitement.
- Allure inquiète et figée.
- Expression de malaises corporels.
- Expression d'inquiétudes par rapport à son état de santé physique ou mentale.
- Deux manifestations fondamentales sont associées à toutes les phobies.
 - Des comportements d'évitement (essayer de ne pas affronter la situation) ; cet évitement peut prendre chez le jeune l'une des formes suivantes :
 - exprime une réticence ou une objection douteuse face à la demande qui lui est faite ;
 - s'oppose carrément à la demande ;
 - s'enfuit ;
 - exprime clairement sa peur ;
 - demande d'être exempté de la situation.
 - Des manifestations moins évidentes lorsqu'il est en situation ou peu avant, prenant la forme de réactions physiologiques analogues à celles de la panique :
 - respiration laborieuse (hyperventilation) ;
 - tensions musculaires importantes, pouvant se loger dans différentes zones du corps ;
 - sensations inconfortables ou inhabituelles exprimées avec inquiétude (je me sens mal, j'ai une douleur ici, j'ai peur d'être malade, je suis étourdi, j'ai peur d'étouffer, je ne sais pas ce qui m'arrive) ;
 - sudation inhabituelle (mains, aisselles).

Interventions à préconiser

- Les attaques de panique doivent d'abord faire l'objet d'une investigation médicale et d'une évaluation psychologique spécialisée pour en déterminer la cause et la genèse.
- Leur traitement spécialisé dépendra des conclusions de cette investigation.
- Le traitement du trouble panique passera par une restructuration cognitive découlant des résultats de l'investigation sur les attaques de panique. Après ce travail sur les cognitions, on devra s'assurer que le jeune renonce graduellement à ses comportements d'évitement et s'expose à nouveau aux situations qu'il avait appris à craindre, par désensibilisation systématique.
- Tout ce travail doit être fait avec un soutien clinique spécialisé. On parle ici de consultant clinique et de l'équipe de deuxième niveau (voir la partie 4, p. 97).
 - Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
 - Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
 - Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.

Interventions à préconiser (suite)

- Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
 - Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
 - Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
 - Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
 - Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.
 - Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
 - Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
 - Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme les indices d'une anxiété trop élevée.
- Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
- appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.
- La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.*
- Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.*
- Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.*
- Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.*

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 12 Agoraphobie

Définition :

L'agoraphobie se manifeste par un malaise intense dans différents lieux ou situations, et l'évitement de ces lieux ou situations, dans lesquels le jeune perçoit qu'il serait difficile de fuir ou qu'il pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Il craint, par exemple, de circuler dans son quartier ou en automobile, d'aller au centre commercial ou au cinéma, de se trouver dans une foule, d'utiliser le transport en commun.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ☞ Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- ☞ Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intérieurs. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Réticence ou objection devant un projet d'aller dans des lieux qui ne sont pas familiers au jeune ou des endroits où l'aide lui paraît inaccessible.
- S'oppose carrément à une demande qui ne suscite pas d'opposition chez la majorité ou exprime clairement sa peur.
- S'il va quand même à l'endroit sans s'y être préparé adéquatement, le jeune peut vivre des réactions physiologiques importantes, comme :
 - respiration laborieuse (hyperventilation) ;
 - tensions musculaires dans différentes zones du corps ;
 - sensations inconfortables ou inhabituelles (parfois exprimées avec inquiétude) ;
 - sudation importante (mains, aisselles).
- L'intensité de ces réactions physiologiques peut varier selon :
 - la gravité de la phobie déjà installée ;
 - la présence ou l'absence de personnes familières ;
 - la durée de l'expérience ;
 - la distance par rapport aux lieux familiers.

Interventions à préconiser

- Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
- Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
- Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.
- Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
- Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
- Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
- Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
- Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.
- Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
- Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
- Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme les indices d'une anxiété trop élevée.

Interventions à préconiser (suite)

- Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
 - appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.

La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.

Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.

Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.

Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 13 Trouble panique avec agoraphobie (TPA)

Définition :

Le trouble panique avec agoraphobie implique la présence des deux problématiques en cooccurrence. Le lien est courant entre trouble panique et agoraphobie.

Il arrive souvent qu'une personne qui vit des attaques de panique développe un trouble panique avec crainte de la récurrence de ces attaques et modification des comportements en fonction de cette crainte.

À son tour, le trouble panique engendre souvent une agoraphobie, parce que la personne atteinte craindra d'aller dans des lieux où l'aide ou le secours lui paraîtront difficiles d'accès en cas de besoin.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

- Changements inexplicables dans les comportements (restriction des activités).
- Apparition de comportements d'évitement.
- Allure inquiète et figée.
- Réticence ou objection devant un projet d'aller dans des lieux qui ne sont pas familiers au jeune ou des endroits où l'aide peut lui paraître inaccessible.
- Expression claire de sa peur par le jeune (à prendre au sérieux).
- Si le jeune ne voit pas son TPA pris en compte, il se trouve exposé à des réactions physiologiques importantes, comme :
 - respiration laborieuse, avec possible hyperventilation ;
 - tensions musculaires dans différentes zones du corps ;
 - sensations inconfortables ou inhabituelles (parfois exprimées avec inquiétude) ;
 - sudation importante (mains, aisselles).
- L'intensité de ces réactions physiologiques peut varier selon :
 - la gravité de la phobie déjà installée ;
 - la présence ou l'absence de personnes familières ;
 - la durée de l'expérience d'éloignement ;
 - la distance par rapport aux lieux familiers.

Interventions à préconiser

- Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
- Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
- Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.
- Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
- Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
- Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
- Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
- Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.

Interventions à préconiser (suite)

- Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
- Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
- Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme indices d'une anxiété trop élevée.
- Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
 - appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.

La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.

Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.

Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.

Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 14 Phobie sociale

Définition :

La phobie sociale correspond à la crainte aiguë de mal paraître en public ou face à un groupe. C'est une peur persistante et intense situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le jeune est en contact avec des gens non familiers ou exposé à l'observation d'autrui. Le jeune craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par celle-ci.



La phobie sociale ne doit pas être confondue avec l'anxiété sociale. En effet, la plupart des gens vivent une certaine anxiété face à certaines situations sociales (p. ex., parler devant un auditoire de personnes inconnues), cela est normal.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ⊗ Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- ⊗ Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Sur le plan comportemental, la phobie sociale se manifeste quand le jeune :
 - anticipe avec une grande anxiété durant des heures ou des jours une situation sociale considérée comme ordinaire pour la majorité des gens ;
 - recourt régulièrement à l'évitement de la situation ;
 - perd ses moyens lorsqu'il est en situation, et ne peut plus donner adéquatement la prestation pour laquelle il est présent.

- Sur le plan physiologique, la phobie sociale se manifeste par des réactions intenses, comme :
 - respiration laborieuse (hyperventilation) ;
 - tensions musculaires dans différentes zones du corps ;
 - sensations inconfortables ou inhabituelles (souvent exprimées avec inquiétude) ;
 - sudation inhabituelle (mains, aisselles).

Interventions à préconiser

- Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
 - Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
 - Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.
 - Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
 - Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
 - Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
 - Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
 - Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.
 - Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
 - Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
 - Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme indices d'une anxiété trop élevée.
 - Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
 - appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.
- La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.*
- Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.*
- Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.*
- Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.*

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 15 Phobie spécifique

Définition :

Ce trouble représente une peur excessive d'un objet ou d'une situation. Il existe cinq types de phobies spécifiques :

- la peur de certains animaux et insectes (serpents, araignées, etc.) ;
- les phobies liées à l'environnement naturel (phobies des hauteurs, des tempêtes ou de l'eau) ;
- la phobie du sang, des injections ou des blessures ;
- les phobies liées à certaines situations (peur des avions, des ascenseurs ou des espaces clos) ;
- les autres phobies (peur de s'étouffer, de vomir, etc.).

Le jeune souffrant de phobie spécifique évite ou vit avec beaucoup d'anxiété ces situations.

Les phobies spécifiques, toutefois, existent souvent en comorbidité. Dès lors, il arrive souvent qu'elles ne concernent pas un seul lieu ou une seule situation, mais un groupe de lieux ou de situations qui ont tous quelque chose en commun. Par exemple, un jeune peut avoir la phobie de tous les lieux clos, aussi appelée claustrophobie.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intérieurs. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Sur le plan comportemental, les phobies spécifiques s'expriment essentiellement comme les autres phobies, parmi les formes suivantes :
 - anticipation anxieuse de la situation ;
 - évitement de la situation ;
 - dysfonctionnement partiel ou complet lorsqu'en situation (perdre ses moyens).

- Sur le plan des réactions physiologiques, notons :
 - respiration laborieuse (hyperventilation) ;
 - tensions musculaires dans différentes zones du corps ;
 - sensations corporelles inconfortables ou inhabituelles (parfois exprimées avec inquiétude) ;
 - sudation inhabituelle (mains, aisselles).

Interventions à préconiser

- Développer une sensibilité aux indices de réactions physiologiques propres à un état d'anxiété élevée ou pathologique.
 - Questionner le jeune sur son état chaque fois qu'on observe des indices d'anxiété élevée.
 - Manifester de l'empathie pour le jeune, mais en restant calme et sans dramatiser.
 - Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
 - Nommer au jeune (s'il y a validation) le phénomène que l'on reconnaît (état de panique ou d'anxiété élevée), en vue de le rassurer (passer le message que l'on sait ce qu'il vit).
 - Reconnaître qu'il vit une expérience désagréable et difficile (nier cela lui donnerait le sentiment de ne pas être compris).
 - Lui demander s'il craint qu'il arrive quelque chose de grave et, si oui, l'aider à la nommer.
 - Lui rappeler ensuite que, malgré les malaises ressentis, il n'y a pas de danger grave : affirmer cela avec calme et assurance.
 - Lui rappeler que cela est un état temporaire et réversible.
 - Affirmer au jeune qu'il y a des moyens qui permettent d'abaisser cette anxiété.
 - Lui apprendre à reconnaître ses malaises et à les considérer comme indices d'une anxiété trop élevée.
 - Sous réserve d'être bien supervisé par un professionnel dûment qualifié en traitement des troubles anxieux :
 - appliquer les procédures de restructuration cognitive (contrôle de la pensée) : modifier les pensées effrayantes et inadaptées et les remplacer par des pensées plus adaptées qui excluent les scénarios catastrophiques que le jeune relie à l'expérience à vivre ou aux réactions physiologiques ressenties.
 - appliquer les procédures de contrôle des réactions physiologiques (respiration, tensions musculaires et viscérales).
 - appliquer les procédures d'exposition graduelle du jeune à la situation anxiogène pour réaliser une désensibilisation systématique à la situation.
- La restructuration cognitive est une clé essentielle de l'intervention. Elle consiste à remplacer des pensées inadaptées et effrayantes par des pensées adaptées et relativement apaisantes.*
- Le contrôle des réactions physiologiques est une autre clé de l'intervention. Il concerne la respiration, notamment pour prévenir l'hyperventilation qui est la cause de plusieurs autres malaises, comme les étourdissements. Il faut aussi développer un contrôle des tensions qui se logent dans la musculature squelettique et, par la suite, au niveau viscéral.*
- Le lien entre la restructuration cognitive et le contrôle des réactions physiologiques est aussi essentiel sur le plan clinique, surtout quant à l'interprétation (cognitive) de ces réactions physiologiques et des sensations qui y sont associées.*
- Enfin, l'exposition graduelle du jeune à la situation qui suscite l'anxiété chez lui est essentielle. Lorsque pairée à la restructuration cognitive et au contrôle des réactions physiologiques, c'est cette exposition dite in vivo qui permet au jeune de se désensibiliser aux situations anxiogènes.*

Interventions à proscrire

- Affirmer que ce que l'on observe ou entend est de la manipulation avant d'avoir sérieusement validé cette hypothèse et vérifié qu'il ne s'agit pas d'anxiété véritable.
- Nier ou minimiser les malaises ressentis par le jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Se moquer du jeune, même en vue de dédramatiser la situation.
- Manifester de l'anxiété face à l'anxiété du jeune (ce n'est pas le genre d'empathie dont il a besoin).
- Fuir la situation en s'éloignant rapidement du jeune et en le laissant à lui-même sans préparation ou sans intervention préalable.
- Pousser le jeune à affronter la situation qu'il dit vouloir éviter sans préparation ou sans intervention préalable (la technique de l'« immersion » est maintenant bannie).

Fiche 16 Trouble d'anxiété de séparation (TAS)

Définition :

Ce trouble est lié à une peur excessive et invalidante de perdre des personnes significatives de sa vie (figures parentales, membres de sa famille). Le seul fait d'être séparé de ces personnes suscite la peur d'en être séparé pour toujours (de les perdre).

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intérieurs. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Sur le plan comportemental, le jeune :
 - pose plusieurs questions sur les personnes qui sont les figures parentales ou les autres personnes significatives de sa vie (ont-elles téléphoné ? qu'ont-elles dit ? vont-elles venir ? vont-elles bien ?) ;
 - pose plusieurs questions sur les possibilités de sortir pour aller chez ces personnes ;
 - accorde une importance majeure à des objets qu'il associe à ces personnes ;
 - pose des questions répétitives sur son avenir au terme de son séjour ;
 - exprime se sentir isolé dans la vie ;
 - exprime son inquiétude par rapport à une éventuelle rupture de son lien avec ces figures parentales ou avec sa famille ;
- exprime des inquiétudes par rapport à leur état de santé ou à leur sécurité ;
- participe peu aux activités ou à la vie de groupe ;
- est souvent inattentif à ce qui se vit autour de lui (semble « ailleurs ») ;
- exprime ne pas avoir de motivation à s'impliquer dans une démarche de réadaptation ;
- exprime le besoin d'être rassuré par la présence physique d'une personne perçue comme sûre (surtout au coucher).
- Sur le plan physiologique, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :
 - difficulté à s'endormir ;
 - perte d'appétit ;
 - fatigue ;
 - agitation motrice ;
 - malaises liés au système digestif.

Interventions à préconiser

- Offrir au jeune de la disponibilité pour l'écoute, dès le début.
- Lui laisser la chance d'exprimer ses angoisses lors des échanges.
- Valider son hypothèse d'anxiété pathologique aussitôt que possible auprès du consultant clinique ou d'un professionnel qualifié.
- Recevoir le jeune dans cette anxiété et lui dire qu'on veut travailler avec lui à la réduire.
- Établir une alliance avec le jeune pour devenir un pôle secondaire de sécurité.
- Faire savoir au jeune qu'on veut aussi établir une alliance avec ses parents ou substituts, les membres de sa famille (éviter qu'il soit en conflit de loyauté).
- Au début, répondre dans la mesure du raisonnable, aux demandes du jeune d'être rassuré (cela contribue à établir un lien de confiance).
- Expliquer aussi, peu après, que les démarches pour le rassurer doivent aller en décroissant, afin qu'il devienne plus autonome.

Interventions à préconiser (suite)

- Répondre aux questions du jeune concernant l'avenir aussi franchement que possible.
- Quand la réponse n'est pas claire, répondre par une phrase du genre « je ne sais pas très bien moi non plus, mais nous allons travailler ensemble à en savoir plus ».
- Veiller à ce que le jeune reçoive les mêmes réponses de la part de ses parents et des intervenants (les messages contradictoires ou ambigus entretiennent l'anxiété).
- S'assurer que le quotidien du jeune devienne prévisible (routines, horaires, organisation du milieu).
- Lors d'un retrait de sa famille, clarifier aussitôt que possible le projet de réinsertion du jeune quant à sa destination (où il ira habiter après son séjour).
- S'appliquer à préciser autant que possible les étapes liées à ce projet et leur échéance.
- Travailler de très près avec les parents (ou substituts) de façon que leurs positions soient harmonisées avec celles des intervenants, c'est-à-dire, stables, cohérentes et claires.
- Si l'anxiété de séparation mène à l'émergence d'une phobie, appliquer les procédures de désensibilisation prévues pour les phobies.

Interventions à proscrire

- Ignorer les messages ou les signes de détresse du jeune.
- Invalider les sources de cette angoisse, en lui disant, par exemple, « tu t'en fais pour rien ».
- Refuser d'adopter des mesures visant à le rassurer (sous prétexte qu'il doit faire comme les autres).
- Blâmer les parents dans notre discours auprès du jeune (p. ex., dire dès le début du séjour : « ils ne sont pas fiables »).
- Blâmer les parents dans notre intervention auprès d'eux (leur dire dès le début du séjour : « c'est à cause de vous qu'il est si anxieux »).
- Laisser le jeune seul dans la recherche de réponses aux questions qui l'angoissent.
- Donner des réponses ambiguës ou inconstantes.
- Donner des réponses non concertées avec les parents et les autres intervenants.

Fiche 17 Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Définition :

Ce trouble se caractérise par un niveau d'inquiétude anormal concernant tout ce qui est incertain. Cette inquiétude élevée touche d'abord les fonctions cognitives du jeune en occupant sa pensée de façon excessive et inappropriée.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ☞ Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- ☞ Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

► Sur le plan cognitif, le jeune :

- devient envahi par des pensées anxiogènes, beaucoup plus importantes qu'il n'est utile d'en avoir ;
- développe une forme de pensée appelée « ruminations », ayant un caractère récurrent, répétitif et improductif ;
- utilise un mode de pensée qui est mal structuré et qui ne permet pas l'atteinte de conclusions menant à des solutions ;
- désinvestit ses autres activités cognitives.

► Sur le plan comportemental, le jeune :

- fige, devient inactif, songeur (car ses énergies sont consacrées à s'inquiéter) ;
- répond peu ou mal aux consignes de l'éducateur et de l'enseignant, à ce qui se passe autour de lui ;

- oublie ou néglige souvent d'accomplir ce qu'il a à faire ;
 - pose plusieurs questions au sujet de ce qui l'attend dans un futur à court ou à moyen terme ;
 - manifeste peu d'intérêt et peu d'énergie pour de nouvelles activités ;
 - se mobilise de moins en moins dans l'action ;
 - s'agite ou, à l'inverse, manifeste de la fatigue ;
 - agit, lorsqu'il le fait, de façon mal articulée ou improductive.
- Sur le plan physiologique, on observe :
- des tensions musculaires et viscérales ;
 - de la difficulté à dormir ;
 - une fatigue croissante ;
 - parfois une altération du fonctionnement de certains organes (digestifs, ou autres)

Interventions à préconiser

- Advenant un doute sur la présence d'un TAG, consulter votre consultant clinique ou un professionnel qualifié.
- Amener le jeune à prendre conscience de ses inquiétudes quotidiennes (quantité, sujets, effets).
- L'amener à prendre conscience que ses inquiétudes sont source de souffrance plutôt que d'apaisement (elles sont excessives et improductives).
- Inventorier avec lui les sujets de ces inquiétudes.
- Réévaluer avec lui le répertoire de ses sujets d'inquiétude (distinguer les sujets utiles des sujets superflus).
- Réévaluer avec lui l'utilité de s'inquiéter, en prenant conscience des *patterns* cognitifs impliqués quand il s'inquiète comme il le fait.
- lui faire prendre conscience de l'improductivité de ces *patterns* cognitifs.
- S'entraîner à des méthodes efficaces de résolution de problèmes qui incluent l'identification de solutions applicables.
- Apprendre à tolérer l'absence de réponse dans l'immédiat, en réévaluant (à la baisse) les risques que cela comporte.
- Apprendre à circonscrire dans le temps ses activités de résolution de problèmes.

Interventions à proscrire

- Ignorer l'anxiété du jeune.
- Le blâmer pour les manquements à certains de ses devoirs sans tenir compte des impacts de son TAG.
- Le blâmer pour le caractère excessif de ses inquiétudes, sans l'accompagner dans la recherche d'alternatives.
- Invalider son habitude de s'inquiéter sans s'intéresser au but recherché (il essaie de maîtriser son anxiété, mais de la mauvaise façon).

Fiche 18 Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Définition :

Ce trouble comporte deux dimensions essentielles : les *obsessions* et les *compulsions*. Les obsessions sont des pensées (cognitions). Les compulsions sont des comportements observables.

Les obsessions sont des cognitions intrusives et anxiogènes. Elles sont intrusives, car elles reviennent beaucoup plus souvent que cela n'est utile pour le jeune et même parfois plus qu'il ne le souhaite. Les contenus de ces pensées génèrent de l'anxiété chez le jeune. Par exemple, « Est-ce que je vais être malade ou infecté ? Est-ce qu'il va arriver un malheur ? »

Ce sont les compulsions que l'on peut observer le plus facilement. Elles consistent en des comportements répétitifs, parfois ritualisés. Ces comportements, souvent excessifs, inadaptés et improductifs, ont pour fonction d'apaiser à court terme l'anxiété soulevée par les pensées anxiogènes que sont les obsessions.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- 🌀 Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- Se laver les mains plus souvent que cela n'est utile.
- Ordonner ses objets d'une manière excessive, en accordant de l'importance à la place exacte que doit occuper chaque objet.
- Vérifier plusieurs fois si la porte est bien verrouillée avant de partir.
- Vérifier plusieurs fois si sa tenue vestimentaire est impeccable.
- Vérifier son poids plusieurs fois par jour.
- Calculer et inventorier ses objets très souvent.
- Refaire le nettoyage de sa maison plusieurs fois par semaine (sans raison spéciale).
- Désinvestir d'autres comportements ayant une fonction adaptative, parfois importante.
- Le temps et l'énergie consacrés à ces comportements excessifs sont soustraits à d'autres dimensions de la vie du jeune. En conséquence, cela peut compromettre l'adaptation du jeune à sa réalité externe globale ou en altérer la qualité.

Interventions à préconiser

- Advenant un doute sur la présence d'un TOC, consulter votre consultant clinique ou un professionnel qualifié.
- L'intervention qui suit sera réalisée par un professionnel qualifié en traitement des troubles anxieux ou sous la supervision de celui-ci. Cette intervention se réalise principalement par l'exposition graduelle du jeune aux situations anxiogènes sans recourir à ses compulsions (rituels). Elle inclura les étapes qui suivent :
 - prise de conscience des obsessions ;
 - prise de conscience des compulsions ;
 - prise de conscience du lien entre obsessions et compulsions ;
 - légitimation des préoccupations du jeune (santé, sécurité, image sociale), tout en questionnant, en alliance avec lui, la façon de composer avec ces préoccupations ;
- réévaluation de l'utilité de ces obsessions (ces inquiétudes sont-elles vraiment fondées ? Examinons les faits) ;
- évaluation de la possibilité de réduire les obsessions, quant au nombre à l'intensité de leur apparition ;
- réévaluation de l'utilité des compulsions (qu'est-ce que ça m'apporte à part un apaisement de courte durée ?) ;
- évaluation des impacts (négatifs) de ces compulsions (réactions des autres, entrave à d'autres activités) ;
- apprentissage de la capacité de tolérer des inquiétudes (vestiges des obsessions) sans y répondre à court terme par un comportement de compulsion.

Interventions à proscrire

- Blâmer le jeune pour ses compulsions sans en avoir recherché la fonction (le but visé).
- Ignorer les manifestations du TOC.
- Punir le jeune pour ses compulsions sans avoir recherché avec lui des solutions ou des alternatives.
- Se moquer du jeune et de ses préoccupations excessives, même si c'est pour dédramatiser la situation.

Fiche 19 Trouble (ou état) de stress post-traumatique (TSPT)

Définition :

Le trouble de stress post-traumatique résulte en une réponse aiguë à un événement traumatique récent ou plus ancien. Lorsque cette réponse persiste plus de six mois, on parle de TSPT. Ce trouble peut atteindre le jeune aux niveaux cognitif, affectif, physiologique et comportemental.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ☞ Un ou plusieurs autres troubles anxieux.
- ☞ Troubles de l'humeur, principalement la dépression.

Comportements observables

Les troubles anxieux sont largement des troubles intériorisés. L'observation fine devient d'autant plus importante afin de les dépister et d'en suivre l'évolution.

- ▶ Sur le plan cognitif, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :
 - les réviviscences (flashbacks, pensées intrusives qui font revoir la situation traumatique) ;
 - des appréhensions face à la possibilité de revivre un événement semblable à celui qui eut un effet traumatique ;
 - une difficulté à se concentrer sur les éléments de la réalité externe actuelle.
- ▶ Sur le plan affectif, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :
 - une anxiété importante qui reste présente comme s'il y avait encore un danger imminent ;
 - une probable tristesse (avec perte d'intérêt pour la réalité externe) ;
 - un possible sentiment de culpabilité, voire de honte ;
 - une possible apathie ;
 - parfois une colère envers soi ou quelqu'un d'autre lié à la situation traumatique.
- ▶ Sur le plan physiologique, le corps continue de réagir comme s'il y avait encore un danger. Il y a donc
 - suractivation de certaines parties du corps, soit au niveau de la musculature squelettique (tensions), des viscères ou de certains organes. Le jeune se plaindra de douleurs, de malaises ou de fatigue. On parle de TSPT quand cette réaction physiologique dure depuis trois mois ou plus. Sur le plan des symptômes, notons surtout :
 - tensions musculaires avec douleur probable (p. ex., céphalée) ;
 - agitation avec possible insomnie ou cauchemars ;
 - possible baisse de l'appétit ;
 - fatigue croissante ;
 - altération du fonctionnement d'un ou de quelques organes, avec douleur possible.
- ▶ Sur le plan comportemental, le jeune peut présenter un ou quelques-uns des symptômes suivants :
 - apparition de comportements d'évitement (face à la situation spécifique à l'origine du trauma ou devant des situations analogues ou semblables) ;
 - baisse d'intérêt pour la réalité externe actuelle ;
 - restriction du champ d'activités ;
 - diminution du niveau d'activités ;
 - risque de troubles de comportement (agressivité, consommation, isolement).

Interventions à préconiser

- Si l'événement potentiellement traumatique est récent, on vise à prévenir l'installation d'un TSPT et pour cela, dans tous les cas, il faut offrir à court terme une forme d'aide. L'intervention immédiate vise d'abord à assurer la sécurité du jeune et à lui procurer, si nécessaire, les premiers soins que nécessite son état.
- Être présent pour le jeune sans toutefois solliciter un retour sur l'événement.
- Maintenir autant que possible la routine et offrir des activités ludiques lorsque l'état de choc est minimalement stabilisé.
- S'adresser au consultant clinique ou à un professionnel qualifié qui évaluera l'opportunité soit de guider l'intervenant, soit de réaliser lui-même une intervention brève ou de référer le jeune à une clinique spécialisée.
- Si l'événement est mineur et récent, l'intervenant sera mis à contribution, avec l'aide du consultant clinique ou du professionnel qualifié.
- Si l'événement est majeur ou si les réactions du jeune sont aiguës, il vaut mieux que l'intervenant s'abstienne et qu'il en réfère au consultant clinique ou à un professionnel qualifié.
- Si un TSPT semble installé, le consultant clinique ou le professionnel qualifié devra évaluer l'opportunité d'une psychothérapie spécialisée, d'une médication ou d'une référence en pédopsychiatrie.
- Dans certains cas et selon les capacités du jeune, la psychothérapie spécialisée vise à l'aider à revivre l'expérience traumatique. Mais de façon plus générale, celle-ci vise à lui apprendre à gérer son anxiété et à mettre en place de nouvelles stratégies d'adaptation face aux situations génératrices de stress.

Interventions à proscrire

- Ignorer ou prendre à la légère les manifestations comportementales ou physiologiques décrites ci-haut.
- Ignorer ou prendre à la légère les malaises ou les peurs exprimées verbalement par le jeune.
- Exiger du jeune des choses qu'il dit être incapable de faire, sans avoir bien évalué son état.
- Se moquer des peurs ou des malaises exprimés, en présumant que c'est de la manipulation ou en croyant dédramatiser ainsi la situation.
- Plonger le jeune malgré lui et sans préparation dans une situation qu'il dit craindre, en croyant que cela chassera ses peurs (cela provoquerait probablement, au contraire, un traumatisme additionnel).

5. Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont caractérisés par une altération importante de l'humeur; cette perturbation persiste durant une certaine période et nuit au fonctionnement normal de la personne atteinte.

Les principaux troubles de l'humeur observés chez les jeunes sont⁴:

- ③ Les troubles dépressifs.
- ③ Le trouble bipolaire.

Pour les troubles dépressifs, nous vous proposons d'aborder la dépression, qui permet de cerner l'essentiel de ces troubles.

4. É. Dionne, *op.cit.*

Fiche 20 Dépression**Définition :**

Contrairement à la déprime, qui est une réponse normale et passagère aux contraintes du quotidien, la dépression, aussi nommée « trouble dépressif majeur » se décrit à partir de symptômes persistants et constants dans le temps. Elle altère de manière importante le fonctionnement du jeune et se caractérise entre autres par des sentiments de tristesse, de solitude, de culpabilité et de dévalorisation.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Troubles anxieux.
- 🌀 Trouble des conduites.
- 🌀 Troubles des conduites alimentaires.

Comportements observables

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles. ➤ Désinvestissement sur le plan scolaire et social. ➤ Désintérêt et perte de confiance en l'avenir. ➤ Dérèglement de l'appétit (augmentation ou diminution). ➤ Difficulté d'attention et de concentration (moins attentif aux demandes, aux consignes et aux interventions). ➤ Ralentissement de la pensée (peu d'énergie pour les activités à caractère intellectuel ou de résolution de problèmes). | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perturbation du sommeil (dort plus ou peu). ➤ Négligence vis-à-vis de l'hygiène corporelle et de l'entretien de son environnement (chambre). ➤ Irritabilité excessive (changement drastique d'humeur, intolérance aux contrariétés, agressivité). ➤ Retrait ou, au contraire, recherche continue de la compagnie des autres jeunes. ➤ Fatigue et manque d'énergie. ➤ Apparition ou augmentation de la consommation de drogues ou d'alcool (pour anesthésier la souffrance). ➤ Comportements, verbalisations ou idéations suicidaires. |
|--|---|

Interventions à préconiser

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Démontrer un réel intérêt au jeune, à ce qu'il vit. ➤ Être à l'écoute, présent et réceptif aux manifestations comportementales du jeune et à ses verbalisations. ➤ Utiliser l'humour, un ton de voix optimiste et positif. ➤ Soutenir son estime personnelle en mettant l'accent sur les succès, le côté positif des choses. Lui nommer ses forces, ses capacités et l'amener à les réaliser. ➤ Tenir compte de sa disponibilité émotionnelle lorsque l'intervenant lui fait des demandes. ➤ L'aider à développer une attitude et une pensée positives (restructuration cognitive). | <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'encourager à faire de l'exercice, l'accompagner dans ses activités afin de le stimuler et de témoigner des efforts qu'il fournit. ➤ Favoriser les contacts avec les amis et les pairs afin d'éviter l'isolement. ➤ L'aider à se fixer des objectifs réalistes et atteignables à court terme afin qu'il puisse vivre du succès. Faire régulièrement des bilans avec lui. ➤ Accompagner le jeune dans une démarche de consultation avec un professionnel et respecter les prescriptions (médicales, pharmacologiques, psychologiques et autres). ➤ Mettre en place une surveillance accrue. |
|--|---|

Interventions à proscrire

- Banaliser ou nier l'état du jeune.
- Entamer des démarches de consultation avec un professionnel sans lui en avoir parlé. Lui répéter de se faire soigner.
- Invalider les choix qu'il prend. En ce sens, étant donné la grande vulnérabilité du jeune, cela peut le rendre fragile à toutes remarques ou commentaires et ainsi créer un effet négatif (découragement).
- Utiliser des formulations comme « prend sur toi », « ressaisis-toi ».
- Éviter de souligner ses faiblesses et de l'en rendre coupable.

Fiche 21 Trouble bipolaire**Définition :**

Ce trouble se caractérise par une alternance de phases « manie » et de phases « dépression ». On reconnaît un trouble bipolaire en observant les variations de l'humeur du jeune, qui sont disproportionnées avec les événements vécus. Le jugement est souvent altéré.

Les épisodes dépressifs et les épisodes maniaques, que l'on appelle des « cycles », se succèdent en alternance. Le premier épisode d'un trouble bipolaire est souvent un épisode dépressif. Généralement, le jeune vivra plusieurs épisodes dépressifs avant de souffrir de manie. Cependant, la personne peut vivre une phase « mixte », c'est-à-dire que la personne, lors d'un même épisode, vit à la fois des symptômes dépressifs et maniaques.

Il ne faut pas oublier que la personne vit aussi une phase « normale », phase durant laquelle son fonctionnement est relativement adéquat, c'est-à-dire semblable à celui des autres jeunes de son âge.



Il ne faut pas confondre le trouble bipolaire avec le trouble de personnalité limite (TPL) qui présente également une humeur changeante et instable ainsi que de l'impulsivité. Dans le cas du TPL, ces comportements fonctionnent sur un mode envahissant et, contrairement au trouble bipolaire, peuvent passer d'une phase à l'autre très rapidement. On retrouve aussi de l'impulsivité, des sautes d'humeur et de l'irritabilité pour le TDA/H. Seule une observation systématique des cycles de l'humeur permettront de documenter et d'alimenter l'évaluation de la problématique.

Comportements observables

En phase dépressive :

- Ils sont sensiblement les mêmes que ceux présentés pour la dépression. Voici en bref quelques-uns des comportements observables :
 - Dévalorisation de sa personne.
 - Hygiène corporelle déficiente.
 - Ralentissement au plan psychomoteur.
 - Perturbation du sommeil.

En phase maniaque :

- Réduction du besoin de dormir (le jeune ne se sent jamais fatigué et ne pense pas à dormir car il a trop de choses à faire ; ne prend pas le temps de manger, il ne connaît pas la limite de ses forces). Souvent un des premiers signes d'un épisode maniaque.
- État d'euphorie, de jovialité, d'exaltation.
- Engagement excessif dans des activités agréables (achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des projets imprudents).
- Facilité de contact avec les autres, accompagnée d'une levée des inhibitions et d'un manque de pudeur.

- Exaltation de l'humeur, surexcitation émotionnelle et intellectuelle.
- Grande confiance en ses pouvoirs et son charme (il est convaincu et convaincant). Irritabilité, grande réactivité, propension à se mettre en colère.
- Agitation improductive, activité sans repos (le jeune commence plusieurs choses mais ne les termine pas). Trop de projets souvent irréalistes.
- Augmentation de l'estime de soi (p. ex., le jeune peut être convaincu qu'il est une grande vedette), idées de grandeur.
- Accélération du processus de la pensée : grand besoin de parler, ne se soucie pas de savoir si quelqu'un est à l'écoute, passe d'un sujet à un autre. Volubile. Discours décousu.
- Fluctuation des émotions, le jeune passe facilement du rire aux larmes.
- Négligence de l'alimentation ou de l'hygiène, les projets passent avant le besoin de manger et de se laver.
- Comportement de prise de risques inconsidérés, par exemple, sauter en bas d'un escalier avec l'idée qu'aucune blessure n'est possible, comportements sexuels à risque, consommation abusive de drogue.

Interventions à préconiser

Lors des phases dépressives :

- Se référer à la section sur la dépression.

Lors des phases maniaques :

- Fixer des limites claires. Les jeunes vivant cette problématique sont impulsifs, tentés de pousser les limites et de jouer avec le risque. Il est donc très important d'établir des limites claires qui créeront une zone de protection affective et comportementale, des repères dont le jeune a énormément besoin.
- Structurer les routines et les activités quotidiennes.
- Être à l'écoute et tenter de saisir ce qui habite le jeune.
- Choisir des priorités en travaillant sur ce qui est le plus important. On ne peut pas tout changer en même temps.
- Valoriser les petits efforts et les petites réussites, principalement au niveau de l'impulsivité.

- Fixer des attentes réalistes en fonction des capacités du jeune.
- Encourager les comportements souhaités.
- Désamorcer les escalades agressives.
- Assurer une bonne hygiène de vie.
- Amener le jeune à repérer les indices précurseurs d'escalades agressives.
- Aider le jeune à reconnaître les signes annonçant un nouvel épisode afin d'agir plus rapidement.
- Développer une collaboration étroite et une concertation entre tous les acteurs impliqués auprès du jeune.
- Accompagner le jeune dans une démarche de consultation avec un professionnel et respecter les prescriptions (médicales, pharmacologiques, psychologiques et autres).

Interventions à proscrire

- Banaliser ou nier l'état du jeune.
- Ignorer les comportements inadéquats.
- Décourager ou invalider ses choix.
- Ignorer ou confronter le jeune.

- Entamer des démarches de consultation avec un professionnel sans lui en avoir parlé. Lui répéter de se faire soigner.
- Éviter les formulations comme « prends sur toi », « ressaisis-toi ».
- Éviter de souligner les faiblesses et de l'en rendre coupable.

6. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une altération profonde de la conscience et du rapport à la réalité. Le jeune qui vit un épisode psychotique ne peut pas faire la différence entre la réalité et ses perceptions.

Les troubles psychotiques sont causés par un dysfonctionnement du cerveau et ils peuvent être traités.

Les principaux troubles psychotiques observés chez la clientèle sont :

- 🌀 Trouble psychotique induit par une substance.
- 🌀 Schizophrénie.
- 🌀 Trouble schizophréniforme.
- 🌀 Trouble schizo-affectif.
- 🌀 Trouble délirant.

Dans cette section sur les troubles psychotiques, nous aborderons principalement la schizophrénie, qui regroupe l'ensemble des comportements observables.

Fiche 22 Schizophrénie**Définition:**

La schizophrénie est une maladie psychiatrique sévère caractérisée par des troubles importants au niveau de la pensée, de la perception et des émotions.

Les symptômes de la schizophrénie peuvent varier d'une personne à l'autre, et une même personne peut présenter différents symptômes, selon le stade de sa maladie.

On distingue deux catégories de symptômes: les symptômes positifs et les symptômes négatifs.

Les symptômes positifs sont des manifestations qui s'ajoutent aux fonctions normales (p. ex., hallucinations, idées délirantes/paranoïa, expériences sensorielles inhabituelles), en d'autres mots, ils constituent une distorsion ou un excès de ces mêmes fonctions. Ils se contrôlent mieux en association avec un traitement médicamenteux approprié.

Les symptômes négatifs sont des symptômes plus permanents et qui répondent moins aux traitements médicamenteux. Ils se traduisent par la perte ou l'absence de comportements normaux attendus (p. ex., perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, aucune initiative, froideur affective, appauvrissement du langage, pauvreté des affects et de l'expression gestuelle).

Problèmes ou troubles pouvant être associés

☞ Consommation (alcool et drogues).

Comportements observables

Signes précurseurs de la maladie¹:

- Repli sur soi, retrait social et isolement.
- Manque de motivation et d'énergie, manque de tolérance à l'effort.
- Problème de concentration et de mémoire.
- Perturbation du sommeil et de l'appétit.
- Perte de rendement à l'école ou au travail.
- Absence de réactions affectives ou réactions inadéquates (rires inattendus ou inappropriés).
- Sensation d'avoir changé.
- Anxiété et peur très présentes.
- Détérioration de l'hygiène personnelle.

Premiers stades²:

- Difficulté de concentration.
- Insomnie, sommeil à des heures indues, inversion du cycle diurne-nocturne.
- Tension constante, appréhension, inquiétudes irrationnelles.
- Baisse du rendement scolaire.
- Négligence de l'hygiène personnelle et de l'apparence.
- Difficultés relationnelles.
- Isolement ou repli sur soi-même.

- Idées suicidaires.
- Impassivité, tendance à rester silencieux, immobile pendant de longues périodes.
- Obsession pour des courants d'idées ou des philosophies bizarres.
- Volubilité excessive et désorganisation de la pensée.
- Dénî du problème.

Stades avancés³:

- Hallucinations. Entendre des voix qui profèrent des insultes ou donnent des ordres. Parfois visions ou sensations corporelles inhabituelles.
- Idées délirantes. Croyances erronées entretenues avec conviction, habituellement sur des thèmes de persécution ou de contenu paranoïde (p. ex., le jeune croit qu'on l'espionne, qu'on lit dans ses pensées ou que quelqu'un introduit des idées dans sa tête).
- Désorganisation de la pensée. Association d'idées illogiques, incohérentes, sans rapport les unes avec les autres.
- Conduites étranges ou excentriques, par exemple se parler seul. Incompréhension de la vie en société.
- Singularité du discours, émotivité inadaptée, par exemple rire devant un événement triste.

Interventions à préconiser

- Éviter les sources de stimulation trop grande (manger à une table seul ou moins nombreuse plutôt qu'en grand groupe).
- Offrir un environnement de vie calme et apaisant.
- Faire des phrases courtes et simples. Parler lentement et d'une voix normale. Donner une consigne à la fois.
- Établir une routine de vie quotidienne prévisible.
- Expliquer ce que l'on fait et pourquoi on le fait.
- Renforcer le comportement où il prend soin de lui (mettre un pantalon propre, amener son savon pour se laver).
- Encourager le jeune à prendre des responsabilités. Valoriser ses réussites.
- Doser les attentes et s'assurer que dans son quotidien il demeure stimulé (par des activités ou des obligations) afin de ne pas perdre ses capacités.
- Décortiquer la tâche afin de faciliter son exécution et sa compréhension (p. ex., ménage de sa chambre).
- Respecter son espace personnel afin qu'il ne se sente pas menacé, ne pas se mettre trop près de lui ou au-dessus (par-dessus son épaule).
- Faire intervenir une personne à la fois.
- Consulter rapidement un professionnel qualifié afin qu'il puisse offrir un traitement médicamenteux et un suivi approprié au jeune.
- Peut nécessiter une hospitalisation dans les phases aiguës.

Interventions à proscrire

- Critiquer, juger, blâmer, humilier, culpabiliser et confronter le jeune.
- Être sarcastique.
- Toucher le jeune et soutenir trop longtemps son regard.
- Parler fort et sur un ton autoritaire.
- Contester ou confronter le jeune.
- Prétendre croire ce qu'il dit.
- Entrer dans son délire, son hallucination (p. ex., « non, le tapis ne va pas t'attaquer »).

1. Association canadienne pour la santé mentale, *La schizophrénie*, [En ligne], www.acsm.ca/bins/content_page.asp?cid=3-100&lang=2 (page consulté le 6 janvier 2011).

2. Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie, *Quand ça ne va pas : aide aux familles – Schizophrénie*, [En ligne], www.cprf.ca/publication/pdf/family_08_fr.pdf (page consultée le 6 janvier 2011).

3. *Ibid.*

7. Autres troubles ou problématiques

Dans cette dernière section, nous aborderons certains troubles ou problématiques qui ne sont pas des troubles mentaux au sens strict du terme, mais qui représentent cependant des défis autant au niveau de l'observation que de l'intervention pour une clientèle présentant une problématique liée à la santé mentale.

Nous aborderons :

- ④ Le trouble des tics, syndrome de Gilles de la Tourette (SGT).
- ④ Le trouble envahissant du développement (TED).
- ④ L'encoprésie.
- ④ L'énurésie.
- ④ L'automutilation.

Fiche 23 Trouble des tics, syndrome de Gilles de la Tourette (SGT)**Définition :**

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est une affection neuropsychiatrique caractérisée par de multiples tics moteurs et vocaux qui fluctuent en expression et en sévérité avec le temps. Une variété de troubles neurocognitifs, sociaux et émotionnels peuvent être présents, selon le cas. Le SGT et ses symptômes associés peuvent occasionner des problèmes scolaires et sociaux.

La principale caractéristique du SGT est la présence de tics moteurs et verbaux.

Les tics sont des actions involontaires, musculaires ou vocales, soudaines et récurrentes. Les tics peuvent être permanents ou peuvent parfois disparaître pour de longues périodes. La personne atteinte ne contrôle pas ses tics; ceux-ci se manifestent par une sensation d'inconfort physique et psychologique général dont le seul soulagement possible est de produire le tic.

Les tics peuvent être moteurs (contractions musculaires) ou sonores (bruits faits avec la bouche ou le nez). Dans chacun des cas, ils peuvent être simples, complexes ou organisés. Lorsqu'ils sont simples, les tics sont rapides, courts et sans signification; lorsqu'ils sont complexes, ils sont généralement plus lents, ils impliquent une séquence de mouvements et peuvent paraître volontaires, bien qu'en fait ils ne le soient pas.

- 🌀 Tics moteurs : clignements des yeux, grimaces, mouvements du corps.
- 🌀 Tics sonores : bruits avec la bouche ou le nez, verbalisations grossières.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Trouble du déficit de l'attention ou trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (50 % des cas chez les garçons, 35 % chez les filles).
- 🌀 Trouble obsessionnel-compulsif.
- 🌀 Automutilation.
- 🌀 Anxiété.
- 🌀 Troubles du langage.
- 🌀 Crises de rage.
- 🌀 Troubles du sommeil.

Comportements observables

- ▶ Tics moteurs :
 - Simples : clignements des yeux, grimaces faciales, hochement de tête, roulement des épaules, étirement du cou, etc.
 - Complexes : mouvements brusques d'un ou des membres tels se toucher ou toucher des objets, se sentir les mains ou sentir des objets, sautiller, cracher, frapper, trépigner, donner un coup de pied, s'accroupir, etc.
 - Organisés : séquence de gestes ritualisés.
 - Échopraxie : imitation des mouvements d'une personne.
 - Copropraxie : gestes obscènes (bras d'honneur), touchers obscènes à caractère sexuel.
- ▶ Localisation des tics : les tics moteurs sont le plus souvent localisés dans le haut du corps. Ce sont les tics moteurs qui apparaissent le plus tôt dans le développement du syndrome, soit vers l'âge de 6 ans.
 - Visage : 95 %.
 - Têtes, cou, épaules : 90 %.
 - Autres : 40 % à 80 %.
- ▶ Tics sonores :
 - Simples : reniflements, grognements, éclaircissement de la voix, toussotements, cris stridents, sifflements, clappement avec la langue ou autres sons inarticulés, etc.
 - Complexes : jappement, émission sonore explosive, etc.
 - Organisés : phrases ou mots complets, etc.
 - Écholalie (40 %) : répéter les paroles ou syllabes prononcées par quelqu'un.
 - Coprolalie (35 %) : utiliser un langage grossier ou obscène.
 - Palilalie : répéter ses propres paroles ou syllabes.
- ▶ Les tics sonores apparaissent généralement après les premiers tics moteurs. Les tics peuvent se modifier, se déplacer ou s'ajouter sur une période de temps indéfini. Leur intensité peut fluctuer d'une période à l'autre et en présence de facteurs externes ayant une influence sur ceux-ci.
- ▶ Facteurs d'augmentation des tics :
 - stress ;
 - anxiété ;
 - ennui ;
 - fatigue ;
 - excitation.
- ▶ Facteurs de diminution des tics :
 - sommeil ;
 - fièvre ;
 - relaxation ;
 - concentration.

Interventions à préconiser¹

- ▶ Face aux tics sonores :
 - Sensibiliser et informer les différents intervenants sur le SGT.
 - Ignorer les tics.
 - Prévoir un lieu où le jeune pourra extérioriser ses tics ou son agressivité.
 - Face aux tics dérangeants, comme par exemple des mots vulgaires, suggérer au jeune de remplacer son tic par un autre.
- ▶ Trouble d'organisation :
 - Aider le jeune à s'organiser de façon plus séquentielle (étape par étape).
 - Morceler la tâche.
 - Lui rappeler régulièrement l'objectif principal du travail.
 - Vérifier sa compréhension en lui permettant d'expliquer et de verbaliser sa démarche.
- Lui fournir une liste de tâches pour l'encadrer.
- Donner plus de temps pour faire la tâche.
- Formuler une demande à la fois.
- ▶ Pour les problèmes d'attention et de concentration :
 - Minimiser les éléments perturbateurs autour du jeune.
 - Lors d'une tâche ou une activité, garder le jeune à proximité afin de lui apporter le support nécessaire.
- ▶ Face aux comportements d'opposition et de provocation :
 - Ne pas chercher à distinguer les comportements provenant de la personnalité du jeune et ceux inhérents au SGT. Les comportements demeurent adéquats ou inadéquats.
 - Être plus tolérant vis-à-vis des comportements hors normes.

Interventions à préconiser (suite)

- Donner des conséquences en lien direct avec la faute commise.
- Éviter d'être ambivalent pour ne pas laisser de place à la manipulation.
- Mettre en place un encadrement ferme et rassurant.
- Expliquer souvent au jeune les règles à suivre.
- Face aux crises de rage :
 - Décrire la situation la personne et lui expliquer ce qui s'est passé après l'événement.
 - Chercher avec le jeune comment changer un comportement.
 - Prévoir un lieu de retrait pour que le jeune puisse extérioriser ses tics ou son agressivité.
 - Chercher les indices précurseurs ou les déclencheurs et couper les liens avec ceux-ci.
- Empathie et règles :
 - Montrer le lien entre le choix de ses comportements et la manière dont les autres y répondent.
 - Encourager les activités sportives individuelles comme le karaté et la natation plutôt que les jeux d'équipe.
- Diminuer les temps d'interaction sociale.
- Privilégier la constance, la cohérence et la clarté dans les règles.
- Enseigner formellement et concrètement les règles de vie de groupe.
- Face à l'anxiété (l'anxiété peut perturber le jeune dans ses apprentissages ou ses tâches) :
 - Faire baisser l'anxiété et le stress au maximum en préparant le jeune au changement.
 - Laisser peu de place au choix.
 - Fournir au jeune une liste de tâches à accomplir pour l'encadrer.
- Les interventions visent principalement à diminuer les impacts des tics sur la qualité de vie et le développement de la personne. La médication ne devrait être utilisée qu'en cas de troubles significatifs. On ne doit pas viser la disparition des tics à 100 %, mais plutôt de 30 % à 90 % avec la plus faible posologie possible.
- Une psychothérapie peut être un support important pour une meilleure gestion de l'anxiété et un meilleur autocontrôle des tics.

Interventions à proscrire

- Ne pas tenir compte de la problématique ou viser un arrêt complet des tics. Plus la personne atteinte a le sentiment de perdre le contrôle et plus la vulnérabilité à ses tics augmentera. Plus la vulnérabilité est grande, plus la tentative de contrôler les tics sera élevée, ce qui fera en sorte d'augmenter les symptômes et on entre alors dans la spirale de la vulnérabilité, ce qui fait, bien entendu, augmenter le stress et par le fait même les tics².
- Reprocher au jeune d'avoir des tics.
- Lui répéter sans cesse de se retenir.
- Lui faire remarquer ses tics, le punir ou l'humilier.
- Éviter les moqueries et les sarcasmes qui ne font qu'augmenter les tics.
- Trop parler en situation d'escalade et de crises de rage.

1. Valérie Bonin, *Le syndrome de la Tourette* (document Word), [En ligne], [www.cvm.qc.ca/formationreg/saide/Documents/Syndrome de Gilles de La Tourette.doc](http://www.cvm.qc.ca/formationreg/saide/Documents/Syndrome%20de%20Gilles%20de%20La%20Tourette.doc) (page consultée le 6 janvier 2011).

2. Site de l'Association québécoise du syndrome de la Tourette, [En ligne], www.aqst.com/drupal/?q=node/10 (page consultée le 6 janvier 2011).

Fiche 24 Trouble envahissant du développement (TED)

Définition :

Les troubles envahissants du développement sont parfois désignés sous le terme général d'« autisme ». Ces troubles neurologiques causent des anomalies du développement. Parce que l'autisme affecte le fonctionnement du cerveau, il crée des troubles de la communication et des difficultés d'interaction sociale. Il produit aussi des comportements, des activités et des intérêts inhabituels et souvent restreints.

Le trouble envahissant du développement n'est pas un trouble mental. Le TED n'est pas une maladie, mais une anomalie du développement qui affecte le fonctionnement du cerveau. Selon le DSM-IV, l'expression « Trouble envahissant du développement (TED) » fait référence à un groupe de troubles de développement qui ont en commun certaines caractéristiques.

Au Québec, seuls les pédopsychiatres ont le droit de poser un diagnostic d'autisme ou autre TED, bien que le processus d'évaluation doive inclure l'avis de plusieurs spécialistes (psychologue, neurologue, etc.).

Ce sont les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) qui ont le mandat officiel d'offrir des services aux enfants et aux adultes ayant un TED avec ou sans déficience intellectuelle.

Les trois TED les plus courants sont :

- ☞ Les troubles du spectre autistique aussi appelés « trouble autistique », « autisme » ou « autisme classique ».
- ☞ Le trouble envahissant du développement non spécifié.
- ☞ Le syndrome d'Asperger.

Les TED forment un continuum dont la gravité des comportements varie. Les jeunes atteints présentent certains traits communs en ce qui concerne la communication, les comportements et les aptitudes sociales. Leur état peut varier de façon importante selon le nombre et le type de comportements, le degré de gravité du TED, le niveau de fonctionnement et les difficultés d'interaction sociale.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ☞ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.
- ☞ Troubles anxieux.
- ☞ Troubles de l'humeur.
- ☞ Trouble de l'opposition.

- 🌀 Trouble des tics (syndrome de Gilles de la Tourette).
- 🌀 Trouble des conduites.

Comportements observables

- Difficultés dans les relations sociales.
- Manifeste peu d'intérêt pour les autres.
- Certains s'intéressent aux autres mais ne savent pas interagir.
- Difficulté à amorcer et à soutenir une conversation.
- Difficulté à interpréter le langage non verbal comme les codes de distance à respecter ou des gestes et des expressions faciales que la plupart d'entre nous comprennent aisément.
- Les gestes sont maladroits et mal coordonnés, le maintien est étrange et la plupart sont maladroits dans les jeux exigeant des habiletés motrices.
- Intérêts restreints et comportements répétitifs.
- Certains ont des talents remarquables et se passionnent pour des sujets comme l'astronomie, la géologie, les horaires d'autobus, les monstres préhistoriques.
- Ces jeunes paraissent tout à fait excentriques en raison de leurs handicaps sociaux et de leurs talents particuliers.
- Certains deviennent anxieux, colériques et contrariés lorsque survient des changements imprévus dans la routine quotidienne ou l'environnement.
- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes du corps).
- Peut présenter une sensibilité aux bruits ou à la lumière.
- Peut être dérangé par la présence ou la proximité des autres.
- Difficulté à fonctionner en groupe.
- Excellente mémoire photographique.
- Bonne capacité de concentration sur certaines tâches ou certains sujets et s'attendent beaucoup plus aux détails que la plupart des gens¹.

Interventions à préconiser

- Offrir un environnement sécurisant.
- Offrir une routine quotidienne. Le jeune doit comprendre chaque routine et prévoir l'ordre selon lequel elle se produit pour se concentrer sur la tâche; écrire ou afficher l'horaire personnalisé des activités du jeune peut être très aidant.
- Préparer le jeune lorsqu'il y a un changement dans sa routine ou des activités spéciales afin de diminuer son anxiété, par exemple en l'exposant graduellement à de nouvelles activités, en lui présentant un nouvel intervenant ou un nouveau milieu de travail. L'informer calmement de ce qui l'attend permet de prévenir les peurs obsessives.
- Minimiser les transitions.
- Proposer au jeune de se faire des listes de ce qu'il a à faire lorsqu'il se sent tendu. Inclure des comportements ritualisés dans la liste si cela permet au jeune de se calmer.
- Mettre l'emphase sur les forces du jeune, cela augmentera son estime de soi et favorisera son intégration dans le groupe.
- Plusieurs jeunes présentant un TED veulent des amis, mais ne savent pas comment faire. Il faut leur enseigner à réagir aux indices sociaux et leur fournir un répertoire de réponses à utiliser lors des différentes situations sociales (jeux de rôles, scénario social, etc.).
- Encourager les activités de socialisation et limiter le temps des activités isolées exclusivement selon leurs intérêts particuliers.
- Utiliser la fixation du jeune pour diversifier son répertoire d'intérêts.
- Impliquer le jeune dans des activités physiques individuelles (natation, patinage libre...) plutôt que dans programme sportif de compétition.
- Être vigilant afin de percevoir les changements de comportement du jeune indiquant des signes dépressifs tels que la désorganisation, l'inattention, le retrait excessif, la fatigue chronique, les pleurs et les idées suicidaires.

Interventions à proscrire

- Ne pas adapter le niveau d'exigence en fonction des vulnérabilités du jeune.
- Veiller à ce que le jeune prenne conscience qu'il est triste ou dépressif, puisqu'il lui est difficile de prendre conscience de la variété de ses émotions. Dans le même ordre d'idées, il lui est difficile de percevoir les émotions des autres.

1. Société canadienne de l'autisme, *Comprendre les TED : caractéristiques générales*, [En ligne], www.autismsocietycanada.ca/understanding_autism/characteristics_of_asc/index_f.html (page consultée le 6 janvier 2011).

Fiche 25 Encoprésie

Définition :

L'encoprésie peut se définir comme la défécation répétée volontaire ou involontaire en des endroits non appropriés, à savoir dans les vêtements ou dans les pièces de lieux habités. Le contrôle des intestins est acquis avant le contrôle de la vessie, de sorte qu'aux environs de trois ans, la propreté intestinale est habituellement une question réglée. Ainsi, les critères pour évoquer l'encoprésie sont que l'enfant soit âgé de plus de trois ans, qu'il y ait défécation au moins une fois par mois et qu'elle ne soit pas causée par des troubles organiques.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ⊗ Énurésie (dans 25 % des cas).
- ⊗ Anxiété.
- ⊗ Pauvre estime de soi avec sentiment de honte et de culpabilité.
- ⊗ Hyperactivité et troubles de l'attention.
- ⊗ Agressivité.
- ⊗ Opposition.
- ⊗ État dépressif.

Comportements observables

- Sous-vêtements souillés.
 - Maux de ventre.
 - Le jeune nie les signes visibles et olfactifs de l'encoprésie et démontre une certaine nonchalance par rapport à son problème.
- Il existe deux sortes d'encoprésie, primaire et secondaire.
- L'encoprésie primaire implique que le contrôle intestinal n'a jamais été acquis et que la malpropreté se maintient au-delà de trois ans.
 - L'encoprésie secondaire implique que la propreté a été acquise puis perdue ultérieurement après plusieurs mois ou années; l'Association des psychiatres américains propose une période de propreté d'au moins un an avant de retenir un diagnostic d'encoprésie secondaire.

Une autre distinction est souvent faite entre l'encoprésie rétentive et l'encoprésie non-rétentive.

- Dans le cas de l'encoprésie rétentive (95 % des cas) :
 - Le jeune présente des périodes plus ou moins longues de constipation au cours desquelles il accumule les matières fécales qu'il élimine ou perd par la suite dans des endroits non appropriés, principalement dans sa culotte.
 - La rétention ne se fait pas parfaitement de sorte que des pertes, des fuites se produisent (débordement, suintement).
- Dans le cas de l'encoprésie non-rétentive :
 - Le jeune présente constamment un problème de perte de matières fécales; il a tendance à la faire dès qu'il en ressent le besoin où qu'il soit (vêtements, habitation); dans ce cas, la quantité expulsée est habituellement importante¹.

Interventions à préconiser

- Il est très important, avant de mettre en place des stratégies d'intervention, de toujours consulter un médecin afin d'éliminer d'éventuelles maladies digestives. Des lavements pour l'évacuation des selles dures ainsi que des laxatifs oraux sont souvent recommandés par le médecin traitant.
- Le traitement de la constipation est indispensable. Il permet, en ramollissant les selles, d'aider le jeune à les évacuer et rend les défécations moins douloureuses. Il reposera sur un régime riche en fibres, légumes, fruits avec une ration hydrique suffisante. Il est très important que ce traitement soit poursuivi plusieurs mois, même au-delà de la guérison.
- Une rééducation ou un reconditionnement de la défécation est souvent nécessaire afin d'éliminer les symptômes. Il est nécessaire que le jeune développe de nouvelles habitudes, entre autres qu'il décide, dès le matin, d'aller à la selle pour éviter les « accidents » au cours de la journée.
- Utiliser le renforcement positif pour les comportements appropriés.
- Identifier les sous-vêtements pour éviter que le jeune cache ceux qui sont souillés.
- Utiliser des conséquences qui ont un lien direct avec le comportement du jeune (p. ex., nettoyer ses sous-vêtements, prendre une douche, changer de vêtements). Cela doit être combiné à une sensibilisation sur l'importance d'une bonne hygiène dans les contacts sociaux (pour ne pas être rejeté par les autres).
- Mettre en place une grille d'observation pour suivre l'évolution de la problématique et pour informer le médecin qui assure le suivi.
- Encourager et mettre en valeur les progrès du jeune.
- Quelquefois, une psychothérapie individuelle est nécessaire².

Interventions à proscrire

- Entreprendre l'utilisation de lavement ou de laxatifs sans un avis médical.
- Le rôle de la punition dans le traitement de l'encoprésie mérite une attention particulière. En effet, étant donné que l'encoprésie est souvent liée à des facteurs biologiques, l'utilisation de la punition n'est pas recommandée, car elle provoque des réactions négatives chez le jeune.

1. Jean Roussel, *La problématique de l'énurésie et de l'encoprésie, mécanismes et interventions* (présentation PowerPoint), Montréal, CJM-IU, 2008.

2. François Pigot, *Encoprésie de l'enfant*, [En ligne], www.proktos.com/espaces-publiques/espace-patient/faq/faq-encopresieenfant.asp (page consultée le 6 janvier 2011); Jean Roussel, *ibid.*

Fiche 26 Énurésie⁵

Définition :

Ce trouble se caractérise par des mictions répétées au lit ou dans les vêtements (involontaires ou délibérées).

Le comportement est cliniquement significatif lorsqu'il présente une fréquence de miction de deux fois par semaine pendant au moins trois mois consécutifs, ou la présence d'une souffrance clinique significative, ou encore une altération importante dans les domaines scolaire, social ou autres.

On doit d'abord rappeler que les facteurs biologiques à l'origine de ce trouble sont importants et nécessitent toujours une investigation médicale avant de mettre en place des stratégies d'intervention. Les causes psychologiques ont longtemps été considérées comme faisant partie intégrante de ce trouble, mais cela n'a jamais été prouvé. Les problèmes de comportement liés à ces troubles sont davantage un effet qu'une cause, par exemple lorsqu'un jeune cache ses draps ou ses vêtements souillés ou agit de façon nonchalante. Les adultes se sentent souvent dépassés par ces comportements surtout quand leur fréquence augmente. Ces troubles sont très souvent en cooccurrence avec d'autres problématiques et ne sont pas considérés comme un objectif prioritaire de travail. De plus, pour entreprendre un programme de conditionnement, le jeune doit être motivé à travailler ce problème.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- ③ Anxiété.
- ③ Pauvre estime de soi avec sentiment de honte et de culpabilité.
- ③ Hyperactivité et troubles de l'attention.
- ③ Agressivité.
- ③ Opposition.
- ③ État dépressif.

5. Karina Béland, « Les troubles du contrôle sphinctérien et l'intervention en psychologie scolaire », *Bulletin de l'association québécoise des psychologues scolaires*, vol. 14, n° 1. Aussi disponible en ligne à l'adresse www.aqps.qc.ca/public/index_public.html ; référence Jean Roussel.

Comportements observables

- Mictions répétées au lit ou dans les vêtements (involontaires ou délibérées).
- Il existe deux types d'énurésie, soit l'énurésie primaire et secondaire. L'énurésie primaire concerne les enfants qui n'ont jamais atteint la continence tandis que

l'énurésie secondaire se développe suite à une période de continence. Par définition, l'énurésie primaire débute à l'âge de cinq ans. Dans la majorité des cas, l'énurésie secondaire apparaît entre cinq et huit ans.

Interventions à préconiser

- Il est essentiel que l'enfant soit d'abord référé à son médecin pour un examen médical complet.
- Gérer l'ingestion de liquides, surtout en soirée.
- Faire vider la vessie avant le coucher.
- Réveiller le jeune la nuit en utilisant un minimum de stimulus.
- Tonifier la vessie à l'aide d'exercices.
- Le traitement pharmacologique est fréquemment utilisé auprès des enfants souffrant d'énurésie ; cependant la médication est onéreuse, potentiellement risquée et moins durable que la thérapie comportementale. En fait, la médication agit au niveau des reins en bloquant la production d'urine. On ne connaît pas les effets à long terme de l'utilisation de la médication. De

plus, elle ne traite pas la cause, donc dès l'arrêt de la médication, le problème revient. La médication peut cependant être un excellent moyen pour supporter un jeune dans des contextes où son problème d'énurésie pourrait contrer son intégration sociale, par exemple les sorties de fins de semaine avec coucher ou les colonies de vacances.

- Les méthodes d'intervention les plus efficaces auprès des jeunes souffrant d'énurésie sont les programmes de conditionnement behaviorale (système de récompense ou d'émulation). Ces derniers incluent l'entraînement au contrôle de la rétention urinaire, l'utilisation du détecteur d'urine et l'entraînement aux comportements appropriés.

Interventions à proscrire

- Tout comme le traitement de l'encoprésie, l'utilisation de la punition n'est pas recommandée.
- Utiliser des couches, cela diminue la motivation à sortir du lit.

Fiche 27 Automutilation⁶

Définition :

« L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; elle peut consister soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes, soit enfin dans des manœuvres [...] pouvant compromettre sa vitalité ou son fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort⁷. »

L'automutilation superficielle est donc une destruction délibérée et directe des tissus corporels **sans intention létale**.

D'entrée de jeu, il est important de souligner que l'automutilation n'est pas un trouble mental.

L'automutilation est un comportement adaptatif, il vise le soulagement rapide et temporaire d'une confusion ou d'une souffrance psychique et répond à un besoin de se sentir vivant, de se raccrocher à la réalité. Elle doit donc être traitée comme un symptôme faisant partie d'un portrait global. Étant donné son incidence chez certaines adolescentes ayant des problèmes de santé mentale, nous avons fait le choix de l'intégrer aux problématiques abordées.

Certaines hypothèses peuvent expliquer les comportements d'automutilation chez les jeunes :

- 🌀 L'expression d'une demande d'aide ou d'attention.
- 🌀 L'expression d'un trauma ou d'une dysfonction familiale.
- 🌀 L'intention d'influencer les comportements des autres (perception d'un faible contrôle sur sa vie et sur les relations). Dans ce cas, les blessures sont souvent exhibées.
- 🌀 Une tentative de donner un sens à quelque chose d'incompréhensible (et ainsi éviter le suicide).
- 🌀 Un geste d'autopunition.
- 🌀 Une réaction au placement (faute de pouvoir soulager ses tensions par des moyens utilisés avant le placement et impossibles à utiliser pendant celui-ci).

6. H. Larose, Programme de soutien à l'intervention pour les intervenants travaillant avec des jeunes qui présentent des comportements d'automutilation (présentation PowerPoint), Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2009.

7. Lorthois (1909) dans P. Garel, « L'automutilation, fracture de l'identité », *Prisme*, vol. 37, 2002.

Problèmes ou troubles pouvant être associés

- 🌀 Troubles de l'humeur.
- 🌀 Trouble obsessionnel-compulsif.
- 🌀 Troubles alimentaires.
- 🌀 Troubles de la personnalité (principalement TPL).
- 🌀 Stress post-traumatique.

Comportements observables

- ▶ La méthode d'automutilation la plus utilisée est de se couper, mais ce n'est pas la seule. Les coups, les brûlures, les éraflures, les morsures et bien d'autres atteintes corporelles en sont d'autres.
- ▶ Certaines personnes qui s'automutilent font de grands efforts pour cacher leurs comportements, mais il existe des signes d'avertissement :
 - Présenter des blessures fréquentes et inexplicables comme des coupures et des brûlures.
 - Porter des pantalons longs et des chandails à manches longues lorsqu'il fait chaud.
 - Avoir une faible estime de soi.
- Avoir de la difficulté à gérer ses émotions.
- Avoir peu de moyens pour exprimer les tensions internes.
- ▶ Dans tous les comportements d'automutilation, il y a une chaîne comportementale qui précède le passage à l'acte. Cette chaîne est constituée d'un déclencheur, de pensées, d'émotions et de comportements qui traduisent une augmentation de la tension interne.
- ▶ Un cycle addictif peut également s'installer : « tension-automutilation-soulagement ». Ce cycle peut être aussi important que ceux rencontrés chez les consommateurs de drogue ou les fumeurs, donc très difficile à défaire.

Interventions à préconiser

- ▶ L'étape la plus importante en intervention pour l'automutilation est l'évaluation. Elle doit être globale et longitudinale. Elle doit nous permettre de faire une analyse fonctionnelle du comportement et d'identifier les forces du jeune, le contexte dans lequel le jeune s'automutilite, les moyens utilisés, l'intensité, la fréquence, les déclencheurs, l'intention, la fonction et le sens du comportement d'automutilation.
- ▶ À l'aide de l'évaluation, on tentera donc de découvrir la chaîne comportementale des indices précurseurs, mais surtout le déclencheur.
- ▶ L'intervention doit reposer sur une lecture commune et une cohérence des intervenants.
- ▶ Après un comportement d'automutilation, l'intervenant qui accompagne la personne rencontrera celle-ci pour tenter d'identifier avec elle le déclencheur et les émotions sous-jacentes. Cela n'est pas facile et demande du temps. Il n'y a donc pas ici d'obligation de résultat, le but étant d'offrir au jeune un espace pour tenter de le faire (à noter que cette rencontre ne devrait pas se faire tout de suite après le comportement d'automutilation).
- ▶ L'intervenant doit recevoir et être à l'écoute du jeune sans porter de jugement. Il doit travailler au développement d'une alliance thérapeutique.
- ▶ L'intervenant doit valider l'aspect de survie du comportement sans négliger le danger et le caractère addictif de celui-ci.
- ▶ Au niveau des objectifs de travail, l'intervenant doit partir du problème identifié par le jeune et l'aider à briser le cycle tension-automutilation-soulagement. Les objectifs devraient porter sur les sphères problématiques identifiées lors de l'évaluation (croyances négatives et irrationnelles, fuite des expériences désagréables, résolution de problèmes, comportements impulsifs, mauvaise communication, fonctionnement social altéré).
- ▶ L'intervenant peut s'appuyer sur les mécanismes de changement suivants :
 - Être actif et directif, et représenter une source de confiance et de sécurité.
 - Entraînement à la régulation des émotions : augmenter chez la personne la tolérance à la détresse, supporter la mentalisation et favoriser des techniques de relaxation.
 - Restructuration cognitive : réduire la distorsion cognitive et les croyances négatives.
 - Travailler à l'acquisition des habiletés sociales et entraîner à la résolution de problèmes.

Interventions à préconiser (suite)

- Il existe plusieurs types et plusieurs explications à l'automutilation chez un jeune, donc plusieurs orientations possibles dans l'intervention. Concrètement, face à un comportement d'automutilation, l'intervenant peut :
 - demander, lorsque possible, à la personne de s'administrer elle-même les premiers soins (laver ses plaies). Si les blessures exigent des soins médicaux, l'intervenant doit demeurer vigilant pour ne pas créer de gains secondaires (bonne distance relationnelle).
 - signifier son désaccord face au moyen utilisé par le jeune et l'encourager à trouver une alternative à l'automutilation.
- responsabiliser le jeune en lui demandant s'il possède des objets dangereux ou lui demander ouvertement s'il a le désir de s'automutiler lorsqu'un indice de la chaîne comportementale est apparent.
- si le jeune exhibe ses blessures, lui demander de porter des vêtements qui couvrent celles-ci (si possible).
- si le jeune induit un malaise important chez l'intervenant ou l'équipe en lien avec un risque ou un comportement d'automutilation (contre-transfert), favoriser un échange clinique ou aller chercher le soutien d'un professionnel qualifié.

Interventions à proscrire

- Centrer l'attention de l'intervenant et de l'équipe sur le comportement d'automutilation ou sur la blessure.
- Avoir de trop grandes attentes, par exemple viser l'arrêt rapide du comportement d'automutilation et de son cycle. C'est un processus long et difficile. De plus, un arrêt rapide et total du comportement d'automutilation pourrait amener la personne vers des conduites suicidaires, faute de pouvoir exprimer ses tensions internes.
- Fouiller systématiquement de la chambre (recherche d'objets dangereux) ou vouloir protéger « à tout prix » le jeune contre lui-même.
- Avoir tendance à hésiter plutôt que d'agir rapidement devant les signes d'automutilation.
- Adopter une attitude de trop grande familiarité pouvant entraîner des attentes de la part du jeune.



Organisation des services en santé mentale pour les jeunes¹

Partie 4

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, le MSSS accorde une importance particulière à la santé mentale des enfants et des jeunes.

Certaines orientations concernant l'organisation des services à mettre en place et des pratiques à privilégier pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux doivent guider les actions du réseau de la santé et des services sociaux :

- ☞ La complexité de poser un diagnostic chez des personnes dont le développement n'est pas terminé exige que l'on accorde une importance particulière aux services d'évaluation destinés à ces personnes en privilégiant des expertises multiples (biopsychosociales).
- ☞ L'évolution récente des connaissances issues d'études de suivi longitudinal démontre l'importance d'intervenir tôt (dépistage, intervention précoce) et intensivement (soutien varié et intensif) auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental, compte tenu des liens qui existent entre ce type de trouble et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte.
- ☞ Le soutien accordé aux familles et aux proches est prioritaire. Des interventions qui visent l'environnement immédiat de l'enfant et du jeune sont également nécessaires, que ce soit en milieu de garde ou à l'école. Les approches basées sur l'importance du milieu doivent donc être privilégiées afin de maintenir l'enfant ou le jeune dans ses milieux de vie naturels (famille,

1. MSSS, 2005, *op. cit.*, p. 30, 31, 32, 36.

milieu de garde, école). Les services offerts doivent également s'appuyer sur la participation des familles, tant à l'étape de l'évaluation qu'à celle de la planification au traitement et du traitement lui-même.

- ③ Les besoins varient considérablement selon que l'âge de l'enfant se situe dans la petite enfance (0-5 ans), l'enfance (6-11 ans), ou l'adolescence (12-17 ans), et les études tendent à démontrer que, pour la génération actuelle de jeunes, le passage à la vie adulte s'effectue plutôt vers 20 ou même 25 ans. Cela demande donc une adaptation des services et des pratiques en fonction de l'âge et un assouplissement des frontières entre le réseau de la santé mentale pour les enfants et les jeunes et celui conçu pour les adultes; la période de transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes devrait donc être soigneusement planifiée.
- ③ Une attention particulière doit aussi être portée aux enfants issus des différentes communautés culturelles et autochtones.
- ③ Pour soutenir les enfants dont un des parents est atteint d'une maladie mentale, le réseau devrait s'inspirer des initiatives intéressantes déjà développées, entre autres par les associations de soutien aux familles et aux proches.

Conformément au plan d'action en santé mentale, l'organisation des services repose sur :

- ③ La mise en place d'un guichet d'accès aux services de santé mentale de première ligne et de deuxième ligne dans tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS), où l'on procédera à l'évaluation, au triage, à l'orientation ou au traitement des enfants et des jeunes qui y sont dirigés. Ce guichet d'accès appartient à l'équipe de première ligne de santé mentale pour les enfants et les jeunes d'un territoire.
- ③ La mise en place d'une équipe de santé mentale de première ligne en CSSS pour les enfants et les jeunes, afin d'appuyer les autres fournisseurs de services de première ligne qui travaillent auprès des enfants et des jeunes en leur offrant une expertise en santé mentale.

Le cheminement d'un enfant ou d'un jeune pour accéder aux services en santé mentale

La plupart des familles ou des jeunes consultent leur omnipraticien, leur pédiatre, les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé et certains se rendent dans un organisme communautaire ou un centre de crise. Ils peuvent être dirigés vers les services généraux du CSSS, où on leur offrira un soutien psychosocial qui apportera des solutions à leurs difficultés, ou bien les orientera vers

l'équipe de santé mentale s'ils sont malades. L'équipe de santé mentale de première ligne est le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale. Les enfants et les jeunes y sont évalués et traités, ceux dont l'état nécessite des soins spécialisés sont dirigés vers les services de deuxième ou de troisième ligne.

L'accès aux services en santé mentale pour la clientèle des centres jeunesse

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, souligne que « les centres jeunesse sont responsables d'un grand nombre d'enfants et de jeunes qui ont des difficultés importantes dans la vie, dont des troubles mentaux. Afin de répondre aux besoins de ces jeunes, plusieurs centres jeunesse ont déjà mis sur pied des services spécialement conçus pour les jeunes ayant des troubles mentaux qui sont hébergés dans leurs services² ».

En ce sens, ce plan d'action « prévoit la mise en place, dans les centres jeunesse, d'équipes spécialisées en santé mentale ainsi que de mécanismes de liaison avec les services hiérarchisés en santé mentale. Cela implique un élargissement du mandat des équipes de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau tel qu'implanté dans le cadre de l'application du protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse. Ces orientations signifient aussi que les centres jeunesse doivent développer et maintenir des collaborations avec les équipes de santé mentale en CSSS et les centres hospitaliers psychiatriques³ ». À titre d'exemple, nous avons joint à l'annexe 2 la structure de soutien en santé mentale pour la clientèle du CJM-IU.

2. *Ibid.*, p. 39.

3. G. Richelieu et le Comité de suivi sur le soutien multidisciplinaire de deuxième niveau suicide et santé mentale. Équipe de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau, suicide et santé mentale : orientations quant aux rôles et fonctions du personnel clinique et médical, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.

ANNEXE 1

Distorsions cognitives

Les cognitions jouent un rôle très important dans le développement et le maintien des états anxieux, incluant ceux qui sont liés à un trouble anxieux. Les cognitions qui déforment la réalité sont appelées « distorsions cognitives » et elles produisent une réaction émotionnelle le plus souvent négative, souvent anxieuse.

Il est rare que les distorsions cognitives anxiogènes n'apparaissent que sur une base occasionnelle. Elles sont souvent installées dans le répertoire cognitif du jeune, sous forme de *patterns*. Elles deviennent des filtres relativement stables, qui déforment la réalité et qui entretiennent des états anxieux qui peuvent être pathologiques.

Parmi les distorsions cognitives qui favorisent l'émergence et le maintien d'un trouble anxieux, notons principalement :

- 🌀 **La généralisation.** À partir d'une expérience négative, on conclut que celle-ci est appelée à se reproduire dans les situations analogues et même celles qui sont à peine semblables.
- 🌀 **La sélection des informations.** Elle consiste à éliminer de son analyse d'une situation les données qui ne valident pas les conclusions anxiogènes ou catastrophiques qu'on a l'habitude de soutenir, pour ne retenir que celles qui les valident.
- 🌀 **Les fausses relations entre causes et effets.** À partir d'une relation juste entre une situation (cause) et une conduite d'un jeune (effet), on généralise cette relation pour expliquer toutes les conduites du jeune.
- 🌀 **La conclusion hâtive.** Exercice d'analyse qui n'est pas mené à terme et recours prématuré à une conclusion qui valide une idée préconçue sur la situation, notamment une conclusion anxiogène ou catastrophique.
- 🌀 **La dramatisation.** Attribution de conséquences extrêmement anxiogènes (graves) à des éléments de réalité qui sont simplement difficiles ou défavorables.
- 🌀 **L'étiquetage.** Attribution de caractéristiques globalement négatives à des personnes, sans prendre le temps de recueillir toutes les informations pertinentes sur elles, au détriment des nuances que cela aurait permis, d'un tableau plus réaliste et moins anxiogène.
- 🌀 **Les fausses obligations.** Prémices établies dans le répertoire des cognitions du jeune, en vertu desquelles il est contraint de se soumettre à des obligations qui ne sont pas réelles ; la

somme de ces obligations présumées sont sources d'anxiété en créant sur le jeune une pression qui est souvent incompatible avec d'autres obligations ou avec certains de ces besoins.

- ④ **Le raisonnement émotionnel.** *Pattern* cognitif en vertu duquel une émotion constitue la base et le point de départ de l'analyse d'une situation ; plutôt que d'analyser une situation sur un mode rationnel en vue d'ajuster au besoin l'émotion ressentie, le jeune part de l'émotion ressentie et déforme ainsi son analyse de la situation.

ANNEXE 2

Structure de soutien pour la clientèle du CJM-IU

Au CJM-IU, quatre équipes multidisciplinaires de deuxième niveau, réparties sur chacun des sites d'hébergement (Cité des Prairies, Dominique-Savio, Mont St-Antoine, Rose-Virginie Pelletier), assurent une réponse aux besoins des jeunes hébergés dans les foyers de groupe institutionnels ou dans les unités de réadaptation présentant un risque suicidaire ou dont l'état de santé mentale inquiète. Les équipes de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau peuvent référer, au besoin, aux services de pédopsychiatrie.

Les jeunes vivant en milieu naturel, en famille d'accueil (RTF) ou dans les ressources intermédiaires (RI), lorsque leur état le nécessite, peuvent être référés au guichet d'accès en santé mentale du CSSS de leur secteur.

Rôles et responsabilités des membres des équipes des premier, deuxième et troisième niveaux

Le premier niveau

Il est composé de tous les intervenants psychosociaux et de réadaptation ainsi que des chefs de service.

Rôles et responsabilités

Les intervenants du premier niveau :

- ☞ Discutent avec leur chef de service, ou son représentant, de leurs questionnements au sujet du risque suicidaire que peut présenter un jeune ou sur son état de santé mentale.
- ☞ Décident, en concertation, de la marche à suivre en fonction du niveau d'urgence présumé.
- ☞ Interpellent le consultant clinique afin que celui-ci évalue la situation, complète le rapport de consultation ou d'évaluation (SP-085) et achemine s'il y a lieu la référence à l'équipe de deuxième niveau concernée.
- ☞ Complètent l'*Évaluation de la situation familiale, de la dynamique et des besoins de l'adolescent(e)* (SP-066-2) ainsi que la *Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale* (SP-111-1) et doivent également déposer un résumé des centrations d'observation appuyant la demande de consultation du deuxième niveau.

Un soutien particulier de premier niveau au CJM-IU: Le service d'évaluation et de stabilisation en santé mentale et en troubles graves du comportement 12-18 ans (l'Arrimage)

Objectif

Soutenir les équipes d'hébergement dans l'accompagnement de jeunes présentant un problème de santé mentale et des troubles graves du comportement, et favoriser la stabilisation minimale des jeunes dans leur milieu d'hébergement.

Clientèle visée

S'adresse principalement aux jeunes hébergés dans les équipes de réadaptation de la Direction des services aux adolescents (DSRA), de la Direction des services spécialisés et services aux jeunes contrevenants (DSSSJC) et de la Direction des services de réadaptation à l'enfance et aux adolescentes (DSREA), ainsi qu'aux jeunes Montréalais admis dans les installations du Centre jeunesse de Laval qui présentent une problématique de santé mentale et des troubles graves du comportement. De plus, une impasse persiste au niveau de l'intervention auprès de ces jeunes malgré l'utilisation des modalités de concertation prévues au processus clinique, ainsi que du soutien clinique.

Service offert selon trois modalités

Modalité soutien aux équipes

Fonctions :

- 🌀 Faire l'évaluation du niveau de fonctionnalité d'un jeune et des conditions d'environnement.
- 🌀 Favoriser une lecture commune de la problématique d'un jeune.
- 🌀 Proposer des stratégies d'intervention et soutenir les équipes dans leur utilisation et application.
- 🌀 Assurer un suivi des ajustements proposés.

Les clients de la modalité soutien sont les équipes de réadaptation.

Au terme de l'évaluation, les jeunes (au cœur des motifs initiaux des demandes) présentent un degré de dysfonctionnement modéré, mais certaines compétences sont préservées.

La qualité des rapports entre les jeunes et leur environnement est suffisamment perturbée pour contrecarrer une partie de l'intervention quotidienne auprès de ces jeunes et entraver le déroulement de certains moments de vie ou certaines activités.

Des adaptations dans le milieu d'hébergement sont possibles afin de répondre aux besoins des jeunes et permettre un apaisement suffisant pour les rendre accessibles à l'intervention.

Modalité centre de jour

S'ajoutent aux fonctions précédentes :

- ③ Dispenser, de façon temporaire et ponctuelle, un programme d'activités complémentaires adapté aux besoins d'un jeune.
- ③ Apprendre à un jeune à composer avec son problème de santé mentale.
- ③ Améliorer la fonctionnalité d'un jeune en développant des compétences spécifiques.

Les clients du centre de jour sont les jeunes.

Au terme de l'évaluation, les jeunes présentent un dysfonctionnement modéré, mais quelques compétences sont préservées.

La qualité des rapports entre les jeunes et leur environnement est perturbée et entrave l'intervention et le déroulement de plusieurs moments de vie ou activités.

Des adaptations dans le milieu d'hébergement sont possibles afin de répondre aux besoins des jeunes et permettre un apaisement suffisant pour les rendre accessibles à l'intervention. Cependant, certains déficits nécessitent une programmation et une intervention particulière.

Modalité hébergement (0-6 mois)

S'ajoute aux fonctions précédentes :

- ③ Héberger de façon temporaire un jeune afin de favoriser son apaisement et le rendre ainsi disponible à l'évaluation et à l'intervention.

Les clients de la modalité hébergement 0-6 mois sont les jeunes.

Au terme de l'évaluation, les jeunes présentent un dysfonctionnement grave et peu de compétences sont préservées.

La qualité des rapports entre les jeunes et leur environnement est très perturbée et contrecarre l'intervention et le déroulement de la majorité des moments de vie ou des activités.

Mécanismes d'accès

Pour faire une demande à l'Arrimage, il faut compléter le formulaire SP-128 et l'envoyer au conseiller multisectoriel. Ce dernier

contactera l'intervenant pour faire préciser certains éléments de la demande ainsi que ses attentes. En fait, il évaluera avec l'intervenant la recevabilité de la demande. Si la situation du jeune correspond aux critères, il lui demandera de lui faire parvenir les documents complémentaires nécessaires à l'évaluation.

Le deuxième niveau

Le soutien deuxième niveau est composé des consultants de la Coordination du soutien clinique spécialisé (CSCS), des médecins, infirmières, chefs de la permanence des différents sites.

Rôles et responsabilités

- ⑤ Faire l'analyse de la situation (cerner la problématique et la motivation qui sont à l'origine de cette demande).
- ⑤ Colliger et analyser en interaction les données cliniques pertinentes issues des différentes sources (demande, dossier, grille, entrevue avec le jeune).
- ⑤ Formuler une opinion clinique de synthèse ou une opinion diagnostique.
- ⑤ Formuler des recommandations explicites quant à l'intervention, au traitement, au soutien et à l'encadrement requis.
- ⑤ Évaluer le niveau d'urgence et évaluer l'opportunité d'une référence au troisième niveau (services de pédopsychiatrie).

À noter que deux critères ont été retenus pour justifier une référence aux services pédopsychiatriques de troisième niveau :

- ⑤ L'équipe deuxième niveau souhaite voir préciser le diagnostic.
- ⑤ L'intensité, la complexité de la situation ou les manifestations de la maladie sont telles que les traitements offerts ne fonctionnent pas et que l'équipe de deuxième niveau évalue ne pas être en mesure d'aider efficacement les intervenants du premier niveau sur le plan de l'évaluation et celui du traitement (pharmacothérapie, psychothérapie ou toute autre forme d'intervention).

Chacun des membres de l'équipe de deuxième niveau a une fonction première définie par leur catégorie d'emploi et leur formation professionnelle en vertu des orientations de l'Office des professions.

Ainsi, les chefs du service de la permanence complètent l'offre de service 24 heures par jour / 7 jours par semaine, les soirs, nuits, fins de semaine et jours fériés.

Les agents de planification, de programmation et de recherche, ainsi que les psychologues de la coordination du soutien clinique spécialisé, ayant tous une fonction de consultation auprès des

équipes de premier niveau, doivent à ce titre promouvoir et offrir le soutien requis aux équipes de premier niveau et faciliter l'utilisation des deux outils cliniques suivants: la *Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale* et le *Rapport d'événement suicidaire*¹.

Les infirmières et les médecins omnipraticiens doivent, quant à eux, offrir à la clientèle les services médicaux et infirmiers requis par la situation.

Le troisième niveau

Il est composé de nos partenaires du réseau de la santé mentale (Hôpital Rivière-des-Prairies pour les sites Cité des Prairies, Mont St-Antoine; l'Hôpital Ste-Justine pour les sites Dominique-Savio et Rose-Virginie Pelletier). Les jeunes présentant des problèmes de santé mentale associés à de l'agressivité contre autrui et de l'impulsivité manifestée et documentée pourraient aussi être référés à l'Institut Philippe-Pinel (service surspécialisé).

Rôles et responsabilités

L'équipe de santé mentale de troisième niveau (les services pédo-psychiatriques des centres hospitaliers), via les modalités prévues dans le cadre de son entente de service avec le CJM-IU, reçoit la demande et fait l'analyse.

Cette analyse permettra d'orienter la demande en tenant compte de deux facteurs, soit le niveau d'urgence et le service le mieux adapté (p. ex., clinique spécialisée).

Les partenaires du réseau de la santé mentale :

- ③ précisent et nuancent le diagnostic;
- ③ formulent toute opinion diagnostique ou clinique complémentaire et utile;
- ③ expliquent leurs opinions diagnostiques et cliniques;
- ③ formulent leurs prescriptions et recommandations aux deuxième et premier niveaux;
- ③ s'impliquent dans le suivi périodique du traitement, notamment en pharmacothérapie auprès du médecin omnipraticien;
- ③ établissent un lien de collaboration, aux fins du traitement, avec le deuxième niveau et les intervenants du premier niveau.

1. Formulaires SP-111-1 et SP-080.

L'accès à l'équipe de deuxième niveau et la référence au troisième niveau

L'intervenant qui se questionne au sujet du risque suicidaire que peut présenter un jeune ou sur son état de santé mentale est invité, en tout premier lieu, à en discuter avec son chef de service (ou son représentant le soir, les fins de semaine ou les jours fériés). Ensemble, et en fonction du niveau d'urgence présumé, ils décideront de la marche à suivre (voir structure de soutien en santé mentale et en prévention du suicide, CJM-IU à la page 109).

Dans la mesure où les inquiétudes sont partagées par le chef de service et que la situation ne nécessite pas une intervention immédiate, l'équipe devrait alors s'adresser à son consultant clinique qui verra à compléter l'évaluation de la situation.

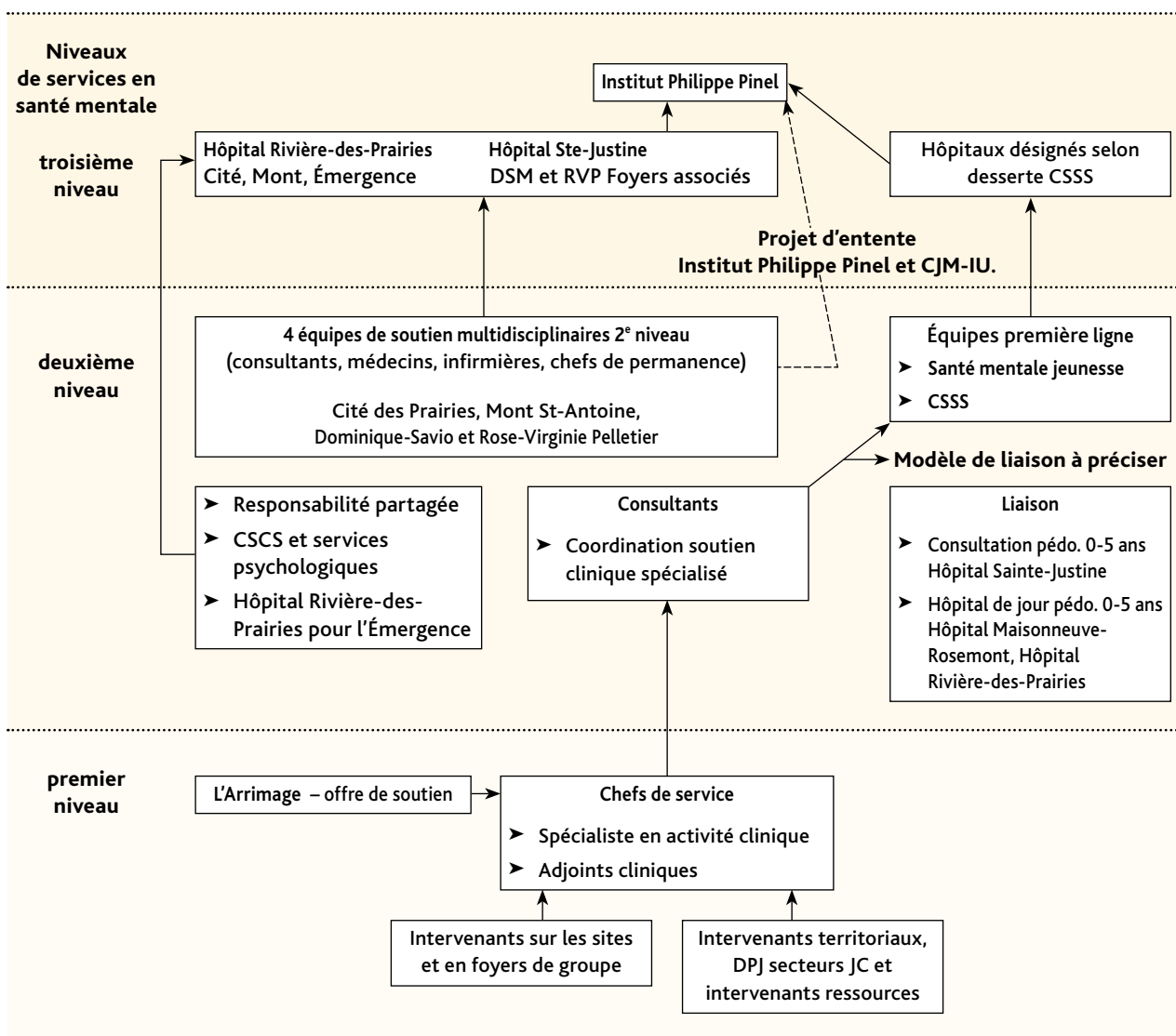
- 🔗 Pour le jeune hébergé en foyer de groupe institutionnel ou en unité de réadaptation :
 - L'intervenant de réadaptation informe l'intervenant psychosocial de la situation et sollicite sa collaboration si nécessaire.
 - Dans sa démarche de consultation du deuxième niveau, l'équipe de premier niveau devrait avoir complété l'*Évaluation de la situation familiale, de la dynamique et des besoins de l'adolescent(e)* (SP-066-2) ainsi que la *Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale* (SP-111-1) et devrait également déposer un résumé des concentrations d'observation appuyant la demande. Elle devrait aussi avoir interpellé le consultant clinique afin que celui-ci évalue la situation, complète le rapport de consultation ou d'évaluation (SP-085) et achemine, s'il y a lieu, la référence à l'équipe de deuxième niveau concernée.
 - À la réception de la demande, le responsable de l'équipe de deuxième niveau s'assure que la situation soit prévue à l'ordre du jour d'une prochaine réunion multidisciplinaire et en informe le service santé. Dans le cas d'une situation semi-urgente pour laquelle il serait contre-indiqué d'attendre la prochaine réunion, l'évaluation sera rapidement entreprise.
 - Lorsque la référence en pédopsychiatrie apparaît pertinente suite à l'évaluation de l'équipe de deuxième niveau, le service de santé du site concerné verra à acheminer tous les documents pertinents, accompagnés de la référence médicale, à la pédopsychiatrie pour la prise de rendez-vous conformément aux corridors de services établis entre le CJM-IU et les services en pédopsychiatrie.

- L'intervenant responsable du jeune recueille préalablement auprès du jeune ou de ses parents les autorisations nécessaires à la transmission des informations pertinentes.
 - Lors de l'évaluation en pédopsychiatrie, le jeune devra être accompagné de l'intervenant référent et, autant que possible, d'un parent.
 - Les résultats de l'évaluation et les recommandations devront être communiqués à l'omnipraticien, qui s'assurera que l'information soit acheminée par le service de santé à l'équipe de réadaptation, à l'intervenant psychosocial ainsi qu'au consultant clinique, de sorte que soit assurée la cohérence du suivi, et ce, conformément à l'autorisation de transmission d'informations préalablement obtenue.
- 🌀 Dans les cas d'un jeune en foyer de groupe institutionnel :
- Le consultant du foyer de groupe contacte le responsable de l'équipe de deuxième niveau à laquelle le foyer de groupe est rattaché et s'assure que soient acheminés à celui-ci, ainsi qu'à l'intervenant psychosocial, le rapport de consultation ainsi que la fiche de référence (SP-061).
 - L'intervenant responsable du jeune recueille auprès du jeune ou de ses parents les autorisations nécessaires à la transmission des informations pertinentes telles que précisées dans le formulaire de référence.
 - Lorsque la situation du jeune est discutée en réunion multidisciplinaire de deuxième niveau, la présence de l'intervenant référent ou du spécialiste en activité clinique du foyer et, autant que possible, celle du consultant clinique du foyer de groupe, est requise.
 - Lorsque la référence en pédopsychiatrie apparaît pertinente, un bilan de santé sera réalisé par une infirmière.
 - Si le jeune est connu par un omnipraticien ou un pédiatre, l'infirmière entrera en contact avec lui afin de l'informer de la situation et obtenir la référence en pédopsychiatrie. Autrement, un omnipraticien du site concerné procédera au bilan médical et complétera la référence. Il assurera, s'il y a lieu, le suivi médical par la suite.
 - Le service santé du site concerné verra à acheminer tous les documents pertinents, accompagnés de la référence médicale, à la pédopsychiatrie pour la prise du rendez-vous conformément aux corridors de services établis entre le CJM-IU et les services de pédopsychiatrie.

- 🌀 Pour le jeune en famille d'accueil, en ressource intermédiaire ou vivant dans son milieu naturel :
- Le jeune placé en famille d'accueil, en ressource intermédiaire ou vivant dans son milieu naturel qui semble présenter un risque suicidaire ou pour lequel l'état de santé mentale inquiète devrait, lorsque requis, être référé à l'équipe de santé mentale de première ligne du CSSS de son secteur selon les corridors de service établis et les modalités de référence prévues.
 - L'intervenant inquiet au sujet d'un jeune devrait dans un premier temps compléter (ou mettre à jour) la *Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique ou médicale* (SP-111-1 [clientèle adolescente]) et discuter de la situation avec son chef de service (ou son représentant²). Ensemble, et en fonction du niveau d'urgence présumé, ils décideront de la marche à suivre. Dans la mesure où les inquiétudes sont partagées par le chef de service et que la situation ne nécessite pas une intervention immédiate, une demande de consultation devrait être adressée au consultant clinique de l'équipe de l'intervenant psychosocial qui verra à compléter l'évaluation de la situation ainsi que le rapport de consultation ou d'évaluation (SP-085).
 - Dans le cas où la situation nécessite une référence à l'équipe de première ligne en santé mentale du CSSS, le consultant clinique verra à mettre en lien l'intervenant psychosocial avec l'agent de liaison désigné pour le CSSS concerné.

2. S'adresser au service des Urgences sociales le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés.

STRUCTURE DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE ET EN PRÉVENTION DU SUICIDE, CJM-IU



Anne Duret
 Coordonnatrice soutien clinique spécialisé
 Direction des services professionnels et des affaires universitaires, juillet 2010.

Références bibliographiques

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, et coll. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Gouvernement du Canada, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision), Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000.

BERRIT, V., et coll. *Portrait de la clientèle en hébergement de réadaptation 12-18 ans* (Étude non publiée), Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.

BOILY, M., et coll. *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*, Montréal, Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine, 2006.

BRONFENBRENNER, U. «Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives», *Developmental Psychology*, n° 22, 1986, p. 723-742.

BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development: Experiment in nature and by design*, Boston, Cambridge, Harvard University Press, 1979.

CHAGNON, F., et J. LAFRAMBOISE. *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2005.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ), «La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale», dans A. Thomassin et A. Duret, *Connaissance et prévalence de la problématique du suicide et de la santé mentale au CJM-IU: les faits saillants*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2007.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ). *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale: vers une définition intersectorielle de la problématique de l'intégration au travail en santé mentale*, Québec, Les publications du Québec, 2004.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ). *Recommandation pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Les publications du Québec, 1994.

DESBIENS, Y., S. GOULET et A. BAILY. « L'approche individualisée: de la conception philosophique à l'actualisation clinique », *Défi jeunesse*, vol. 9, n° 2, 2003, p. 9-14.

DIDIER, A., L. NADEAU et M. LANDRY. « Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale », *Revue santé mentale au Québec*, vol. 32, n° 7, 2007, p. 59-82.

DIONNE, É. *Les troubles mentaux en centre jeunesse*, Québec, Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, 2008.

DURET, A. *Proposition d'offre de service des équipes de deuxième niveau suicide et santé mentale aux foyers de groupe de la Direction des services à l'enfance et aux l'adolescentes (DSREA) et de la Direction des services aux adolescents (DSRA)*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2009.

DURET, A. « Une personne souffrant d'un trouble mental peut atteindre l'équilibre », *Les Petites Nouvelles* (Bulletin du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire), juillet 2008.

DUROCHER, L., et coll. *Usage et abus de drogues : guide d'accompagnement et d'intervention*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et Centre Dollard-Cormier, 2001, 2004.

GAUDET J., F. CHAGNON et S. HAMEL. *Cadre conceptuel pour le développement des programmes visant l'intégration sociale des adolescents du CJM-IU*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2004.

GAUMONT, C. *Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie*, Longueuil, (Québec), Centre jeunesse de la Montérégie, 2010.

GERMAIN, M. *DEP-ADO: Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les adolescents et adolescentes*, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ), Québec, Université de Montréal, 2008.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, INSERM, 2005.

KEABLE, P. *L'intégration sociale. Un cadre conceptuel soutenant le développement des programmes, services et activités à l'adolescence : Une mise à jour des concepts*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2007.

LALONDE P., J. AUBUT et F. GRUNBERG. *Psychiatrie clinique : une approche bio-psychosociale*, tome II, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin, 2001.

LAROSE H. *Programme de soutien à l'intervention pour les intervenants travaillant avec des jeunes qui présentent des comportements d'automutilation* (présentation PoewerPoint), Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2009.

LEMAY, M. *Psychopathologie juvénile*, tome 2, Paris, Fleurus, 1973.

LEMELIN, G., et I. LAVIOLETTE. « TDAH et trouble réactionnel de l'attachement (TRA): défis et pistes d'intervention », *Défi jeunesse, Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire*, vol. XIV, n° 2, 2008, p. 21-26.

LORTHOIS (1909) dans GAREL, P. « L'automutilation, fracture de l'identité », *Prisme*, vol. 37, 2002, 24-31.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Propositions d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les centres jeunesse du Québec* (Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse), Québec, MSSS, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, MSSS, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale – Accessibilité aux soins et services – Clientèles jeunesse*, Québec, MSSS, 2004.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Genève, OMS, 2005, p. 17.

PAPE, B., et J.P. GALIPEAULT. *Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper*, Ottawa, (Ontario) Public Health Agency of Canada, 2002.

PELLETIER-BASQUE, D., et L. DÉPELTEAU. *Apprivoiser les différences. Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite*, Longueuil, (Québec), Centre jeunesse de la Montérégie, 2004.

RICHELIEU, G., et le Comité de suivi sur le soutien multidisciplinaire de deuxième niveau suicide et santé mentale. *Équipe de soutien multidisciplinaire de deuxième niveau, suicide et santé mentale : orientations quant aux rôles et fonctions du personnel clinique et médical*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2008.

ROUSSEL, J. *La problématique de l'énurésie et de l'encoprésie, mécanismes et intervention* (présentation PowerPoint), Montréal, CJM-IU, 2008.

SABOURIN, G. *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques : EGCP-II*, Montréal, Centre d'expertise de Montréal en trouble grave du comportement, 2007.

TERRISSE, B. *Intervention socio-éducative en milieu vulnérable : « Le projet famille-école-communauté, réussir ensemble »*. Montréal, Université du Québec à Montréal, 2007.

TERRISSE, B., et F. LAROSE. *L'intervention socio-éducative auprès de la famille*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2002.

THOMASSIN, A., et A. DURET. *Connaissance et prévalence de la problématique du suicide et de la santé mentale au CJM-IU : les faits saillants*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2007.

YOUNG, S. *Du plus petit au plus grand ! Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2004.



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire

