



Centre jeunesse  
de la Montérégie

**PRÉVALENCE DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE  
CHEZ LA CLIENTÈLE DU  
CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE**

Chloé Gaumont, M. Sc.  
APPR, Conseillère à l'évaluation des programmes

Direction des services professionnels

Centre jeunesse de la Montérégie

Juin 2010

N/Réf. : 083-006

## REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont collaboré à la réalisation de ce projet et cette étude n'aurait pu se concrétiser sans leur généreuse implication. Tout d'abord, nous tenons à remercier toutes les personnes consultées dans l'élaboration du devis et des instruments de cueillette qui, par leurs judicieux commentaires, nous ont aidés à affiner la démarche. En ce sens, nous aimerions souligner la contribution de l'équipe de santé mentale 2ième niveau, et remercier plus spécifiquement mesdames Danielle Pelletier-Basque et Maryse Pesant pour leur précieuse aide. Ensuite, nous tenons à souligner l'importante collaboration de cinq intervenantes des équipes enfance et adolescence Longueuil qui se sont prêtées à l'exercice du pré-test; mesdames Isabelle Deshaies, Élyse Fauteux, Julie Hamel, Lucie Letendre et Marilyn Thérout, ainsi que leurs chefs, Claudine Sauriol et Andrée Milot qui ont permis d'effectuer cette démarche. Finalement, nous aimerions remercier les membres du comité d'implantation ainsi que ceux du comité de développement du Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite ayant également contribué à ce projet.

Cette étude n'aurait pu être possible sans la mobilisation des cadres à la gestion de la Direction des services aux jeunes et à leur famille. En ce sens, madame Suzanne Lepage et monsieur Denis Adam, et à la coordination; madame Roxanne Gobeil, messieurs Jean Martin et Claude Latendresse ainsi que mesdames Marie-Thérèse Gendreau et Marie-Josée Audette ont accueilli et porté le dossier avec enthousiasme et rigueur. Ensuite, tous les chefs à l'enfance, à l'adolescence et en délinquance, ont généreusement permis la transmission de l'information, ont assuré le suivi aux intervenants ciblés et ont ainsi grandement encouragé la démarche. Finalement, monsieur Antoine Daudelin-Guénette, agent de planification, de programmation et de recherche a effectué une grande partie de la cueillette de données dans les dossiers.

Les derniers et non les moindres dans ce processus sont sans aucun doute les intervenants, que nous ne pouvons énumérer ici, mais sans qui, ce portrait n'aurait pu être complété. La dynamique réponse obtenue et le souci de rigueur avec lequel chacune des grilles a été complétée témoignent d'une implication et d'une rigueur professionnelle exemplaires. Nous tenons à les remercier pour leur précieux temps et tenterons en retour de faire parler ces résultats afin de refléter le mieux possible leur réalité d'intervention.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>7</b>
Faits saillants .....	7
1.1 Les problématiques de santé mentale chez les enfants et les adolescents.....	7
1.2 Utilité de la mesure de la prévalence des diagnostics .....	8
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>9</b>
Faits saillants :.....	9
2.1 Objectifs de l'étude .....	9
2.2 Sujets et source des données .....	9
2.2.1 Questionnaires-grilles aux intervenants .....	10
2.2.2 Collecte de données dans les dossiers .....	11
2.3 Instruments.....	12
2.4 Mesures et méthodes .....	12
2.5 Limites de l'étude .....	12
<b>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS</b> .....	<b>15</b>
Faits saillants .....	15
3.1 Questionnaire-grille aux intervenants.....	16
3.1.1 Prévalence des problématiques chez la clientèle LPJ.....	16
3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	17
3.1.3 Médication prescrite chez la clientèle.....	18
3.1.4 Caractéristiques de l'intervention .....	19
3.1.5 Services .....	20
3.1.6 Placement.....	21
3.1.7 Services professionnels.....	22
3.1.8 Problématiques dans la famille .....	23
3.2. Clientèle LSJPA .....	25
3.2.1 Prévalence des problématiques.....	25
3.2.2 Médication prescrite chez la clientèle .....	26
3.2.3 Services professionnels .....	26
3.2.4 Problématiques dans la famille .....	27
3.3 Collecte de données dans les dossiers .....	28
3.3.1 Prévalence des problématiques chez la clientèle .....	28
3.3.2 Médication.....	28
3.3.3 Services professionnels .....	29
3.3.4 Problématiques dans la famille.....	29
<b>CHAPITRE 4 : DISCUSSION</b> .....	<b>31</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>33</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>35</b>



## CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE LA RECHERCHE

### FAITS SAILLANTS

- En Montérégie, 30 000 jeunes seraient aux prises avec un problème de santé mentale (Hôpital Charles-LeMoyne, 2001).
- Dans les centres jeunesse, entre 40% et 52% des enfants de 6 à 11 ans et près de 40% des adolescents âgés entre 12 et 18 ans présentent au moins un diagnostic de trouble mental (Pauzé et al., 2004).
- 45% des jeunes hébergés en centre jeunesse ont un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier, dont 4,3% ayant un trouble sévère et 13,4% un trouble sévère combiné à un autre trouble (MSSS, 2007).
- Le CJM a depuis 2003 innové par le développement de services spécifiques et diversifiés pour répondre aux besoins de la clientèle souffrant d'une problématique de santé mentale.
- Ce portrait de clientèle permettra de déterminer la prévalence des problématiques de santé mentale au CJM, la nature des diagnostics, la médication prescrite et les services professionnels en lien avec ces troubles.

### 1.1 LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La maladie mentale peut être définie comme étant « [...] des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement, associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement » (Santé Canada, 2002). Au Canada, un jeune de moins de 19 ans sur sept (15%) est susceptible d'avoir un trouble mental grave ayant des répercussions sur son développement et sa socialisation (Ministère des enfants et de la famille de la Colombie-Britannique, 2003 dans Leitch, 2007). Toutefois, seulement un enfant canadien sur cinq ayant besoin de services en santé mentale les reçoit (Dalhousie University dans Leitch, 2007).

Le rapport *Grandir en santé mentale en Montérégie* (Hôpital Charles-LeMoyne, 2001), estime à 30 000, le nombre de jeunes Montérégiens aux prises avec un problème de santé mentale dont environ 3500 souffrant de troubles mentaux graves. Les membres du comité, chargés du projet d'implantation d'un réseau intégré de services en santé mentale pour les jeunes, concluaient à un problème d'accessibilité pour la population de la Montérégie, car les jeunes utilisent peu les services et doivent attendre plusieurs mois avant d'avoir accès au traitement nécessaire (Hôpital Charles-LeMoyne, 2001).

Une étude effectuée auprès de la population de jeunes en centre jeunesse par Pauzé et ses collègues (2004), révèle qu'entre 40% et 52% des enfants de 6 à 11 ans et près de 40% des adolescents âgés entre 12 et 18 ans présentent au moins un diagnostic de trouble mental. Près de deux jeunes sur cinq consomment une médication psychotrope et le quart (26%) des adolescents en centre jeunesse ont pensé au suicide. À cet effet, il a été démontré que le risque de suicide est cinq fois plus élevé chez les jeunes accueillis en centre jeunesse que chez les jeunes en général (Chagnon, 2000). Le rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (MSSS, 2007) a dressé un portrait de la clientèle des jeunes hébergés en février 2006. Sur les 3591 jeunes recensés, 45% avaient un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier, 4,3% avaient un trouble sévère et 13,4% avaient un trouble sévère combiné à un autre trouble.

Le Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) a déposé à l'Agence de Santé et des Services sociaux de la Montérégie, en 2003, une offre de service pour l'hébergement et la réadaptation d'une clientèle aux prises avec une double problématique de santé mentale et d'un trouble des conduites. Cette initiative s'est faite parallèlement au déploiement d'un nouveau plan de service intégré en santé mentale (MSSS, 2002) visant à réduire les difficultés d'arrimage, les problèmes d'accessibilité à des services spécialisés et le manque de communication entre les partenaires du territoire (Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002). Ainsi, en janvier 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie confiait officiellement au CJM la responsabilité des services d'hébergement aux jeunes du territoire présentant des troubles concomitants. Afin de réaliser pleinement ce mandat, le CJM a mis sur pieds trois unités de traitement individualisé (UTI); la Source, UTI pour adolescentes, l'Horizon, UTI pour adolescents et l'Envol, UTI pour enfants ont ouvert leurs portes en janvier 2004, en septembre 2005 et au printemps 2008.

En juin 2004 a eu lieu la publication officielle du Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite, balisant l'intervention auprès de cette clientèle (Basque et Dépelteau, 2004). Grâce à un financement octroyé en décembre 2005 par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, le CJM a amorcé, à l'hiver 2006, l'évaluation d'implantation du Programme au sein des UTI. Le rapport d'évaluation a été publié à l'automne 2007 (Gaumont, Charbonneau et Daigle, 2007). Depuis, l'offre de service du CJM en santé mentale a été adoptée par le comité de direction en novembre 2007. L'élaboration de l'offre de service en santé mentale s'est inscrite dans le cadre des orientations ministérielles sur le développement des services en santé mentale pour la clientèle jeunesse. Elle visait à créer une équipe d'intervenants spécialisés en intervention pour les problématiques en santé mentale afin qu'ils réalisent des études de cas et supportent les équipes traitantes (Pelletier-Basque, 2007). La mise en place de l'équipe santé mentale deuxième niveau a permis de répondre à différents besoins d'évaluation, de consultation, de formation et de soutien clinique et professionnel pour répondre aux besoins de la clientèle aux prises avec une problématique de santé mentale. Finalement, au printemps 2009, le programme s'est vu bonifié de nouveaux protocoles d'intervention et d'addendas sur certaines problématiques de plus en plus fréquentes chez la clientèle (CJM, 2009).

## **1.2 UTILITÉ DE LA MESURE DE LA PRÉVALENCE DES DIAGNOSTICS**

Ce portrait de clientèle a été élaboré dans le cadre de l'évaluation du Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite « Apprivoiser les différences ». Il vise à déterminer la proportion de la clientèle du CJM touchée par une problématique de santé mentale et à préciser la nature des diagnostics rencontrés. Cette démarche permettra d'identifier les besoins de la clientèle en lien avec l'offre de service en santé mentale et représente ainsi un élément clé essentiel à la planification des différents services offerts à l'ensemble des usagers du CJM.



## CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

### FAITS SAILLANTS :

- Cette étude vise à déterminer l'ampleur des problématiques de santé mentale chez la clientèle desservie au CJM, la nature des diagnostics, la prescription de médication psychotrope et les services offerts à ces usagers.
- La population à l'étude est composée de tous les usagers bénéficiant d'un service de suivi psychosocial au CJM en vertu de la LPJ ou de la LSJPA.
- Une collecte de données auprès des intervenants psychosociaux a été effectuée. Le taux de réponse aux questionnaires-grilles étant très élevé (83%), l'échantillon final compte 641 usagers sous la LPJ et 139 usagers sous la LSJPA.
- La prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du CJM a également été établie en se basant sur les rapports d'évaluations psychiatriques recueillis dans 203 dossiers d'usagers.
- Les analyses comparatives effectuées entre les échantillons et les populations révèlent que malgré certains écarts observés au niveau des services, ces différences sont minimales et ne compromettent pas la représentativité des échantillons.

### 2.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est de déterminer l'ampleur des problématiques de santé mentale chez la clientèle desservie au CJM, la nature des diagnostics, la prescription de médication psychotrope et les services offerts à ces usagers. L'objectif principal est de déterminer la prévalence et la nature des problématiques de santé mentale diagnostiquées chez la clientèle recevant un service de suivi psychosocial. Le type de médication psychotrope prescrit a également été comptabilisé ainsi que les services reçus en lien avec la problématique. Finalement, la présence de problématiques de santé mentale dans la famille a été documentée.

### 2.2 SUJETS ET SOURCE DES DONNÉES

La population à l'étude est composée de tous les usagers bénéficiant d'un service de suivi psychosocial au CJM en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Afin de produire un portrait représentatif de la population, plusieurs aspects ont été considérés. Tout d'abord, la population à l'étude est très hétérogène en termes de caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge) et de caractéristiques liées aux services (type de service, durée, région). De plus, les sujets diffèrent selon les variables à l'étude (présence de problématique, type de diagnostic, médication, antécédents familiaux). Cette variance élevée dans la population nécessite de former un échantillon suffisamment grand pour tracer un portrait représentatif de l'ensemble de la population. Dans ce cas-ci, considérer la population entière aurait été la méthode la plus fiable. Néanmoins, dans le but de limiter au minimum le nombre d'intervenants sollicités, un échantillon représentatif d'usagers a été formé.

Pour estimer la taille minimale de l'échantillon nécessaire pour tracer un portrait représentatif de la population, la population des usagers recevant des services actifs au CJM au 12 mai 2009 a été considérée. Le portrait a été élaboré à l'aide de deux sources de données pour augmenter la validité

des données colligées. Des échantillons différents ont été formés pour les deux méthodes de cueillette de données, et ce, pour les jeunes desservis en vertu de la LPJ et les jeunes desservis en vertu de la LSJPA. Afin de déterminer si les différents échantillons formés sont représentatifs de la population, et ce, selon les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de l'intervention, des analyses comparatives ont été effectuées. Ces échantillons sont présentés par méthode et par cadre légal dans les sections suivantes.

### **2.2.1 Questionnaires-grilles aux intervenants**

Afin de déterminer la prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du CJM en se basant sur les informations connues des intervenants, une collecte de données auprès des intervenants psychosociaux a été effectuée. Chaque intervenant ciblé a reçu par courriel un questionnaire-grille incluant les numéros des usagers dont il était l'intervenant responsable et pour lesquels il devait se prononcer en complétant les informations requises en lien avec une problématique de santé mentale.

- **Échantillonnage**

L'échantillon a été formé de façon aléatoire parmi la population de tous les intervenants de la Direction des services aux jeunes et à leur famille (DSJF), offrant un suivi en vertu de la LPJ ou de la LSJPA, au 1<sup>er</sup> octobre 2009. Parmi l'ensemble des intervenants identifiés, un certain nombre ont été sélectionnés aléatoirement (LPJ n=61 et LSJPA n=16). Cet échantillonnage s'est fait de façon stratifiée, c'est-à-dire proportionnellement au nombre d'intervenants dans chaque équipe territoriale. Afin de constituer un échantillon de sujets suffisant, les intervenants avaient à remplir le questionnaire-grille pour l'ensemble des usagers dont ils étaient responsables.

Le taux de réponse aux questionnaires-grilles étant très élevé (83%), l'échantillon final compte 641 usagers sur une population de 3060 usagers sous la LPJ et de 139 usagers sous la LSJPA sur une population de 325 usagers (voir Tableau 1).

**Tableau 1: Échantillonnage et taux de participation**

	LPJ		LSJPA		Total	
	Int.	Jeunes	Int.	Jeunes	Int.	Jeunes
Grilles envoyées	61	741	16	200	77	941
Grilles reçues	52	641	12	139	64	792
Taux de réponse	85%	87%	75%	70%	83%	84%

- **Description de l'échantillon LPJ**

Les analyses effectuées pour comparer les 941 usagers de l'échantillon aux 3060 usagers suivis à l'application des mesures au 1<sup>er</sup> octobre 2009, révèlent que les garçons (53,4%) et les filles (46,6%) se répartissent de façon équivalente à l'intérieur de l'échantillon et de l'ensemble des jeunes du CJM.

Les usagers sont également répartis de façon équivalente dans l'échantillon et dans la population en fonction du motif d'intervention. Par ailleurs, l'échantillon compte une plus faible

proportion de jeunes en négligence et une plus forte proportion de jeunes ayant subi des mauvais traitements psychologiques, toutefois, ces différences sont minimes. Par contre, dans l'échantillon, les jeunes non hébergés sont légèrement sous-représentés. De plus, la durée de placement des jeunes de l'échantillon serait légèrement plus courte que celle de l'ensemble des jeunes du CJM. Toutefois, il n'y a pas de différence, entre la durée du service à l'application des mesures et l'âge des jeunes de l'échantillon et de la population.

- **Description de l'échantillon LSJPA**

Pour les usagers desservis en vertu de la LSJPA, des informations concernant 139 usagers ont été colligées, sur une population totale comptant 325 usagers non-autochtones, en suivi des peines au 1<sup>er</sup> octobre 2009. Les garçons (93,5%) et les filles (6,5%) de l'échantillon se répartissent de façon équivalente que l'ensemble des jeunes sous LSJPA. Malgré une proportion équivalente de jeunes en mise sous garde dans l'échantillon et dans la population, l'échantillon compte une plus forte proportion de jeunes en probation avec suivi, au PASI et en placement différé. Finalement, les usagers de l'échantillon ne diffèrent pas des usagers de la population en termes d'âge et de nombre moyen de mesures imposées.

### **2.2.2 Collecte de données dans les dossiers**

La prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du CJM a également été établie en se basant sur les rapports d'évaluation psychiatriques versés au dossier de l'utilisateur. Une collecte de données dans les dossiers papier des usagers a été effectuée à l'aide d'une grille d'analyse dans un échantillon de dossiers actifs choisis aléatoirement sur l'ensemble du territoire.

- **Échantillonnage**

Pour effectuer la collecte de données dans les dossiers, un échantillon de jeunes ayant un service actif à l'application des mesures ou en suivi des peines en date du 20 juillet 2009, ont été sélectionnés de façon aléatoire. Ainsi, les dossiers de 177 jeunes sous la LPJ, sur un total de 3085, ont été considérés en plus de 26 dossiers LSJPA sur une population comptant 459 usagers. L'échantillon final compte 203 usagers.

- **Description de l'échantillon LPJ**

Les analyses effectuées révèlent que les jeunes de l'échantillon LPJ ne diffèrent pas de la population en termes d'âge et de sexe. Toutefois, ces derniers sont significativement plus nombreux à avoir un placement et la durée moyenne du placement est légèrement plus longue chez les jeunes de l'échantillon. La durée moyenne à l'application des mesures est également plus longue dans l'échantillon que dans la population. Par ailleurs, les jeunes de l'échantillon LSJPA ne diffèrent pas de la population en termes d'âge et de mesures imposées.

Malgré que certaines différences aient été observées au niveau des services entre la population et l'échantillon, ces différences sont minimes et ne compromettent pas la représentativité de l'échantillon. En effet, l'échantillonnage aléatoire stratifié a permis de représenter fidèlement la provenance et les différentes caractéristiques des usagers desservis au CJM. Qui plus est, le

second échantillonnage, plus réduit permettant de colliger les informations dans les dossiers, doit être considéré comme étant une source d'information complémentaire à la première méthode.

### **2.3 INSTRUMENTS**

Afin de colliger les différentes informations portant sur les problématiques de santé mentale du jeune, la médication psychotrope, les services professionnels en lien avec la problématique et les troubles de santé mentale dans la famille, une grille a été élaborée. La consultation de différents intervenants et conseillers ainsi qu'un pré-test ont permis de valider cette grille. Un exemplaire est disponible à l'annexe 1.

### **2.4 MESURES ET MÉTHODES**

À partir des données colligées sur les usagers, des analyses descriptives, telles que des mesures de tendance centrale (moyenne, écart-type), ont été effectuées. Les données et les différents constats sont présentés à l'aide de tableaux de fréquence. Pour révéler certaines tendances, des analyses comparatives ont été effectuées à l'aide de Chi-carrés ou de tests de différences de moyennes.

### **2.5 LIMITES DE L'ÉTUDE**

Les deux méthodes de cueillette de données présentent certaines limites qu'il importe de considérer. La méthode du questionnaire-grille compilé par les intervenants est basée sur les informations que détiennent les intervenants. Malgré un souci de rigueur, ces derniers ont pu considérer un diagnostic tel que rapporté par un tiers, sans se baser sur une évaluation psychiatrique, ce qui pourrait introduire certains oublis ou erreurs et par conséquent, certains biais. Néanmoins, cette méthode présente l'avantage de recueillir des informations que seuls les intervenants sont susceptibles de détenir. En effet, étant en communication avec les différents professionnels et les membres de la famille de l'enfant, les intervenants sont les mieux placés pour être à l'affût d'informations précises n'ayant pas encore été versées au dossier. Cette méthode représente donc une façon de pallier aux limites de la méthode de cueillette de données dans les dossiers.

En contrepartie, la cueillette de données dans les dossiers risque d'entraîner la perte de sujets n'ayant pas pu être identifiés par cette méthode, mais ayant tout de même une problématique de santé mentale diagnostiquée. Par exemple, advenant l'absence d'un rapport d'évaluation psychiatrique versé au dossier, malgré la présence d'une évaluation psychiatrique et d'un diagnostic, certains usagers ne pourraient pas être identifiés comme ayant un trouble de santé mentale. De plus, cette méthode étant très laborieuse, elle ne permet pas de recueillir de l'information pour un très grand nombre d'usagers. Par ailleurs, un nombre suffisant de dossiers pourront être considérés pour tracer un portrait représentatif de la population. De plus, cette méthode présente comme avantage d'avoir un risque moins élevé d'introduire des biais. En effet, puisque les rapports d'évaluation psychiatrique seront considérés, la lecture de ces documents permettra de ne rapporter que les informations provenant de l'évaluation psychiatrique évitant ainsi certains biais induits par la considération d'informations rapportées par un tiers, mais s'avérant erronées ou inexacts.

De façon complémentaire, ces deux méthodes de cueillette de données permettent de pallier mutuellement les lacunes de chacune des méthodes. De plus, puisque certains sujets se retrouvent

dans les deux types de cueillette, le taux de concordance entre les données a ainsi été vérifié. En ce sens, 42 dossiers ont fait l'objet d'une double mesure permettant de vérifier le taux de concordance entre les informations rapportées par l'intervenant et les informations contenues au dossier. En comparant ces 42 dossiers sur l'ensemble des informations recueillies, nous sommes parvenus à un taux de concordance de 78,07%, ce qui est excellent, considérant la nature des informations recueillies et l'ampleur des détails examinés. Finalement, les prévalences observées à l'aide des deux méthodes pourront être comparées afin de déterminer si elles sont équivalentes.



## CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

### FAITS SAILLANTS

- Près de la moitié (45,7%) des jeunes recevant un service de suivi psychosocial sous la LPJ ont un trouble de santé mentale diagnostiqué et 5,5% sont en attente d'évaluation pédopsychiatrique. Une proportion équivalente (43,8%) a été observée dans les dossiers.
- Près du quart (24,5%) des jeunes desservis en vertu de la LSJPA ont un trouble de santé mentale diagnostiqué.
- Parmi les jeunes en LPJ diagnostiqués, 40,6% présentent plus d'un trouble et près de la moitié (45,4%) ont un trouble sévère.
- Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont ceux appartenant à la catégorie des troubles de l'attention et du comportement perturbateur, et ce, tous groupes confondus.
- Plus d'un garçon sur deux (53,5%) a une problématique de santé mentale diagnostiquée.
- Les jeunes ayant une problématique de santé mentale diagnostiquée sont significativement plus âgés que ceux n'ayant pas de problématique diagnostiquée.
- Près du tiers des jeunes (27,0%) de l'échantillon consomment une médication psychotrope. Parmi les jeunes ayant un trouble, cette proportion s'élève à 60%.
- Les médicaments les plus courants sont ceux appartenant à la catégorie des médicaments pour le traitement du TDAH avec 85,0% des jeunes médicamentées qui en consomment.
- La majorité (63,8%) des jeunes ayant un trouble de santé mentale diagnostiqué ont également une mesure de placement.
- En réadaptation, 68,5% des jeunes consomment une médication psychotrope. Parmi les jeunes diagnostiqués, les jeunes ayant une mesure de placement sont plus souvent médicamentés que les jeunes n'ayant pas de mesure de placement.
- En réadaptation, c'est près de huit jeunes sur dix (78,3%) qui ont un diagnostic de trouble de santé mentale, en ressource intermédiaire, cette proportion s'élève à 85,2%, tandis qu'en ressource autre, elle atteint 73,5%.
- Les jeunes dont le cadre légal de l'intervention est en troubles de la conduite, présentent un trouble diagnostiqué sept fois sur dix.
- La durée de l'intervention en réadaptation avec hébergement pour les jeunes ayant un trouble ( $m=11,58$  mois;  $é.-t.=11,93$ ) est significativement plus longue que pour ceux ne présentant pas de trouble ( $m=4,90$  mois;  $é.-t.=3,49$ ).
- Dans les trois échantillons, entre 68% et 89% de la clientèle diagnostiquée a reçu des services professionnels dans la dernière année en lien avec leur problématique de santé mentale.
- Les adolescents sous LSJPA ayant un trouble diagnostiqué ont commis significativement plus de délits et se sont vus imposer davantage de mesures que les jeunes n'ayant pas de diagnostic identifié.
- En LPJ, 56,5% des jeunes de l'échantillon ont, dans leur famille immédiate, un parent, un frère ou une sœur souffrant d'une problématique de santé mentale ou de toxicomanie.

Ce chapitre présente la prévalence des problématiques de santé mentale identifiées chez la clientèle. Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques des jeunes souffrant d'un trouble de santé mentale, ainsi que la médication et les services en lien avec cette problématique sont

présentés. La présence de troubles de santé mentale dans la famille sera également documentée. Pour ce faire, les résultats sont présentés par sections divisées selon le cadre légal de l'intervention et selon la méthode de cueillette de données.

### 3.1 QUESTIONNAIRE-GRILLE AUX INTERVENANTS

La partie qui suit présente d'abord le portrait de la clientèle desservie en vertu de la LPJ pour lequel les données ont été colligées auprès des intervenants. La prochaine section présentera le portrait de la clientèle desservie en vertu de la LSJPA selon la même méthode.

#### 3.1.1 Prévalence des problématiques chez la clientèle LPJ

Près de la moitié (45,7%) des jeunes recevant un service de suivi psychosocial ont un trouble de santé mentale diagnostiqué, alors que les 5,5% qui sont en attente d'évaluation pédopsychiatrique sont susceptibles de présenter eux aussi une telle problématique (voir Tableau 2).

**Tableau 2: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués**

Aucun trouble		En attente d'évaluation		Trouble diagnostiqué		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%
313	48,8%	35	5,5%	293	45,7%	641	100%

Parmi les jeunes diagnostiqués, 40,6% présentent un trouble en comorbidité avec un autre trouble. En effet, la moyenne de diagnostics par usager est de 1,69 (é.-t.=1,00). D'ailleurs, parmi les jeunes diagnostiqués, près de la moitié (45,4%) ont un trouble sévère, c'est-à-dire qu'ils présentent un trouble plus important qu'un trouble déficitaire de l'attention ou présentent plusieurs troubles en comorbidité (voir Tableau 3).

**Tableau 3: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon la gravité**

		n	%	n	%
Trouble léger	Trouble autre unique <sup>2</sup>	49	16,7%	160	54,6%
	Trouble léger à modéré unique <sup>3</sup>	111	37,9%		
Trouble sévère	Trouble léger à modéré combiné <sup>4</sup>	47	16,0%	133	45,4%
	Trouble sévère unique <sup>5</sup>	16	5,5%		
	Trouble sévère combiné	70	23,9%		
Total		293	100%	293	100%

Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont ceux appartenant à la catégorie des troubles de l'attention et du comportement perturbateur avec une proportion de 72,4% des jeunes ayant un

<sup>1</sup> Cette cotation est inspirée de la classification utilisée dans le rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (MSSS, 2007).

<sup>2</sup> Les troubles « autre » sont tous les jeunes ayant un diagnostic unique de TED, d'encoprésie/énurésie, de dépendance à une substance, de déficience intellectuelle ou de fonctionnement intellectuel limite.

<sup>3</sup> Le trouble léger à modéré unique correspond aux jeunes ayant un diagnostic unique de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation.

<sup>4</sup> Le trouble léger à modéré combiné correspond aux jeunes ayant plus d'un diagnostic de troubles parmi les troubles correspondant à la catégorie « autre » et/ou à la catégorie trouble léger à modéré.

<sup>5</sup> Le trouble sévère correspond à toutes les autres problématiques rapportées.



diagnostic qui en sont atteints, suivi du retard mental (16,7%), du trouble envahissant du développement (12,6%) et les troubles anxieux (9,9%) (voir Tableau 4).

**Tableau 4: Nature des troubles de santé mentale diagnostiqués**

		n	% des jeunes (n=293)	
Trouble envahissant du développement		37	12,6%	
Encoprésie/énurésie		18	6,1%	
Troubles de l'attention et du comportement perturbateur	Trouble des conduites	56	212	19,1%
	Trouble oppositionnel	38		13,0%
	TDAH/TDA	164		56,0%
Syndrome Gilles de la Tourette		10	3,4%	
Troubles de l'humeur	Dépression	3	6	1,0%
	Trouble bipolaire	3		1,0%
Troubles anxieux	TAG	13	29	4,4%
	TOC	4		1,4%
	Trouble panique	0		0,0%
	Phobie spécifique	0		0,0%
	Stress post-traumatique	11		3,8%
	Troubles des conduites alimentaires	3		1,0%
Trouble réactionnel de l'attachement		36	12,3%	
Schizophrénie et autres troubles psychotiques		0	0,0%	
Trouble de l'adaptation		3	1,0%	
Troubles de personnalité	Limite	11	13	3,8%
	Antisociale	1		0,3%
	Paranoïaque	0		0,0%
	Narcissique	2		0,7%
	Histrionique	0		0,0%
	Schizotypique	0		0,0%
	Schizoïde	0		0,0%
Dépendance à une substance		12	4,1%	
Retard mental		25	49	8,5%
Fonctionnement intellectuel limite		24		8,2%
Autres		20	6,8%	

Parmi les 35 jeunes ayant une déficience intellectuelle identifiée dans le système PIJ, 20 ont été identifiés comme ayant un retard mental et six ont été identifiés comme ayant un fonctionnement intellectuel limite. En ce sens, il y a donc cinq jeunes ayant été identifiés comme ayant un diagnostic de retard mental pour lesquels cette information n'a pas été inscrite dans PIJ et quinze jeunes identifiés dans PIJ comme ayant un retard mental, mais pour lesquels l'information n'a pas été rapportée par l'intervenant dans le questionnaire-grille.

### 3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Plus d'un garçon sur deux (53,5%) ont une problématique de santé mentale diagnostiquée et cette proportion est significativement plus importante chez les garçons que chez les filles (voir Tableau 5). En effet, parmi les jeunes diagnostiqués, les garçons sont en majorité (62,5%). Toutefois, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles quant à la sévérité des troubles. De plus, parmi les jeunes ayant une problématique, les garçons et les filles ont en moyenne 1,69 diagnostics (é.-t.=1,00) et ne diffèrent pas quant au nombre de problématiques identifiées.

**Tableau 5: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le sexe**

Trouble diagnostiqué	Garçons			Filles			Total	
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	%
Aucun	159	46,5%	45,7%	189	63,2%	54,3%	348	100%
Trouble	183	53,5%***	62,5%	110	36,8%	37,5%	293	100%
Total	342	100%	53,4%	299	100%	46,6%	641	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

Les jeunes ayant une problématique de santé mentale diagnostiquée sont significativement plus âgés (m=12,56; é.t.=3,49) que ceux n'ayant pas de problématique diagnostiquée (m=8,57; é.t.=5,55). Puis, les filles ayant un trouble diagnostiqué sont plus âgées (m=13,03; é.t.= 3,3) que les garçons (12,28 é.t.= 3,57).

La proportion de jeunes diagnostiqués avec un trouble de santé mentale croît avec l'âge. Chez les 6-12 ans (51,4%) et chez les 13-18 ans (60,4%), c'est plus d'un jeune sur deux qui a un trouble de santé mentale diagnostiqué. Puis, la majorité des jeunes ayant un diagnostic sont âgés entre 13 et 18 ans (57,7%). Au Tableau 6, les données présentées indiquent qu'il y a une plus forte proportion de jeunes âgés de 13 à 18 ans (60,4%), comparativement aux jeunes âgés de 0 à 12 ans, (34,3%) qui ont une problématique diagnostiquée, et ce, de façon statistiquement significative. Néanmoins, la gravité des troubles ne diffèrent pas en fonction de l'âge (voir Tableau 7).

**Tableau 6: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le groupe d'âge**

Trouble diagnostiqué	0-12 ans			13-18 ans			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucun	237	65,7%	68,1%	111	39,6%	31,9%	348	54,3%	100%
Trouble	124	34,3%	42,3%	169	60,4%***	57,7%	293	45,7%	100%
Total	361	100%	56,3%	280	100%	43,7%	641	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

**Tableau 7: Gravité des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le groupe d'âge**

N=293	0-12 ans			13-18 ans			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Trouble léger	69	55,6%	43,1%	91	53,8%	56,9%	160	54,6%	100%
Trouble sévère	55	44,4%	41,4%	78	46,2%	58,6%	133	45,4%	100%
Total	124	100,0%	42,3%	169	100,0%	57,7%	293	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

### 3.1.3 Médication prescrite chez la clientèle

Près du tiers des jeunes (27,0%) de l'échantillon consomment une médication psychotrope. En ne considérant que les jeunes âgés de 13 à 18 ans, cette proportion s'élève à 37,9%. Puis, en ne considérant que les jeunes ayant un diagnostic, près de 60,0% d'entre eux, tous âges confondus, consomment une médication psychotrope. Toutefois, il n'y a pas de différence de proportion de prescriptions de médication selon le groupe d'âge. Par ailleurs, on observe que les jeunes ayant un trouble sévère consomment davantage de médication psychotrope (66,9%) que ceux ayant un trouble léger (52,5%) et cette différence est statistiquement significative. Finalement, il n'y a pas de différence significative entre la proportion de filles (54,5%) et de garçons (61,7%) qui consomment une médication psychotrope.

Les médicaments les plus courants sont ceux appartenant à la catégorie des médicaments pour le traitement du TDAH avec 85,0% des jeunes médicamentés qui en consomment (voir Tableau 8). Par ailleurs, le tiers (34,7%) des jeunes consommant une médication psychotrope prennent des antipsychotiques et plus d'un jeune sur dix (11,6%) s'est vu prescrire des antidépresseurs. La somme des prescriptions dans chacune des catégories de médication (n=231) est plus grande que le nombre de jeunes consommant une médication (n=173). En effet, les jeunes consomment en moyenne 1,54 médicaments (é.-t.=0,78) appartenant à 1,34 catégories (é.-t.=0,56) et cette consommation ne diffère pas selon le sexe.

**Tableau 8: Catégories de prescriptions**

	n	% des jeunes (n=173)
Antidépresseurs	20	11,6%
Anxiolytique	0	0,0%
Traitement du TDAH	147	85,0%
Stabilisateurs de l'humeur (traitement trouble bipolaire)	4	2,3%
Antipsychotiques	60	34,7%

Au total, parmi tous les jeunes placés, plus du tiers consomment une médication psychotrope (37,3%). En réadaptation, 68,5% des jeunes consomment une médication psychotrope. Parmi les jeunes diagnostiqués, les jeunes ayant une mesure de placement sont plus souvent médicamentés (66,3%) que les jeunes n'ayant pas de mesure de placement (46,2%) et cette différence est statistiquement significative (voir Tableau 9).

**Tableau 9: Prévalence des prescriptions de médication psychotrope selon le placement**

	Aucun placement			Placement			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucune	57	53,8%	47,5%	63	33,7%	52,5%	120	41,0%	100%
Médication	49	46,2%	28,3%	124	66,3%**	71,7%	173	59,0%	100%
Total	106	100%	36,2%	187	100%	63,8%	293	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

### 3.1.4 Caractéristiques de l'intervention

Parmi tous les motifs d'intervention, les jeunes desservis pour des troubles de la conduite présentent un trouble diagnostiqué sept fois sur dix (70,8%), ce qui est significativement plus élevé comparativement aux jeunes ne présentant pas de trouble (29,2%). Par ailleurs, les jeunes victimes de mauvais traitements psychologiques et d'abus présentent significativement moins souvent de problématiques diagnostiquées que les jeunes desservis sous les autres cadres légaux. Ces données sont présentées de façon détaillée (voir Tableau 10).

**Tableau 10: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le motif d'intervention**

Catégorie article	Aucun trouble			Trouble diagnostiqué			Total			
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	
Abandon	21	6,0%	51,2%	20	6,8%	48,8%	41	6,4%	100%	
Négligence	168	48,3%	56,4%	130	44,4%	43,6%	298	46,5%	100%	
Abus	Sexuel	23	6,6%	62,2%	14	4,8%	37,8%	37	5,8%	100%
	Physique	45	12,9%	61,6%	28	9,6%	38,4%	73	11,4%	100%
	Psychologique	63	18,1%	65,6%	33	11,3%	34,4%*	96	15,0%	100%
TC	28	8,0%	29,2%	68	23,2%	70,8%***	96	15,0%	100%	
Total	348	100%	51,3%	293	100%	45,7%	641	100%	100%	

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

### 3.1.5 Services

On observe que parmi les jeunes diagnostiqués, ceux ayant un trouble sévère ne sont pas plus nombreux à bénéficier d'une intervention en milieu de vie (IMV). Par ailleurs, plus de la moitié (54,5%) des jeunes bénéficiant d'un tel service présentent un diagnostic et cette proportion est significativement plus élevée que la répartition des jeunes tous services confondus (voir Tableau 11). Puis, les jeunes ayant un trouble ont un suivi significativement plus long (m=3,69 ans; é.-t.=3,40 ans) que ceux ne présentant pas de trouble (m=2,24; é.-t.=2,84) et cette différence est statistiquement significative. La même tendance s'observe au niveau de l'intervention de réadaptation avec hébergement où la durée de l'intervention pour les jeunes ayant un trouble (m=11,58 mois; é.-t.=11,93) est beaucoup plus longue que pour ceux ne présentant pas de trouble (m=4,90 mois; é.-t.=3,49) (voir Tableau 12).

**Tableau 11: Prévalence des services d'intervention en milieu de vie selon la présence d'un trouble diagnostiqué**

	Aucun trouble			Trouble diagnostiqué			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucun	272	78,2%	57,4%	202	68,9%	42,6%	474	73,9%	100%
IMV	76	21,8%	45,5%	91	31,1%	54,5%**	167	26,1%	100%
Total	348	100%	54,3%	293	100%	45,7%	641	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

**Tableau 12: Caractéristiques de l'intervention selon la présence d'un trouble diagnostiqué**

	Aucun trouble			Trouble diagnostiqué			Total (n=293)		
	n	m	é.-t.	n	m	é.-t.	n	m	é.-t.
Durée AM	348	2,24	2,84	293	3,69***	3,40	641	2,90	3,18
Durées IRH	16	4,90	3,49	59	11,58***	11,93	75	10,16	11,03
Durée de plac. prévue	120	47,53	55,17	167	41,26	52,45	287	43,88	53,60
Durée de plac. octobre	145	31,93	28,92	187	27,28	27,93	332	29,31	28,42

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

Au Tableau 13, les données présentées indiquent que l'âge des usagers et la durée du service à l'application des mesures ne diffèrent pas selon la sévérité du trouble. Par ailleurs, les jeunes présentant un trouble sévère ont une durée de placement moins longue en général, mais plus longue lorsqu'il s'agit d'un service d'intervention de réadaptation avec hébergement. Ces jeunes ayant un trouble sévère se caractérisent également par un plus grand nombre de diagnostics, de prescriptions, de catégories de prescriptions et de services professionnels.

**Tableau 13: Caractéristiques socio-judiciaires selon la sévérité du trouble diagnostiqué**

	Léger (n=160)			Sévère (n=133)			Total (n=293)		
	n	m	é.-t.	n	m	é.-t.	n	m	é.-t.
Âge	160	12,37	3,56	133	12,79	3,40	641	10,40	5,12
Durée									
AM	160	3,83	0,27	133	3,52	0,29	641	2,90	3,18
IRH	18	6,22	1,54	41	13,94*	2,03	75	10,16	11,03
Placement prévue	88	49,05	54,37	79	32,58*	49,11	287	43,88	53,60
Placement octobre	97	31,43	30,55	90	22,81*	24,18	332	29,31	28,42
Nombre de									
Diagnostics	160	1,00	0,00	133	2,43***	0,08	293	1,69	1,00
Prescriptions	84	1,24	0,48	89	1,82***	0,90	173	1,54	0,78
Cat. prescriptions	84	1,13	0,34	89	1,53***	0,66	173	1,34	0,56
Professionnels	122	1,66	0,98	120	2,62***	1,64	242	2,14	1,43

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

### 3.1.6 Placement

La majorité (63,8%) des jeunes ayant un trouble de santé mentale diagnostiqué ont également une mesure de placement. En effet, 56,3% des jeunes placés ont un trouble diagnostiqué et cette proportion est significativement plus élevée chez les jeunes placés que dans l'échantillon en général (voir Tableau 14). Toutefois, l'incidence du placement ne diffère pas selon la sévérité du trouble. Néanmoins, lorsque l'on considère uniquement le placement en réadaptation, les jeunes ayant un trouble sévère sont davantage représentés (69,5%) en réadaptation que de façon générale (45,4%) et cette différence est statistiquement significative indiquant que les jeunes ayant un trouble sévère sont plus souvent en réadaptation que les jeunes ayant un trouble léger.

**Tableau 14: Prévalence des placements selon la présence d'un trouble de santé mentale diagnostiqué**

	Aucun trouble			Trouble diagnostiqué			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucun	203	58,3%	65,7%	106	36,2%	34,3%	309	48,2%	100%
Placement	145	41,7%	43,7%	187	63,8%	56,3%***	332	51,8%	100%
Total	348	100%	54,3%	293	100%	45,7%	641	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

Le Tableau 15 présente la répartition des jeunes placés selon le type de ressource et la présence d'un trouble. En réadaptation, c'est près de huit jeunes sur dix (78,3%) qui ont un diagnostic de trouble de santé mentale, en ressource intermédiaire, cette proportion s'élève à 85,2%, tandis qu'en ressource autre, elle atteint 73,5%. Ces prévalences élevées sont significativement plus fortes que dans l'échantillon en général, indiquant que ces ressources sont davantage susceptibles de desservir des jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale.

**Tableau 15: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le type de placement**

	Aucun trouble			Trouble diagnostiqué			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucun	203	58,3%	65,7%	106	36,2%	34,3%	309	48,2%	100%
FA	117	33,6%	57,9%	85	29,0%	42,1%	202	31,5%	100%
Réadaptation	15	4,3%	21,7%	54	18,4%	78,3%***	69	10,8%	100%
Ressources autre	9	2,6%	26,5%	25	8,5%	73,5%**	34	5,3%	100%
Ressources intermédiaires	4	1,1%	14,8%	23	7,8%	85,2%***	27	4,2%	100%
Total	348	100%	54,3%	293	100%	45,7%	641	100%	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

Les Tableaux 16 et 17 indiquent que les jeunes ayant un trouble de santé mentale diagnostiqué se voient plus souvent ordonner des mesures en lien avec des services psychologiques. Par ailleurs, les jeunes dont la mère a une problématique de santé mentale identifiée sont plus susceptibles de se voir imposer des mesures de supervision des contacts et des mesures de placement à majorité.

**Tableau 16: Prévalence des mesures ordonnées selon la présence d'un trouble de santé mentale diagnostiqué**

Mesures	Aucun trouble		Trouble diagnostiqué		Total	
	n	%	n	%	n	%
Psychologie	103	38,7%	163	61,3%***	266	100%
Supervision contacts	129	51,0%	124	49,0%	253	100%
Placement à majorité	94	53,4%	82	46,6%	176	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

**Tableau 17: Prévalence des mesures ordonnées selon la présence d'un trouble de santé mentale diagnostiqué chez la mère**

Mesures	Aucun trouble		Trouble diagnostiqué		Total	
	n	%	n	%	n	%
Psychologie	146	54,9%	120	45,1%	266	100%
Supervision contacts	135	53,4%	118	46,6% †	253	100%
Placement à majorité	83	47,2%	93	52,8%***	176	100%

\*\*\* p < 0,001 \*\*p < 0,01 \* p < 0,05 † p < 0,10

### 3.1.7 Services professionnels

La grande majorité (82,6%) de la clientèle diagnostiquée a reçu des services professionnels en lien avec leur problématique de santé mentale dans la dernière année. Ces derniers reçoivent en moyenne 2,14 services différents (é.-t.=1,43), ce qui ne varie pas en fonction du sexe. Le Tableau 18 indique que parmi les jeunes recevant des services professionnels, les services les plus courants en lien avec la problématique de santé mentale sont le suivi médical assuré par le pédiatre (35,5%), le suivi pédopsychiatrique en clinique externe (22,7%), le suivi psychologique (21,9%) et finalement, le suivi professionnel en milieu scolaire (19,4%).

**Tableau 18: Prévalence des services médicaux et professionnels délivrés aux jeunes ayant une problématique diagnostiquée**

	n	% jeunes avec service (n=242)	
En attente d'évaluation ou de services spécifiques	15	6,2%	
Évaluation par santé mentale jeunesse	13	5,4%	
Évaluation pédopsychiatrique, clinique externe de l'hôpital	37	15,3%	
Évaluation en clinique spécialisée (autisme, TDAH, etc.)	5	2,1%	
Évaluation médicale (médecin de famille, pédiatre)	31	12,8%	
Évaluation et/ou traitement à l'urgence d'un hôpital	9	3,7%	
Évaluation et/ou suivi neurologique	12	5,0%	
Évaluation psychologique (CJM, privé, scolaire, hôpital)	20	8,3%	
Évaluation intellectuelle (CJM, privé, scolaire, hôpital)	10	4,1%	
Évaluation en orthophonie	12	5,0%	
Suivi pédopsychiatrique en clinique externe	55	22,7%	
Suivi professionnel en clinique externe de pédopsychiatrie	17	7,0%	
Suivi médical (pédiatre, médecin de famille)	86	35,5%	
Hospitalisation en pédopsychiatrie (si plus de 24 heures)	10	4,1%	
Programme de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie	2	0,8%	
Suivi psychologique (CJM, scolaire, CSSS, pédopsychiatrie)	53	21,9%	
Suivi d'un professionnel en CSSS	18	7,4%	
Suivi d'un professionnel en milieu scolaire	47	19,4%	
Suivi en orthophonie (privé, services publics ou scolaires)	19	7,9%	
Suivi en ergothérapie (privé, services publics)	6	2,5%	
Éducateur de milieu du CRDI ou du CMR	20	8,3%	
Organisme communautaire en santé mentale	3	1,2%	
Autre	CPLM (n=5)                      Orthopédagogie (n=2) IVAC (n=4)                        Marie-Vincent (n=2) Toxicomanie (n=3)                Projet ÊTRE (n=1) Infirmière CSSS (n=3)            Classe spécialisée (n=1)	17	7,0%
Total	517	100%	

### 3.1.8 Problématiques dans la famille

Le Tableau 19 présente les prévalences de problématiques de santé mentale identifiées dans la famille des usagers. Ces informations rapportées par l'intervenant, proviennent d'évaluations psychiatriques versées au dossier, sont notées par la personne elle-même ou représentent un des motifs d'intervention. Une proportion importante (56,5%) des jeunes de l'échantillon ont, dans leur famille immédiate, un parent, un frère ou une sœur souffrant d'une problématique de santé mentale ou de toxicomanie. En effet, 42,0% des mères des jeunes de l'échantillon présenteraient une problématique de santé mentale diagnostiquée. Néanmoins, les jeunes ayant un trouble de santé mentale ne sont pas plus nombreux à avoir un parent présentant une problématique, mais ont plus souvent un frère ou une sœur ayant une problématique identifiée (63,8%) et cette proportion est significativement plus élevée que chez les jeunes n'ayant pas de trouble (36,2%).

**Tableau 19: Prévalence des problématiques identifiées dans la famille selon la présence d'un trouble**

	Aucun trouble		Trouble diagnostiqué		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mère	312	48,7%	269	42,0%	60	9,4%	641	100%
Père	391	61,0%	117	18,3%	133	20,7%	641	100%
Fratrie	462	72,1%	127	19,8%	52	8,1%	641	100%
Famille élargie	437	68,2%	32	5,0%	172	26,8%	641	100%
Famille immédiate	279	43,5%	362	56,5%	-	-	641	100%
Immédiate et/ou élargie	276	43,1%	365	56,9%	-	-	641	100%

Chez les parents et les membres de la famille élargie, les troubles les plus souvent rapportés appartiennent à la catégorie des troubles de l'humeur et des dépendances à une substance. Néanmoins, près du quart des mères ayant une problématique diagnostiquée (23,8%) ont un trouble de personnalité. Chez la fratrie, les problématiques les plus fréquentes appartiennent à la catégorie des troubles de l'attention et du comportement perturbateur (54,3%).

**Tableau 20: Nature des problématiques identifiées dans la famille**

	Mère (n=269)		Père (n=117)		Fratrie (n=127)		Famille (n=32)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TED	0	0,0%	0	0,0%	14	11,0%	1	3,1%
Encoprésie-énurésie	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%	1	3,1%
TDA/compt. perturbateur	12	4,5%	2	1,7%	69	54,3%	2	6,3%
Gilles de la Tourette	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%	0	0,0%
Trouble de l'attachement	0	0,0%	0	0,0%	12	9,4%	0	0,0%
Troubles de l'humeur	69	25,7%	18	15,4%	5	3,9%	14	43,8%
Troubles anxieux	20	7,4%	4	3,4%	9	7,1%	0	0,0%
Trouble de l'adaptation	3	1,1%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%
Schizophrénie/tr. psychotiques	15	5,6%	6	5,1%	1	0,8%	5	15,6%
Troubles de personnalité	64	23,8%	14	12,0%	4	3,1%	3	9,4%
Dépendance	76	28,3%	54	46,2%	11	8,7%	13	40,6%
Retard mental	37	13,8%	13	11,1%	24	18,9%	2	6,3%
Autre	5	1,9%	13	11,1%	0	0,0%	0	0,0%



### 3.2. CLIENTÈLE LSJPA

Cette partie présente un portrait de la population de jeunes recevant un service de suivi des peines en vertu de la LSJPA. Étant donné la plus petite taille de cet échantillon, les données sont présentées de façon plus globale que dans la partie précédente. En ce sens, certaines analyses comparatives servant à identifier s'il existe des différences entre les groupes n'ont pu être effectuées.

#### 3.2.1 Prévalence des problématiques

Près du quart (24,5%) des jeunes desservis en vertu de la LSJPA ont un trouble de santé mentale diagnostiqué. Ils ont 1,82 diagnostics en moyenne (é.t.=0,83) et sont âgés de 17,0 ans en moyenne (é.t.=1,83). Les adolescents ayant un diagnostic de santé mentale se répartissent de façon équivalente chez les 13-16 ans et chez les 17 ans et plus. Le nombre de filles dans l'échantillon étant trop faible, les différences statistiques selon le sexe n'ont pas pu être effectuées.

**Tableau 21: Prévalence des troubles de santé mentale diagnostiqués selon le sexe**

	Garçons			Filles			Total		
	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne	n	% col.	% ligne
Aucun trouble	98	75,4%	93,3%	7	77,8%	6,7%	105	75,5%	100%
Un trouble ou plus	32	24,6%	6,7%	2	22,2%	5,9%	34	24,5%	100%
Total	130	100%	93,5%	9	100%	6,5%	139	100%	100%

Le Tableau 22 rapporte la nature des différentes problématiques identifiées chez la clientèle. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont tout d'abord les troubles de l'attention et du comportement perturbateur (88,2%), suivis de la dépendance à une substance (17,6%) et des troubles de la personnalité (14,7%).

**Tableau 22: Nature des troubles de santé mentale diagnostiqués<sup>6</sup>**

	n	% des jeunes (n=34)
Trouble envahissant du développement	0	0%
Encoprésie/énurésie	0	0%
Troubles de l'attention et du comportement perturbateur	30	88,2%
Syndrome Gilles de la Tourette	2	5,9%
Troubles de l'humeur	1	2,9%
Troubles anxieux	1	2,9%
Trouble réactionnel de l'attachement	3	8,8%
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	1	2,9%
Trouble de l'adaptation	2	2,9%
Troubles de personnalité	5	14,7%
Dépendance à une substance	6	17,6%
Retard mental et fonctionnement intellectuel limite	2	2,9%
Autres	0	0%

Les jeunes en LSJPA ont en moyenne 15,06 mesures (é.t.=10,08) ordonnées, ceci incluant les conditions, et ont commis 6,15 délits en moyenne (é.t.=5,79). Les adolescents ayant un trouble diagnostiqué ont davantage de mesures (m = 18,53; é.t.= 13,13) que les jeunes n'ayant pas de

<sup>6</sup> Veuillez vous référer au Tableau 11 afin de connaître la répartition des différents troubles à l'intérieur des catégories.

diagnostic ( $m = 13,94$ ;  $\acute{e}.t. = 8,65$ ) et cette différence est statistiquement significative. De plus, les adolescents ayant un trouble de santé mentale diagnostiqué ont commis significativement plus de délits ( $m=7,68$ ;  $\acute{e}.t.=7,75$ ) que ceux n'ayant pas de diagnostic identifié ( $m=5,66$ ;  $\acute{e}.t.=4,94$ ). Parmi les types de délits commis, les adolescents aux prises avec une problématique de santé mentale ont, en moyenne, commis significativement plus de délits contre la personne.

Le Tableau 23 présente la répartition des jeunes selon les mesures imposées et la présence d'un trouble. Les différences statistiques n'ont pas pu être calculées pour ces catégories étant donné la trop petite répartition des adolescents dans les différentes catégories. Néanmoins, on observe que la proportion de jeunes ayant un trouble diagnostiqué parmi les jeunes ayant un placement différé ( $37,5\%$ ) est plus forte que dans l'échantillon en général ( $24,5\%$ ).

**Tableau 23: Prévalence des mesures selon la présence d'un trouble de santé mentale diagnostiqué**

	Aucun trouble		Trouble diagnostiqué		Total	
	n	% ligne	n	% ligne	n	% ligne
Probation sans suivi	21	77,8%	6	22,2%	27	100%
Probation avec suivi	98	75,4%	32	24,6%	130	100%
PASI	14	82,4%	3	8,8%	17	100%
Mise sous garde ouverte	4	80,0%	1	20,0%	5	100%
Mise sous garde fermée	20	71,4%	8	28,6%	28	100%
Placement différé	15	62,5%	9	37,5%	24	100%

### 3.2.2 Médication prescrite chez la clientèle

Près de 56% des jeunes diagnostiqués consomment une médication psychotrope et cette proportion ne varie pas en fonction de l'âge, ni du placement. Tel qu'indiqué au Tableau 24, les prescriptions les plus fréquentes concernent les médicaments pour le traitement du TDAH ( $57,9\%$ ), ainsi que les antipsychotiques ( $36,8\%$ ).

**Tableau 24: Catégories de prescriptions**

	n	% des jeunes ( $n=19$ ) <sup>7</sup>
Antidépresseurs	2	10,5%
Anxiolytique	0	0%
Traitement du TDAH	11	57,9%
Stabilisateurs de l'humeur (Traitement du trouble bipolaire)	1	5,3%
Antipsychotiques	7	36,8%

### 3.2.3 Services professionnels

Parmi les jeunes souffrant d'un trouble de santé mentale ( $n=34$ ), la majorité d'entre eux ( $n=23$ ;  $67,6\%$ ) ont reçu des services professionnels en lien avec leur problématique au cours de la dernière année. Le Tableau 25 présente le détail des services rapportés.

<sup>7</sup> Ce pourcentage est calculé par catégorie et non par rapport au total puisque cette variable n'est pas mutuellement exclusive.

**Tableau 25: Prévalence des services médicaux et professionnels délivrés dans la dernière année aux jeunes ayant une problématique diagnostiquée**

	n	% des jeunes (n=23)
En attente d'évaluation ou de services spécifiques	3	13,0%
Évaluation par santé mentale jeunesse	3	13,0%
Évaluation pédopsychiatrique, clinique externe de l'hôpital	5	21,7%
Évaluation en clinique spécialisée (autisme, TDAH, etc.)	0	0%
Évaluation médicale (médecin de famille, pédiatre)	8	34,8%
Évaluation et/ou traitement à l'urgence d'un hôpital	1	4,3%
Évaluation et/ou suivi neurologique	1	4,3%
Évaluation psychologique (CJM, privé, scolaire, hôpital)	6	26,1%
Évaluation intellectuelle (CJM, privé, scolaire, hôpital)	0	0%
Évaluation en orthophonie	0	0%
Suivi pédopsychiatrique en clinique externe	3	13,0%
Suivi professionnel en clinique externe de pédopsychiatrie	4	17,4%
Suivi médical (pédiatre, médecin de famille)	4	17,4%
Hospitalisation en pédopsychiatrie (si plus de 24 heures)	2	8,7%
Programme de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie	0	0%
Suivi psychologique (CJM, scolaire, CSSS, pédopsychiatrie)	4	17,4%
Suivi d'un professionnel en CSSS	4	17,4%
Suivi d'un professionnel en milieu scolaire	2	8,7%
Suivi en orthophonie (privé, services publics ou scolaires)	1	4,3%
Suivi en ergothérapie (privé, services publics)	0	0%
Éducateur de milieu du CRDI ou du CMR	1	4,3%
Organisme communautaire en santé mentale	0	0%
Autre (CPLM)	3	13,0%

### 3.2.4 Problématiques dans la famille

Chez les jeunes desservis en vertu de la LSJPA, la présence de problématiques dans la famille, identifiées par la personne elle-même, concerne une minorité de la population tel que rapporté au Tableau 26. Les troubles les plus souvent rapportés sont les troubles du comportement perturbateur (n=8), les troubles de l'humeur (n=7) et les dépendances (n=6).

**Tableau 26: Prévalence des problématiques identifiées dans la famille selon la présence d'un trouble**

	Aucun trouble		Trouble diagnostiqué		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mère	120	86,3%	18	12,9%	1	0,7%	139	100%
Père	133	95,7%	2	1,4%	4	2,9%	139	100%
Fratrie	127	91,4%	12	8,6%	0	0%	139	100%
Famille élargie	124	89,2%	8	5,8%	7	5,0%	139	100%

### 3.3 COLLECTE DE DONNÉES DANS LES DOSSIERS

Cette partie du portrait présente la prévalence des problématiques de santé mentale telle qu'identifiée dans les dossiers des usagers. Étant donné la taille de l'échantillon, les données pour les jeunes desservis en vertu de la LPJ ont été analysées avec les données des jeunes desservis en vertu de la LSJPA.

#### 3.3.1 Prévalence des problématiques chez la clientèle

Un peu moins de la moitié de la clientèle (43,8%) a un diagnostic de trouble de santé mentale inscrit au dossier et cette proportion est plus élevée chez les garçons (50,4%) que chez les filles (34,5%). Les jeunes ayant un diagnostic sont âgés de 11,69 ans en moyenne (é.-t.=4,28), mais ne sont pas significativement plus âgés que les jeunes ne présentant pas de diagnostic.

Les jeunes ayant une problématique de santé mentale ont en moyenne 1,71 diagnostics différents (é.-t.=1,27). Dans les dossiers des usagers, les problématiques les plus fréquemment répertoriées appartiennent à la catégorie des troubles de l'attention et du comportement perturbateur (48,3%). De plus, près du tiers des jeunes identifiés comme ayant un trouble de santé mentale (30,3%) ont un retard mental ou un fonctionnement intellectuel limite. Ces données sont présentées de façon détaillée au Tableau 27.

**Tableau 27: Nature des problématiques identifiées chez la clientèle diagnostiquée**

	n	% des jeunes (n=89)
Trouble envahissant du développement	5	5,6%
Encoprésie/énurésie	3	3,4%
Troubles de l'attention et du comportement perturbateur	43	48,3%
Syndrome Gilles de la Tourette	5	5,6%
Troubles de l'attachement	16	18,0%
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	1	1,1%
Troubles dépressifs	1	1,1%
Troubles anxieux	5	5,6%
Trouble de l'adaptation	2	2,2%
Troubles de personnalité	8	9,0%
Dépendance à une substance	6	6,7%
Retard mental et fonctionnement intellectuel limite	27	30,3%
Autres	22	24,7%

#### 3.3.2 Médication

Plus de la moitié de la clientèle présentant une problématique consomme une médication psychotrope (52,8%). La plupart d'entre eux (83,0%) reçoivent un traitement pour un trouble du comportement perturbateur alors que la moitié (48,9%) consomment une médication antipsychotique, tel que rapporté au Tableau 28.

**Tableau 28: Catégories de prescriptions chez la clientèle consommant une médication**

	n	% des jeunes (n=47)
Antidépresseurs	4	8,5%
Anxiolytique	0	0%
Traitement du TDAH	39	83,0%
Stabilisateurs de l'humeur (traitement trouble bipolaire)	1	2,1%
Antipsychotiques	23	48,9%

### 3.3.3 Services professionnels

Près de neuf jeunes sur dix (88,8%; n=79) ayant une problématique de santé mentale ont reçu des services en lien avec cette problématique. Le Tableau 29 présente les principaux services dispensés à ces jeunes.

**Tableau 29: Prévalence des services médicaux et professionnels délivrés aux jeunes ayant une problématique diagnostiquée**

	n	% jeunes avec service
En attente d'évaluation ou de services spécifiques	1	1,3%
Évaluation par santé mentale jeunesse	3	3,8%
Évaluation pédopsychiatrique, clinique externe de l'hôpital	31	39,2%
Évaluation en clinique spécialisée (autisme, TDAH, etc.)	3	3,8%
Évaluation médicale (médecin de famille, pédiatre)	16	20,3%
Évaluation et/ou traitement à l'urgence d'un hôpital	2	2,5%
Évaluation et/ou suivi neurologique	5	6,3%
Évaluation psychologique (CJM, privé, scolaire, hôpital)	2	2,5%
Évaluation intellectuelle (CJM, privé, scolaire, hôpital)	21	26,6%
Évaluation en orthophonie	3	3,8%
Suivi pédopsychiatrique en clinique externe	18	22,8%
Suivi professionnel en clinique externe de pédopsychiatrie	3	3,8%
Suivi médical (pédiatre, médecin de famille)	10	12,7%
Hospitalisation en pédopsychiatrie (si plus de 24 heures)	5	6,3%
Programme de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie	0	0,0%
Suivi psychologique (CJM, scolaire, CSSS, pédopsychiatrie)	7	8,9%
Suivi d'un professionnel en CSSS	2	2,5%
Suivi d'un professionnel en milieu scolaire	3	3,8%
Suivi en orthophonie (privé, services publics ou scolaires)	6	7,6%
Suivi en ergothérapie (privé, services publics)	6	7,6%
Éducateur de milieu du CRDI ou du CMR	12	15,2%
Organisme communautaire en santé mentale	2	2,5%
Autre	1	1,3%

### 3.3.4 Problématiques dans la famille

Le Tableau 30 rapporte que près de la moitié des mères de l'échantillon présentent au moins une problématique de santé mentale. Chez les parents, la fratrie et la famille élargie, les problématiques les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur, les troubles de personnalité, les dépendances et le retard mental (voir Tableau 31).

**Tableau 30: Prévalence des problématiques identifiées dans la famille**

	Trouble diagnostiqué		Total	
	n	%	n	%
Mère	96	47,3%	203	100%
Père	41	20,2%	203	100%
Fratric	21	10,3%	203	100%
Famille élargie	13	6,4%	203	100%

**Tableau 31: Nature des problématiques identifiées dans la famille**

	Mère (n=96)		Père (n=41)		Fratric (n=21)		Famille (n=13)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TED	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	0	0,0%
Encoprésie-énurésie	1	1,0%	0	0,0%	1	4,8%	0	0,0%
TDA/compt. perturbateur	1	1,0%	1	2,4%	11	52,4%	0	0,0%
Gilles de la Tourette	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Trouble de l'attachement	0	0,0%	0	0,0%	2	9,5%	0	0,0%
Troubles de l'humeur	22	22,9%	10	24,4%	1	4,8%	9	69,2%
Troubles anxieux	8	8,3%	1	2,4%	0	0,0%	3	23,1%
Trouble de l'adaptation	2	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Schizophrénie/tr. psychotiques	7	7,3%	1	2,4%	0	0,0%	1	7,7%
Troubles de personnalité	23	24,0%	2	4,9%	0	0,0%	0	0,0%
Dépendance	50	52,1%	23	56,1%	2	9,5%	0	0,0%
Retard mental	21	21,9%	9	22,0%	7	33,3%	2	15,4%
Autre	0	0,0%	0	0,0%	5	23,8%	0	0,0%

## CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Les prévalences de problématiques de santé mentale diagnostiquées chez la clientèle desservie en vertu de la LPJ s'élevèrent à 45,7% lorsque l'on sonde les intervenants et à 46,9% selon les informations recueillies dans le dossier. En LSJPA, cette proportion s'élève à 24,5% telle que rapportée par les intervenants et à 23,1% telle que répertoriée au dossier de l'utilisateur. Ainsi, les prévalences observées à l'aide des deux méthodes sont très similaires et permettent d'affirmer que les informations connues et rapportées par les intervenants correspondent aux informations contenues au dossier de l'utilisateur, et plus spécifiquement, dans le rapport d'évaluation psychiatrique.

Les analyses effectuées ont permis d'identifier que les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter des problématiques de santé mentale. De plus, la prévalence de diagnostics chez la clientèle augmente avec l'âge, mais pas la prescription de médication psychotrope qui est semblable dans les différents groupes d'âge. Les principaux médicaments prescrits, et ce, toutes catégories confondues sont les médicaments pour le traitement du TDAH et les antipsychotiques. Plus de la moitié des jeunes hébergés (56,3%) présentent une problématique de santé mentale alors que 65,7% des jeunes non hébergés ne présentent aucun trouble. Cette réalité s'observe particulièrement en réadaptation, en ressource intermédiaire et en ressource autre où la proportion de jeunes diagnostiqués est beaucoup plus élevée que dans le reste de l'échantillon, allant jusqu'à 78,3% en réadaptation et 85,2% en ressource intermédiaire. Parmi les jeunes hébergés, les jeunes consommant une médication psychotrope sont significativement plus nombreux (66,3%) que ceux n'en consommant pas (33,7%) alors que cette réalité s'inverse chez les jeunes non-hébergés qui sont plus nombreux à ne pas consommer de médication psychotrope (53,8%). Ces données démontrent à quel point les jeunes vivant dans nos unités de réadaptation sont vulnérables et ont grand besoin d'interventions spécifiques.

Parmi les jeunes ayant une problématique de santé mentale, bien que la moitié présente un trouble léger à modéré sans comorbidité, près du quart (23,9%) a un trouble sévère combiné et 5,5% a un trouble sévère. Ces jeunes ayant un trouble sévère sont proportionnellement plus nombreux à consommer une médication psychotrope (66,9%), comparativement à 59,0% dans la population de jeunes diagnostiqués. Ils se caractérisent par un plus grand nombre de diagnostics, de prescriptions, de catégories de prescriptions et de services professionnels. Ces jeunes ayant un trouble sévère ont également un placement en réadaptation plus long que les jeunes ayant un trouble léger. Ces jeunes plus gravement touchés par une lourde problématique de santé mentale représentent une partie importante de notre clientèle et nécessitent des services répondant à leurs besoins particuliers.

En ce qui a trait aux services, les résultats de cette étude indiquent que l'on a davantage recours aux services d'intervention en milieu de vie pour les jeunes aux prises avec un trouble de santé mentale, que ces jeunes bénéficient d'un suivi psychosocial en moyenne plus long et que parmi ceux hébergés en réadaptation, leur placement est significativement plus long. De plus, les jeunes ayant un trouble de santé mentale ont plus souvent des mesures en lien avec des services psychologiques. Puis, lorsque la mère présente un trouble, il y a significativement plus de mesures de supervision des contacts et de mesures de placement à majorité. Avec une clientèle lourdement touchée, on peut expliquer plus facilement la longueur et l'intensité du suivi nécessaire auprès des familles desservies.

Dans tous les échantillons étudiés, les jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale ont en grande majorité reçu des services professionnels spécialisés en lien avec cette problématique au cours de la dernière année. En ce sens, il apparaît que les jeunes souffrant d'un trouble de santé mentale reçoivent des services spécialisés en lien avec leur problématique, ce qui semble encourageant. Par ailleurs, ces résultats mettent également en lumière la réalité d'intervention des intervenants psychosociaux travaillant auprès de cette clientèle. En effet, ces derniers sont appelés à collaborer avec une vaste gamme de professionnels appartenant à différents établissements scolaires, de santé et organismes communautaires, ce qui implique un suivi, une concertation et une bonne communication entre les différents partenaires.

Bien que la clientèle LSJPA soit moins nombreuse à présenter des troubles de santé mentale, certaines différences ont été observées. En effet, les jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale se voient imposer un plus grand nombre de mesures, ils ont commis un plus grand nombre de délits et commettent davantage d'infractions contre la personne comparativement aux jeunes n'ayant pas de problématique de santé mentale diagnostiquée. Ces jeunes sont-ils plus à risque de récidiver, commettent-ils davantage de délits? Ces questions dépassent le mandat de cette étude. Néanmoins, les prévalences observées démontrent que l'intervention en santé mentale est également une réalité en délinquance. Par ailleurs, les jeunes diagnostiqués reçoivent moins de services professionnels pour leur problématique de santé mentale que les jeunes en LPJ. L'intervention en délinquance a-t-elle les ressources adéquates pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle particulière?

En LPJ, de 42% à 47% des mères présentent une problématique de santé mentale ou de toxicomanie diagnostiquée. Étant donné qu'au CJM, l'intervention favorise le travail avec le jeune et sa famille, les informations recueillies sur les problématiques rencontrées dans la famille favoriseront une meilleure compréhension des difficultés rencontrées, non seulement chez le jeune mais aussi dans la famille.

Les données de cette étude corroborent les données provinciales (MSSS, 2007) et les données présentées par Puzé et ses collaborateurs (2004), indiquant des taux variant entre 40% et 52% de jeunes présentant une problématique de santé mentale. Ces prévalences élevées confirment encore une fois, les besoins spécifiques et la grande vulnérabilité de la clientèle desservie en centre jeunesse. De plus, la lourdeur des problématiques justifie la mise en place de services spécialisés pour intervenir adéquatement auprès de cette clientèle.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Breton, Jean-Jacques; Légaré, Gilles; Laverdure, Johanne; D'Amours, Yvan. (1999). **Santé mentale et adaptation sociale**. In: Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois. [En ligne]. Consulté le 1er juin 2010, tiré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/Enf-ado.pdf>
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005). **Offre de service du Centre jeunesse de la Montérégie**. Longueuil : Le Centre.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2009). **Rapport annuel 2008-2009, Centre jeunesse de la Montérégie, établissement agréé CQA 2006-2009 : L'année des arrimages**. Longueuil : Le Centre.
- Chagnon, François. (2000). **Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les jeunes en centre de réadaptation**. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. (2004). **Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale – Accessibilité aux soins et services, Clientèles jeunesse**. [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/rapports/comite\\_experts\\_jeunesse.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/rapports/comite_experts_jeunesse.pdf)
- Glisson, Charles; Green, Philip. (2006). *The role of Specialty Mental Health Care in Predicting Child Welfare and Juvenile Justice Out-of-Home Placements*. **Research on social work practice**, 16 (5), pp. 480-490.
- Hoagwood, Kimberly; Jensen, Peter S.; Petti, Theodore; Burns, Barbara J. (1996). *Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents. A Comprehensive Conceptual Model*. **Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry**, 35 (8), pp. 1055-1063.
- Hôpital Charles-LeMoyne : groupe de travail. (2001). **Grandir en santé mentale en Montérégie**. Greenfield Park : Hôpital Charles-LeMoyne.
- Hunter, Jennifer; Higginson, Irene; Garralda, Elena. (1996). *Systematic literature review: outcome measures for child and adolescent mental health services*. **Journal of Public Health Medicine**, 18 (2), pp. 197-206.
- Institut de la statistique du Québec. **Estimation de la population des régions administratives par groupe d'âge et sexe, 1<sup>er</sup> juillet des années 1996 à 2008 (découpage géographique au 1<sup>er</sup> juillet 2009)** [En ligne]. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons\\_regnl/regional/RA\\_total.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/RA_total.htm)
- Lafortune, Denis; Laurier, Catherine; Gagnon, François. (2004). *Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse*. **Revue de psychoéducation**, 33 (1), pp. 157-176.

- Lefebvre, Chantal. (2004). **Un portrait de la santé des jeunes québécois de 0 à 17 ans.** [En ligne]. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/253-PortraitSanteJeunes0-17.pdf>.
- Leitch, K. Kellie. (2007). **Vers de nouveaux sommets - Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes** [En ligne]. Ottawa : Santé Canada. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-fra.pdf)
- Marcoux, Ubald. (2003). **Offre de services pour l'hébergement d'une clientèle jeunesse francophone, 6 18 ans, aux prises avec des problèmes de santé mentale.** Longueuil : Les Centres jeunesse de la Montérégie.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). **Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens** [En ligne]. Québec : Le Ministère Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). **Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec** [En ligne]. Québec : Le Ministère. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-914-10W.pdf>
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. (2002). **Synthèse de la consultation montérégienne sur les services à la clientèle des jeunes de 0 à 18 ans hébergés présentant de multiples problématiques.** Longueuil : La Régie.
- Pauzé, Robert (et al.). (2004). **Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des CJ du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps.** Sherbrooke : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Pelletier-Basque, Danielle; Dépelteau, Louise. (2009). **Apprivoiser les différences. Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite** (Nouv. éd. Revue). Longueuil : Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels.
- Pelletier-Basque, Danielle. (2007). **Première étape de développement de l'offre de service du CJM en santé mentale.** Longueuil : Centre jeunesse de la Montérégie.
- Santé Canada. (2002). **Rapport sur les maladies mentales au Canada** [En ligne]. Ottawa : Santé Canada Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2010, tiré de [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men\\_ill\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_ill_f.pdf)

## ANNEXE 1



## PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE AU CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE

### QU'EN EST-IL?

Les problématiques de santé mentale sont une réalité à laquelle tous les professionnels du centre jeunesse sont confrontés dans leur intervention. Afin de déterminer l'ampleur des problématiques de santé mentale chez la clientèle du CJM et ainsi mieux définir les besoins en lien avec l'offre de service, plusieurs intervenants psychosociaux seront interpellés pour répondre à ce questionnaire-grille. Pour tracer un portrait juste de la réalité, un taux de réponse élevé est essentiel et c'est pourquoi votre collaboration est très importante.

### QUE DOIS-JE FAIRE?

Dans le document *Excel* « Questionnaire-grille santé mentale » une liste de jeunes dont vous étiez l'intervenant responsable au (jour, date, année) a été élaborée. Pour chacun des jeunes identifiés sur la grille, vous devez préciser certaines informations concernant les diagnostics, la médication, les services et les antécédents familiaux.

### COMMENT FAIRE?

Les pages suivantes présentent le type d'information à inscrire dans le questionnaire-grille. Pour chacune des sous-sections de la grille, veuillez indiquer le chiffre correspondant à la description qui représente le mieux chacun des jeunes, en vous référant aux tableaux présentés aux pages 2 à 4 de ce document.

### QUOI EN FAIRE?

Le questionnaire-grille peut être rempli à même la version informatique et réacheminé par courriel au plus tard le (date à déterminer) à l'adresse suivante :

Chloé Gaumont

[chloe.gaumont@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:chloe.gaumont@rrsss16.gouv.qc.ca)

Pour toute question ou soutien dans la compilation de la grille, n'hésitez pas à vous adresser à moi par téléphone (450) 928-4747 #4666 ou par courriel à l'adresse mentionnée ci-haut.

Merci de votre précieuse collaboration.



## TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

0	Le jeune n'a jamais eu de diagnostic de trouble de santé mentale.
1	Le jeune a au moins un trouble de santé mentale diagnostiqué par un médecin psychiatre ou pédopsychiatre. <sup>1</sup> (Veuillez considérer l'évaluation la plus récente s'il y a lieu).
2	Le jeune est en attente d'évaluation. Bien que la présence d'une problématique soit soupçonnée, aucune évaluation menant à un diagnostic n'a encore été effectuée.

N.B. Les diagnostics indiqués dans l'évaluation psychiatrique comme étant « en voie de structuration » peuvent être considérés et rapportés ici.

## PROBLÉMATIQUE

0	Aucun trouble de santé mentale diagnostiqué
1	Troubles envahissants du développement (TED, autisme, syndrome d'Asperger)
2	Encoprésie, énurésie
3	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA)
4	Trouble des conduites
5	Trouble oppositionnel avec provocation
6	Syndrome Gilles de la Tourette
7	Trouble de l'attachement
8	Schizophrénie et autres troubles psychotiques (schizophrénie, trouble psychotique)
9	Troubles dépressifs (dépression)
10	Trouble bipolaire
11	Trouble d'anxiété généralisé
12	Trouble panique
13	Trouble obsessionnel-compulsif
14	État de stress-post-traumatique
15	Phobie spécifique (incluant phobie sociale)
16	Troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
17	Trouble de l'adaptation
18	Trouble de personnalité limite (borderline)
19	Trouble de personnalité narcissique
20	Trouble de personnalité schizoïde
21	Trouble de personnalité antisociale
22	Trouble de personnalité paranoïaque
23	Trouble de personnalité schizotypique
24	Dépendance à une substance (alcool ou drogue altérant gravement le fonctionnement)
25	Retard mental (déficience intellectuelle)
26	Fonctionnement intellectuel limite (lenteur intellectuelle, intelligence frontière)

### Autre problématique

Écrire au long la ou les autres problématiques identifiées chez le jeune (ex. : trouble dissociatif, troubles du sommeil, autre trouble de personnalité, etc.) ou des problématiques associées affectant son fonctionnement (retard de développement et trouble du langage).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Le trouble de l'attachement, la déficience ou lenteur intellectuelle peuvent être évalués par un psychologue. Le TDAH peut être identifié par le pédiatre.

<sup>2</sup> Les retards de développement peuvent être identifiés par le pédiatre et les troubles du langage par un orthophoniste.

## MÉDICATION PSYCHOTROPE

Veillez indiquer pour chaque jeune la médication prescrite pour traiter une problématique de santé mentale au moment où vous remplissez la grille.

0	Le jeune ne consomme aucune médication psychotrope						
1	Adderall	9	Concerta	17	Luvox	25	Seroquel
2	Anafranil	10	Désyrel	18	Methylphénidate	26	Strattera
3	Ativan	11	Dexédrine	19	Mirtazapine	27	Tegrétol
4	Catapres	12	Dixarit	20	Paxil	28	Tofranil
5	Carbolith	13	Effexor	21	Prozac	29	Trazadone
6	Celexa	14	Epival	22	Risperdal	30	Welbutrin
7	Clonidine	15	Haldol	23	Ritalin	31	Zoloft
8	Clozaril	16	Lithium	24	Rivotril	32	Zyprexa
☞ Si la médication prescrite ne correspond à aucune de ces appellations, veuillez indiquer dans la partie « autre » le nom du médicament.							
☞ Si vous savez que l'enfant prend une médication mais vous ne connaissez pas de quel type, veuillez le préciser dans la partie « autre ».							

## PROFESSIONNELS

Veillez identifier si, <b>au cours de la dernière année</b> , le jeune a reçu des services spécialisés d'un professionnel de la santé <b>en lien avec sa problématique de santé mentale</b> et le type de service rendu en vous référant aux catégories numérotées ci-bas.	
0	Aucun service de professionnels au cours de la dernière année
1	Le jeune est en attente d'évaluation ou de services spécifiques
2	Une évaluation par santé mentale jeunesse
3	Une évaluation pédopsychiatrique en clinique externe de l'hôpital
4	Une évaluation d'une clinique spécialisée (développement, autisme, TDAH, etc.)
5	Une évaluation médicale (médecin de famille, pédiatre)
6	Une évaluation et/ou traitement à l'urgence d'un hôpital
7	Une évaluation et/ou suivi neurologique
8	Une évaluation psychologique (CJM, privé, scolaire, CSSS, hôpital)
9	Une évaluation intellectuelle (CJM, privé, scolaire, CSSS, hôpital)
10	Une évaluation en orthophonie
11	Un suivi en clinique externe de pédopsychiatrie par le psychiatre
12	Un suivi en clinique externe de pédopsychiatrie par un professionnel (équipe multidisciplinaire)
13	Un suivi médical (pédiatre, médecin de famille)
14	Une hospitalisation en pédopsychiatrie (si plus de 24 heures)
15	Une participation au programme de l'hôpital de jour en pédopsychiatrie
16	Un suivi psychologique (CJM, scolaire, CSSS, pédopsychiatrie, IVAC)
17	Un suivi professionnel d'un psychoéducateur ou travailleur social en CSSS
18	Un suivi professionnel d'un psychoéducateur ou travailleur social en milieu scolaire
19	Un suivi en orthophonie (privé, services publics ou scolaire)
20	Un suivi en ergothérapie (privé, services publics)
21	Un service d'éducateur de milieu du CRDI ou du CMR
22	Un service d'un organisme communautaire en santé mentale
☞ Si d'autres professionnels sont impliqués auprès du jeune veuillez préciser de quel service il s'agit.	

## FAMILLE

<p>En utilisant les chiffres ci-dessous, veuillez identifier les problématiques de santé mentale <b>diagnostiquées</b> dans la famille du jeune concerné pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mère et le père biologiques</li> <li>• La fratrie ou demi-fratrie biologique (excluant la fratrie de famille recomposée).</li> <li>• La famille élargie biologique (grand-parent, oncle, tante ou cousin).</li> </ul>	
<p>Dans la colonne « <b>source d'information</b> » veuillez indiquer la provenance de l'information</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tel que rapporté par une évaluation psychiatrique ou psychologique</li> <li>2. Tel que rapporté par la personne elle-même (ex. : la mère rapporte avoir ce diagnostic)</li> <li>3. Tel que rapporté dans le motif d'intervention (ex. : la mère est hospitalisée en psychiatrie, ou l'intervention est en lien avec la toxicomanie sévère du parent).</li> </ol>	
0	Aucun trouble de santé mentale diagnostiqué
?	Parent inconnu, information incomplète ou non disponible, évaluation non-complétée
1	Troubles envahissants du développement (TED, autisme, syndrome d'Asperger)
2	Encoprésie, énurésie
3	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH/TDA)
4	Trouble des conduites
5	Trouble oppositionnel avec provocation
6	Syndrome Gilles de la Tourette
7	Trouble de l'attachement
8	Schizophrénie et autres troubles psychotiques (schizophrénie, trouble psychotique)
9	Troubles dépressifs (dépression)
10	Trouble bipolaire
11	Trouble d'anxiété généralisé
12	Trouble panique
13	Trouble obsessionnel-compulsif
14	État de stress-post-traumatique
15	Phobie spécifique (incluant phobie sociale)
16	Troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
17	Trouble de l'adaptation
18	Trouble de personnalité limite (borderline)
19	Trouble de personnalité narcissique
20	Trouble de personnalité schizoïde
21	Trouble de personnalité antisociale
22	Trouble de personnalité paranoïaque
23	Trouble de personnalité schizotypique
24	Dépendance à une substance (alcool ou drogue altérant gravement le fonctionnement)
25	Retard mental (déficience intellectuelle)
26	Fonctionnement intellectuel limite (lenteur intellectuelle, intelligence frontière)



Dossiers		Trouble de santé mentale	Problématique				Médication psychotrope				Professionnels				Problématiques dans la famille											
Intervenant:	Numéros d'usager		Problématique #1	Problématique #2	Problématique #3	Problématique #4	Autre problématique (Spécifiez en vous référant, au besoin au feuillet d'instructions)	Prescription de médication #1	Prescription de médication #2	Prescription de médication #3	Prescription de médication #4	Autre médication (Spécifiez en vous référant, au besoin au feuillet d'instructions)	Services professionnels #1	Services professionnels #2	Services professionnels #3	Services professionnels #4	Autre professionnel (Spécifiez en vous référant, au besoin au feuillet d'instructions)	Mère	Source d'information	Père	Source d'information	Fratrie	Source d'information	Famille élargie	Source d'information	
1	123456																									
2	234567																									
3	345678																									
4	456789																									
5	567890																									
6	678901																									
7	789012																									
8	890123																									
9	901234																									
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										