

Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement II : évolution des jeunes et des familles une année plus tard

Quebec Youth Centers services for adolescents with conduct problems II: Youth and families' development one year later

Jean Toupin, Michèle Déry et Robert Pauzé

Volume 34, numéro 2, 2005

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097672ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097672ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Toupin, J., Déry, M. & Pauzé, R. (2005). Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement II : évolution des jeunes et des familles une année plus tard. *Revue de psychoéducation*, 34(2), 215–231. <https://doi.org/10.7202/1097672ar>

Résumé de l'article

Un nombre réduit d'études a évalué la réduction des difficultés chez les jeunes et les familles suite à la réception de services dans les Centres Jeunesse au Québec. De telles études sont pourtant utiles pour identifier les effets potentiellement attribuables à l'intervention, de même que pour vérifier si l'intensité des services reçus est associée à la diminution des difficultés. Cette étude décrit les services reçus par des adolescents (12-17 ans) et leur famille au cours d'une année en Centre Jeunesse, puis trace l'évolution des difficultés en lien avec l'intensité des services. L'échantillon est composé de 61 jeunes référés pour troubles de comportement en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (article 38H). Les résultats de la recherche suggèrent des changements significatifs dans les difficultés des adolescents une année plus tard, soit une diminution de l'opposition et de l'agression, des troubles de la conduite et de la délinquance. Des changements plus modestes sont également observés au plan du fonctionnement familial et de l'amélioration des relations parent-jeune. Toutefois, ces changements sont peu associés à l'intensité des services dispensés par les CJ, du moins sur une période d'une année. Des recommandations sont formulées pour la poursuite des recherches sur ce thème.

Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement II : Évolution des jeunes et des familles une année plus tard¹

Quebec Youth Centers services for adolescents with conduct problems II: Youth and families' development one year later

J. Toupin²

M. Déry²

R. Pauzé²

2. Groupe de recherche sur
les inadaptations sociales
de l'enfance (GRISE)
Université de Sherbrooke

Correspondance :
Jean Toupin, PhD
Professeur titulaire
Département de
psychoéducation
Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)
J1K 2R1
jean.toupin@usherbrooke.ca

Résumé

Un nombre réduit d'études a évalué la réduction des difficultés chez les jeunes et les familles suite à la réception de services dans les Centres jeunesse au Québec. De telles études sont pourtant utiles pour identifier les effets potentiellement attribuables à l'intervention, de même que pour vérifier si l'intensité des services reçus est associée à la diminution des difficultés. Cette étude décrit les services reçus par des adolescents (12-17 ans) et leur famille au cours d'une année en Centre jeunesse, puis trace l'évolution des difficultés en lien avec l'intensité des services. L'échantillon est composé de 61 jeunes référés pour troubles de comportement en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (article 38H). Les résultats de la recherche suggèrent des changements significatifs dans les difficultés des adolescents une année plus tard, soit une diminution de l'opposition et de l'agression, des troubles de la conduite et de la délinquance. Des changements plus modestes sont également observés au plan du fonctionnement familial et de l'amélioration des relations parent-jeune. Toutefois, ces changements sont peu associés à l'intensité des services dispensés par les CJ, du moins sur une période d'une année. Des recommandations sont formulées pour la poursuite des recherches sur ce thème.

Mots clés : adolescents, troubles de comportement, services, évolution

Abstract

A limited number of studies have evaluated the reduction in youths' and families' impediments following services from the Quebec Youth Centers. Such studies would nevertheless be useful to identify potential intervention effects, as well as to ascertain if service delivery intensity is related to impediment reduction. The purpose of this study is to describe services provided to adolescents (aged 12-17) and their family during

1. Cette recherche a bénéficié de l'appui financier du Conseil Québécois de la Recherche Sociale et de l'Université de Sherbrooke.

the course of a year, as well as impediment changes as a function of service delivery intensity. The sample comprised 61 youths referred for conduct problems under the Youth Protection Law (article 38H). Our results suggest there were significant changes in these adolescents' problems a year later, mainly in terms of decreased oppositional and aggressive behaviors, conduct disorders and delinquency. More modest changes in family functioning and improved parent-youth relationships were also noted. However, none of these changes were significantly related to the Youth Centers' different levels of service delivery intensity during this one-year period. Recommendations are made for future research in the field.

Key words: adolescents, conduct problems, service delivery, development

Bien connaître les caractéristiques des jeunes et des familles qui reçoivent des services des Centres jeunesse est un élément clé pour identifier les programmes d'intervention nécessaires afin de rencontrer les besoins spécifiques de la clientèle (Quinn & Epstein, 1998; Toupin, Pauzé, & Déry, 2005). Une information tout aussi importante pour offrir des services de qualité est de connaître l'évolution des difficultés des jeunes et des familles en lien avec les services offerts. Ceci permet notamment d'identifier les sous-groupes pour lesquels les services apparaissent plus adaptés et d'améliorer les services pour les autres (Rosen, 1999; Visser, VanderEnde, Koot, & Verhulst, 1999). Plusieurs études se sont intéressées au devenir des jeunes ayant reçu des services éducatifs et psychosociaux spécialisés (Blackorby & Wagner, 1996; Greenbaum et al., 1996; Pandiani, Schacht, & Banks, 2001; Way et al., 1997). Toutefois, nombre d'entre elles sont des études longitudinales qui évaluent les effets des programmes à très long terme grâce à des indicateurs tels l'incarcération, les arrestations et la réception de services de santé mentale à l'âge adulte. Malgré l'intérêt de telles études, elles ne permettent habituellement pas de faire un lien direct entre les services reçus et l'adaptation psychosociale des jeunes à l'âge adulte, puisqu'au fil du passage du temps, plusieurs facteurs autres que les services reçus sont susceptibles d'avoir influencé l'adaptation subséquente.

Un nombre réduit d'études s'est intéressé à décrire les changements observés chez les jeunes et les familles ayant reçu des services des Centres jeunesse du Québec. LeBlanc (1985) observait que peu de jeunes délinquants avaient complété leurs études et que seulement 30% n'avaient pas récidivé avant l'âge de 25 ans (LeBlanc, 1985). Bédard et Turcotte (1995) lors d'une étude des dossiers des jeunes recevant des services au Centre jeunesse du Bas St-Laurent estiment que 22% des jeunes et des familles connaissent une évolution générale positive suite à la prise en charge. Pauzé, Toupin, Déry et Hotte (1996) lors d'une étude auprès d'enfants âgés de 6 à 11 ans, notent que 12 mois après l'inscription dans les services au centre d'accueil de réadaptation, l'attitude des parents à l'égard de leur enfant est plus positive suite à un placement de l'enfant en internat. De plus, pour les enfants ayant eu un placement en internat et les enfants suivis en services externes, les parents sont moins punitifs une année plus tard. Au plan psychologique, les enfants présentent moins de symptômes d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée, d'hyperanxiété, de dépression, d'inattention/hyperactivité et de trouble oppositionnel une année après le début des services des centres de réadaptation. Enfin, on observe que les enfants placés en centre de réadaptation présentent moins de symptômes de trouble des conduites une année plus tard.

Malgré l'intérêt de ces résultats, des limites méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, notons que les études recensées datent d'avant la création des Centres jeunesse. Il est donc difficile d'affirmer que les résultats sont généralisables aux services actuellement offerts dans les Centres jeunesse du Québec. De plus, certaines études sont basées sur l'examen des dossiers et, ainsi, ne recourent pas à des mesures validées (Bédard & Turcotte, 1995). Enfin, relativement peu d'études ont examiné un sous-groupe relativement homogène plutôt que l'ensemble de la clientèle. Rappelons que les Centres jeunesse ont une clientèle variée par la nature et la gravité des abus, de la négligence et des difficultés comportementales. L'étude de sous-groupes plus homogènes offre l'avantage de permettre d'évaluer la contribution des services à la diminution de difficultés spécifiques.

Les travaux des États-Unis révèlent certaines similitudes avec les résultats des études québécoises. Toutefois, leur pertinence reste limitée en raison des différences dans les systèmes d'aide à l'enfance et des contextes légaux qui influencent la prise en charge. Clark, Prange, Lee, Steinhart-Stewart, McDonald et Boyd (1998), lors d'un suivi de 126 enfants placés à l'extérieur de la famille constatent une amélioration des difficultés comportementales et émotives 42 mois après le début de l'étude. Des résultats similaires sont observés par Greenbaum et al. (1998) pour un groupe plus important ($n = 628$) sur une période plus longue. Visser et al. (1999) ont examiné la stabilité des difficultés comportementales et émotives de jeunes âgés entre 4 ans et 18 ans, six ans plus tard. Les résultats suggèrent une bonne continuité des difficultés entre les deux temps de mesure, particulièrement pour les problèmes extériorisés. Toutefois, le recours à de simples corrélations pour mesurer la stabilité des difficultés s'avère insuffisant pour déterminer les caractéristiques du sous-groupe qui a eu une évolution cliniquement significative. Reddy et Pfeiffer (1997) ont procédé à l'examen de 40 études publiées entre 1974 et 1996 sur les effets du placement en famille d'accueil. Ils signalent des effets positifs de taille moyenne quant à la diminution des problèmes de comportement et l'amélioration de l'ajustement psychologique des enfants. Toutefois, ils constatent des lacunes importantes dans plusieurs études, puisque seulement 40% des recherches fournissent des informations de base sur les participants (âge, sexe, ethnie), que seulement 30% mentionnent le diagnostic principal de l'enfant et qu'aussi peu que 25% rapportent des informations relatives aux parents. Notons également que peu d'études recourent à plusieurs sources d'information pour établir l'évolution des enfants et des familles. Chamberlain et Friman (1997) estiment que les programmes d'intervention en centre d'accueil pour les jeunes ayant des conduites antisociales ne sont justifiés que par un nombre limité d'études. En résumé, si plusieurs études suggèrent certaines améliorations à la suite des interventions auprès des jeunes et des familles, aucune ne permet d'établir les effets des interventions contemporaines dans les Centres jeunesse au Québec auprès d'un groupe d'adolescents référés pour un même motif, et ce du point de vue de plusieurs répondants.

Rationnel de l'étude

Dans le contexte des interventions des Centres jeunesse destinées aux adolescents qui présentent des troubles de comportement, un objectif essentiel est la réduction de ces difficultés. De plus, vu les associations significatives entre les difficultés de comportement et diverses composantes des relations parents-adolescent (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986), l'amélioration de ces relations est

généralement un objectif d'intervention important dans la perspective d'un maintien ou d'une réinsertion dans la famille. Un objectif de cette étude est donc d'évaluer les changements dans les problèmes de comportement des adolescents et dans les relations parents-adolescents une année après le début de l'intervention en Centre jeunesse.

Certains travaux n'obtiennent pas de lien très clair entre l'intensité des services dispensés et la gravité des problèmes de comportement des jeunes (Toupin et al., 2005; Zimet, Farley, & Zimet, 1994). Il demeure cependant capital d'évaluer si l'intensité des services est associée à la réduction des difficultés des jeunes et des familles. En conséquence, un objectif de cette étude est d'estimer si une amélioration des difficultés est associée aux changements dans l'intensité des services offerts par les Centres jeunesse. En préalable à l'atteinte de ces objectifs, nous décrivons les services reçus par des adolescents référés pour trouble de comportement et leur famille au cours de la première année de la prise en charge en Centre jeunesse.

Méthodologie

Participants

L'échantillon est composé de 61 jeunes, âgés entre 12 et 17 ans, ayant reçu des services dans un Centre jeunesse du Québec au cours de la dernière année. Tous les jeunes avaient été référés avec l'accord de leurs parents en vertu de l'article 38H de la Loi de la protection de la jeunesse une année plus tôt. Les critères de sélection de l'échantillon sont décrits de manière détaillée dans l'étude de Toupin et al. (2005). Ces jeunes ($n = 60$) et leurs parents ($n = 61$) ont participé à une première phase de collecte de données au Centre jeunesse (voir Toupin et al., 2005). Le suivi longitudinal après une année a pu être complété pour 66.3% des parents et 65.2% des adolescents. Mentionnons également que seulement une partie des enseignants ont participé au deuxième temps de mesure, soit 42.6% ($n = 23$). Afin de vérifier un biais lié à une perte différentielle de participants, les caractéristiques des participants et des non participants ont été comparées au début de la prise en charge sur chacune des variables considérées dans ce texte. Les résultats n'indiquent aucune différence significative. Ceci suggère que l'attrition des participants ne remet pas en cause la représentativité de l'échantillon suivi une année plus tard.

Les intervenants responsables du dossier du jeune à la Direction de la protection de la jeunesse ont également été sollicités afin d'établir le type et la fréquence des services reçus au cours de l'année suivant le début de la prise en charge. Tous les intervenants ont accepté de participer à la recherche. Ils devaient alors établir la principale forme d'aide reçue au cours de la période de trois mois précédant l'entrevue, soit un placement en centre de réadaptation, un placement en famille d'accueil ou un maintien dans la famille avec suivi externe. Ces informations avaient pour but d'établir un portrait dynamique de la prise en charge au Centre jeunesse au cours de l'année, en distinguant les jeunes et les familles dont les services ont été stables (par exemple, un placement durant toute l'année) ou croissants (par exemple, un suivi externe au cours des six premiers mois et un placement en famille d'accueil ou en centre d'accueil au cours des six mois suivants), par rapport à ceux dont les services ont été décroissants (par exemple, un placement suivi de mesures d'accompagnement à l'externe ou un suivi externe et ensuite une fermeture de dossier).

Les participants à la recherche ont été regroupés en deux groupes selon leur trajectoire dans les services en Centre jeunesse. Le groupe ayant reçu des services stables ou croissants au terme d'une année est composé d'adolescents qui recevaient autant ou davantage de services une année après le début de l'intervention des Centres jeunesse qu'au moment de leur admission. Le groupe recevant des services décroissants est composé principalement de jeunes qui, soit n'ont plus de services ou encore bénéficient d'un suivi externe à la suite d'une intervention plus intensive. En raison de cette décroissance des services pour ce groupe, on s'attend à une réduction plus importante des difficultés d'adaptation des adolescents et des difficultés familiales une année plus tard.

Devis de recherche

Il s'agit d'un devis longitudinal à deux groupes (trajectoire de services croissante/stable, trajectoire de services décroissante) où les adolescents, les parents et les enseignants interviewés une année après l'entrevue initiale sont des informateurs indépendants. Les intervenants de la protection de la jeunesse sont sollicités à tous les trois mois pour décrire les services offerts au jeune et à la famille par le Centre jeunesse.

Déroulement de l'étude

Pour rencontrer les parents et les jeunes lors de la relance, un assistant de recherche formé à la passation des instruments de mesure les contactait afin de solliciter leur participation et fixer le moment d'une rencontre. Chacun des participants était vu individuellement pour une période d'environ 90 minutes. Les questionnaires administrés lors de la relance étaient identiques à ceux utilisés au début de l'étude. En guise de dédommagement pour leur participation, l'adolescent recevait 10\$ et le parent 25\$. Les enseignants complétaient le questionnaire lors d'une entrevue téléphonique, ou encore acheminaient par la poste le questionnaire auto-complété.

Pour obtenir des informations sur la nature et la fréquence des services reçus par le jeune et par la famille, un assistant de recherche contactait directement par téléphone le professionnel chargé de l'application des mesures au Centre jeunesse à tous les trois mois.

Mesures

Deux catégories de mesures sont à l'étude, choisies en fonction des objectifs de l'intervention en Centre jeunesse (réduire les difficultés des jeunes, améliorer les relations parents-jeune) et de leur sensibilité à un possible changement dans le temps.

Symptômes de troubles mentaux.

Le « Diagnostic Interview Schedule for Children - 2 Revised (DISC-R, Version 2.25) » a été conçu par Shaffer et al. (1993) dans le but d'évaluer la présence de symptômes et de troubles mentaux de l'axe I du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R, Association psychiatrique américaine, 1987) chez des jeunes de 9 à 17 ans. Lors d'une entrevue structurée avec le parent (ou avec l'adolescent), les questions permettent d'établir le nombre de symptômes au cours des

six derniers mois : anxiété généralisée, dépression majeure, trouble de l'attention/hyperactivité, trouble oppositionnel et trouble des conduites. La version française de ce questionnaire a été développée par l'équipe de recherche de Rivières-des-Prairies (Bergeron et al., 1992 ; Valla et al., 1994). La version administrée est adaptée aux critères du DSM-IV. La cohérence interne de la version française est généralement satisfaisante, quoique plus faible et plus étendue chez les adolescents que chez les parents. La stabilité test-retest est également satisfaisante (Breton et al., 1998).

Estime de soi

L'échelle d'estime de soi est tirée du « Self Description Questionnaire II » (SDQ-II) (Marsh, 1990). Elle comporte dix items sur la perception de soi. L'adolescent doit pour chacun des dix énoncés choisir parmi les six réponses possibles de « Faux » à « Vrai » celle qui reflète le plus ce qu'il ressent par rapport à lui-même. Un score élevé indique une estime de soi élevée. La cohérence interne et la stabilité temporelle du SDQ-II sont très satisfaisantes. Des données sur cette mesure étaient disponibles pour 53 adolescents.

Problèmes de comportement

Le « Child Behavior Checklist » (Achenbach, 1991) existe en plusieurs versions selon l'âge de l'enfant et le répondant au questionnaire (parent, enfant, enseignant). L'échelle destinée aux enseignants comporte 113 items énonçant des comportements problématiques des jeunes de 5 à 18 ans. Une échelle de type Likert en trois points (« ne s'applique pas », « plutôt vrai », « très vrai ») génère un score pour diverses catégories de problèmes, dont les problèmes intériorisés (retrait social, somatisation, anxiété-dépression) et les problèmes extériorisés (comportements délinquants et agressifs). Les propriétés psychométriques de l'échelle sont excellentes (Achenbach, 1991 ; Lowe, 1998). Le questionnaire permet également de recueillir certaines informations additionnelles sur la situation scolaire de l'enfant, dont le retard scolaire.

Fonctionnement familial

Le « Family Assesment Device » (FAD) conçu par Epstein, Baldwin et Bishop (1983) comporte diverses échelles dont l'une de 12 items permettant d'évaluer le fonctionnement familial général. Il s'agit d'un questionnaire autocomplété par le parent et par l'adolescent. Pour chaque énoncé, les répondants doivent choisir parmi quatre choix de réponse de « Fortement d'accord » à « Fortement en désaccord ». Un score élevé constitue un indice de dysfonctionnement familial. Byles, Byrne, Boyle et Offord (1988) ont évalué les propriétés psychométriques de l'échelle dans le cadre de la « Ontario Child Health Study ». Ils révèlent de très bons indices de cohérence interne et de validité de construit. Un répondant parent et six répondants adolescents n'ont pas complété cette échelle.

Qualité de la relation parent-enfant

L'Échelle d'attitude parentale (EAP) est la traduction française faite par Boisvert (1979) à partir du « Index of Parental Attitude » (Hudson & Schlachter, 1978). Elle fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaboré par Hudson (1982) et Guili et

Hudson (1977) dans lequel on retrouve également le Child Attitude towards Mother (CAM), traduite par Boisvert (1980), et le Child Attitude towards Father (CAF), traduite par Boisvert et Comeau (1985). Ces trois instruments permettent d'évaluer la qualité de la relation parent-adolescent du point de vue du parent répondant et du point de vue de l'adolescent. Le questionnaire autocomplété comporte 25 énoncés pour lesquels cinq choix de réponses sont possibles. L'étendue des scores varie entre 0 et 100 et des analyses ont démontré qu'un score égal ou supérieur à 30 représente un indice d'une relation difficile. Les propriétés psychométriques de ces instruments sont très satisfaisantes tant pour la cohérence interne et la fidélité test-retest que la validité de convergence. Un parent répondant et huit répondants adolescents n'ont pas complété cette mesure.

Pratiques éducatives des parents

Le questionnaire sur les pratiques éducatives des parents est une traduction du « Alabama Parenting Questionnaire » (APQ) élaboré par Shelton, Frick et Wootton (1996). Il vise à identifier les pratiques éducatives du parent à l'égard de l'adolescent. Le questionnaire comporte 36 items mesurant cinq dimensions des pratiques éducatives (la version originale de l'APQ comportait 42 items), à savoir : l'engagement parental, les pratiques éducatives positives, les lacunes dans la supervision, l'incohérence de la discipline et les punitions corporelles. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert allant de « Jamais » à « Toujours ». La cohérence interne de l'APQ est satisfaisante sauf pour l'échelle sur la punition corporelle qui est plus faible, en particulier parce qu'elle ne contient que 3 items. Ces échelles ont été complétées par l'ensemble des répondants parents à l'exception d'un seul, sauf pour l'échelle d'engagement parental où trois répondants n'ont pas répondu. Chez les adolescents sept participants n'ont pas rempli le questionnaire.

Résultats

Le portrait des services offerts aux jeunes et aux familles par le Centre jeunesse peut être fait sous deux angles complémentaires. D'une part, sous l'angle plus statique des services dispensés au cours des trois premiers et des trois derniers mois, et d'autre part, sous l'angle plus dynamique des trajectoires dans les services.

La figure 1 montre le pourcentage des adolescents qui recevaient les divers types de services au cours des trois premiers mois de la prise en charge. On constate que le type d'intervention le plus fréquent est le placement en centre d'accueil de réadaptation (57%), puis le suivi à l'externe (23%) et enfin, le placement en famille d'accueil (20%).

La figure 2 présente la proportion d'adolescents recevant divers types de services entre le 9e et le 12e mois après le début de la prise en charge. Les résultats indiquent que près du quart des jeunes et des familles ne recevaient plus de services (23%). Les résultats indiquent également que près de la moitié (49%) des jeunes et des familles sont maintenant suivis à l'externe. Enfin, un peu plus du quart des jeunes sont placés en milieu substitut, soit 8% en famille d'accueil et 20% en centre d'accueil.

Lorsque ces résultats sont comparés avec les services offerts au cours des trois premiers mois de la prise en charge, on observe des changements importants. Le

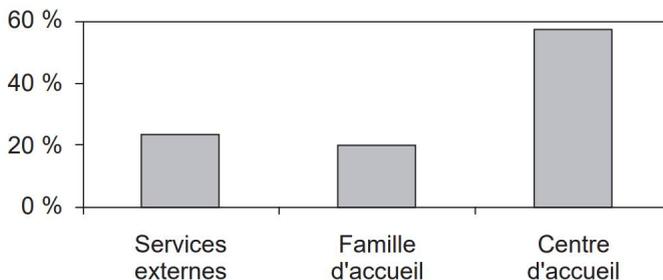


Figure 1. Pourcentage des participants recevant divers types de services des CJ au cours des trois premiers mois de la prise en charge.

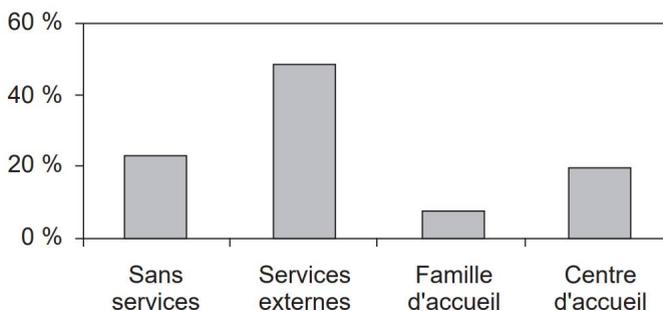


Figure 2. Pourcentage des participants recevant divers types de services des CJ entre le 9e et le 12e mois de la prise en charge.

placement en milieu substitut qui représentait plus de 75% des services au début de la prise en charge, en constitue à peine 25% une année plus tard. De même, le suivi à l'externe qui touchait moins de 25% des jeunes et des familles, caractérise une année plus tard près de la moitié de l'échantillon. Il y a donc des changements dans les services offerts tant pour la proportion de jeunes recevant des services que leur intensité.

Les tendances de groupe observées ne signifient pas pour autant que tous les adolescents reçoivent moins de services. Il est utile de créer des groupes selon l'évolution dans les services reçus au Centre jeunesse. Tel que mentionné dans la section « Méthodologie » cet exercice permet d'identifier deux sous-groupes selon la progression dans l'intensité des services utilisés. La figure 3 montre la décroissance dans l'intensité des services des CJ une année après le début de la prise en charge pour plus de la moitié de l'échantillon (62.3%, $n = 38$). Elle indique également qu'un petit groupe reçoit des services plus intenses (4.9%, $n = 3$), tandis que plusieurs adolescents reçoivent les mêmes services pendant toute l'année (32.8%, $n = 20$). Précisons que dans le cas du sous-groupe recevant des services plus intenses une année après le début de la prise en charge, tous les jeunes sont placés en centre de réadaptation. Par ailleurs, parmi le groupe qui reçoit des services stables au cours de toute l'année, certains recevaient des services externes (35%) tandis que d'autres étaient placés en famille d'accueil (20%) ou en centre de réadaptation (45%). Enfin, dans le cas du sous-groupe ayant des services décroissants de la part du Centre

jeunesse au cours de l'année, 36.8% n'ont plus de services, 60.5% bénéficient d'un suivi externe et 2.6% sont en famille d'accueil.

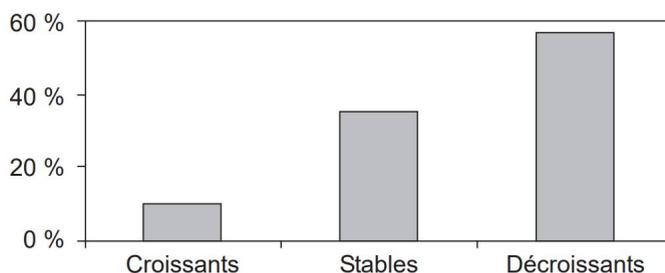


Figure 3. Pourcentage des participants dans diverses trajectoires de prise en charge par les CJ au cours d'une année.

La stratégie d'analyse retenue pour rencontrer le second objectif de la recherche est d'utiliser une analyse de variance à mesures répétées afin de détecter les changements chez les adolescents et dans les familles entre les deux temps de mesures. L'intérêt est de vérifier la diminution des difficultés entre le début de la prise en charge et une année plus tard. Nous nous intéressons également à la diminution des difficultés en fonction des trajectoires de prise en charge (stable et croissante vs décroissante). Les statistiques d'intérêt sont donc celles permettant la détection d'un effet significatif en fonction du temps ou encore en fonction de l'interaction entre le temps et le groupe. Dans le premier cas, l'effet signale une amélioration ou une détérioration dans le fonctionnement de l'adolescent ou de la famille une année plus tard. Dans le second cas, le changement dans le fonctionnement observé est spécifique à l'un des groupes analysés selon la trajectoire dans les services (croissante-stable vs décroissante).

Le tableau 1 présente les moyennes observées pour les divers symptômes de troubles mentaux présentés par l'adolescent lors de la première évaluation et une année plus tard selon la trajectoire dans les services (croissante-stable et décroissante). Les résultats permettent de constater des changements significatifs dans le sens attendu en fonction du temps, sur plusieurs symptômes évalués selon le parent : les symptômes de dépression ($F(2, N = 61) = 9.3; p \leq .005$), de déficit d'attention/hyperactivité ($F(2, N = 61) = 54.3; p \leq .001$), d'opposition ($F(2, N = 61) = 61.3; p \leq .001$), de trouble des conduites ($F(2, N = 61) = 50.9; p \leq .001$). La réduction de certaines de ces difficultés est également confirmée du point de vue de l'adolescent : les symptômes de dépression ($F(2, N = 60) = 12.2; p \leq .001$), d'opposition ($F(2, N = 60) = 25.0; p \leq .001$) et de trouble des conduites ($F(2, N = 60) = 20.2; p \leq .001$). De plus, les résultats suggèrent une amélioration significative de l'estime de soi ($F(2, N = 53) = 10.4; p \leq .005$). Dans tous ces cas les résultats obtenus vont dans la même direction soit la réduction des difficultés psychologiques entre l'évaluation initiale et une année plus tard. La diminution des symptômes est importante, puisqu'elle varie entre 0.6 et 5.3 symptômes, en moyenne, selon les types de problèmes, d'après le répondant parent. Dans certains cas, plus de 50% des symptômes se sont résorbés au second temps de mesure. La réduction moyenne rapportée par les adolescents varie entre 1.0 et 1.8 symptômes selon les types de symptômes.

Le tableau 1 permet également de déceler deux interactions statistiquement significatives qui concernent le nombre de symptômes de déficit d'attention/hyperactivité ($F(2, N=61) = 7.6; p \leq .01$) et d'opposition ($F(2, N=61) = 4.1; p \leq .05$) de l'adolescent selon le parent. Nos résultats suggèrent une baisse plus marquée de ces symptômes chez les adolescents qui ont reçu des services décroissants au cours de l'année. En effet, on constate pour les symptômes de déficit d'attention/hyperactivité une baisse de 5.3 symptômes par rapport à 2.4 symptômes et pour les symptômes d'opposition de 3.6 contre 2.1.

En moyenne, en considérant les symptômes pour lesquels des différences dans le temps ont été détectées selon le parent (dépression, déficit d'attention, opposition, trouble des conduites), la réduction des symptômes est de 3.4 pour les jeunes de la trajectoire des services décroissants et de 1.6 pour les jeunes de la trajectoire des services croissants-stables. Du point de vue des adolescents les résultats sont respectivement 1.6 et 1.2. Ces résultats laissent entendre que la diminution de l'intensité des services reçus au cours de l'année est associée à la fréquence des symptômes d'opposition et d'inattention-hyperactivité selon le parent, mais pas aux autres types de symptômes (anxiété, dépression, trouble des conduites) ni à la perception de la sévérité des symptômes qu'à l'adolescent lui-même.

Tableau 1
Évolution psychologique des adolescents un an plus tard selon la trajectoire dans les services

Profil psychologique de l'adolescent	Évaluation initiale trajectoire de services croissants-stables / décroissants ($n = 23$)				Évaluation après un an trajectoire de services croissants-stables / décroissants ($n = 38$)			
	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)
Nombre de symptômes (selon le parent)								
Anxiété	2,8	(2,4)	2,4	(2,3)	2,8	(2,5)	1,8	(2,2)
Dépression	3,0	(3,1)	3,6	(3,1)	2,4	(3,1)	1,1	(2,1)
Déficit d'attention/hyp.	10,5	(4,9)	11,1	(4,5)	8,0	(5,9)	5,7	(4,7)
Opposition	5,2	(2,7)	5,0	(2,5)	3,0	(3,4)	1,4	(2,1)
Trouble des conduites	2,7	(1,4)	3,1	(1,8)	1,5	(1,4)	1,0	(1,4)
Nombre de symptômes (selon le jeune)								
Anxiété	1,3	(2,1)	1,1	(2,0)	1,9	(1,8)	1,5	(2,1)
Dépression	2,7	(3,0)	1,9	(2,6)	1,5	(2,7)	0,7	(1,7)
Déficit d'attention/hyp.	4,6	(4,6)	6,0	(3,4)	4,3	(5,0)	4,1	(3,4)
Opposition	1,8	(2,0)	2,4	(1,9)	0,8	(1,3)	0,7	(1,2)
Trouble des conduites	2,5	(2,3)	3,1	(2,6)	1,9	(2,2)	1,3	(1,5)
Estime de soi (selon le jeune)								
	43,4	(13,9)	48,8	(7,31)	49,6	(12,1)	52,2	(7,8)

Le tableau 2 confirme certains des résultats précédents du point de vue de l'enseignant. Le tableau présente les moyennes à diverses échelles de problèmes de comportement. Des changements significatifs sont observés en fonction du temps pour les échelles comportements délinquants ($F(2, N = 23) = 11.1; p \leq .005$), comportements agressifs ($F(2, N = 23) = 6.4; p \leq .005$) et symptômes extériorisés ($F(2, N = 23) = 8.7; p \leq .01$). Notons toutefois que l'échelle des symptômes extériorisés est une sommation des échelles comportements délinquants et comportement agressifs. Dans tous ces cas, une diminution des scores est notée, indiquant une baisse dans le niveau de difficultés du jeune selon l'enseignant. Cette baisse est en moyenne (échelle des comportements délinquants et échelle des comportements agressifs) de 7.5 points pour les adolescents ayant une trajectoire de services croissants-stables et de 3.3 pour ceux ayant une trajectoire de services décroissants. Toutefois, aucune interaction entre le temps et la trajectoire dans les services n'atteint le seuil statistique requis, ce qui signifie qu'il n'y a pas d'évolution différentielle dans le temps selon les groupes.

Tableau 2
Évolution des problèmes de comportements des adolescents (selon l'enseignant)
un an plus tard selon la trajectoire dans les services

Problèmes de comportement de l'adolescent	Évaluation initiale trajectoire de services croissants-stables / décroissants				Évaluation après un an trajectoire de services croissants-stables / décroissants			
	<i>(n = 9)</i>		<i>(n = 14)</i>		<i>(n = 9)</i>		<i>(n = 14)</i>	
	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)
Score sur l'échelle (selon l'enseignant)								
Retrait social	6,0	(4,8)	5,2	(2,7)	5,1	(4,4)	5,8	(4,4)
Plaintes somatiques	3,8	(2,2)	2,1	(1,7)	2,6	(2,5)	2,5	(3,0)
Anxiété/dépression	12,	(6,4)	12,8	(5,1)	11,6	(5,8)	10,6	(9,5)
Problèmes sociaux	8,8	(3,9)	7,8	(2,7)	8,2	(4,4)	6,1	(5,5)
Problèmes d'attention	23,6	(8,4)	24,4	(6,1)	22,1	(7,6)	19,6	(8,9)
Comportements délinquants	12,8	(4,1)	10,5	(3,1)	7,0	(3,4)	8,8	(4,0)
Comportements agressifs	31,	(12,2)	24,	(11,0)	22,0	(7,8)	20,0	(15,2)
Symptômes intériorisés	20,8	(10,6)	19,1	(6,6)	18,4	(9,4)	18,2	(14,5)
Symptômes extériorisés	43,8	(15,4)	35,4	(13,1)	29,0	(10,6)	28,8	(18,4)

Le tableau 3 présente les moyennes obtenues aux diverses échelles qui mesurent le fonctionnement familial, les relations parents-jeune et les pratiques éducatives des parents. Les analyses de variance établissent des différences significatives en fonction du temps sur le fonctionnement familial selon le parent ($F(2, N = 60) = 8.2; p \leq .01$) et le jeune ($F(2, N = 54) = 4.7; p \leq .05$) et sur la qualité de la

relation selon le parent ($F(2, N = 60) = 18.6; p \leq .001$) et le jeune ($F(2, N = 52) = 4.2; p \leq .05$). Ces résultats indiquent une amélioration du fonctionnement familial et une diminution des difficultés dans les relations parent-jeune une année après le début des services dans le Centre jeunesse. Au plan des pratiques éducatives des parents, on constate une meilleure supervision ($F(2, N = 60) = 16.2; p \leq .001$), une discipline plus cohérente ($F(2, N = 60) = 13.2; p \leq .001$) et moins de punitions corporelles selon le parent ($F(2, N = 60) = 15.3; p \leq .001$). Il n'y a pas de différences significatives pour l'engagement et les pratiques éducatives positives des parents. Notons qu'il n'y a aucune différence significative rapportée par les adolescents sur les pratiques éducatives en fonction du temps ou de la trajectoire.

Les changements observés dans les relations familiales une année plus tard sont généralement modestes bien que statistiquement significatifs. Par exemple, le fonctionnement familial (évalué selon le parent) passe d'un score de 2.2 à un score de 2.0 pour le groupe ayant des services croissants-stables et de 2.1 à 1.9 pour le groupe ayant des services décroissants.

Un seul effet d'interaction entre le temps et la trajectoire dans les services est observé. L'engagement des parents dont l'adolescent est dans une trajectoire de service décroissante est supérieur à celui des parents dont le jeune est sur une trajectoire de services croissants ou stables ($F(2, N = 58) = 6.1; p \leq .05$). Ce résultat semble suggérer qu'un engagement parental plus grand coïncide avec une diminution dans l'intensité des services offerts à l'adolescent.

Tableau 3
Évolution des relations parents-adolescent un an plus tard selon la trajectoire dans les services

Relations familiales	Évaluation initiale trajectoire de services croissants-stables / décroissants ($n = 22$)				Évaluation après un an trajectoire de services croissants-stables / décroissants ($n = 22$)			
	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)
Fonctionnement familial								
Selon le parent	2,2	(0,6)	2,1	(0,6)	2,0	(0,6)	1,9	(0,5)
Selon l'adolescent	2,3	(0,6)	2,5	(0,6)	2,1	(0,5)	2,2	(0,6)
Qualité de la relation								
Selon le parent	34,0	(14,6)	35,8	(11,8)	30,2	(11,0)	26,3	(13,5)
Selon l'adolescent	29,8	(19,2)	34,2	(22,8)	23,3	(19,3)	28,4	(22,7)
Pratiques éducatives des parents (selon le parent)								
Engagement	3,7	(0,5)	3,6	(0,5)	3,6	(0,5)	3,8	(0,5)
Pratiques positives	4,0	(0,8)	4,1	(0,5)	3,8	(0,6)	4,1	(0,6)
Supervision	2,4	(0,6)	2,5	(0,6)	2,0	(0,5)	2,2	(0,6)
Incohérence	2,8	(0,5)	2,8	(0,6)	2,6	(0,6)	2,5	(0,4)
Punition corporelle	1,2	(0,3)	1,1	(0,2)	1,1	(0,2)	1,0	(0,1)

Tableau 3 (suite)
Évolution des relations parents-adolescent un an plus tard selon la trajectoire dans les services

Relations familiales	Évaluation initiale trajectoire de services croissants-stables / décroissants (n = 18) (n = 35)				Évaluation après un an trajectoire de services croissants-stables / décroissants (n = 18) (n = 35)			
	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)	Moy.	(e.t.)
	Pratiques éducatives des parents (selon l'adolescent)							
Engagement	3,3	(0,8)	3,6	(1,2)	3,2	(0,9)	3,4	(0,9)
Pratiques positives	3,7	(0,9)	3,6	(1,4)	3,5	(1,1)	3,7	(1,0)
Supervision	2,4	(0,7)	2,8	(1,1)	2,4	(0,5)	2,6	(0,7)
Incohérence	2,7	(0,8)	2,9	(1,1)	2,4	(0,8)	2,9	(0,5)
Punition corporelle	1,1	(0,2)	1,5	(1,2)	1,2	(0,5)	1,2	(0,4)

Discussion

L'étude suggère des changements significatifs dans le profil psychologique des adolescents et dans les relations familiales une année après le début de la prise en charge dans les Centres jeunesse. En effet, les parents, les adolescents et les enseignants indiquent une diminution significative de l'opposition et de l'agression, des troubles de la conduite et de la délinquance. La crédibilité de cette affirmation est renforcée par le fait qu'elle est basée sur plusieurs répondants et, dans le cas des enseignants, que ce ne sont pas les mêmes informateurs aux deux temps de mesure. Les parents et les jeunes signalent également un meilleur fonctionnement familial et une amélioration des relations parent-jeune. D'autres gains sont notés par un seul répondant, soit au plan du déficit d'attention (selon le parent), de l'estime de soi (selon le jeune) et de certaines pratiques éducatives (selon le parent).

Ces données suggèrent donc que les adolescents ont une meilleure santé psychologique une année plus tard et que les relations dans la famille se sont améliorées. Cette amélioration n'est pas uniquement statistiquement significative, elle apparaît également cliniquement significative, puisque les évaluations révèlent généralement une réduction importante du nombre des symptômes présentés. Par contre, dans le cas des aspects familiaux, la diminution des difficultés entre les deux temps de mesure est moins forte. En effet, les améliorations lorsqu'elles sont statistiquement significatives, représentent du tiers à la demie d'un écart-type entre les deux moments de mesures. Ces résultats transposés sur une échelle de type Likert en cinq points peuvent difficilement être qualifiés de cliniquement significatifs.

Les résultats significatifs qu'ils concernent la santé psychologique du jeune ou les relations familiales ne peuvent toutefois être interprétés comme directement explicables par les effets de l'intervention dispensée par le Centre jeunesse. En effet, en l'absence d'un groupe témoin, il nous est impossible de présumer quelle aurait été l'évolution « naturelle » d'un groupe de jeune présentant des difficultés comparables. Néanmoins, il faut également considérer l'hypothèse qu'en l'absence d'intervention,

l'évolution naturelle aurait pu être une détérioration du fonctionnement de l'adolescent et de la famille.

L'étude relève quelques relations significatives entre la diminution des difficultés et l'intensité des services offerts au jeune au cours de l'année. En effet, les jeunes recevant des services décroissants au cours de l'année manifestent moins de symptômes d'hyperactivité et d'opposition selon le parent un an plus tard. De plus, les jeunes recevant des services décroissants ont des parents plus engagés vis-à-vis eux une année plus tard. Toutefois, aucun autre élément du profil psychologique du jeune ou du fonctionnement familial selon le jeune ne distingue le groupe qui reçoit des services décroissants. Les résultats suggèrent donc une certaine modulation de l'intervention en fonction des difficultés, soit de la réduction de l'opposition et de l'inattention/hyperactivité de l'adolescent, de même que l'engagement parental, mais de façon partielle et modeste. Dans le cas d'adolescents référés pour troubles de comportement, il était attendu que la diminution des symptômes du trouble des conduites soit associée à une diminution des services. Parallèlement, il était anticipé que l'amélioration des aspects familiaux susceptibles d'avoir le plus de liens avec les troubles de comportement (supervision, incohérence des pratiques éducatives, qualité de la relation) serait associée à une diminution des services une année plus tard. Nos résultats ne confirment pas ces hypothèses. Ce résultat correspond toutefois à d'autres travaux qui suggèrent que l'association entre les difficultés des jeunes et des familles et l'intensité de l'intervention est peu spécifique (Schuerman, Rossi, & Budde, 1999 ; Toupin et al., 2005).

Nos résultats sont difficilement comparables avec ceux d'autres études québécoises (Bédard & Turcotte, 1995 ; LeBlanc, 1983, 1985 ; Pausé et al., 1996) soit pour des raisons méthodologiques, soit parce que les interventions se sont déroulées à une autre époque, soit les années '80. Néanmoins, comme pour cette étude, des améliorations significatives chez les adolescents sont observées une année plus tard, à tout le moins pour un sous-groupe d'entre eux (Bédard & Turcotte, 1995 ; Pausé et al., 1996).

Les limites méthodologiques de l'étude doivent être mentionnées. Tout d'abord l'échantillon à l'étude provient d'un seul Centre jeunesse et concerne des adolescents référés en vertu de l'article 38H de la LPJ, avec l'accord des parents, ayant fait l'objet d'un placement « 0-30 jours » (mesures d'urgence). Ces jeunes et leur famille ne représentent pas toute la gamme de la clientèle des Centres jeunesse. Les conclusions de notre étude ne sont donc susceptibles de s'appliquer qu'à un sous-groupe de la clientèle des Centres jeunesse. De plus, l'échantillon étudié permet de disposer d'une puissance statistique limitée. Ceci peut avoir pour conséquences de réduire notre capacité à détecter des différences significatives en fonction du temps et en fonction des groupes. En particulier, le faible nombre d'évaluations selon les enseignants n'offre qu'une puissance statistique limitée. De plus, l'évaluation des services reçus demeure limitée puisqu'elle ne précise pas la nature exacte et la qualité des services reçus. Enfin, il faut reconnaître que la croissance ou la décroissance des services offerts aux jeunes et aux familles au cours d'une année dans les Centres jeunesse ne sont pas exclusivement associées à l'évolution de leurs difficultés. Des contingences financières, administratives et légales peuvent affecter les services offerts. Or, ces aspects n'ont pas été évalués dans cette recherche.

Des travaux sur l'évolution des jeunes de divers âges, de même que sur les changements familiaux qui surviennent alors qu'ils reçoivent des services des Centres jeunesse mériteraient d'être poursuivis. En plus d'établir les points communs et la spécificité de diverses régions du Québec, de telles données pourraient contribuer à identifier divers types de difficultés, à diverses périodes de développement qui s'avèrent plus sensibles aux programmes d'intervention mis en place dans les Centres jeunesse. Il existe encore bien peu d'études qui traitent de l'évolution des jeunes ayant des troubles de comportement qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse. Considérant qu'en 1999, l'enquête sur l'incidence des problèmes signalés à la protection de la jeunesse révélait 18,272 signalements (taux de 11.0 par 1000) (Tourigny et al., 2002), l'importance du phénomène justifierait davantage d'efforts. À cet effet, le suivi des jeunes et des familles des Centres jeunesse mériterait d'être prolongé. Cette recherche a montré que près de 80% des adolescents recevaient toujours des services une année après le début de la prise en charge. Ceci suggère que des changements peuvent encore s'opérer dans leur fonctionnement et que les bénéfices d'une intervention à plus long terme mériteraient d'être évalués.

Références

- Achenbach, T.M. (1991). *Manuel for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of psychiatry.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual : Mental Disorders (3d- Revised (DSM-III-R))*, Washington, DC: Author.
- Bédard, J., & Turcotte, P. (1995). *État des dossiers-usagers et description de parcours d'usagers dans le système de services*. Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, 73 p.
- Bergeron, L., Valla, J.P., & Breton, J.J. (1992). Pilot study for the Quebec child mental health survey : Part II. Correlates of DSM-III-R criteria among six to 14 year olds. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 381-386.
- Blackorby, J., & Wagner, M. (1996) Longitudinal postschool outcomes of youth with disabilities: Findings from the National Longitudinal Transition Study. *Exceptional Children* 62(5), p.399-413.
- Boisvert, J-M. (1980). *Un ensemble de mesures cliniques : Traduction de l'attitude de l'enfant vis-à-vis de sa mère*. Document inédit.
- Boisvert, J-M. (1979). *Un ensemble de mesures cliniques : Évaluation des attitudes parentales*. Document inédit.
- Boisvert, J-M., & Comeau, S. (1985). *Un ensemble de mesures cliniques : Traduction de l'attitude de l'enfant face à son père*. Document inédit.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC-2.25) in Quebec : Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M.H., & Offord, D.R. (1988). Ontario child health study: reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27 (1), p.97-104.
- Chamberlain, P., & Friman, P.C. (1997). Residential programs for antisocial children and adolescents. In David M. Stoff, James Breiling and Jack D. Maser (Eds). *Handbook of Antisocial Behavior*, (pp. 406-424). New York: Wiley.
- Clark, H.B., Prange, M.E., Lee, B., Steinhardt Stewart, E., Barrett McDonald, B., & Boyd, LA. (1998). An individualized wraparound process for children in foster care with emotional/behavioral disturbances: Follow-up findings and implications from a controlled study. In M.H. Epstein, K. Kutash and A. Duchnowski (Eds). *Outcomes for Children and Youth with Emotional and Behavioral Disorders and their Families* (pp. 513-541).
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital & Family Therapy*, 9(2), p.171-180.

- Greenbaum, P.E., Dedrick, R.F., Friedman, R.M., Kutash, K., Brown, E.C., Lardieri, S.P., & Pugh, A.M. (1996). National Adolescent and Child Treatment Study (NACTS): Outcomes for children with serious emotional and behavioral disturbance. In Epstein, K., Kutash, Duchnowski, A. (Eds) *Outcomes for Children and Youth with Emotional and Behavioural Disorders and their Families: Programs and Evaluation Best Practices* (pp. 21-54). Austin, Texas: Pro-Ed.
- Guili, C.A., & Hudson, W.W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice : The child's point of view. *Journal of Social Service Research, 1*, 1.
- Hudson, W.W. (1982). *The Clinical Measurement Package: A field Manual*. Illinois: Dorsey Press.
- Hudson, W.W., & Schlachter, K. (1978). *Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: The parent's point of view*. Honolulu, University of Hawaii, School of Social Work. Document inédit.
- LeBlanc, M. (1985). De l'efficacité d'internats québécois. *Revue Canadienne de Psycho-éducation, 14*(2), 113-119.
- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Michael Tonry and Norval Morris (Eds). *Crime and Justice* (29-149). Chicago : The University of Chicago Press.
- Lowe, L.A. (1998). Using the Child Behavior Checklist in assessing conduct disorder: Issues of reliability and validity. *Research on Social Work Practice, 8*(3), 286-301.
- Marsh, H.W. (1990). A multidimensional hierarchical model of self-concept : Theoretical and empirical justification. *Education Psychology Review, 2*(2), 77-172.
- Pandiani, J.A., Schacht, L.M., & Banks, S.M. (2001). After children's services: A longitudinal study of significant life events. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9*(2), 131-138.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., & Hotte, J.P. (1996). Étude des caractéristiques sociofamiliales et personnelles associées au placement d'enfants en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans la région de Montréal. Rapport de recherche. Groupe de recherche sur les inadaptations graves de l'enfance, Université de Sherbrooke.
- Quinn, K.P., & Epstein, M.H. (1998). Characteristics of children, youth and families served by local interagency systems of care. In M.H. Epstein, K. Kutash and A. Duchnowski (Eds). *Outcomes for Children and Youth with Emotional and Behavioral Disorders and their Families* (pp. 81-114) Austin, Texas: Pro-Ed.
- Reddy, L.A., & Pfeiffer, S.I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents : A review of outcome studies. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(5), 581-588.
- Rosen, M. (1999). Treating child welfare children in residential settings. *Children and Youth Services Review, 21*(8), 657-676.
- Schuerman, J., Rossi, P.H., & Budde, S. (1999). Decisions on placement and family preservation: Agreement and targeting. *Evaluation Review, 23*(6), 599-618.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C.K., & Regier, D. (1993). The diagnostic interview for children-revised version (DISC-R) : I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 643-650.
- Shelton, K.K., Frick, P.J., & Wootton, J. (1996). The assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*(3), 317-329.
- Toupin, J., Pauzé, R., & Déry, M. (2005). Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement I : Associations avec les difficultés des jeunes et des familles. *Revue de psychoéducation, 34*(2), 17-39.
- Toupin, J., Pauzé, R., & Déry, M. (2002). Étude des déterminants des services reçus par les jeunes et leur famille dans les Centres jeunesse. *Rapport de recherche présenté au Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture*. Dépôt légal : Bibliothèque Nationale du Québec, 86p.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M.-C. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal: Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales.

- Valla, J.P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to access DSM-III-based diagnoses in children (6-11 years) : Development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (4), 403-423.
- Visser, J.H., VanderEnde, J., Koot, H.M., & Verhulst, F.C. (1999). Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1560-1568.
- Way, B.B., McCormick, C.T., Evans, M.E., Banks, S., Fasnacht, R., & Bigley, M. (1997). Where have all the children gone? Movement from child to adult mental health systems. *Journal of Child and Family Studies*, 6 (1), 57-67.
- Zimet, S.G., Farley, G.K., & Zimet, G.D. (1994). Home behaviors of children in three treatment settings: An outpatient clinic, a day hospital, and an inpatient hospital. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (1), p. 56-59.