
Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ)

**Sous la présidence de Madame
Régine Laurent**

Mémoire présenté par

**Le Regroupement des médecins et
des infirmières en Centre jeunesse**



RESPONSABILITÉ RÉDACTIONNELLE :

Yves Lambert md, CCMF, FCMF.

Nancy Ferlatte inf., B.Sc.Inf.

Anne-Chloé Bissonnette, md.

Manon Duchesne, md.

En collaboration avec :

Catherine Genest inf. M.Sc.Inf.

AVANT-PROPOS

Nous sommes un groupe de médecins et d'infirmières qui œuvrent en centre jeunesse et qui souhaitent pouvoir faire part de nos observations à la commission.

Le regroupement des médecins et infirmières œuvrant en centre jeunesse existe depuis la fin des années 1990. Depuis le début de son existence, le regroupement a été un organe de formation et de développement pour les médecins et les infirmières œuvrant en centre jeunesse. De plus, il a soutenu l'association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) en émettant des recommandations lorsque des enjeux touchant la santé étaient soulevés. Il s'est aussi intéressé aux spécificités de la pratique « santé » et avait proposé un guide de pratique à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). Ce regroupement est toutefois inactif depuis 2015 à la suite de réformes au sein du système de santé.

C'est donc avec une perspective particulière, à la fois basée sur une observation directe des activités qui prennent place dans les centres de réadaptation, ainsi que sur une réflexion plus globale soutenue par la littérature scientifique, que nous vous présentons humblement cette réflexion.

Bien que nos commentaires reflètent plusieurs aspects problématiques de ce que nous voyons dans notre pratique en centre jeunesse, il nous importe de reconnaître que la vaste majorité des intervenants, professionnels, cadres des centres jeunesse œuvrent avec professionnalisme, mais aussi avec beaucoup de cœur et de dévouement.

Toutefois, la collaboration entre les différents professionnels impliqués auprès de ces jeunes gagnerait à être bonifiée pour favoriser une prise en charge systémique de cette population vulnérable. En effet, ces jeunes nécessitent une approche bio-psycho-sociale.

Nous espérons que notre réflexion pourra faire évoluer le débat, et ainsi améliorer la sécurité et le développement des jeunes confiés à la Direction de la protection de la jeunesse.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	IV
PARTIE I :	1
LA SANTÉ DES JEUNES DE LA DPJ	1
1) LES JEUNES EN CENTRE DE RÉADAPTATION SONT EXTRÊMEMENT VULNÉRABLES SUR LE PLAN DE LA SANTÉ	1
I. <i>L'étude de Frappier et collaborateurs</i>	1
II. <i>L'étude Felitti et Anda</i>	6
2) LA PRISE DE MÉDICATION EST PLUS COMMUNE CHEZ LES JEUNES HÉBERGÉS	7
PARTIE II :	8
L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES JEUNES	8
1) LORS DU PROCESSUS D'ÉVALUATION	8
2) LORS DE L'HÉBERGEMENT	9
I. <i>L'évaluation initiale à améliorer</i>	9
II. <i>Une prise en charge longitudinale à optimiser</i>	11
III. <i>La place prépondérante des habitudes de vie dans la prise en charge des troubles de santé en centre</i>	11
PARTIE III	13
LES PROBLÈMES LIÉS À LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN CENTRE JEUNESSE	13
1) FORMATION PROFESSIONNELLE PRÉ ET POST-GRADUÉE	13
2) LES DIFFICULTÉS DE RECONNAISSANCE DE LA COMPLEXITÉ DES CAS	14
3) LES MANQUE DE PERSONNEL INFIRMIER	14
PARTIE IV :	15
LA COLLABORATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AVEC LA MAGISTRATURE	15
PARTIE V :	16
DES PROJETS INNOVATEURS	16
1) « AIRE OUVERTE».....	16
2) CLINIQUE EN AUTOBUS.....	16
3) ADOS+	16
CONCLUSION	17
RÉFÉRENCES	19

Résumé exécutif

Les jeunes qui se retrouvent hébergés en centre jeunesse ont des problématiques complexes. En 2013, les services de santé des centres jeunesse du Québec, en collaboration avec le Docteur Jean-Yves Frappier du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, ont effectué une recherche qui a démontré l'importance des problèmes de santé physique et psychiatrique chez les jeunes hébergés. De plus, cette étude a pu mettre en lumière le fossé qui existait entre les besoins de santé des jeunes et les services qu'ils recevaient dans les faits. Ce décalage touchait particulièrement les jeunes les plus démunis, mais encore plus les jeunes qui avaient vécu des événements adverses dans leur enfance.

La santé des jeunes en centre de réadaptation influence leur processus de réadaptation et vice-versa. Les soins de santé devraient donc occuper une place significative dans la réadaptation. Toutefois, outre les soins, l'optimisation des habitudes de vie incluant les habitudes de sommeil des jeunes hébergés est aussi primordiale pour leur santé. Or, ces dernières sont sous-optimales en centre jeunesse.

Il importe aussi d'aborder la place des soignants au sein de l'équipe de réadaptation. Ils sont actuellement sous-utilisés. La complexité de cette clientèle démontre l'importance d'avoir sur le terrain des professionnels aptes à évaluer la santé physique et mentale des jeunes hébergés, mais aussi de tous les jeunes suivis par la DPJ. Les professionnels de la santé devraient donc faire partie intégrante de l'équipe de réadaptation pour pouvoir déceler les problèmes de santé et pouvoir orienter les jeunes vers les services adéquats, et ce, le plus rapidement possible. Présentement, les professionnels de la santé ne sont alertés que dans des cas particuliers alors que plusieurs autres jeunes auraient bénéficié d'une prise en charge précoce de leur santé.

Une autre de nos préoccupations est le suivi médical des jeunes à la suite de leur sortie des centres de réadaptation, soit à l'atteinte de la majorité ou lors de la fin du placement. Actuellement, il existe un problème de liaison entre les services à l'interne et les services communautaires. Les jeunes se retrouvent donc souvent sans services alors qu'ils en ont ardemment besoin vu leur vulnérabilité inhérente.

Nos recommandations visent donc à améliorer l'état de santé des jeunes hébergés, à favoriser une meilleure réadaptation, et à établir une continuité des soins lors de leur retour dans la communauté.

Partie I :

La santé des jeunes de la DPJ

1) Les jeunes en centre de réadaptation sont extrêmement vulnérables sur le plan de la santé

I. L'étude de Frappier et collaborateurs

L'étude de Frappier et collaborateurs¹, effectuée sur les 14-18 ans dans sept centres jeunesse représentant treize installations, a dressé un portrait de la santé physique et mentale des jeunes hébergés, et ce, en tenant compte des facteurs de risque ainsi que des antécédents personnels et familiaux.

À notre connaissance, aucune autre étude n'a fourni une évaluation aussi globale sur le plan santé. Ceci démontre la sous-évaluation des populations vulnérables d'adolescents en situation d'hébergement.

L'ensemble des variables a révélé que les jeunes des centres jeunesse démontraient des marqueurs **deux à quatre fois plus défavorables** par rapport à la population générale.

Il est important de noter qu'il n'a pas été possible d'évaluer de façon spécifique l'état de santé des plus jeunes, soit ceux âgés de 6 à 14 ans. Cette population est généralement plus médicamenteuse que les jeunes plus âgés et elle nécessite souvent des services en pédopsychiatrie.

L'étude de Frappier et collaborateurs a mis en évidence un certain nombre de phénomènes qui n'avaient pas encore été démontrés dans la littérature, et a donné lieu à plusieurs publications et présentations scientifiques.

Retenons entre autres ce que *les jeunes nous rapportent à leur admission* :

1. Gilles Lambert, Nancy Haley, Sandrine Jean, Claude Tremblay, Jean-Yves Frappier, Joanne Otis, Élise Roy. Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2012 | 85 pages SBN 978-2-89673-134-3 (version PDF) https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-134-3.pdf consulté 2019-12-05.

Données sociodémographiques

- 70 % de ces jeunes sont hébergés pour troubles de comportement.
- 50 % d'entre eux ne sont pas à leur premier placement.
- Le tiers des garçons et le tiers des filles ont fait une fugue dans l'année précédente.

Données familiales

- Le tiers des jeunes rapporte qu'ils ont un ou deux parents présentant des problèmes de santé mentale.
- 45 % des jeunes ont un ou deux parents avec des antécédents de problèmes de consommation d'alcool ou de drogue.
- 60 % des jeunes ont des membres de leur famille ayant un problème de santé chronique et plus de la moitié un problème de toxicomanie (probablement sous-estimé).

Violence

- La moitié des jeunes ont indiqué qu'ils avaient vécu de la violence physique extra familiale.
- La moitié des jeunes ont indiqué qu'ils avaient vécu de la violence physique intra familiale.
- 46 % des filles et 5 % des garçons ont indiqué avoir vécu des abus sexuels intra ou extra familiaux. Trois quarts des filles et deux tiers des garçons ont vécu d'autres formes de violence intra ou extra familiale.
- Toutes les régions de la province rapportent la même proportion.

État et besoins de santé selon les jeunes

- À l'admission, 60 % des jeunes considèrent leur état de santé comme étant mauvais, passable ou bon (alors que 85 % le qualifie comme bon ou très bon dans la population générale).
- 23 % des filles ont des craintes de grossesse.
- 22 % des jeunes craignent avoir un sevrage de drogue.
- 30 % des filles et 10 % des garçons ont des craintes relativement aux ITSS.
- 53 % des jeunes ont indiqué avoir pris des médicaments dans la semaine précédant l'admission. Deux tiers avaient pris un médicament pour la santé mentale (anxiolytiques, tranquillisants, psychostimulants, antidépresseurs ou somnifères).
- 25 % ont pris un médicament contre la douleur dans la semaine précédant leur admission.

Santé physique (questionnaire de l'infirmière)

- Lors du questionnaire par l'infirmière, les deux tiers nous rapportent avoir une maladie chronique, soit de durée supérieure à six mois (15-20% dans la population adolescente générale).

Santé dentaire

- Sur le plan dentaire alors que 75 % des jeunes disent avoir au moins un symptôme, ce sont 38 % des filles et 27 % des garçons qui présentent au moins trois signes ou symptômes. Seulement 25 % n'en rapportent aucun.

Vision, audition, alimentation

- 32 % ont des difficultés de vision. Et 30 % de ceux qui devraient porter des verres les ont perdus ou ne les portent pas.
- Seulement 56 % ont une alimentation adéquate selon l'évaluation de l'infirmière.

Tabac et autres drogues

- 73 % des jeunes fument du tabac et 59 % le font régulièrement (25 %-35 % des jeunes avec statut socio-économique équivalent au Québec).
- De l'ensemble des fumeurs, 27 % fument plus de 15 cigarettes par jour.
- 92 % des jeunes ont indiqué qu'ils avaient déjà consommé de l'alcool ou de la drogue.
- Les deux tiers des jeunes sont considérés comme ayant un problème de substances.
- Un « **feu rouge** » au Dep-Ado signifie que le jeune a besoin d'une référence pour un traitement spécialisé en abus de substance. Or ce sont 38 % des filles et 67 % des garçons qui ont obtenu un « feu rouge » (versus 5% de la population générale).

Problèmes identifiés par le médecin

Lors de l'étude, les médecins ont examiné systématiquement les jeunes. Ils l'ont fait dans un contexte de pratiques usuelles, retenant les diagnostics qui médicalement avait une importance, et sur lesquels il y avait une certaine possibilité d'agir.

C'est ainsi que beaucoup de diagnostics de toxicomanie, d'obésité, de tabagisme n'ont pas été retenus par les médecins, amenant donc un sous-diagnostic de l'ensemble des problèmes que présentaient les jeunes.

Malgré cela, le nombre de jeunes présentant au moins un diagnostic ainsi que le nombre de diagnostics par jeune dépasse largement ce que l'on retrouve dans la population générale ([Tableau1](#)).

Tableau 1 : Nombre de problèmes de santé

Nombre de problèmes de santé	Filles %	Garçons %	Total %
Jeunes ayant au moins un problème	91,8	91,9	91,8
Jeunes ayant 4 problèmes et plus	71,1	45,6	55,3

On peut noter le nombre important de diagnostics tant aigus que chroniques. Chez les adolescents de la population générale, environ 20 % des jeunes souffrent de maladies chroniques.

Pour les troubles de santé mentale, on trouve encore une surreprésentation de tous les diagnostics. Si le TDAH prédomine chez les garçons, ce sont les autres diagnostics qui prennent le pas chez les filles ([Tableau 2](#)).

Tableau 2: Certaines catégories de diagnostics du médecin

	Filles %	Garçons %	Total %
Problème aigu / physique	37,1	35,6	36,2
Maladie chronique physique	74,2	78,1	76,6
Problème de santé mentale, excluant TDAH isolé	48,3	26,0	34,5
Problème de santé mentale, incluant TDAH isolé	59,6	50,0	53,6
TDAH (+ / - autre problème santé mentale)	24,7	35,6	31,5
TDAH et un autre problème de santé mentale	13,5	11,6	12,3
Toxicomanie / abus de substances	44,9	34,2	38,3
Problème / besoin concernant la sexualité	80,9	29,5	48,9
Trouble d'apprentissage*	30,3	39,7	36,2
Problème dentaire	9,0	8,9	8,9
Trouble nutrition/poids	13,5	2,1	6,4

Les problèmes liés à la sexualité ainsi que les besoins reliés aux ITSS et à la contraception sont plus prévalents que dans la population communautaire du même âge, la promiscuité et la prostitution étant des phénomènes plus présents chez nos jeunes. ([Tableau 3](#))

Tableau 3: Problèmes/besoins en sexualité, gynécologie : identifiés par le médecin, avérés ou à préciser/investiguer

Problèmes/besoins en sexualité, gynécologie : identifiés par le médecin, avérés ou à préciser/investiguer	Filles %	Garçons %	Total %
Grossesse possible (fille ou partenaire)	2,2		1,1
ITSS ou à risque d'ITSS	33,7	21,2	26,0
Problème concernant la sexualité	5,6	3,4	4,3
Besoin de contraception	44,9		
Autre problème gynécologique	13,5	2,7	6,8

Interventions identifiées par le médecin

Seulement 44 % des problèmes identifiés par le médecin étaient pris en charge au moment de l'admission. Parmi les problèmes non pris en charge, on retrouve une gamme de situations dont : diabète type I, asthme, problèmes thyroïdiens, épilepsie. Or, on considère que ces conditions nécessitent un suivi régulier.

Toutefois, depuis l'instauration d'un bilan de santé systématique à l'admission, on peut spéculer que la vitesse de prise en charge de ces problèmes de santé s'est améliorée.

Bien que l'évaluation soit importante, puisqu'il s'agit d'un groupe à risque, vulnérable et surtout présentant une grande souffrance, un suivi en santé est aussi primordial pour une grande proportion d'entre eux.

[Le tableau 4](#) met en évidence les besoins de suivi à relativement court terme.

Tableau 4 : Besoin d'interventions spécialisées ou de suivi

Type d'intervention nécessaire	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
À référer/investiguer	66,0	53,8	58,4
À traiter/médicamenter/suivre au Centre	53,6	44,4	49,7
À suivre par le médecin au Centre	47,4	20,0	30,4
À suivre par l'infirmière au Centre	52,6	31,3	39,3

II. L'étude Felitti et Anda

Felitti et Anda ont démontré que certaines expériences stressantes et traumatisantes vécues dans l'enfance (événements adverses/EA) étaient associées à des facteurs de risque majeurs en ce qui concerne la santé (ex. : tabagisme, abus d'alcool, toxicomanie, sédentarité, multiples partenaires sexuels). Il y aurait également un lien avec des pathologies à l'âge adultes telles que les infarctus, les hépatites, l'obésité morbide, la dépression, les tentatives de suicide^{3,4,5,6,7}.

Ces problèmes sont des causes reconnues de consommation de ressources psychosociales et médicales, mais également de décès prématurés. On a également pu démontrer que les EA avaient un effet cumulatif sur les facteurs de risque et maladies mentionnés⁸. Or, la majorité des jeunes hébergés en centre ont vécu des événements adverses au sens de cette étude (Tableau 5).

Tableau 5 : proportion des jeunes des CJ ayant vécu des événements adverses en rapport à la population de base de Felitti

	Filles	Garçons	Filetti
0	5%	11%	48%
1-2	37%	49%	38%
3 et plus	58%	40%	14%

³ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245–258.

⁴ Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–3096.

⁵ Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients, *BMC Public Health* 2008, 8: 198.

⁶ Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–3096.

⁷ Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients, *BMC Public Health* 2008, 8: 198.

⁸ Hébert M, et al (Frappier JY, cochercheur). Équipe IRSC sur les traumas interpersonnels, 2010-2014. Traumas interpersonnels et impacts sur la santé ; présenté au colloque en maltraitance envers les enfants et adolescents au Québec, 2013.

De plus, on peut noter que les problèmes de santé se détériorent en fonction du nombre d'événements adverses (Tableau 6).

Tableau 6 : Problèmes de santé en fonction du nombre d'événements adverses

Problèmes de santé généraux/spécifiques	Nombre d'événements adverses		
	Aucun	1+	3+
≥ 1 problème de santé	81 %	93 %	95 %
≥ 4 problèmes de santé	43 %	56 %	63 %
Problème de santé chronique	59 %	78 %	82 %
Problème de santé mentale selon jeune	59 %	72 %	79 %
Mauvaise autoperception état de santé	40 %	59 %	67 %
Tentative suicide durant 12 derniers mois	13 %	26 %	32 %
≥ 3 plaintes somatoformes	26 %	37 %	46 %
Agressivité élevée (beaucoup) selon jeune	9 %	26 %	31 %
Problème de sommeil	42 %	80 %	83 %

2) La prise de médication est plus commune chez les jeunes hébergés

En 2011, une étude interne au sein du centre jeunesse de la Montérégie révélait que 65 % des jeunes hébergés utilisaient des médicaments psychotropes. En 2019, le service de santé a refait le même exercice. Ce sont 91 % des jeunes qui en consommaient. Les plus jeunes (6-14 ans) sont ceux qui en consomment le plus.

Mais le plus surprenant pour nous a été une augmentation de l'évolution de la médication chez les jeunes en mise sous garde ou en détention. En 2011, 24 % de ces derniers prenaient de la médication alors que ce pourcentage était de 71 % en 2019. Il est intéressant de noter que ce pourcentage n'était que d'environ 10 % en 2004.

Partie II :

L'évaluation et la prise en charge de la santé des jeunes

1) Lors du processus d'évaluation

À notre connaissance, il n'y a que le centre jeunesse de Montréal — institut universitaire qui ait des infirmières disponibles pour soutenir les équipes d'évaluation.

Le centre jeunesse Batshaw avait cette approche il y a quelques années, mais ne semble plus le faire. Nous avons aussi compris que les évaluations du développement qui étaient effectuées par les infirmières ont été réduites.

Il apparaît intéressant lors de l'évaluation d'avoir l'avis d'un professionnel de la santé. Certains troubles de la santé mentale ou physique peuvent être plus difficiles à suspecter sans connaissance dans le domaine médical. Si ces indices de troubles passent inaperçus, la prise en charge s'en verra forcément retardée.

De plus, à notre connaissance, ce ne sont pas tous les centres jeunesse qui ont actuellement une infirmière à temps plein. De même, la disponibilité de médecins, omnipraticiens ou pédiatres, ne semble acquise que dans les plus grands centres.

Plusieurs centres jeunesse font affaire avec des médecins de la communauté, mais on nous a rapporté que la capacité de référence était le plus souvent aléatoire.

Recommandation 1

Rendre disponible à toutes les équipes d'évaluation-orientation la présence d'une infirmière répondante qui puisse aussi « sortir », lorsque pertinent, avec les responsables de l'évaluation.

2) Lors de l'hébergement

I. L'évaluation initiale à améliorer

À notre connaissance, il n'y a pas d'évaluation de la santé lorsque les jeunes sont à l'application des mesures s'il n'y a pas de mesure d'hébergement. Les agents de relations humaines sont donc responsables d'évaluer la situation globalement et de référer les jeunes dans la communauté. Une proportion importante des jeunes n'a pas de médecin de famille.

La majorité des centres jeunesse ont, à notre connaissance, un processus d'évaluation initiale de la santé des jeunes lors de l'hébergement. À partir d'un questionnaire auto révélé, ils seront ensuite vus par l'infirmière du campus et référés aux médecins si nécessaire.

Le nombre d'infirmières et leurs disponibilités constituent les facteurs limitatifs du nombre de jeunes qui pourront être évalués. Ce manque d'accessibilité limite aussi la capacité d'effectuer une évaluation en profondeur. Pourtant, dans le Plan d'action en santé mentale 2010-2015, tout comme dans celui de 2015-2020⁹, on insiste sur l'importance d'une évaluation infirmière globale, complétée au besoin par une évaluation médicale ou encore par une évaluation psychologique.

L'évolution des dernières années nous amène à ajouter, pour une proportion importante de jeunes, des besoins d'évaluation en neuropsychologie, en orthophonie ainsi qu'en ergothérapie. En effet, certains enfants et adolescents ayant été négligés par le passé se retrouvent sans services puisque les évaluations n'ont pas eu lieu.

Par exemple, une proportion importante de ces jeunes sont atteints de TDAH et de troubles d'apprentissage. Très souvent, ils n'ont pas bénéficié d'une évaluation psychologique confirmant leur diagnostic et n'ont donc pas eu accès à des mesures d'accommodement. Ils arrivent alors en centre jeunesse et présentent un retard scolaire important.

Certes, d'autres événements vécus peuvent avoir contribué à leur désinvestissement scolaire. Toutefois, leur permettre d'avoir accès aux diagnostics ainsi qu'aux mesures adaptées sera nécessaire à la poursuite de leur scolarisation. Pour ce faire, avoir accès aux tests psychométriques effectués par un psychologue habilité ou encore un neuropsychologue est essentiel. Ce service est toutefois de fait très difficilement accessible dans les centres jeunesse.

⁹ *Faire ensemble et Autrement* - Plan d'action en santé mentale 2015 — 2020 — MSSS [Internet]. Consulté : 2019 Octobre 22] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Il est important de noter que, malgré la proportion importante de troubles de santé mentale en centre jeunesse, obtenir un suivi psychologique n'est pas chose facile. Une grande proportion de ces jeunes en bénéficierait pourtant. Toutefois, par manque de ressources, nous sommes contraints de restreindre nos demandes aux cas les plus urgents. Or, en agissant ainsi nous n'œuvrons pas dans le meilleur intérêt de ces enfants et nous ne mettons pas toutes les chances de notre côté (**de leur côté**) pour permettre une réhabilitation réussie.

Recommandation 2

Lors de l'hébergement des jeunes :

Rendre systématique l'évaluation infirmière approfondie et rendre facilement accessible si nécessaire, l'évaluation et le suivi médicaux, psychologiques, neuropsychologiques, orthophoniques, ergothérapeutiques, physiothérapeutiques et dentaires.

Plusieurs de ces enfants ont vécu de la violence. Ils présentent donc des troubles musculosquelettiques en proportion importante souvent liés à d'anciennes blessures mal soignées. Or, aucun service de physiothérapie n'est accessible facilement. Ils doivent attendre sur la liste du CLSC ou de l'hôpital et seront vus généralement plusieurs mois après leur inscription.

L'ergothérapie est, à toutes fins utiles, inaccessible dans le système public pour les enfants de plus de 5 ans. Or, plusieurs de nos jeunes présentent des troubles d'hypersensibilité (notamment au bruit et au toucher). Ils bénéficieraient d'une évaluation et d'un suivi en ergothérapie à défaut d'y avoir eu accès au cours de leur petite enfance.

Malheureusement, les budgets jeunesse ne permettraient pas de dégager des fonds suffisants pour offrir des services de psychologie, d'ergothérapie, de physiothérapie ou d'orthophonie.

Il y aurait donc avantage à faire une évaluation systématique du requis de services par les jeunes. Cette évaluation devrait être faite de façon rigoureuse, en utilisant les ressources de l'INESSS et de la santé publique, et en se basant sur les standards de soins de la « Child Welfare League of America » (CWLA) et de l'« American Academy of Pediatrics » (AAP).

Recommandation 3

Que les besoins de services de santé des jeunes hébergés soient évalués de façon rigoureuse en utilisant les outils de l'INESSS et en se basant sur les standards de pratique de l'AAP de la CWLA.

II. Une prise en charge longitudinale à optimiser

Les problèmes de santé, dans une haute proportion, ne semblent pas pris en charge de manière optimale. La continuité des soins et le suivi sont déficients.

Or, selon notre expérience, vu l'absence de continuité de soins, les jeunes hébergés consomment de nombreux soins dans différents points de service. Selon nous, cela a pour résultat une fragmentation des soins, une redondance des demandes et des services, une surmédication, et une iatrogénie non négligeable.

Plusieurs éléments pourraient expliquer le manque de continuité de soins, dont :

- multiples placements pour certains,
- négligence du milieu familial ou problèmes relationnels dans le milieu familial entravant la continuité des soins,
- mode de vie du jeune parfois incompatible avec une continuité des soins ; fugues, abandon scolaire, toxicomanie, etc.
- troubles du comportement qui ne favorisent pas la prise en charge (ex. : impulsivité ou trait de personnalité limite)
- Difficultés des milieux de santé à assurer la prise en charge face à ces adolescents difficiles, parfois considérés « non volontaires » par leur absentéisme.

Recommandation 4

Les jeunes des CJ doivent, dès le début du processus, compter sur la présence d'un médecin qui assurera une continuité des soins et des services médicaux (santé physique et santé mentale).

Recommandation 5

On doit s'assurer que les jeunes bénéficient d'un accompagnement adéquat qui tient compte de leur autonomie réelle en plus de s'assurer que le médecin ait les informations utiles et pertinentes à l'évaluation médicale de la situation.

III. La place prépondérante des habitudes de vie dans la prise en charge des troubles de santé en centre

Les habitudes de vie sont déficientes en centre jeunesse. Or, leur amélioration pourrait nous permettre de diminuer la prise de médication et grandement contribuer à optimiser la santé de nos jeunes.

Les troubles d'hygiène du sommeil en centre de réadaptation

Les troubles de sommeil sont omniprésents en centre jeunesse. Plusieurs facteurs semblent contribuer à cette « épidémie ». Premièrement, en moyenne douze (12) jeunes cohabitent dans une unité de réadaptation. Or, ceci implique du mouvement même durant la nuit. On note aussi une proportion importante de troubles anxieux souvent liés à des traumatismes passés. Ces troubles se manifestent par des cauchemars, des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes.

Pour éviter de devoir médicamenter d'emblée, il serait primordial de pouvoir faire appel à des **approches non pharmacologiques** : augmentation de l'exercice physique, outils tels que couvertures lourdes ou encore couvertures chauffantes. La méditation ainsi que les exercices de relaxation devraient être préconisés. Un suivi psychologique devrait être disponible pour les cas plus sévères.

Ces approches sont pour l'instant inaccessibles, nous forçant à recourir à la médication de façon prématurée.

La sédentarité en centre de réadaptation

Les problèmes d'obésité ou de surpoids sont courants, notamment en raison d'habitudes de vie déficientes (sédentarité et malbouffe). La prise de médicaments telles que les antidépresseurs et les antipsychotiques (utilisés pour le traitement de l'agressivité et de l'impulsivité entre autres) contribue aussi à une augmentation du surpoids.

Or, la majorité des unités ne consacrent qu'une à deux périodes d'activités physiques par semaine. Certes, certains jeunes fréquentent l'école externe et peuvent donc bénéficier de deux périodes d'éducation physique supplémentaires. Toutefois, ils nécessiteraient des périodes d'activités physiques de manière quotidienne.

L'exercice aiderait non seulement à contrôler leur poids, mais aussi diminuerait l'impulsivité, l'agressivité, l'anxiété tout en améliorant l'humeur, la concentration et le sommeil. Les bienfaits seraient d'autant plus importants dans cette population aux prises avec des troubles de comportement sérieux ainsi qu'une proportion importante de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

On sait que l'activation physique aide à la régulation émotionnelle. Ainsi, le peu d'activités physiques des jeunes en centre jeunesse entraîne probablement une surmédication.

La restriction du temps consacré à l'exercice physique serait liée à la disponibilité des ressources.

Recommandation 6

Que la DPJ rende disponible des approches non pharmacologiques pour traiter les troubles du sommeil et que la DPJ s'assure que les jeunes hébergés bénéficient d'activités physiques, dirigées et non dirigées, conformes aux recommandations en matière de type, de durée, d'intensité et de fréquence et qu'en soient évaluées les conséquences sur le sommeil, l'humeur et le recours au retrait des jeunes.

PARTIE III

Les problèmes liés à la pratique des professionnels de la santé en centre jeunesse

1) Formation professionnelle pré et post-graduée

Si la formation médicale laisse une certaine place à la pédiatrie, la majorité de la formation se fait en milieu hospitalier. Bien sûr, la formation des médecins est orientée vers le diagnostic différentiel et vers les causes biomédicales des pathologies en incluant les retards de développement.

Il y a une sensibilisation importante faite auprès des étudiants en médecine sur les enjeux psychosociaux de la pédiatrie. Mais elle est peu actualisée dans un travail multidisciplinaire sur le terrain. Les stages de « pédiatrie sociale » sont des stages optionnels et attireront donc un certain nombre d'étudiants qui démontrent déjà un intérêt pour ce domaine. Quant à la formation en médecine de l'adolescence, elle est pratiquement absente dans l'ensemble des curriculums canadiens.

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) a toutefois une division et maintenant une sous-spécialité en médecine adolescence. Le collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a, quant à lui, un groupe d'intérêt en « pédiatrie et adolescence ».

De plus, en termes de formation continue, il y a peu de conférences portant sur la jeunesse en difficulté. Ces dernières seraient toutefois bénéfiques.

Les infirmières rencontrent les mêmes difficultés, soit une absence de formation dans le domaine aux niveaux pré et post gradué.

Recommandation 7

Que la SCP et le CMFC ajoutent des normes quant à la formation des médecins résidents pour mieux les préparer à intervenir auprès des jeunes en difficulté. La formation des infirmières devrait aussi avoir un volet s'intéressant à cette population particulière. Ces formations devraient être offertes aux niveaux pré et post gradué.

2) Les difficultés de reconnaissance de la complexité des cas

Comme démontré dans la partie I de ce mémoire, les jeunes en centre jeunesse présentent des problèmes de santé dans une proportion démesurée par rapport à la population québécoise adolescente moyenne. Ainsi, les jeunes qui sont ou auront été hébergés devraient donc être reconnus comme ayant une complexité telle qu'ils pourraient se voir qualifier de patients « super-vulnérables ». Ce qualificatif augmenterait l'accessibilité aux services ainsi que leur vitesse d'octroi.

Recommandation 8

Que les jeunes issus des CJ soit considérés comme des patients super-vulnérables et que les médecins coordonnateurs des GACO s'assurent de prioriser l'assignation des jeunes des CJ à un médecin de famille, en privilégiant les GMF qui ont des ressources psychosociales.

3) Les manque de personnel infirmier

Moins de 70 infirmières œuvrent auprès des 4000 jeunes hébergés par la DPJ. On note une augmentation du temps des infirmières consacré à la supervision des actes effectués par les éducateurs ainsi qu'à la rédaction de directives infirmières. Cette augmentation de tâches

diminue le temps passé à donner des soins directement aux jeunes ainsi que les activités de *Prévention Promotion* auprès de ces derniers, en individuel ou en groupe.

À ceci s'est ajouté, l'obligation pour les infirmières d'évaluer systématiquement les jeunes à leur arrivée de même que l'obligation d'effectuer un bilan comparatif des médicaments (BCM) tel que requis par Agrément Canada.

À moins que les tâches de l'infirmière ne soient revues en profondeur, ou qu'un nombre conséquent d'effectif ne soit ajouté, il y a, de fait, une dispensation diminuée des services auprès des jeunes.

Recommandation 9

Que la tâche des infirmiers et infirmières soit revue pour qu'ils puissent assumer au mieux leur champ de pratique en lien avec la complexification de la clientèle ; qu'ils soient disponibles et présents sur les unités pour soutenir les éducateurs dans leur rôle d'aide-soignant et qu'ils participent de plein droit à la vie « interprofessionnelle » des unités.

Partie IV :

La collaboration des professionnels de la santé avec la magistrature

Tel que mentionné, les pathologies fréquemment rencontrées chez les jeunes concernés sont complexes. Leurs répercussions et l'influence qu'elles devraient avoir sur les décisions juridiques nécessitent donc une expertise multidisciplinaire.

Bien que compétente, la magistrature pourrait, à notre avis, bénéficier de la présence de professionnels de la santé pour les aiguiller en ce qui concerne leur domaine d'expertise.

Recommandation 10

Que la magistrature se dote « d'amis de la cour » médecins, infirmières et psychologues ayant un intérêt pouvant éclairer les juges sur les causes et sur les impacts des conditions médicales, psychiatriques et psychologiques chez les jeunes des CJ.

Partie V :

Des projets innovateurs

Au cours des dernières années, on a vu poindre plusieurs initiatives qui s'adressaient aux jeunes vulnérables.

1) « Aire ouverte »

Programme qui avait déjà été annoncé dans le PSM 2010-2015 et dont les projets pilotes sont en cours. Il s'agit d'établissements tentant de rejoindre les jeunes qui ne viendront pas chercher des services dans les structures conventionnelles.

2) Clinique en autobus

La clinique de pédiatrie sociale *l'Étoile* a fait l'acquisition d'un autobus grâce au soutien de l'ensemble de la communauté de Saint-Jean-sur-Richelieu. Ce dernier servira à desservir les populations démunies installées en périphérie de leur territoire.

3) Ados+¹⁰

Pour pallier l'absence de services lors de la fin de l'hébergement des jeunes, le *GMF-U de Verdun* accueille les jeunes jusqu'à 24 ans. Dre Duchesne qui œuvre au *Centre jeunesse de Montréal* anime cette clinique.

Les jeunes sont ensuite transférés dans la clientèle régulière du GMF-U, assurant ainsi une prise en charge et une continuité de soins.

Toutefois, la demande dépasse malheureusement la capacité d'accueil. De plus, les services sont restreints par le manque de financement.

Recommandation 11

Que des fonds soient attribués à la mise sur pieds de cliniques telles qu'Ados+ permettant une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des jeunes suivis par la DPJ ou encore ayant atteints leur majorité et se retrouvant sans services, car un simple suivi de santé en clinique non spécialisée ne répond généralement pas à leur besoin d'accompagnement.

¹⁰ La clinique Ado+ s'est vue attribué le prix *Hippocrate 2018* décerné par l'OIIQ, le CMQ, l'Ordre de pharmaciens et l'Ordre des psychoéducateurs.
<https://www.theglobeandmail.com/canada/article-teens-with-severe-mental-illness-benefit-from-continuous-primary-care/>

Conclusion

La clientèle actuellement hébergée en centre jeunesse présente des problèmes de santé complexes puisque des troubles de santé mentale, de santé physique, ainsi qu'une précarité psychosociale importante cohabitent souvent. Ces problèmes ne sont malheureusement pas pris en charge de manière optimale dans le système actuel.

Tout d'abord, les professionnels de la santé devraient se voir inclus dans le processus d'évaluation des jeunes à la suite du signalement retenu. En effet, leurs compétences professionnelles sont nécessaires pour percevoir la présence de troubles qui pourraient autrement passer inaperçus. À notre avis, ce dépistage est nécessaire à la prise en charge optimale de tout jeune entrant dans le système.

Lors des séjours en centre jeunesse, les habitudes de vie devraient être travaillées. Ces apprentissages devraient faire partie inhérente de la réadaptation. Présentement, les habitudes de vie influencent souvent négativement la santé physique et mentale des jeunes.

L'accessibilité à différents professionnels de la santé se doit d'être améliorée. En effet, ces jeunes n'ont souvent pas accès au suivi multidisciplinaire dont ils ont besoin. De plus, la coordination des services pour permettre une continuité des soins dans la communauté doit aussi être travaillée. On parle ici surtout des jeunes qui atteignent la majorité et se retrouvent laissés à eux-mêmes à leur sortie des centres jeunesse. Les soins de santé dispensés aux mineurs ne trouvent pas facilement de continuité dans les services dédiés aux adultes.

Il est important de noter que la recherche sur cette population est aussi insuffisante et nous empêche d'avoir l'heure juste sur tous les besoins à combler. En 2005, un des auteurs avait commis un article pour le journal *Médecin de famille canadien*¹¹. Il y notait comment la recherche médicale s'adressant à la santé des 6-12 ans était trop parcimonieuse, et que cela était encore plus vrai des études portant sur la santé des 14-18 ans. Pour les adolescents plus vieux, l'essentiel des fonds était attribué à la recherche sur la délinquance. Quinze ans plus tard, nous en sommes au même point. Il est possible d'avoir des fonds pour développer des programmes lorsque des recherches et données probantes les soutiennent. Par ailleurs,

¹¹ Lambert, Y. *Ado-torial : À mi-chemin entre les Galápagos et les îles Marquises*. *Canadian Family Physician*, 2004; 50:1071-1073. Version anglaise : *Addressing the in-between generation: Midway between the Galápagos and the Marquesas*. Pages 1069-1070.

pour avoir des fonds de recherche, il faut déjà avoir publié sur le sujet. On note ici une incongruence.

En somme, ces jeunes sont extrêmement vulnérables, nécessitent plus d'attention, plus de services et, conséquemment, plus de financement. C'est en agissant en amont sur cette population que les répercussions sociétales futures seront grandement améliorées.

RÉFÉRENCES

1. Gilles Lambert, Nancy Haley, Sandrine Jean, Claude Tremblay, Jean-Yves Frappier, Joanne Otis, Élise Roy. Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2012 | 85 pages SBN 978-2-89673-134-3 (version PDF) https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-134-3.pdf consulté 2019-12-05.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245–258.
3. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–3096.
4. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients, *BMC Public Health* 2008, 8: 198.
5. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–3096.
6. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients, *BMC Public Health* 2008, 8: 198.
7. Hébert M, et al (Frappier JY, cochercheur). Équipe IRSC sur les traumatismes interpersonnels, 2010-2014. Traumatismes interpersonnels et impacts sur la santé ; présenté au colloque en maltraitance envers les enfants et adolescents au Québec, 2013.
8. *Faire ensemble et Autrement - Plan d'action en santé mentale 2015 — 2020 — MSSS* [Internet]. Consulté : 22 octobre 2019] <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
9. Lambert, Y. *Ado-torial : À mi-chemin entre les Galápagos et les îles Marquises*. *Canadian Family Physician*, 2004; 50:1071-1073. Version anglaise : *Addressing the in-between generation: Midway between the Galápagos and the Marquesas*. Pages 1069-1070.