

Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement I : associations avec les difficultés des jeunes et des familles

Quebec Youth Centers services for adolescents with conduct problems I: Compatibility with youth and families' impediments

Jean Toupin, Robert Pauzé et Michèle Déry

Volume 34, numéro 2, 2005

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097671ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097671ar>

[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., 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), 191-213. <https://doi.org/10.7202/1097671ar>

Résumé de l'article

La fréquence des troubles de comportement chez les adolescents, leur stabilité relative, de même que la récurrence de l'utilisation de services dans les Centres jeunesse pour un sous-groupe de jeunes et de familles suggèrent de mieux connaître les services mis à la disposition des jeunes et des familles. Il est en effet opportun de vérifier la correspondance entre divers types de prise en charge en Centre jeunesse (suivi externe, placement en famille d'accueil, placement en centre de réadaptation) et les difficultés des jeunes et des familles. L'échantillon à l'étude est composé de 92 adolescents référés dans un Centre jeunesse du Québec pour trouble de comportement en vertu de la Loi de la Protection de la Jeunesse. Trois groupes sont formés selon l'intervention principale offerte au cours des trois premiers mois : suivi externe (n = 24), placement en famille d'accueil (n = 20), placement en centre d'accueil (n = 48). Les résultats établissent que les adolescents placés en centre d'accueil de réadaptation font plus souvent l'objet de mesures non volontaires, affirment avoir une moins bonne relation avec leur mère et sont plus susceptibles de s'opposer et d'avoir une consommation abusive d'alcool. Toutefois, les écarts entre les groupes sur ces dimensions sont modestes et ne semblent pas à eux seuls capables d'expliquer les types d'intervention reçus. On constate en effet plus de ressemblances que de différences entre les groupes tant au plan de la fréquence de divers troubles mentaux, que des caractéristiques des parents et des familles. Ces résultats soulèvent des questions sur les éléments qui guident les Centres jeunesse dans l'offre des services.

Les services des Centres jeunesse offerts aux adolescents ayant des troubles de comportement I : Associations avec les difficultés des jeunes et des familles¹

Quebec Youth Centers services for adolescents with conduct problems I: Compatibility with youth and families' impediments

J. Toupin²

R. Pauzé²

M. Déry²

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

La fréquence des troubles de comportement chez les adolescents, leur stabilité relative, de même que la récurrence de l'utilisation de services dans les Centres jeunesse pour un sous-groupe de jeunes et de familles suggèrent de mieux connaître les services mis à la disposition des jeunes et des familles. Il est en effet opportun de vérifier la correspondance entre divers types de prise en charge en Centre jeunesse (suivi externe, placement en famille d'accueil, placement en centre de réadaptation) et les difficultés des jeunes et des familles. L'échantillon à l'étude est composé de 92 adolescents référés dans un Centre jeunesse du Québec pour trouble de comportement en vertu de la Loi de la Protection de la Jeunesse. Trois groupes sont formés selon l'intervention principale offerte au cours des trois premiers mois : suivi externe (n = 24), placement en famille d'accueil (n = 20), placement en centre d'accueil (n = 48). Les résultats établissent que les adolescents placés en centre d'accueil de réadaptation font plus souvent l'objet de mesures non volontaires, affirment avoir une moins bonne relation avec leur mère et sont plus susceptibles de s'opposer et d'avoir une consommation abusive d'alcool. Toutefois, les écarts entre les groupes sur ces dimensions sont modestes et ne semblent pas à eux seuls capables d'expliquer les types d'intervention reçus. On constate en effet plus de ressemblances que de différences entre les groupes tant au plan de la fréquence de divers troubles mentaux, que des caractéristiques des parents et des familles. Ces résultats soulèvent des questions sur les éléments qui guident les Centres jeunesse dans l'offre des services.

Mots clés : adolescents, troubles de comportement, difficultés familiales, placement

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

Abstract

The frequency of conduct problems in adolescents, their relative stability, as well as recurrent Youth Centers' service utilization by a segment of these adolescents and their families underscore the need for increased knowledge on the available services. Indeed, examining compatibility between the youths' and families' impediments and the different custodial interventions offered by the Youth Centers (external follow-up, foster home, residential setting) is timely. This study targeted 92 adolescents referred to a Quebec Youth Center for conduct problems, in accordance with the Youth Protection Law. Three groups were formed based on the main intervention offered within the first three months of referral: external follow-up (n = 24), foster home (n = 20) and residential setting (n = 48). Our results demonstrate that adolescents placed in residential settings are most subject to mandatory measures, claim worse relationships with their mothers and are more likely to exhibit oppositional behaviors and alcohol abuse. However, group differences on these dimensions are modest and, on their own, do not elucidate the type of service provided. In fact, the results suggest there are more similarities than differences between groups in observed rates of diverse mental disorders as well as on parental and familial characteristics. Such findings question the criteria underlying the Youth Centers' decisions pertaining to differential service delivery

Key words: adolescents, conduct problems, family impediments, foster care.

Au Québec la Loi 120 a permis la création des Centres jeunesse qui jouent un rôle important dans la dispensation de services sociaux aux enfants et aux familles, notamment par leur rôle dans l'application de la Loi de la Protection de la Jeunesse. En 1999, l'enquête sur l'incidence des problèmes signalés à la protection de la jeunesse révèle que les problèmes les plus fréquents sont la négligence (20,951 cas traités, taux de 12.6 par 1000) et les troubles de comportement sérieux (18,272, taux de 11.0 par 1000) (Tourigny et al., 2002). Dans le cas des signalements pour troubles de comportement, un peu plus de 50% sont retenus et 5.2 par 1000 sont considérés fondés. Ces nouveaux signalements conduisent à une prise en charge d'un peu plus de 8000 jeunes et familles à chaque année au Québec. Notons également que 78.6% de ces signalements touchent des adolescents (12-17 ans).

De nombreuses recherches établissent que les troubles de comportement et les conduites délinquantes ont une bonne stabilité de l'enfance à l'adolescence, tout au moins pour un sous-groupe responsable de la majorité des délits (Moffitt et al., 1996; Nagin & Tremblay, 1999; Pakiz, Reinherz, & Giaconia, 1997; White et al., 1990). Il est possible de conclure que ces troubles sont peu susceptibles de se résorber sans des interventions sociétales concertées et efficaces.

Un petit nombre d'études québécoises a tenté d'estimer le taux de récurrence des signalements en vertu de la LPJ (re-signalement, réévaluation, réouverture du dossier). L'étude de Bédard et Turcotte (1995) établit que pour la moitié des dossiers consultés, il y a récurrence. Dans l'étude de Sheriff et al. (1994) portant sur 1,925 signalements retenus, le taux de récurrence est de 42.6%. Enfin, les travaux de Roberge (1998) portant sur le parcours de six cohortes d'enfants signalés suggère que dans environ un cas sur cinq la prise en charge est subséquente à un premier signalement dont l'évaluation avait conclu qu'il n'y avait pas de matière à une intervention. Bien que ces études ne portent pas spécifiquement sur les jeunes qui présentent des troubles de comportement, elles concordent à révéler un taux de récurrence significatif pour les jeunes référés en vertu de la LPJ.

La fréquence des troubles de comportement chez les jeunes, leur stabilité et la récurrence de l'utilisation des services dans les Centres jeunesse suggèrent d'examiner attentivement l'offre de services aux jeunes et aux familles. Deux des éléments essentiels de cette offre concernent d'une part l'adéquation entre les services et les difficultés présentées par les enfants et les familles, et d'autre part leur capacité de les réduire.

Les études sur les services offerts aux jeunes et aux familles par les Centres jeunesse peuvent être classées en deux grandes catégories. D'un côté, les programmes spécifiques (par exemple, adoption, probation intensive) habituellement destinés à un sous groupe particulier d'enfants et de familles. De l'autre côté, les services réguliers qui incluent généralement le suivi externe et le placement en famille d'accueil ou en centre de réadaptation. Cette recherche porte sur les difficultés des adolescents et des familles desservis par certains des services réguliers offerts par les Centres jeunesse. Ces services sont fréquemment organisés autour de la notion de continuum, ce qui réfère à un ensemble de services, certains intensifs et d'autres occasionnels, certains en institution et d'autres dans la communauté ou à domicile (Larivière, 2001).

Caractéristiques des clientèles selon les types de services enfance-famille

Lors d'une recension des études sur les caractéristiques familiales et personnelles des jeunes placés en milieu substitut, Pauzé, Déry et Toupin (1995) font le bilan suivant des facteurs en lien avec le placement des enfants. Au plan des caractéristiques des familles, plusieurs études suggèrent que la pauvreté, les difficultés familiales liées à l'exercice des rôles parentaux et certaines difficultés personnelles des parents (santé mentale ou physique) sont associées au placement des enfants en milieu substitut. Toutefois, d'importantes variations existent dans la proportion des difficultés familiales observées d'une étude à l'autre. De plus, parmi les enfants placés, des proportions très variables (de 12% à 74%) présenteraient des troubles psychologiques selon les études recensées. Ces différences peuvent s'expliquer par des critères de placement variables ou par des différences méthodologiques. Les auteurs déplorent certaines des limites méthodologiques de ces recherches. Plusieurs études s'appuient uniquement sur l'analyse des dossiers des usagers, ou encore sur des entrevues ou des questionnaires qui ne sont pas validés. Il est alors difficile de déterminer si l'évaluation des difficultés de l'enfant, des parents ou de la famille est exhaustive et valide. Par exemple, Lindsey (1991) utilise trois catégories de variables pour distinguer les enfants placés en famille d'accueil de ceux recevant des services dans la famille d'origine : le revenu, la source de la référence et le motif de référence. Outre les limites évidentes dans l'étendue des variables considérées comme pertinentes au placement de l'enfant, il ne recourt à aucune mesure valide pour évaluer la nature et la gravité du motif de référence. De plus, plusieurs des études sur le placement portent sur l'ensemble des jeunes bénéficiant d'une mesure d'intervention, peu importe l'âge, alors que les motifs de placement varient selon l'âge (Lindsey, 1991; Messier, 1989; Roberge, 1998). Des analyses sur un groupe aussi hétérogène peuvent masquer des différences significatives qui ne sont observables que pour certains groupes d'âge. Enfin, les caractéristiques des jeunes et des familles peuvent varier selon le type de placement, soit en centre de réadaptation ou en famille d'accueil (Scholte, 1997). Dans la perspective d'évaluer l'adéquation entre les caractéristiques des jeunes et des familles

en fonction du service proposé, il est important de distinguer ces types de services qui n'engagent pas les mêmes ressources.

Quelques études réalisées dans les années 90' méritent d'être rapportées. Berrick, Courtney et Barth (1993) ont comparé la gravité des difficultés des enfants placés en famille d'accueil à ceux recevant des services dans la famille d'origine. Ils observent des différences significatives qui suggèrent des problèmes plus importants chez les enfants placés. Toutefois, les auteurs ne contrôlent pas les différences d'âge et de sexe entre les groupes et constatent des différences limitées dans la gravité des difficultés des enfants des deux groupes. Scholte (1997) obtient des résultats similaires en comparant des jeunes placés en famille d'accueil à d'autres en centre d'accueil. Les enfants pris en charge dans un milieu institutionnel montrent davantage d'anxiété-dépression, d'agressivité et d'hyperactivité et moins de contrôle de soi. Toutefois, ils ne diffèrent pas au plan des conduites antisociales et délinquantes, de même que sur les conditions familiales adverses. Ces différences restent cependant difficiles à interpréter vu un écart de plus de 4 ans de l'âge moyen des enfants dans les deux groupes. Zurwin et De Panfilis (1997) constatent que des caractéristiques sociodémographiques, les difficultés de la mère, de même que la nature et la récurrence de la maltraitance sont significativement associées au placement de l'enfant en famille d'accueil. Toutefois, la sensibilité et la spécificité de ces variables pour prédire le placement ou l'absence de placement restent limitées. Les auteurs observent en effet que 19% des enfants sont incorrectement classifiés comme placés, tandis que 27% sont classifiés comme maintenus en milieu naturel alors qu'ils sont dans les faits placés. Lindsey (1992a, 1992b) lors d'une recension des études sur la fiabilité des décisions de placement en famille d'accueil conclut qu'elle est faible.

La variabilité des décisions relatives au placement est bien illustrée par l'étude de Schuerman, Rossi, & Budde (1999). Les auteurs ont eu recours à 70 vignettes cliniques (2-5 pages) décrivant des enfants signalés pour mauvais traitements, conduisant ou non à un placement hors de la famille. Les résumés des cas d'abus furent étudiés par des experts théoriciens ($n = 12$) et des praticiens experts détenant en moyenne 20 années d'expérience ($n = 15$). Ils furent également analysés par 103 travailleurs en protection de l'enfance. Au total plus de 1800 jugements relatifs au placement furent réalisés par chacun des groupes. Le pourcentage d'accord sur le placement s'établissait à 65% entre les experts et à 64% entre les travailleurs. Toutefois, en tenant compte de l'ajustement des accords dû à la chance, le kappa était de .54 et de .45 respectivement. Bien que ce niveau d'accord soit statistiquement significatif, il indique que la décision professionnelle de placer l'enfant hors de la famille peut varier passablement selon les juges. Ces résultats établissent que les professionnels recourent à des seuils variables pour établir la nécessité du placement. C'est ainsi que 74% des experts et 52% des travailleurs ont suggéré le placement pour 46% et 65% des cas analysés, respectivement. Cependant, 7% des experts et 23% des travailleurs recommandaient un placement moins souvent, tandis que 19% des experts et 24% des travailleurs optaient pour un placement plus souvent. Comme cette étude fait appel à des vignettes cliniques standardisées, les éléments plus subjectifs (niveau de motivation du jeune, collaboration, qualité de la relation avec la famille) n'interfèrent pas dans la décision de placement. Les résultats indiquent donc que la probabilité d'être placé diffère selon le professionnel qui fait la recommandation.

Certains auteurs suggèrent qu'il devrait y avoir adéquation entre le niveau de restriction associé à l'intervention et le niveau des problèmes de comportement de l'enfant (Friman, Evans, Larzelere, Williams, & Daly, 1993; Handwerk, Friman, Mott, & Stairs, 1998). D'autres auteurs réfèrent également à cette notion de restriction de la liberté en plus de considérer l'intensité et le coût des services pour définir un continuum dans les services offerts aux enfants (Zimet, Farley, & Zimet, 1994).

Une étude réalisée en 1994 auprès d'enfants de 6 à 12 ans pris en charge par des centres de réadaptation de la région montréalaise indique qu'il y a relativement peu de différences dans les difficultés des jeunes et des familles selon le type de services reçu (Pauzé, Toupin, Déry, & Hotte, 1996). En effet, les caractéristiques des familles dont l'enfant reçoit des services en internat ne se différencient pas de celles dont l'enfant est suivi à l'externe (aspects socioéconomiques, santé mentale des parents, fonctionnement familial, pratiques éducatives). Quant aux différences relatives aux enfants, une fois l'âge contrôlé statistiquement, seule la proportion des troubles des conduites et des troubles oppositionnels, de même que le niveau de compétence sociale de l'enfant distinguent les jeunes placés de ceux suivis à l'externe (Pauzé et al., 1996). Toutefois, ces seules caractéristiques sont insuffisantes pour classer correctement tous les jeunes selon le type de service reçu.

LeBlanc (1995) analyse la correspondance entre le niveau d'inadaptation de 499 adolescents et les mesures d'intervention appliquées dans les Centres jeunesse de Montréal (assistance éducative, réadaptation en milieu ouvert, réadaptation en milieu fermé). Il constate une certaine relation entre le niveau de difficultés des adolescents et les mesures. C'est ainsi que 71% des adolescents faisant l'objet d'une assistance éducative ont une inadaptation de moyenne à légère. Par contre, respectivement 48% et 40% des adolescents placés en milieu ouvert ou en milieu fermé manifestent une inadaptation élevée ou multiforme. Toutefois, il y a des écarts importants dans les niveaux d'adaptation des adolescents pour un même type de mesure d'intervention.

Une étude récente réalisée auprès de 195 adolescents référés à la prise en charge des Centres jeunesse de diverses régions du Québec complète les résultats précédents (Pauzé et al., 2003). Elle porte sur un échantillon d'adolescents recevant des services en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi de la protection de la jeunesse (dont 70% en raison de l'alinéa 38H). L'étude compare les caractéristiques des adolescents recevant un suivi court sans placement (35%), un suivi long sans placement (25%) ou un suivi long avec placement (40%). Les groupes ne diffèrent pas sur les caractéristiques sociodémographiques des familles et des parents (santé physique et mentale, détresse psychologique, etc.). Toutefois les analyses révèlent que les trois groupes diffèrent au début de la prise en charge sur la qualité de la relation parent-enfant, l'intensité des problèmes extériorisés et l'expérience d'abus sexuels ou physiques. Les adolescents placés ont de moins bonnes relations avec leur parent et présentent davantage de problèmes de comportement (47%) que les adolescents non placés (14% et 24%). Par ailleurs, la proportion d'adolescents abusés est plus élevée parmi les jeunes ayant un suivi de longue durée sans placement (36%) que dans les autres groupes (12%). Les résultats de Pauzé et al. (2003) établissent par ailleurs qu'un peu plus de la moitié des adolescents placés n'atteignent pas pour autant le seuil diagnostique pour un trouble mental. Ils indiquent également que 14% à 24% des adolescents recevant un suivi ne

sont pas placés même s'ils rencontrent les critères pour un trouble mental. Ces résultats suggèrent que les caractéristiques individuelles des adolescents et des familles ne permettent pas d'expliquer le recours au placement dans bon nombre de cas. Toutefois, deux aspects de cette étude limitent l'interprétation des résultats. Tout d'abord, les adolescents de l'étude sont référés selon diverses lois (Loi sur les services sociaux et de santé; Loi de la protection de la jeunesse). Divers motifs de prise en charge sont donc possibles (troubles de comportement, négligence, abus) et ne reflètent pas nécessairement les mêmes caractéristiques des jeunes et des familles. La diversité des motifs de référence pourrait limiter la détection de différences significatives. De plus, la période de temps considérée pour établir le type de mesure d'intervention reçu est de 24 mois. Cette période s'avère longue et peut entraîner des fluctuations significatives dans le niveau des difficultés de l'adolescent et de la famille. Par exemple, les difficultés de l'adolescent pourraient être relativement peu importantes au début de la prise en charge, mais s'aggraver après quelques mois. Dans ce cas, l'évaluation au début de la prise en charge ne reflète pas adéquatement les éléments qui conduisent au placement quelques mois plus tard.

Si les travaux de recherche au Québec suggèrent que la vaste majorité des jeunes qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse présente des difficultés personnelles très sérieuses (Cloutier et al., 1994; Pauzé et al., 1996; 2000), peu d'études permettent d'identifier les caractéristiques spécifiques des jeunes et des familles justifiant le recours à divers types de services: placement institutionnel, placement en famille d'accueil et suivi externe dans la famille. Dans les recherches québécoises réalisées sur ce thème (LeBlanc, 1995; Pauzé et al., 1996; 2003) il n'y a pas de lien très clair entre la gravité des difficultés dans la famille (dont celles de l'enfant) et le type/l'intensité des services. Du point de vue de la planification et de l'organisation des services à la jeunesse, les connaissances actuelles n'établissent pas la spécificité du placement des adolescents dans les Centres jeunesse. Or, la définition précise des difficultés d'adaptation devrait être une étape importante dans la détermination des services (Kutash, Duchnowski, & Sandheimer, 1994). En effet, dans un contexte de ressources limitées, il importe d'offrir un niveau d'intervention suffisant, susceptible de réduire significativement les difficultés des jeunes et des familles.

Pour favoriser une meilleure compréhension de cette question au Québec, les études doivent : i) porter sur un groupe relativement homogène au plan de l'âge et du motif de prise en charge, ii) distinguer les divers types de prise en charge, dont le placement institutionnel, iii) établir cette prise en charge sur une période de temps relativement brève, et iv) recourir à un ensemble complet de mesures valides pour identifier les caractéristiques des jeunes et des familles. Ceci permet de vérifier si les adolescents et les familles ayant les difficultés les plus sévères reçoivent davantage de services et sont davantage restreints dans leur liberté. L'objectif de cette recherche est donc de déterminer quelles sont les caractéristiques familiales, parentales et propres à l'enfant (psychologiques, scolaires) qui distinguent les adolescents avec un trouble de comportement (38H) orientés vers un suivi externe, une famille d'accueil ou un centre d'accueil au cours des trois premiers mois de la prise en charge.

Méthodologie

Participants

L'échantillon est composé de 92 jeunes âgés entre 11 ans et 17 ans recevant des services dans un Centre jeunesse du Québec (52 garçons, 40 filles) et un de leurs parents. Tous les jeunes ont été référés avec l'accord des parents en vertu de l'article 38H (troubles de comportement) de la Loi de la protection de la jeunesse. Les adolescents habitaient tous dans leur famille au moment du signalement, mais avaient vécu un placement d'urgence en centre d'accueil de réadaptation ou en famille d'accueil pour une période n'excédant pas 30 jours lors de l'étape d'évaluation-orientation. Ce critère de sélection avait pour but de s'assurer que les jeunes présentaient un niveau de difficultés qui les rendaient éligibles à un placement. Tous les participants devaient être évalués à l'intérieur du délai de 30 jours du placement d'urgence, afin de s'assurer que le portrait de l'adolescent et de sa famille reflétaient bien la situation actuelle. De plus, les adolescents et les parents devaient accepter librement de participer à l'étude et démontrer une maîtrise suffisante de la langue française. L'échantillon inclut également 92 répondants parents, principalement des mères (80.4%) et des pères (14.1%).

L'échantillon des jeunes et des parents a été recruté sur une période de plusieurs mois. Au cours de cette période, 154 participants rencontraient les critères de sélection. De ce nombre, 28 n'ont pu être évalués à l'intérieur du délai de 30 jours (délai pour obtenir le consentement pour participer à la recherche et fixer un rendez-vous avec le personnel de recherche), tandis que 34 ont refusé de participer (taux de participation de 75.4%). Les motifs les plus fréquemment invoqués étaient le manque d'intérêt, le refus de parler à nouveau de la situation du jeune et le manque de temps. Il n'est pas possible d'évaluer si des biais ont été introduits par le refus de participer de certains des jeunes et des parents, puisqu'il était alors impossible de consulter leur dossier sans leur autorisation.

Les enseignants et les intervenants sociaux ont également été sollicités afin de participer à cette recherche. Parmi les adolescents qui fréquentaient l'école ($n = 86$), 62.8% des enseignants ($n = 54$) ont accepté de participer à l'étude. Pour s'assurer qu'il n'y a pas de biais de sélection de l'échantillon pour les questionnaires complétés par les enseignants, les caractéristiques des jeunes pour lesquels nous disposons d'informations de la part des enseignants ont été comparées à celles des jeunes pour lesquels nous n'en avons pas. Sur plus d'une cinquantaine de variables d'intérêt (sociodémographiques, profil psychologique du jeune, caractéristiques des parents) une seule différence est notée. Une prévalence plus élevée du diagnostic d'anxiété généralisée (selon le jeune) est observée dans le groupe dont l'enseignant a complété les questionnaires (33.3%) que dans le groupe où il n'a pas complété les questionnaires (12.5%), ($\chi^2 (n = 86) = 4.6; p < 0.05$). Ces résultats suggèrent qu'en dépit du nombre moindre de répondants enseignants, il n'y a pas de biais significatif dans la représentativité des données en provenance des enseignants.

Les intervenants responsables du dossier du jeune à la Direction de la protection de la jeunesse ont également été sollicités à titre de répondants pour établir le type et la fréquence des services reçus dans les trois mois suivant le signalement. Le taux d'acceptation des intervenants a été de 95.7%. Dans les situations où il n'y a pas

eu participation (n = 4) les principaux services reçus au cours des trois premiers mois ont pu être établis grâce au dossier.

Devis de recherche

Il s'agit d'un devis transversal à trois groupes (suivi externe, famille d'accueil, centre d'accueil) où les adolescents, les parents, les enseignants et les professionnels responsables sont des répondants indépendants pour les mesures décrites plus loin. Plusieurs des mesures sont tirées de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes réalisée auprès de 2400 enfants et adolescents (Valla et al., 1994).

Déroulement de l'étude

Un assistant de recherche employé du Centre jeunesse obtenait à toutes les semaines la liste des jeunes actuellement hébergés en urgence (0-30) jours en vertu de l'alinéa 38 H de la LPJ. Il contactait alors le professionnel responsable de l'évaluation-orientation qu'il invitait à présenter la recherche aux parents et au jeune. Suite à l'accord du parent et de l'adolescent, un autre assistant de recherche préalablement formé à la passation des instruments de mesure fixait un moment de rencontre. Chacun des participants était rencontré individuellement en entrevue pour une période d'environ 90 minutes. En guise de dédommagement pour leur participation, l'adolescent recevait la somme de 10\$, tandis que le parent recevait 25\$.

Mesures

Les mesures de l'étude ont été choisies parce qu'elles permettent d'évaluer des facteurs de risque et de protection relatifs à l'adolescent, aux parents et à la famille, de même que les difficultés d'adaptation manifestées. Ces facteurs sont inspirés d'un cadre conceptuel sur les inadaptations psychosociales (Toupin, Pauzé, & Déry, 2000). Ils sont très pertinents pour déterminer les services et mesures d'intervention à offrir à l'adolescent et aux parents.

Caractéristiques sociodémographiques

Des questions tirées du protocole de l'enquête de Santé Québec sur la santé mentale des jeunes en 1992 permettent d'établir l'âge et le sexe de l'enfant, dans quel type de famille vit l'enfant (intacte, monoparentale, recomposée) et le revenu familial annuel auprès du parent répondant lors d'une entrevue (Valla et al., 1994).

Contexte légal et type de prise en charge

Un questionnaire a été construit pour les fins de la présente étude. Afin d'établir auprès de l'intervenant chargé du dossier la nature des mesures de la LPJ (volontaires, non volontaires) et le principal type de prise en charge réalisé par le Centre jeunesse au cours des trois mois suivant l'évaluation (placement en centre d'accueil ou en famille d'accueil, suivi externe). Si plus d'une mesure avait été appliquée au cours de la période de 3 mois, c'est la mesure ayant duré le plus longtemps qui était considérée.

Événements traumatiques vécus par le jeune

Inspiré du protocole de l'enquête sur la santé mentale des jeunes (Valla et al., 1994), ce questionnaire vise à établir les expériences de victimisation du jeune au cours de sa vie. Les questions sont administrées en entrevue auprès du parent. Elles permettent de vérifier la présence d'agressions physiques, d'abus physique et d'abus sexuel.

Exposition à des conflits conjugaux

Ce questionnaire autocomplété comprend 13 items qui évaluent deux dimensions, soit la fréquence et l'intensité des conflits conjugaux entre les parents (Grych, Seid, & Fincham, 1992). Pour chacun des items, l'adolescent doit choisir si l'énoncé est vrai ou faux. Au niveau des propriétés psychométriques, la consistance interne et la fidélité test-retest de l'échelle sont satisfaisantes (Bickham & Fiese, 1997).

Événements de vie stressants

L'instrument conçu par Tolan, Perry et Jones (1987) évalue quatre catégories d'événements stressants: le stress relié au développement, celui induit par l'environnement immédiat, celui lié à des événements ponctuels et celui lié aux tracas quotidiens. Dans un premier temps, le jeune doit identifier en entrevue, parmi 69 événements stressants, ceux qu'il a vécus au cours de la dernière année, et si ces stress sont positifs ou négatifs. Dans un deuxième temps, il doit évaluer l'intensité du stress pour chacun des énoncés sur une échelle de 1 à 5 de « aucunement stressant » à « extrêmement stressant ».

Nombre de changements familiaux et scolaires

Lors de l'entrevue sur les caractéristiques sociodémographiques de la famille, un questionnaire développé pour la présente étude permet d'identifier le nombre de personnes composant la famille et le nombre de changements dans la configuration de la famille depuis la naissance de l'enfant (décès, séparation, nouveau conjoint). Il indique aussi le nombre d'écoles différentes que l'adolescent a fréquentées depuis le début de la scolarisation.

Problèmes d'adaptation des parent

Les questions retenues sont inspirées de celles pour l'évaluation de troubles mentaux dans la famille dans l'enquête sur la santé mentale auprès des jeunes (Valla et al., 1994). Les questions visent à vérifier la présence de problèmes d'adaptation chez l'un ou l'autre des parents liés à la consommation d'alcool ou de drogues, à un trouble mental ou à des démêlés avec la justice. Ces problèmes sont identifiés par le parent, sauf pour la consommation d'alcool où le parent et l'adolescent sont répondants.

Santé physique

L'état de santé physique des parents est évalué à l'aide d'une liste regroupant 30 maladies chroniques (au moins 6 mois) répertoriée dans l'Enquête sur la santé

mentale des jeunes. Pour chacune des maladies, le parent indique si lui ou son conjoint en souffre. Ces informations permettent d'établir le nombre de maladies chroniques vécues par les parents (Valla et al., 1994).

Ressources du répondant

Le questionnaire « Perception de l'adéquation des ressources » est une traduction de l'échelle « Perceived Adequacy of Resources Scale » (PAR) créée par Rowland, Richard, Dodder et Nickols (1985). Il vise à mesurer la perception qu'a le répondant des ressources dont il dispose et ce, dans sept domaines différents: l'environnement physique, le temps, les ressources financières, les ressources interpersonnelles, la santé, les connaissances et les ressources de la communauté. Le parent doit évaluer, sur une échelle de Likert en sept points, son degré d'accord avec chacun des 28 énoncés. Un score élevé indique que le parent estime avoir accès à suffisamment de ressources. Les analyses effectuées par Rowland et al. (1985) indiquent une bonne cohérence interne, tout comme le confirment les résultats obtenus par Burell, Thompson et Sexton (1995).

Fonctionnement familial

Le « Family Assesment Device » (FAD) conçu par Epstein, Baldwin et Bishop (1983) comporte 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 Sutdy ». Ils révèlent de très bons indices de cohérence interne et de validité de construit.

Qualité de la relation parent-enfant

L'Échelle d'attitude parentale (EAP) est la version française qui a été traduite 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 CAM (« Child Attitude towards Mother »), traduite par Boisvert (1980), et le CAF (« Child Attitude towards Father »), 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 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.

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 parce qu'elle ne contient que 3 items.

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 troubles mentaux de l'axe I du DSM-III-R « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », Association psychiatrique américaine, 1987) chez des jeunes de 9 à 17 ans. Lors d'une entrevue structurée avec le parent et avec l'adolescent, les questions permettent d'établir la présence chez l'adolescent de l'un ou de plusieurs troubles mentaux au cours des six derniers mois : anxiété généralisée, dépression majeure, trouble de l'attention/hyperactivité, trouble oppositionnel et trouble des conduites. Quelques informations complémentaires, dont l'absentéisme scolaire sont également recueillies. 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 a été 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).

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.

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.

Consommation d'alcool et de drogues

L'indice de gravité de toxicomanie (IGT, Version 3.0) traduit par le Groupe de recherche et intervention sur les substances psychoactives (Germain, Guyon, & Landry, 2000) permet de distinguer la consommation d'alcool et de drogues abusive à partir de la fréquence de la consommation des 30 derniers jours. L'échelle autocomplétée par l'adolescent a été validée auprès de la population québécoise et offre des propriétés psychométriques satisfaisantes.

Résultats

La stratégie d'analyse retenue pour rencontrer l'objectif de la recherche consiste en une série d'analyses univariées (Khi-carré, analyse de variance) sur les différentes caractéristiques familiales, parentales et propres à l'adolescent. Les analyses comparent les adolescents orientés vers des services externes, ceux référés à une famille d'accueil et ceux hébergés en centre d'accueil de réadaptation. Pour la plupart des comparaisons, les données sont disponibles pour l'ensemble de l'échantillon. Toutefois, pour certaines analyses, des données sont manquantes (au plus six participants, soit moins de 7% de l'échantillon). De plus, certaines questions ne s'appliquent pas à un sous-groupe de l'échantillon (santé du père ou conflits conjugaux dans une famille monoparentale, absentéisme scolaire chez les élèves qui ne fréquentent pas l'école).

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques selon le type de prise en charge

Caractéristiques sociodémographiques	Suivi externe (n=24)		Famille d'accueil (n=20)		Centre d'accueil (n=48)	
	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)
Sexe						
Garçons	62,5		55,0		54,2	
Filles	37,5		45,0		45,8	
Âge		14,7 (0,9)		14,7 (1,8)		14,6 (1,2)
Type de famille						
Intacte	33,3		33,3		27,1	
Recomposée	41,7		38,9		25,0	
Monoparentale	25,0		27,8		47,9	
Revenu annuel						
Faible	21,7		35,0		32,6	
Moyen	39,1		40,0		32,6	
Élevé	39,1		25,0		34,8	
Contexte légal						
Volontaire	35,0		70,0		8,3	
Judiciaire	65,0		30,0		91,7	

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des jeunes et des familles de l'échantillon. Il est composé de 56.5% de garçons et la moyenne d'âge est d'environ 14 ans et demi. Plus des deux tiers des familles ne sont pas intactes et le revenu familial est faible (moins de 25,000\$) ou moyen (entre 25,000\$ et 50,000\$) pour plus de 60% des familles. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les groupes sur ces caractéristiques. Les analyses suggèrent également que le sexe ($\chi^2 (N = 92) = 0.5$; NS) et l'âge ($F (2, N = 92) = 0.0$; NS) de l'adolescent, de même que le type de famille (intacte, recomposée, monoparentale) ($\chi^2 (N = 92) = 12.2$; NS) et le niveau de revenu familial ($\chi^2 (N = 89) = 1.7$; NS) ne sont pas significativement différents selon le type de prise en charge du jeune au cours des trois premiers mois. La seule caractéristique significativement associée au type de prise en charge est le contexte légal volontaire ou non lors de l'application des mesures. Un contexte légal judiciairisé est plus fréquent pour les jeunes orientés vers le centre d'accueil de réadaptation (91.7%) que pour ceux orientés vers le suivi externe (65%) ou une famille d'accueil (30%) ($\chi^2 (N = 92) = 24.7$; $p \leq 0.001$).

Le tableau 2 contraste les résultats obtenus par les participants des trois groupes sur les événements stressants subis, l'adaptation des figures parentales et les ressources. Les analyses ne révèlent aucune différence entre les groupes sur ces aspects : soit la violence physique ($\chi^2 (N = 92) = 0.2$; NS), les blessures ($\chi^2 (N = 92) = 0.2$; NS), les abus physiques ($\chi^2 (N = 92) = 1.8$; NS) et sexuels. De plus, les événements traumatiques subis par les adolescents ($\chi^2 (N = 92) = 0.0$; NS) de même que l'intensité des conflits conjugaux, lorsque applicable ($F (2, N = 58) = 0.1$; NS) ou leur fréquence ($F (2, N = 58) = 0.9$; NS) ne diffèrent pas entre les groupes. Les divers stress vécus au cours de la dernière année relatifs au développement du jeune ($F (2, N = 87) = 0.3$; NS), à l'environnement ($F (2, N = 88) = 1.0$; NS), aux événements ponctuels ($F (2, N = 89) = 0.5$; NS) et aux stress quotidiens ($F (2, N = 89) = 0.5$; NS) ne sont pas significativement différents selon les groupes. Enfin, les adolescents orientés vers l'une ou l'autre des trois mesures n'ont pas vécu davantage de changements d'école ($F (2, N = 92) = 0.3$; NS) ou de configuration familiale ($F (2, N = 92) = 0.1$; $p = NS$) au cours de leur vie. Ceci suggère que l'instabilité familiale et résidentielle ne sont pas associées aux types de mesures proposées lors de la prise en charge de l'adolescent.

Il importe toutefois de noter, en considérant les résultats pour l'ensemble de l'échantillon, qu'une proportion significative de jeunes ont été victime de violence, soit environ 25%, tandis que pratiquement le tiers a vécu un abus physique. En outre, les adolescents rapportent de nombreux stress ponctuels et quotidiens.

Les caractéristiques des parents ne diffèrent pas selon les groupes. En effet, ils ne présentent pas proportionnellement davantage de problèmes d'adaptation et de santé physique et ne diffèrent pas au plan des ressources selon l'orientation de l'adolescent dans les services. Le tableau 2 indique dans le cas des problèmes personnels des parents, qu'entre 8.5% et 10% présentent un problème de consommation d'alcool selon l'adolescent ($\chi^2 (N = 90) = 0.1$; NS); ce pourcentage s'établissant entre 2.1% et 16.7% selon le parent répondant lui-même ($\chi^2 (N = 92) = 5.7$; NS). Quant aux problèmes de santé mentale, ils seraient présents chez 16.7% à 20% des répondants parents. Toutefois, la prévalence de ces difficultés ne semble pas significativement associée aux mesures retenues pour aider l'adolescent qui présente

Tableau 2
Événements stressants, ressources et adaptation des figures parentales et du jeune selon le type de prise en charge

Événements stressants, ressources et adaptation des figures parentales	Suivi externe (n=24)		Famille d'accueil (n=20)		Centre d'accueil (n=48)	
	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)
Événements traumatiques (jeunes)						
Victime de violence	25,0		25,0		20,8	
Victime de blessures	16,7		20,0		20,8	
Abus physique	33,3		35,0		33,3	
Abus sexuel	8,3		0,0		4,2	
Exposition à des conflits conjugaux						
Fréquence		5,5 (3,8)		6,3 (4,1)		6,0 (4,3)
Intensité		4,5 (4,0)		6,1 (5,0)		6,4 (5,2)
Stress (jeunes)						
Développement		7,1 (4,5)		6,4 (3,5)		6,4 (3,7)
Environnement		6,0 (3,8)		7,8 (5,8)		7,4 (4,5)
Ponctuel		10,5 (7,5)		11,2 (8,2)		12,5 (8,0)
Quotidien		11,6 (7,8)		13,0 (6,4)		13,6 (8,3)
Nombre de changements						
D'école		3,5 (1,8)		3,0 (1,5)		3,3 (1,9)
De configuration familiale		3,7 (3,1)		3,8 (2,7)		4,0 (3,9)
Problèmes des parents						
Alcool (selon le jeune)	8,7		10,0		8,5	
Alcool (selon le parent)	16,7		5,0		2,1	
Drogues	4,2		0,0		2,1	
Santé mentale	16,7		20,0		18,8	
Démêlés justice	8,3		5,0		2,1	
Santé physique						
Maladie de la mère		2,4 (2,1)		2,2 (1,9)		1,6 (2,1)
Maladie du père		0,3 (0,5)		0,6 (1,4)		0,5 (0,7)
Ressources						
Environnement physique		6,1 (1,2)		6,1 (1,0)		6,3 (0,9)
Santé		5,3 (1,3)		5,6 (1,4)		5,1 (1,6)
Temps		4,8 (1,5)		4,7 (1,5)		4,8 (1,7)
Financières		4,4 (1,9)		4,9 (1,7)		4,1 (1,8)
Interpersonnelles		5,2 (1,4)		5,8 (1,2)		5,7 (1,1)
Connaissances		6,0 (1,1)		6,3 (0,8)		6,2 (0,8)
Communautaires		4,8 (1,2)		5,4 (1,3)		5,3 (1,1)

des troubles de comportement ($\chi^2 (N = 92) = 0.1$; NS) tout comme celles relatives à la consommation de drogue ($\chi^2 (N = 92) = 0.9$; NS) et aux démêlés des parents avec la justice ($\chi^2 (N = 92) = 1.5$; NS). Le même constat s'applique en ce qui concerne la santé physique de la mère ($F(2, N = 85) = 1.1$; NS) et du père ($F(2, N = 61) = 0.5$; NS), ainsi qu'aux ressources disponibles dans l'environnement physique ($F(2, N = 91) = 0.4$; NS), en terme de santé ($F(2, N = 91) = 0.6$; NS), de temps ($F(2, N = 91) = 0.0$; NS), de finances ($F(2, N = 91) = 1.5$; NS), de relations interpersonnelles ($F(2, N = 91) = 1.8$; NS), de connaissances ($F(2, N = 91) = 0.7$; NS) et de soutien communautaire ($F(2, N = 91) = 1.9$; NS). En somme, les parents des adolescents des trois groupes ne diffèrent pas au plan des ressources et de la perception de la santé.

Le tableau 3 présente diverses caractéristiques des relations dans la famille selon le type de prise en charge de l'adolescent par le Centre jeunesse au cours des trois premiers mois. Le fonctionnement familial tel qu'évalué par l'adolescent ($F(2, N = 88) = 1.6$; NS) et par le parent répondant ($F(2, N = 86) = 0.08$; NS) ne diffère pas au plan statistique selon les groupes. Il n'y a pas non plus de différences significatives quant aux pratiques éducatives des parents, soit l'engagement ($F(2, N = 91) = 0.5$; NS), les pratiques éducatives positives ($F(2, N = 91) = 0.3$; NS), la supervision ($F(2, N = 91) = 0.3$; NS), l'incohérence des pratiques ($F(2, N = 91) = 0.3$; NS) ou la punition corporelle ($F(2, N = 91) = 0.9$; NS). La seule caractéristique qui varie selon les groupes est la qualité de la relation entre l'adolescent et sa mère, selon l'évaluation de l'adolescent. En effet, la qualité de la relation est jugée moins positive par les adolescents orientés vers une famille d'accueil que par ceux bénéficiant d'un suivi externe ($F(2, N = 92) = 3.3$; $p \leq .05$). Cependant, cette même qualité de la relation du point de vue du parent répondant ne diffère pas selon les groupes ($F(2, N = 91) = 0.2$; NS).

Tableau 3
Relations dans la famille selon le type de prise en charge

Relations dans la famille	Suivi externe	Famille d'accueil	Centre d'accueil
	(n=24)	(n=20)	(n=48)
	M (e.t.)	M (e.t.)	M (e.t.)
Fonctionnement familial			
Selon le parent	2,2 (0,6)	2,4 (0,5)	2,1 (0,6)
Selon l'adolescent	2,3 (0,6)	2,7 (0,6)	2,5 (0,7)
Qualité de la relation parents-enfant			
Selon le parent	34,4 (13,0)	37,1 (15,6)	36,4 (14,3)
Selon l'ado avec la mère	26,9 (24,1)	47,0 (26,5)	35,7 (25,1)
Pratiques éducatives des parents			
Engagement	3,6 (0,5)	3,5 (0,6)	3,6 (0,5)
Pratiques positives	3,9 (0,7)	3,8 (0,8)	4,1 (0,5)
Supervision	2,4 (0,4)	2,5 (0,7)	2,4 (0,6)
Incohérence	2,8 (0,5)	2,9 (0,6)	2,9 (0,6)
Punition corporelle	1,3 (0,4)	1,2 (0,4)	1,2 (0,2)

Le tableau 4 compare la proportion des jeunes qui rencontre divers diagnostics de troubles mentaux selon le parent et selon l'adolescent. De plus, il présente la sévérité des problèmes de comportement du jeune selon l'enseignant et l'estime de soi selon l'adolescent. Globalement, pour l'ensemble de l'échantillon, on constate que de 40% à 62% des jeunes présentent un trouble anxieux, de 30% à 40% un trouble dépressif, de 40% à 50% un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, de 46% à 90% un trouble oppositionnel et de 50% à 71% un trouble des conduites, selon le parent. La plupart des parents estiment donc que leur enfant présente un ou des troubles significatifs, sans pour autant constater des différences sur la prévalence de ces troubles selon le type de prise en charge : les troubles anxieux ($\chi^2 (N = 92) = 2.2$; NS), le trouble dépressif ($\chi^2 (N = 92) = 0.6$; NS), le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité ($\chi^2 (N = 92) = 0.7$; NS) et le trouble des conduites ($\chi^2 (N = 92) = 2.0$; NS). Dans le cas du trouble oppositionnel, la proportion de jeunes présentant un tel trouble est significativement plus élevée pour les adolescents orientés vers une famille d'accueil (90%) ou un centre d'accueil (70.8%), plutôt que suivi en externe (45.8%) ($\chi^2 (N = 92) = 10.5$; $p \leq .05$). Ce résultat n'est toutefois pas confirmé du point de vue de l'adolescent. En effet, selon l'adolescent, 31.3% des jeunes orientés vers un centre d'accueil, 20% des jeunes en famille d'accueil et 8.3% des jeunes suivis à l'externe présenteraient un trouble oppositionnel. Cette différence n'est pas significative au plan statistique ($\chi^2 (N = 92) = 4.9$; NS). Les autres diagnostics selon l'adolescent ne sont pas non plus associés au type de prise en charge au cours des trois premiers mois en Centre jeunesse soit, les troubles anxieux ($\chi^2 (N = 92) = 3.1$; NS), le trouble dépressif ($\chi^2 (N = 92) = 2.5$; NS), le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité ($\chi^2 (N = 92) = 2.0$; NS) et le trouble des conduites ($\chi^2 (N = 92) = 0.0$; NS). De plus, le score à l'échelle d'estime de soi des adolescents ne diffère pas selon les groupes ($F(2, N = 88) = 0.3$; NS). Enfin, le tableau 4 ne permet pas d'observer des différences significatives formelles entre les groupes sur la sévérité des symptômes intériorisés ($F(2, N = 54) = 0.6$; NS) et extériorisés ($F(2, N = 54) = 2.5$; NS) des jeunes selon l'enseignant. Toutefois, il faut ici reconnaître disposer d'une puissance statistique limitée pour détecter des différences, en raison du faible nombre d'enseignants ayant participé à l'étude.

Le tableau 5 permet de comparer la consommation d'alcool et de drogues et la situation scolaire selon le type de prise en charge par le Centre jeunesse. Seule la consommation d'alcool s'avère significativement différente dans les trois groupes ($\chi^2 (N = 92) = 10.5$; $p \leq .05$). On constate notamment, que 12.5% des jeunes orientés vers un centre d'accueil ont une consommation abusive, ce qui n'est constaté chez aucun des jeunes orientés en famille d'accueil ou vers un suivi externe. Ceci peut suggérer la présence d'un sous-groupe de jeunes dans les centres de réadaptation ayant besoin de services spécialisés en toxicomanie, puisque de surcroît 10% de l'échantillon des jeunes a une consommation abusive de drogues. Les résultats relatifs à la situation scolaire des jeunes, même s'ils ne diffèrent pas selon les groupes ($\chi^2 (N = 92) = 7.1$; NS), suggèrent néanmoins des difficultés d'adaptation scolaire pour une forte proportion des adolescents. De 50 à 70% des jeunes selon les groupes ont un retard scolaire et 15% des adolescents en famille d'accueil ont abandonné l'école. Dans le cas des jeunes recevant des services dans le centre d'accueil, la fréquentation scolaire est obligatoire, ce qui explique l'absence de décrocheurs. Enfin, l'absentéisme scolaire est constaté dans l'année précédant la prise en charge pour la majorité des jeunes peu importe le groupe.

Tableau 4
Profil psychologique de l'adolescent selon le type de prise en charge

Profil psychologique de l'adolescent	Suivi externe (n=24)		Famille d'accueil (n=20)		Centre d'accueil (n=48)	
	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)
Troubles mentaux (selon le parent)						
Anxiété	62,5		40,0		52,1	
Dépression	37,5		30,0		39,6	
Déficit d'attention	45,8		50,0		39,6	
Opposition	45,8		90,0		70,8	
Trouble des conduites	70,8		50,0		60,4	
Troubles mentaux (selon le jeune)						
Anxiété	29,2		35,0		16,7	
Dépression	29,2		10,0		20,8	
Déficit d'attention	4,2		0,0		8,3	
Opposition	8,3		20,0		31,3	
Trouble des conduites	58,3		60,0		58,3	
Sévérité des problèmes de comportement (selon l'enseignant)						
		(n = 11)		(n = 12)		(n = 31)
Symptômes intériorisés	16,6 (8,3)		17,7 (10,4)		19,9 (9,4)	
Symptômes extériorisés	31,0 (13,9)		27,5 (14,4)		38,4 (16,1)	
Estime de soi	46,4 (9,1)		48,6 (8,9)		46,9 (10,0)	

Discussion

En résumé, peu de caractéristiques des adolescents et des familles permettent de distinguer ceux orientés vers des services externes, une famille d'accueil ou un centre d'accueil de réadaptation aux cours des trois premiers mois de prise en charge par les Centres jeunesse. En effet, les adolescents placés en centre d'accueil de réadaptation font souvent l'objet de mesures non volontaires lors de l'application des mesures, révèlent avoir une moins bonne relation avec leur mère et sont plus susceptibles de s'opposer et, pour 12% d'entre eux, d'avoir une consommation abusive d'alcool. Toutefois, ces seules caractéristiques paraissent insuffisantes pour expliquer le recours de ce type de prise en charge. En effet, bien que l'existence de mesures judiciaires pour la majorité des adolescents orientés vers un placement en centre d'accueil (92%) puisse être interprétée comme un indicateur de la gravité des difficultés, on constate que de telles mesures existent également pour les deux tiers des adolescents suivis à l'externe. Dans la même veine, la fréquence plus élevée d'opposition chez les adolescents référés en famille d'accueil ou en Centre d'accueil (selon le parent) peut être interprétée comme un reflet du niveau de collaboration de l'adolescent. Néanmoins, près de 50% des adolescents suivis à l'externe présentent

Tableau 5
Consommation et situation scolaire selon le type principal de prise en charge

Consommation et situation scolaire	Suivi externe	Famille d'accueil	Centre d'accueil
	(n=24)	(n=20)	(n=48)
	%	%	%
Consommation d'alcool			
Aucune	30,4	63,2	41,7
Occasionnelle	69,6	36,8	45,8
Abusive	0,0	0,0	12,5
Consommation de drogues			
Aucune	43,5	47,4	33,3
Occasionnelle	52,2	47,4	56,3
Abusive	4,3	5,3	10,4
Situation scolaire du jeune			
Ne fréquente pas l'école	12,5	15,0	0,0
Classe régulière	66,7	75,0	77,1
Classe spéciale	20,8	10,0	22,9
Retard scolaire			
Aucun	40,9	50,0	29,2
Une année	27,3	25,0	41,7
Deux années ou plus	31,8	25,0	29,2
Absentéisme au cours de la dernière année			
Peu	16,7	33,3	13,5
Plus de trois fois	83,3	66,7	86,5

aussi des conduites d'opposition selon les parents. Il ne semble donc pas que ce seul facteur ne puisse pas expliquer le type de services reçus. Partant du principe qu'il devrait exister une adéquation entre la sévérité des difficultés et le niveau de restriction imposé par le programme d'intervention dans les Centres jeunesse, il pouvait être anticipé d'observer des difficultés plus importantes chez les jeunes orientés vers un centre d'accueil de réadaptation en comparaison avec les autres types de prise en charge. Peu de nos résultats vont dans ce sens. Avec la même logique, il pouvait être attendu que l'adaptation et les ressources des figures parentales seraient plus élevées lorsque les jeunes sont maintenus dans leur milieu naturel (suivi externe) comparativement aux jeunes orientés vers le centre d'accueil ou la famille d'accueil. Or, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les groupes. En raison de ces résultats, il n'est pas utile de poursuivre l'étude des différences entre les groupes par des analyses plus complexes de type multivarié.

Les résultats obtenus quant aux associations entre les difficultés des jeunes et le type de prise en charge sont passablement cohérents avec ceux des études québécoises et américaines. Les études québécoises (Leblanc, 1995; Puzé et al., 1996, 2003) constataient certaines différences dans les difficultés manifestées par les jeunes selon les mesures d'interventions appliquées. Toutefois, elles suggéraient que

les seules difficultés des jeunes ne pouvaient expliquer les types de prise en charge des Centres jeunesse. Par exemple, si Leblanc (1995) constate que 40% des adolescents placés en milieu fermé manifestent une inadaptation élevée ou multiforme, c'est dire que 60% du groupe ne présente pas ce niveau d'inadaptation, et ce, même si ces jeunes sont pris en charge par le même type de mesure. De même, Berrick et al. (1993) et Scholte (1997) observent des différences entre les caractéristiques des jeunes selon le type de prise en charge, mais ne parviennent pas pour autant à établir un profil distinctif des enfants selon l'intervention proposée. Nos résultats indiquent que la fréquence des troubles oppositionnels selon les parents est plus élevée pour les jeunes orientés en famille d'accueil (90%) qu'en centre d'accueil (71%), tandis que la proportion est de 46% chez les jeunes suivis en externe. De même, nos résultats sur la qualité de la relation parent-adolescent, selon l'adolescent, suggèrent des difficultés relationnelles parent-adolescent plus importantes chez les adolescents orientés vers une prise en charge en famille d'accueil. La qualité des relations parent-adolescent des jeunes pris en charge en centre d'accueil de réadaptation sont à mi-chemin entre les deux autres groupes. La prévalence des difficultés observées chez les adolescents orientés vers une famille d'accueil suggère que le défi éducatif qui attend ces familles est important. En effet, la période parfois difficile de l'adolescence jumelée à la situation de rupture familiale et aux difficultés spécifiques des adolescents orientés vers cette mesure suggèrent un besoin de soutien professionnel important de ces familles.

Nos résultats indiquent moins d'opposition et moins de difficultés relationnelles entre le parent et l'adolescent pour les jeunes et familles suivis à l'externe. Toutefois, ils établissent également qu'une certaine proportion des jeunes et des familles orientés vers un placement ne présentent pas ces difficultés. À l'inverse, on constate qu'une portion appréciable de jeunes suivis à l'externe présente des difficultés de comportement significatives. L'orientation des jeunes vers des ressources qui ne sont pas en mesure de répondre à certaines de leurs difficultés pourrait expliquer au moins une partie du phénomène de récurrence des signalements documentés par Bédard et Turcotte (1995), Sheriff et al. (1994) et Roberge (1998). Par ailleurs, l'existence d'une proportion d'adolescents faisant une consommation abusive d'alcool qui sont exclusivement référés en centre d'accueil de réadaptation suggère que les Centres jeunesse ont probablement développé des programmes spécifiques pour répondre à ce type de problèmes chez les adolescents.

Alors qu'il était raisonnable d'anticiper que des capacités parentales réduites seraient associées au placement hors de la famille d'origine, il semble qu'aucune des caractéristiques familiales mesurées ne distinguent les groupes. En effet, l'étude ne relève aucune différence dans les caractéristiques des familles (caractéristiques sociodémographiques, ressources et adaptation des parents, fonctionnement familial et pratiques éducatives) selon le type de prise en charge du Centre jeunesse au cours des trois premiers mois. Ces résultats correspondent à ceux obtenus dans d'autres études (Pauzé et al., 1996, 2003; Scholte, 1997). Il est toutefois possible, encore ici d'interpréter la différence observée entre les groupes relativement au contexte légal de la prise en charge comme un indice de la collaboration différenciée des familles. À cet effet, on constate que la presque totalité des jeunes placés en centre d'accueil de réadaptation (92%), le sont dans le contexte de mesures judiciairisées. Ce résultat peut alors être interprété comme un indicateur de familles moins collaboratrices. Toutefois, cette interprétation paraît douteuse pour les autres groupes puisque la proportion de

mesures judiciairisées est de 30% pour l'orientation vers une famille d'accueil et de 65% pour le suivi externe. Ceci indiquerait alors une meilleure collaboration des familles à un placement en famille d'accueil comparativement à un suivi externe. De plus, il importe de rappeler que l'échantillon de cette étude ne comportait que des jeunes référés avec l'accord des parents en vertu de l'article 38H. Il existait donc une certaine homogénéité dans la collaboration et le motif de la référence.

Les différences limitées observées tant au plan des caractéristiques des jeunes que des familles selon les types de prises en charge soulèvent nombre de questions. Elles concernent notamment la capacité des Centres jeunesse à évaluer de façon différenciée les jeunes et les familles et à proposer des interventions adaptées à la nature de ces difficultés. Bien que cette recherche ne permette pas de documenter spécifiquement ces aspects, nos données suggèrent que des efforts importants restent à être faits pour adapter les ressources et les services à la nature et la gravité des difficultés des adolescents et des familles. Afin d'améliorer cette situation, le recours à une évaluation exhaustive et valide des jeunes et des familles au moment de l'orientation vers les services appropriés pourrait être une solution (Toupin et al., 2000). De plus, un certain nombre de paramètres relatifs aux difficultés du jeune et de la famille devraient définir la clientèle cible des divers programmes (Rosen, 1999).

Le portrait global que fait cette étude des jeunes référés pour trouble de comportement au Centre jeunesse indique qu'ils présentent une variété de difficultés significatives selon divers répondants, soit principalement un trouble oppositionnel (selon le parent), un trouble des conduites (selon le parent et le jeune), des troubles anxieux (selon le parent et le jeune), un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (selon le parent) ou un trouble dépressif (selon le parent et le jeune). Certains jeunes manifestent également des problèmes significatifs d'alcool ou de drogues. La plupart ont un retard scolaire. De plus, plusieurs des jeunes ont été victimes de violences antérieurement et rapportent des stress importants au cours de la dernière année. Du point de vue du contexte familial, ces jeunes proviennent la plupart du temps de familles non intactes dont le revenu familial est modeste. On constate dans certaines familles des difficultés de fonctionnement et des pratiques éducatives parentales parfois problématiques. Certains parents rapportent en effet une supervision limitée de l'adolescent et des pratiques éducatives peu cohérentes. De plus, une proportion significative de parents et d'adolescents décrivent leur relation comme difficile. Enfin, une certaine proportion de parents éprouve des problèmes de consommation d'alcool ou de santé mentale. Ce portrait d'ensemble indique donc à la fois des difficultés significatives au plan clinique chez les jeunes et un certain nombre de facteurs de risque dans leur environnement familial. Ceci suggère que les programmes d'intervention devraient s'inspirer de combinaisons spécifiques des difficultés des enfants et des parents.

Il importe de conclure cette discussion sur les limites de l'étude et les perspectives futures de recherche. Tout d'abord, il faut rappeler que l'échantillon étudié est composé d'adolescents d'un Centre jeunesse, référés en vertu de l'article 38H de la LPJ avec l'accord des parents et dont les jeunes ont fait l'objet d'un placement « 0-30 jours ». En conséquence les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la clientèle des Centres jeunesse. En second lieu, l'échantillon ne permet pas de disposer d'une forte puissance statistique puisque les groupes comparés peuvent comporter aussi peu qu'une vingtaine de participants. Il est donc

possible que cet état de fait ne permette pas de détecter des différences statistiquement significatives entre les groupes. Enfin, une autre limite de l'étude est que tous les facteurs susceptibles d'influencer l'offre de services dans les Centres jeunesse n'ont pas été évalués. En effet, les services reçus par les jeunes et les familles dans les Centres jeunesse ne sont pas seulement influencés par les caractéristiques des jeunes et des familles. Par exemple, il est très probable que l'existence de ressources limitées, les aspects juridiques, le niveau de motivation de l'adolescent et d'autres facteurs jouent un rôle dans l'orientation vers les divers types de prise en charge.

La présente étude met en lumière l'importance de mieux connaître les caractéristiques des jeunes et des familles desservis par les Centres jeunesse, afin de conceptualiser des programmes adaptés aux caractéristiques des jeunes et des familles. Cette même démarche est également utile pour les jeunes et les familles desservis par les milieux scolaires (Déry, Toupin, Pauzé, & Verlaan, 2004). De plus, un secteur de recherche relativement négligé est celui des caractéristiques spécifiques des jeunes et familles selon la provenance de l'offre de services (écoles, CLSC, Centres jeunesse). Des études comme celles réalisées aux États-Unis (Friman et al., 1993; Handwerk et al., 1998) seraient utiles sous l'angle de la spécificité des clientèles desservies, de la complémentarité des services et des trajectoires d'amélioration des difficultés des jeunes et des familles. Les résultats obtenus peuvent ainsi suggérer l'utilité d'une réévaluation à mi-parcours et en fin d'intervention, afin de cerner l'évolution de la situation de l'enfant et de la famille. Ce type de démarche évaluative du début de l'intervention jusqu'à sa conclusion devrait soutenir l'identification des services à offrir aux jeunes et aux familles et alimenter une réflexion systématique sur l'amélioration des services.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *The Child Behavior Checklist*. Vermont: University of Vermont.
- 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 years olds. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 381-386.
- Berrick, J.D., Courtney, M., & Barth, R.P. (1993). Specialized foster care and group home care: Similarities and differences in the characteristics of children in care. *Children and Youth Services Review*, 15, 453-473.
- Bickham, N.L., & Fiese, B.H. (1997). Extension of the children's perceptions of interparental conflict scale for use with late adolescents. *Journal of Family Psychology*, 11 (2), 246-250.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 37 (11), 1167-1174.
- Burell, B., Thompson, B., & Sexton, D. (1995). Measurement characteristics of perceived adequacy of resources scales. *Educational and Psychological Measurement*, 55 (2), 249-257.
- 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, 97-104.

- Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., & Lancop, C. (1994). *Nos ados et les autres : étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 154 pages.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., & Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioral difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 769-775.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Friman, P.C., Evans, J., Larzelere, R., Williams, G., & Daly, D.L. (1993). Correspondence between child dysfunction and program intrusion: Evidence of a continuum of care across five child mental health programs. *Journal of Community Psychology*, 21, 227-233.
- Germain, M., Guyon, L., & Landry, M. (2000). Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents. RISQ. Document inédit.
- Grych, J.H., Seid, M., & Fincham, F.D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective : The children's perception of interparental conflict scale. *Child Development*, 63, 558-572.
- 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.
- Handwerk, M.L., Friman, P.C., Mott, M.A., & Stairs, J.M. (1998). The relationship between program restrictiveness and youth behavior problem. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(3), 170-179.
- 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.
- Kutash, K., Duchnowski, A.J., Sandheimer, D.L. (1994). Building the research base for children's mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 194-197.
- Larivière, C. (2001). Les réseaux intégrés de services: fondements, définitions et modes d'organisation, extrait du Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse, ACCQ-ACJQ, pp. 22-62.
- LeBlanc, M. (1995). Y a-t-il trop d'adolescents placés en internat aux Centres jeunesse de Montréal? *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 24(2), 93-120.
- Lindsey, D. (1992a). Reliability of the foster care placement decision : A review. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 65-80.
- Lindsey, D. (1992b). Adequacy of income and the foster care placement decision: Using an odds ratio approach to examine client variables. *Social Work Research and Abstracts*, 28(3), 29-36.
- Lindsey, D. (1991). Factors affecting the foster care placement decision: An analysis of national survey data. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(2), 272-281.
- 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.
- Messier, C. (1989). *Les troubles de comportement à l'adolescence... et leur traitement en centre de réadaptation*. Commission de protection des droits de la jeunesse, Gouvernement du Québec, Montréal.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males : Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Nagin, D., & Tremblay, R.E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and non-violent juvenile delinquency. *Child Development*, 70(5), 1181-1196.
- Pakiz, B., Reinherz, H., & Giaconia, R.M. (1997). Early risk factors for serious antisocial behavior at age 21: A longitudinal community study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 92-100.
- Pauzé, R., Déry, M., & Toupin, J. (1995). Analyse critique des études portant sur les caractéristiques familiales et personnelles des jeunes placés en milieu substitut. *Revue canadienne de psychoéducation*, 24(1), 1-15.

- 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.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., & Frappier, J.Y. (2003) Personal Characteristics of adolescents ages 12-17 taken in charge by Quebec's youth protection programs. *3rd world congress of Child Youth Health*, Vancouver.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., & Frappier, J.-Y. (2000). Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des 8 premiers mois. *Rapport soumis au FASS*, 62 p.
- Roberge, P. (1998). Enfants et adolescents signalés à la direction de la protection de la jeunesse. Les parcours de six cohortes. Octobre 1998.
- Rosen, M. (1999). Treating child welfare children in residential settings. *Children and Youth Service Review*, 21 (8), 657-676.
- Rowland, V. T., Richard, A., Dodder, S., & Nickols, Y. (1985). *Perceived Adequacy of Resources: Development of a Scale*. Home Economics Research Journal, déc.: vol. 14, no2.
- 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, interrator 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.
- Scholte, E.M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (6), 557-566.
- Sheriff, T. et al. (1994). *Re-signalements et réévaluations des dossiers: La récurrence des bénéficiaires à la direction de la protection de la jeunesse de Québec*. Centres jeunesse de Québec, 170 pages.
- Tolan, P.H., Perry, M.S., & Jones, T. (1987). Delinquency prevention: An example of consultation in rural community mental health. *Journal of Community Psychology*, 15 (1), 43-50.
- Toupin, J., Pauzé, R., & Déry, M. (2000). Modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance pour la définition et l'évaluation des activités d'intervention. *Les Cahiers de l'Actif*, no 288/289 et 290/291, 115-130.
- 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.
- White, J.L., Earls, F., Robins, L., & Silva P.A. (1990). How early can we tell? : predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28 (4), 507-533.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 33 (1), 56-59.
- Zurwin, S., & DePanfilis, D. (1997). Predictors of child protective service intake decisions: case closure, referral to continuing services, or foster care placement. In Curtis, P.A., Dale Jr., G., & Kendall, J.C. (Éd.). *The foster care crisis: translating research into policy and practice* (63-123). Lincoln and London: Nebraska Press.