

Médicaments psychotropes et placement sous garde à l'adolescence : les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s

Par

Émilie Dubuc

Mémoire déposé à

L'École de service social

En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction du professeur

Lilian Negura

Université d'Ottawa

Décembre 2020

REMERCIEMENTS

À mes parents Kim et Stéphane. Maman, papa, merci pour tous les sacrifices que vous avez faits depuis mon enfance afin que je puisse un jour avoir un niveau d'éducation universitaire. Vous avez su me soutenir mentalement, émotionnellement, financièrement et j'en passe. Vous m'avez également transmis des valeurs propices à la réussite. Du fond du cœur, merci. À ma sœur Mélodie et à mon frère Justin, merci pour votre encouragement continu.

À mon copain Mathieu. Un énorme merci à toi pour ta patience, tes encouragements, ton écoute, ton habileté à me réconforter lors de moments de stress. Merci d'être mon pilier, d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir soutenu tout au long de ce projet.

À ma *Squad*, Flavie, Geneviève, Kaleigh, Melanie et Sophie. Votre ambition et votre éthique de travail m'inspirent à me surpasser et à donner le meilleur de moi-même dans tout ce que j'entreprends. Merci de m'avoir encouragé pendant toutes ces années et de continuer à faire partie de ma vie. Vous êtes sincèrement des amies exceptionnelles et des perles rares.

À mes *Masterettes*, Bailey, Cassidy, Genève, Kaily, Naomi et Sarah. Je suis tellement choyée d'avoir pu vivre une partie de mon expérience universitaire avec vous et de pouvoir en ressortir avec de si bonnes amies. Merci, les filles, d'avoir été présentes pour célébrer mes réussites et pour m'avoir conseillé et réconforté lors des moments de doutes ou des moments difficiles.

À mon professeur Lilian. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, pour votre flexibilité, pour votre savoir et votre rétroaction. Merci d'avoir continué à me soutenir dans ce projet, même si ce fût plus long que prévu.

Last but far from least, to my participants. Thank you for your contribution, your insight, your good spirit, and your patience. Thank you for taking time out of your busy lives to share your

knowledge and experiences, which have been of much value to this project. Without your help, none of this would have been possible. Most importantly, thank you for being a light in the lives of many justice-involved youth and for always striving to make a difference.

RÉSUMÉ

Cette étude a eu pour but de mieux comprendre les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sur l'utilisation de la médication psychotrope dans les établissements de garde pour adolescents dans l'est de l'Ontario. Afin de contextualiser ces perceptions et attitudes, nous avons exploré des sujets connexes à la question de recherche dont : les implications du travail d'intervenant(e) en justice pour jeune, les comportements des jeunes placés sous garde, le rapport des intervenant(e)s à la pharmacologie, le processus de la prescription psychotrope en établissement de garde pour jeunes, les attitudes des jeunes vis-à-vis leur(s) prescription(s) psychotrope(s), les effets qu'ont les médicaments psychotropes sur les jeunes placés sous garde puis, les stratégies pour améliorer la santé mentale des jeunes pendant et après leur placement sous garde. Trois participant(e)s ont pris part à des entretiens semi-dirigés et ont partagé leurs opinions et leurs expériences.

Selon nos résultats plusieurs médicaments psychotropes sont prescrits pour la durée du placement des jeunes placés sous garde en fonction du degré de « gérabilité » des comportements des jeunes. Les médicaments seraient également prescrits pour la rentabilité de ce type d'intervention. Ces médicaments sont prescrits peu importe la présence ou l'absence d'un diagnostic de trouble de santé mentale et, selon nos données, leur usage n'est pas toujours recommandé chez les personnes âgées de moins de 18 ans. Les médicaments psychotropes ont également une multitude d'effets négatifs sur les jeunes. Ceux-ci peuvent comprendre, entre autres, des effets « trop calmants » qui rendent les jeunes moins « cohérents » et moins « fonctionnels ». Les effets des médicaments psychotropes à long terme demeurent également incertains, y compris les effets sur la réinsertion sociale et la récidive. Les intervenant(e)s ayant participé à cette étude se montrent en faveur d'une vision proactive des médicaments psychotropes à condition qu'ils

soient utilisés de manière appropriée et en combinaison avec des méthodes d'intervention psychosociales. Ils et elles nous ont indiqué la pertinence de miser davantage sur les interactions humaines et sur le soutien qui est offert dans la communauté pour améliorer la santé mentale des jeunes judiciairisés.

Mots clés : Médication psychotrope, établissement de garde, placement sous garde, jeunes, adolescents, intervenant(e) en justice pour la jeunesse, comportements, médicalisation, normes sociales, normalisation, « *psychopharmacological society* ».

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iv
LISTE DES TABLEAUX, DES SCHÉMAS ET DES ANNEXES	ix
LISTE DES ACRONYMES	x
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	13
1.1 Définition des termes	13
1.1.1 Établissement de garde pour adolescents en Ontario	13
1.1.2 Médicaments psychotropes	14
1.1.3 Intervenant(e) auprès des jeunes placés sous garde	15
1.2 Ampleur de la problématique	17
1.2.1 Proportion de jeunes placés sous garde	17
1.2.2 Médicaments psychotropes et institutions juvéniles	18
1.2.3 « <i>Decade of the Brain</i> »	19
1.3 Présentation de la littérature scientifique.....	20
1.3.1 La prescription non conforme de médicaments psychotropes en pédiatrie	20
1.3.2 Portrait des jeunes placés sous garde.....	20
1.3.3 Caractéristiques des jeunes médicamentés	21
1.3.4 Aperçu de la relation des jeunes avec leur(s) médicament(s)	23
1.3.5 Raisons qui expliquent l'usage élevé des médicaments psychotropes selon les intervenant(e)s	24
1.3.6 Niveau de connaissance des intervenant(e)s en pharmacologie.....	26
1.3.7 Attitudes des intervenant(e)s envers l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État	27
1.4 Sommaire.....	30
CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL.....	33
2.1 La médicalisation	33
2.2 Les normes sociales	33
2.3 La normalisation	34
2.4 La « <i>Psychopharmacological Society</i> »	35
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	36
3.1 La méthodologie de recherche qualitative	36
3.2 Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques de l'échantillon	37
3.3 Stratégie de recrutement.....	38

3.4 Méthode de collecte de données.....	39
3.5 Analyse des données	40
3.6 Considérations éthiques	41
3.7 Limites de la recherche	43
3.8 Originalité de la recherche	43
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	45
4.1 Portrait des participant(e)s	45
4.2 Le travail d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse	46
4.2.1 Supervision et sécurité	46
4.2.2 Documentation et gestion de dossiers	47
4.2.3 Un travail exigeant	48
4.2.4 Un travail valorisant.....	51
4.3 Les comportements des jeunes en établissement de garde : De l'admission à la sortie.....	51
4.3.1 Les comportements des jeunes lorsqu'ils sont admis à l'établissement.....	51
4.3.2 La « lune de miel ».....	52
4.3.3 Les comportements des jeunes lorsqu'ils quittent l'établissement	53
4.4 La pharmacologie et l'utilisation des médicaments psychotropes dans les établissements de garde pour adolescents	54
4.4.1 La formation et les connaissances en pharmacologie des intervenant(e)s	54
4.4.2 L'implication des intervenant(e)s dans le traitement des médicaments psychotropes	56
4.4.3 Les observations des intervenant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents	58
4.4.4 Les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents.....	61
4.5 Le processus de l'obtention d'une prescription	65
4.6 Les attitudes et comportements des jeunes placés sous garde vis-à-vis leur(s) médicament(s) psychotrope(s)	68
4.6.1 Attitudes positives.....	68
4.6.2 Attitudes négatives	69
4.7 Les effets des médicaments psychotropes sur les jeunes	70
4.7.1 Effets sur l'individu	70
4.7.2 Effets sur les relations	71
4.7.3 Effets sur la réintégration sociale et le récidivisme	72
4.8 Les stratégies pouvant améliorer la santé mentale des jeunes judiciairisés.....	73
4.8.1 Stratégies dans l'établissement de garde	73
4.8.2 Stratégies dans la communauté	76

CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	78
5.1 Désorientation des jeunes.....	78
5.2 Application des principes de l’approche résiduelle	79
5.3 Le médicament psychotrope : Un outil à la normalisation	80
5.4 Le médicament psychotrope : Une méthode d’intervention peu fiable.....	82
5.5 Sommaire de la discussion	83
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXE A	95
ANNEXE B.....	101
ANNEXE C	106
ANNEXE D	110
ANNEXE E.....	116

LISTE DES TABLEAUX, DES SCHÉMAS ET DES ANNEXES

TABLEAU 1. Facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes

TABLEAU 2. Molécules les plus souvent utilisées en établissement de garde pour adolescents

SCHÉMA 1. Processus typique pour l'obtention d'une prescription psychotrope dans les établissements de garde où travaillent les participant(e)s

SCHÉMA 2. Les interactions entre les concepts qui encadrent notre analyse

ANNEXE A. Fiches informatives sur les médicaments psychotropes

ANNEXE B. Textes de recrutement (FR et ENG)

ANNEXE C. Formulaire de consentement (ENG)

ANNEXE D. Guide d'entretien (ENG)

ANNEXE E. Certificat éthique d'approbation déontologique

LISTE DES ACRONYMES

CSM : Clinique de santé mentale

ISRS : Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine les inhibiteurs

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour adolescents

MAR : *Medication Administration Record*

SNRI : Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline

INTRODUCTION

De nos jours, le recours aux médicaments psychotropes devient de plus en plus fréquent, surtout chez les enfants et les adolescents (Soller, Karnik & Steiner, 2006). Bien que la société d'aujourd'hui associe encore certains tabous aux enjeux liés à la santé mentale et à l'usage des médicaments psychotropes, les conversations qui circulent à ces sujets sont plus présentes. Toutefois, les contextes et les raisons pour lesquels les médicaments psychotropes sont prescrits demeurent toujours variés; certains jeunes connaissent la consommation de médicaments psychotropes à l'enfance, d'autres à l'adolescence. Surtout présente aux États-Unis, la prescription de médicaments psychotropes, plus précisément d'antipsychotiques atypiques en contexte de placement sous garde à l'adolescence, est un sujet qui provoque plusieurs réactions (Burton, 2010). Même si plusieurs jeunes ont un historique de traitement pharmacologique qui précède le placement sous garde (Williams, Hollis & Benott, 1998), certains reçoivent leur première prescription psychotrope pendant leur placement. Dans les établissements de garde, des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sont présent(e)s jour et nuit pour assurer le bon fonctionnement et le bien-être des jeunes. Leurs maintes expériences à côtoyer ces jeunes et leurs opinions méritent d'être reconnues afin de pouvoir mieux saisir la problématique de l'usage des médicaments psychotropes dans les établissements de garde pour adolescents.

Ce mémoire se veut une exploration des tendances qui entourent l'usage de la médication psychotrope dans les établissements de garde pour adolescents en tentant de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les perceptions et attitudes des intervenants en justice pour la jeunesse sur l'utilisation de la médication psychotrope dans les établissements de garde pour adolescents? »

Ce mémoire sera divisé en cinq chapitres. Chapitre 1 définira les termes centraux à la question de recherche et présentera l'ampleur de la problématique ainsi qu'une revue de la littérature scientifique sur des sujets connexes à la question de recherche. Chapitre 2 se concentrera sur le cadre conceptuel qui se composera de quatre concepts, soit le concept de la médicalisation, (Conrad, 1992), des normes sociales (Otero, 2005), de la normalisation (Foucault, 2004) et de la « *psychopharmacological society* » (Rose, 2003). Chapitre 3 expliquera la méthodologie de la recherche. Chapitre 4 présentera les résultats de la recherche. Puis, Chapitre 5 se centrera sur la

discussion des résultats, ce qui présentera une analyse des données sous la lentille de notre cadre conceptuel en reliant les données collectées à la littérature existante.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre vise à situer le lecteur dans la problématique de l'usage des médicaments psychotropes dans les établissements de garde juvéniles. Cette section du mémoire sera dédiée à la clarification des termes utilisés à l'explication de l'ampleur de la problématique et à la revue de la littérature. L'ampleur de la problématique présentera des statistiques et des faits reliés au sujet de recherche, puis la revue de la littérature permettra de faire des liens entre le sujet de recherche et la littérature existante.

1.1 Définition des termes

1.1.1 Établissement de garde pour adolescents en Ontario

Au Canada, le terme « incarcération » n'est pas utilisé pour décrire la situation de « privation de liberté » des personnes mineures une fois reconnues coupables d'une infraction criminelle devant une cour de justice (Desage & Sallée, 2015). Il est plutôt question de « détention sous garde » lorsqu'elles ne peuvent être libérées en attente de leur procès, et de « placement sous garde » une fois reconnus coupables lorsque le procès est terminé (*Ibid.*). En Ontario, seuls les adolescent(e)s âgé(e)s entre 12 et 17 ans au moment de la commission de l'infraction (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2019; Lambe et McLennan, 2009) sont éligibles à ce genre de placement ou à une peine dans la collectivité (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2018). Il existe deux types d'établissements de garde en Ontario; ceux en milieu ouvert et ceux en milieu fermé (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2019). Le Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario en fait la distinction dans le paragraphe suivant :

Les établissements de garde en milieu ouvert sont des foyers de moindre taille, généralement implantés dans la collectivité, où les jeunes sont surveillés. Les jeunes doivent rester auprès du personnel en tout temps, sauf si un congé leur permettant de quitter l'établissement est approuvé. Le contrôle exercé sur les activités des jeunes est plus important dans les établissements de garde en milieu fermé. Ces établissements sont séparés de la collectivité au moyen d'une clôture de sécurité et d'autres éléments de sécurité. Des programmes de soutien et des activités sont offerts dans les deux types d'établissements (Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, 2019).

1.1.2 Médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes sont des substances utilisées pour traiter les troubles d'ordre psychique (affectant la santé mentale) et neurologique (Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec, 2019). Ils agissent sur le système nerveux central et affectent le fonctionnement cognitif, les comportements et l'humeur (*Ibid.*). Il existe plusieurs catégories de médicaments psychotropes. Les catégories les plus connues sont les psychostimulants, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les stabilisateurs de l'humeur et les tranquillisants (Texas Department of Family and Protective Services, 2013)¹.

Les psychostimulants sont majoritairement utilisés dans le traitement des symptômes associés au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ce trouble peut affecter le fonctionnement scolaire ou quotidien des personnes atteintes, tel que la capacité d'attention limitée, l'hyperactivité et l'impulsivité (*Ibid.*). **Les antidépresseurs** sont utilisés pour traiter les symptômes de dépression et d'autres conditions tels que la phobie scolaire, les attaques de panique, les troubles alimentaires, les troubles d'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de stress post-traumatiques, etc. (*Ibid.*) Ils sont divisés en trois sous-catégories : les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-

¹ La deuxième page de l'Annexe A fournit des exemples de médicaments pour chaque catégorie de médicament psychotrope et les noms génériques et commerciaux pour chaque médicament. (Exemples récupérés du « Texas Department of Family and Protective Services », 2013)

noradrénaline (SNRI) et les antidépresseurs atypiques (*Ibid.*). L'usage des ISRS est plus commun chez les enfants puisque ces molécules sont plus sécuritaires pour eux (*Ibid.*), tandis que les SNRI sont utilisés quand les ISRS ne fonctionnent pas (*Ibid.*). Donc, leur usage auprès des enfants est plutôt rare (*Ibid.*). Quant à eux, les antidépresseurs atypiques sont plus souvent utilisés pour gérer les symptômes associés aux troubles du sommeil chez les mineurs (*Ibid.*). **Les antipsychotiques**, possèdent deux catégories : les antipsychotiques typiques (de première génération) bloquent la dopamine et les antipsychotiques atypiques (de deuxième génération) bloquent non seulement la dopamine, mais interviennent sur les niveaux de sérotonine (Centre for Addiction and Mental Health, 2019). L'utilisation des antipsychotiques atypiques est fréquente chez les enfants (Texas Department of Family and Protective Services, 2013). De manière générale, les antipsychotiques sont utilisés pour atténuer les symptômes de plusieurs conditions, dont ceux de la psychose, du trouble de la bipolarité, de la schizophrénie, de l'autisme, du syndrome de Gilles de La Tourette et de l'agressivité sévère (*Ibid.*). **Les stabilisateurs de l'humeur** sont typiquement utilisés pour le traitement des symptômes des troubles de l'humeur tel que le trouble de la bipolarité, dans le but de restaurer un équilibre de l'humeur lors des sauts d'humeurs sévères (états maniaques ou déprimés) (*Ibid.*). Certaines de ces molécules peuvent aussi agir comme des anticonvulsivants (*Ibid.*). Puis, les **tranquillisants** sont utilisés dans les cas d'anxiété sévères où les symptômes interfèrent avec les activités quotidiennes de la personne (*Ibid.*). Les benzodiazépines, sous-catégorie des tranquillisants, sont aussi utilisées pour traiter les problèmes neurologiques chez les enfants tels que les spasmes musculaires (*Ibid.*).

1.1.3 Intervenant(e) auprès des jeunes placés sous garde

Selon la littérature, le titre « intervenant(e) en justice pour la jeunesse » est peu utilisé. Le terme « intervenant(e) de première ligne » ou « éducateur » est utilisé lorsque nous nous référons

aux centres jeunesse situés dans la province de Québec (Bouchard et Lafortune, 2006). L'Ontario Expert Panel (2009) se sert du terme « *direct care worker* » qui vient rejoindre celui d'« intervenant(e) de première ligne » ou d'« éducateur » selon la définition présentée. En nous fiant à nos observations personnelles, le terme utilisé dans les établissements de garde pour adolescents dans l'est de l'Ontario est celui de « *youth worker* » ou « *youth justice worker* ». Puisque la terminologie francophone ne semble pas être clairement établie dans le domaine du côté de l'Ontario, nous nous servons du terme « intervenant(e) en justice pour jeune » pour représenter l'équivalent du terme « *youth justice worker* ».

Le rôle d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse dans les établissements de garde pour adolescents rejoint celui d'un accompagnateur de la vie quotidienne (Bouchard et Lafortune, 2006). De ce fait, ils « [...] entretiennent une relation privilégiée avec [les jeunes] et leurs parents [...] » (*Ibid.*, p.114). Selon Lafortune et Laurier (2005), les éducateurs dans les centres jeunesse ont aussi comme tâches d'observer et d'évaluer le comportement des jeunes, d'élaborer et d'implanter les plans d'intervention et d'animer la vie de groupe. En plus des stratégies énumérées précédemment, l'Ontario Expert Panel (2009) ajoute que les intervenant(e)s ont la capacité d'appliquer des stratégies de gestion de crise, de gestion de conflit, de résolution de problème, de counseling, de programmation, des stratégies nécessitant un travail de groupe ainsi que des stratégies qui encouragent et soutiennent les changements positifs chez les jeunes. « *They advocate for and guide children and youth through their daily lives, teach social and life skills, supports efforts to manage behavior, and engage in counselling to facilitate better understanding of change.* » (*Ibid.*, p.19).

Selon la littérature portant sur les rôles des travailleurs sociaux, il existe une concomitance du rôle de l'assistant du médecin et de celui du défenseur du client (Bell, 2013) à l'intérieur de la

profession. Ceci est également applicable chez les intervenant(e)s en justice pour la jeunesse puisqu'ils ont aussi la responsabilité d'administrer les médicaments psychotropes (Ontario Expert Panel, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006).

1.2 Ampleur de la problématique

1.2.1 Proportion de jeunes placés sous garde

Selon un rapport produit par Statistique Canada portant sur la criminalité chez les jeunes au Canada en 2014, le nombre d'auteurs présumés d'infractions au Code criminel déclaré à la police, se situait à 101 000 chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans (Allen & Superle, 2016) alors que la totalité d'auteurs présumés de crimes au Canada était d'environ 776 923. En 2014, les jeunes ont alors représenté 13% des auteurs présumés de crimes, alors que ces derniers ne représentent que 7% de la population canadienne (Allen & Superle, 2016). De façon générale, les jeunes sont auteurs de crimes plutôt mineurs (vols de 5000\$ ou moins, méfaits, voies de fait simples ou infractions contre la loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA)) (Allen & Superle, 2016). Depuis la mise en vigueur de la LSJPA en 2003, de moins en moins de jeunes sont inculpés par la police (Allen & Superle, 2016). De ce fait, une diminution graduelle du taux de jeunes placés sous garde a pu être observée en raison du mouvement de déjudiciarisation que provoque la LSJPA par le recours plus fréquent aux mesures et aux sanctions extrajudiciaires (Allen & Superle, 2016; Bala, Carrington & Roberts, 2009). À tous les jours en 2017-2018, nous pouvions compter en moyenne 275 jeunes dans les établissements de garde à travers la province de l'Ontario (Malakieh, 2019). Certains d'entre eux étaient placés en attente de leur procès, d'autres pendant toute la durée de celui-ci (détention provisoire). La majorité des jeunes qui ont été placés sous garde à la suite d'une condamnation en 2017-2018 ont passé d'un mois et un jour à six mois sous garde (89%) (*Ibid.*).

1.2.2 Médicaments psychotropes et institutions juvéniles

Selon la littérature américaine et québécoise, le taux de prévalence des jeunes qui sont placés en institution (y compris ceux placés sous garde) et qui reçoivent au moins une médication psychotrope se situe plus fréquemment entre 20 et 40% (Britton, 2016; Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004; Williams et collab., 1998). La recherche canadienne de Lambe et McLennan (2009) atteste même que ce taux dépasse le 40%. Plusieurs auteurs reconnaissent que le taux de prescription psychotrope chez les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État est de deux à trois fois plus élevé que celui des jeunes de la population générale. (Lafortune & Collin, 2006; Martin et collab., 2003; Zima et collab., 1999a, 1999b.). Parmi ces jeunes, plus de 40% d'entre eux reçoivent une polyprescription (Zito et collab., 2008; Bouchard & Lafortune, 2006). Les médicaments psychotropes les plus fréquemment utilisés dans les milieux de placement pour jeunes sont les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques (de nouvelle génération) et les antidépresseurs (Lafortune et collab., 2012; Bouchard & Lafortune, 2006; Lafortune, 2006). Peu importe le médicament, les jeunes se montrent beaucoup moins observant que les adultes.

Dans la communauté, le taux d'inobservance des jeunes peut s'élever jusqu'à 60% (Hack et Chow, 2001; Ghaziuddin, et collab., 1999). En institution, où les suivis sont plus étroits, seuls 30% des jeunes affirment pratiquer une observance stable (Laurier & Lafortune, 2007). Certains jeunes préfèrent auto-gérer leurs médicaments psychotropes pour diverses raisons; soit pour gagner un contrôle vis-à-vis l'autorité, pour se « tester » afin de voir s'ils sont capables de contrôler leurs comportements par eux-mêmes ou même pour en faire un usage illicite, c'est-à-dire de les accumuler pour les vendre ou pour les consommer en grosse quantité (Laurier, Collin & Lafortune, 2009). Malgré la présence des comportements d'inobservance dans les institutions juvéniles, les jeunes placés sous garde auraient tendance, selon l'étude américaine de Neff (et collab., 2013) à

renouveler leurs médicaments psychotropes une fois retournés dans la communauté. Cette étude a conclu que 62% des jeunes judiciairisés renouvelaient leur(s) prescription(s) dans les 30 premiers jours suivant leur date de sortie du centre de détention et que 78% d'entre eux complétaient le renouvellement dans les 90 premiers jours.

1.2.3 « *Decade of the Brain* »

Aux États-Unis, l'augmentation significative du recours aux médicaments psychotropes s'est produite au courant des années 1990 (Britton, 2010; Zito et collab., 2003). C'est durant cette décennie, aussi connue sous le nom du « *Decade of the Brain* », que le gouvernement fédéral américain changea sa façon de percevoir les troubles de santé mentale ainsi que ses méthodes d'intervention pour y remédier (*Ibid.*). Ce virage s'est caractérisé par le passage d'une analyse des facteurs écologiques contribuant aux troubles de santé mentale, qui favorisaient les méthodes d'interventions axées sur les approches psychosociales, à un cadre d'analyse biomédical des troubles de santé mentale qui définissait ses derniers comme des maladies cérébrales organiques qui seraient mieux traitées à l'aide de produits pharmaceutiques (*Ibid.*). Entre 1994 et 2001, le nombre de prescriptions psychotropes chez les adolescents a connu une augmentation flagrante, soit de 250% (Parks Thomas, Conrad, Casler & Goodman, 2006). De plus, le nombre de consultations médicales qui ont abouti en une prescription de médicaments psychotropes est monté en flèche (161.6%) durant les mêmes années pour les jeunes âgés de 14 à 18 ans (*Ibid.*). Toutefois, il est à noter que le nombre de diagnostics résultant de consultations médicales chez les jeunes est demeuré stable, et que dans 14 à 26% des cas, il n'y a eu aucune documentation de diagnostic d'ordre psychiatrique (*Ibid.*). Cela met en évidence une disproportion entre le nombre de diagnostics et le nombre de prescriptions psychotropes, qui, selon l'Ontario Expert Panel (2009)

continue d'augmenter depuis les dernières années, notamment chez les jeunes qui habitent dans des établissements résidentiels gérés par l'État.

1.3 Présentation de la littérature scientifique

1.3.1 La prescription non conforme de médicaments psychotropes en pédiatrie

La prescription non conforme de médicaments psychotropes (« *off-label prescribing of psychotropic medication* ») est une tendance qui se manifeste dans le domaine de la pédiatrie (Soller & collab., 2006). Une prescription est considérée « non conforme » quand le médicament sert à traiter une condition qui n'est pas indiquée sur l'étiquette (Psychcentral, 2000 dans Strawbridge, 2011) et quand cet usage n'a pas été approuvé par Santé Canada (Di Pietro et Illes, 2014). Non seulement les médicaments sont utilisés dans le non-respect des étiquettes de prescription chez les enfants et adolescents, mais les doses prescrites excèdent celles qui sont recommandées; les médicaments psychotropes sont combinés à d'autres molécules psychotropes et ils sont utilisés comme méthode d'intervention de première instance plutôt que de dernière instance (Britton, 2016). Puis, contrairement aux adultes, les effets néfastes de ces médicaments sur la population juvénile n'ont pas suffisamment été étudiés (Waddell et collab., 2013; *Texas Department of Family and Protective Services*, 2013). Donc, une utilisation non conforme des médicaments psychotropes sur les enfants et les adolescents pourrait mettre à risque leur santé et leur développement (Waddell et collab., 2013).

1.3.2 Portrait des jeunes placés sous garde

Le placement sous garde signifie une sanction judiciaire qui est normalement utilisée comme peine de dernier recours. Cela dit, les jeunes qui sont placés sous garde à la suite d'une condamnation sont habituellement reconnus coupables de crimes plus graves, c'est-à-dire d'homicide, d'agression sexuelle grave ou autres (Allen & Superle, 2016). Dans certains cas, les

jeunes sont placés en raison d'une récidive ou d'un bris de conditions. En 2017-2018, 60% des jeunes placés à la suite d'une condamnation étaient âgés de 16 à 17 ans (Malakieh, 2019).

Dans les cas typiques de délinquance juvénile, les jeunes en question vivent des difficultés dans une ou plusieurs sphères de leurs vies. Sécurité publique Canada (2012) confirme que les facteurs de risques les plus importants seraient vécus de manière plus prononcée dans la sphère personnelle. Ces facteurs de risque relèvent donc de caractéristiques personnelles telles que « [...] [le] comportement antisocial précoce, [l'] hyperactivité, [l'] impulsivité, [l'] inattention [...] » (Ibid., p.3) et dans la sphère familiale, par exemple par la « [...] [désunion familiale] et/ou [les] transitions familiales, [la] criminalité de la famille, [la] prise en charge par les tiers » (Ibid., p.3). À ces deux sphères, Day & Wanklyn (2012) en ajoutent trois autres : la sphère des pairs, la sphère scolaire et la sphère géographique, cette dernière faisant référence à la collectivité et/ou quartier dans lequel le jeune habite. Tableau 1 situé à la page suivante, énumère les facteurs de risques de chacune des cinq sphères de Day & Wanklyn (2012).

1.3.3 Caractéristiques des jeunes médicamenteux

Aux États-Unis, la littérature présente que ce sont les jeunes placés sous la responsabilité de l'État qui sont plus susceptibles à la prise de médicaments psychotropes (Britton, 2016; Burton, 2010; Martin et collab., 2003). Cela comprend entre autres les jeunes impliqués dans le système de justice pour adolescents et le système d'aide à l'enfance (Britton, 2016).

Parmi d'autres facteurs se retrouvent le genre et l'âge. Les garçons seraient plus souvent médicamenteux (Bouchard & Lafortune, 2006; Lafortune, 2006; Martin et collab., 2003) et seraient plus âgés que ceux qui ne reçoivent pas de prescription (Lafortune, 2006; Martin et collab., 2003).

**TABLEAU 1. FACTEURS DE RISQUE DU COMPORTEMENT ANTISOCIAL
ET DÉLINQUANT CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES**

Aspect personnel	• Caractéristiques démographiques, y compris l'âge, la race/l'origine ethnique et le sexe • Agressivité, particulièrement un comportement agressif précoce • Croyances, attitudes et comportements antisociaux, y compris un comportement antisocial et des problèmes de comportement précoces, et une psychopathie/un caractère dur ou froid • Impulsivité • Faible niveau d'intelligence, particulièrement le Q.I. verbal (QIV)
Famille	• Membres de la famille ayant un comportement antisocial/criminel, y compris les parents et la fratrie • Séparation des parents et des enfants – permanente ou temporaire – occasionnée par le démembrement d'une famille, y compris le placement hors du foyer familial (p. ex. dans une famille d'accueil ou d'autres soins en résidence ou dans un établissement) • Conflits entre les parents, y compris le fait d'être témoin de violence familiale • Mauvaises pratiques de gestion familiale, y compris un manque de surveillance et de supervision parentale, une discipline sévère, inégale et/ou relâchée et un faible soutien parental • Attachement positif comme facteur de protection • Mauvais traitements pendant l'enfance, y compris de la violence physique, sexuelle et psychologique et de la négligence physique et psychologique • Grande fratrie, soit au moins quatre enfants dans une famille • Faible statut socioéconomique de la famille
Pairs	• Fréquentations de personnes antisociales/délinquantes • Appartenance à un gang • Exclusion par les pairs
École	• Piètres résultats scolaires • Manque d'assiduité scolaire, y compris la suspension, l'expulsion, l'absentéisme et le décrochage • Faible lien d'attachement avec l'école
Collectivité/quartier	• Quartier défavorisé • Sécurité ou violence dans la collectivité

Day & Wanklyn (2012)

Selon le parcours d'un adolescent délinquant canadien « typique », la prise de médicaments psychotropes peut commencer à l'enfance si le jeune démontre des comportements « anormaux » dans divers milieux de sa vie, par exemple à l'école (Sécurité publique Canada, 2016). Ces comportements dits « anormaux » pour lesquels les médicaments psychotropes sont prescrits, peuvent s'agir de comportements hyperactifs (Lafortune, 2006), agressifs (*Ibid.*; Lafortune et collab., 2012), anxio-dépressifs (*Ibid.*) et peuvent aussi inclure des problèmes de la pensée (*Ibid.*).

1.3.4 Aperçu de la relation des jeunes avec leur(s) médicament(s)

Bien que la littérature sur les médicaments psychotropes soit davantage centrée sur la clientèle adulte, il importe de présenter ce qui existe dans les écrits concernant la population adolescente et infantile. Tout d'abord, ce sont rarement les jeunes qui demandent une médication quelconque (Bouchard & Lafortune (2006); Chappuy et collab., 2005). Dans les milieux de réadaptation, tels que les centres jeunesse au Québec, ce sont les intervenant(e)s qui proposent les consultations médicales aux jeunes, une fois que ces derniers viennent leur demander des informations ou des conseils pour gérer leurs difficultés (Bouchard & Lafortune, 2006). Keable et Laframboise (2005) ont mené une étude auprès de jeunes en centres éducatifs à Montréal et ont pu en conclure ceci : « Quarante-six pour cent des résidents les plus jeunes et 57 % des autres ne sont jamais accompagnés de leurs proches aux rendez-vous médicaux ». Pour les jeunes qui sont accompagnés à leurs rendez-vous, ils ne se sentent pas inclus dans les conversations qui se produisent entre le médecin et leur parent, même si c'est leur santé qui est au cœur des discussions (Murphy et collab., 2015). Parallèlement, quelques adolescents ayant participé à la recherche de Murphy (et collab., 2015) ont avoué ne pas avoir eu suffisamment d'information de la part de leur médecin prescripteur sur les effets secondaires (à long terme) de leur(s) médicament(s) et sur la durée de leur traitement. Ces enjeux viennent donc soulever des questionnements au sujet du consentement éclairé.

Pour continuer, les sentiments qu'éprouvent les jeunes par rapport à leur(s) médicament(s) varient (Williams et collab., 1998). Toutefois, les écrits démontrent que les jeunes adoptent des attitudes globalement négatives à l'égard de leur(s) prescription(s) psychotrope(s) (Laurier et collab., 2009; Lafortune 2006; Williams et collab., 1998). La stigmatisation sociale (Murphy et collab., 2015; Lafortune, 2006; Scott, Lore & Owens, 1992; Bowen, Fenton et Rappaport, 1991), les craintes associées à la dépendance et à la surdose (Laurier et collab., 2009), la tendance à croire que « les problèmes devraient être résolus par soi-même » (Murphy et collab., 2015; Williams et collab., 1998; Scott et collab., 1992) et les effets secondaires qui entraînent des symptômes physiques et psychiques (Murphy et collab., 2015; Laurier et collab., 2009; Bouchard et Lafortune, 2006) font tous partie des raisons pour lesquelles les jeunes perçoivent négativement la médication psychotrope. En revanche, il faut éviter de poser un regard crédule sur les propos précédents puisque ces attitudes sont parsemées d'ambivalence, telle que le présentent Laurier et ses collaborateurs (2009, p.101) dans le passage suivant : « Ainsi, un adolescent perçoit favorablement le fait que ses médicaments lui permettent de « partir sur un nuage », mais d'un autre côté, le fait qu'il se « sente drogué » lorsqu'il les consomme lui déplaît fortement, ce qui paraît paradoxal puisque ces effets semblent apparentés ».

1.3.5 Raisons qui expliquent l'usage élevé des médicaments psychotropes selon les intervenant(e)s

En consultant la littérature existante, des intervenant(e)s sociaux, tels que des travailleurs sociaux, nomment plusieurs raisons pouvant expliquer l'utilisation élevée des médicaments psychotropes chez la population juvénile. D'abord, l'approche résiduelle en intervention semble y contribuer (Bell, 2013). Cette approche perçoit l'intervention comme mesure de dernier recours et évalue l'efficacité des actions posées selon sa rentabilité, et ce, en fonction des fonds alloués (*Ibid.*). Ces fonds sont basés sur le marché économique (*Ibid.*). Donc, selon cette vision de

l'intervention, les médicaments psychotropes sont considérés comme une méthode d'intervention qui est facile et rapide puisqu'elle nécessite peu de ressources, ce qui fait en sorte qu'elle est plus économique (Lambe & McLennan, 2009; Moses, 2008a, 2008b; Zito et collab., 2008; Green, Hawkins & Hawkins, 2005). De plus, les médicaments psychotropes continuent d'être un traitement de premier choix puisqu'ils agissent rapidement rendant l'efficacité du traitement facilement observable (Bonati et Clavenna, 2005).

Il existe aussi beaucoup de pression externe de la part des membres de l'entourage des jeunes afin d'accéder à des services spécialisés, soit des services psychosociaux. (Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013). Les diagnostics de troubles de santé mentale se font parfois trop rapidement afin de précipiter l'accès à des services spécialisés et pour accéder à un traitement pharmacologique (*Ibid.*). Les diagnostics rapides peuvent également engendrer des diagnostics erronés. Conséquemment, l'utilisation de médicaments psychotropes pourrait être injustifiée puisque les comportements externalisés pourraient être issus de causes environnementales et non neurologiques (Lambe et McLennan, 2009). De plus, les intervenant(e)s croient parfois que l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes représente de bonnes intentions de la part d'adultes qui se soucient d'eux. Certain(e)s souhaitent leur offrir un soulagement des traumatismes de longue date (Bell, 2013), d'autres une stabilité neurologique pour compenser les années d'instabilités vécues dans les sphères de leur vie (Lambe et McLennan, 2009).

En surcroît, les intervenant(e)s semblent croire que le système de santé contribue également à l'utilisation élevée des médicaments psychotropes chez les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État. Selon eux, la façon dont est organisé le système de santé semble préconiser le traitement à court terme plutôt qu'encourager l'amélioration du bien-être à long terme (Bell, 2013). Parallèlement, les médicaments psychotropes semblent être plus souvent prescrits pour des

problèmes comportementaux étant donné que les traitements psychotropes ont des effets plus instantanés à court terme et sont plus accessibles que les thérapies de nature psychosociales (*Ibid.*). Puis, avec le développement constant des savoirs et des traitements médicaux, les traitements psychotropes sont de plus en plus utilisés (*Ibid.*), mais sans nécessairement dans l'absence de risques.

1.3.6 Niveau de connaissance des intervenant(e)s en pharmacologie

De manière générale, les intervenant(e)s sociaux admettent avoir peu de connaissances dans le domaine de la pharmacologie (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bouchard et Lafortune, 2006; Regroupement des auberges du cœur du Québec, 2006 dans Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013; Bentley, Walsh et Farmer, 2005; Lafortune et Laurier, 2005). Ils dégagent peu de confiance envers leurs connaissances au sujet des effets secondaires des médicaments psychotropes (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bouchard et Lafortune, 2006; Regroupement des auberges du cœur du Québec, 2006 Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013), des doses recommandées (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017), de l'identification des médicaments (*Ibid.*), de la gestion de la médication (Bouchard et Lafortune, 2006; Regroupement des auberges du cœur du Québec, 2006 Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013) et des risques d'une mauvaise utilisation (*Ibid.*). Certains intervenant(e)s qui travaillent dans des centres de réadaptations ont exprimé vouloir se doter d'une implication plus importante au niveau de la médication des jeunes, par exemple pouvoir participer plus grandement à l'évaluation pédopsychiatrique et au processus décisionnel relatif à la pharmacothérapie (Lafortune et Laurier, 2005) ou même pouvoir offrir des conseils aux jeunes et aux parents sur la gestion de la médication quand les jeunes obtiennent un congé (Bouchard et Lafortune, 2006). Toutefois, ils ont exprimé se sentir insuffisamment formé pour entreprendre ces rôles.

Dans Bentley, Walsh et Farmer (2005), plusieurs intervenant(e)s ayant participé à l'étude ont mentionné vouloir des interactions plus fréquentes avec des membres de la communauté médicale ainsi qu'une formation plus approfondie sur les traitements pharmacologiques par l'entremise de divers formats y compris des ateliers, des séminaires, des forums de discussion, des discussions de cas en équipe, de la formation terrain. D'ailleurs c'est ce qui est recommandé par l'Ontario Expert Panel (2009). Les sujets d'intérêt portaient sur: « [...] *specific purposes and types of medications, side effects, drug interactions, considerations for prescription choices, statistics on effectiveness, and alternatives to traditional medicine* » (Bentley, Walsh et Farmer, 2005, p.297).

1.3.7 Attitudes des intervenant(e)s envers l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État

De manière générale, la littérature existante portant sur les attitudes des intervenant(e)s envers l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État semble partagée.

1.3.7.1 Attitudes négatives

La littérature démontre qu'historiquement, le domaine du travail social adoptait une vision négative de l'usage des médicaments psychotropes et prétendait qu'il était préférable de rester loin du modèle médical (Berg et Wallace, 1987; Davidson et Jamison, 1983; Matorin et De Chillo, 1984) qui tend à pathologiser et vouloir « réparer » les individus et les difficultés qu'ils vivent. D'ailleurs, il était mal vu d'étiqueter le client selon une perspective médicale et biologique puisqu'il était nécessaire de porter une attention plus particulière aux facteurs sociaux et contextuels pouvant contribuer à l'état de détresse des clients (Pentecost et Wood, 2002). Cette mentalité influence encore aujourd'hui les perceptions des intervenant(e)s à l'égard de l'usage des médicaments psychotropes (Bauer, 2014). Les ouvrages de Moses et Kirk (2006) et de Johnson (et

collab., 1994, 1998) proposent qu'il existe un lien entre les approches des intervenant(e)s ainsi que les cadres théoriques qu'ils adoptent dans leurs interventions et leurs attitudes vis-à-vis l'usage des médicaments psychotropes. De ce fait, ils ont constaté une corrélation entre les attitudes négatives des intervenant(e)s à l'égard de l'usage de médicaments psychotropes et le faible taux de travailleurs sociaux qui adoptent une approche plus neuropsychologique (*Ibid.*).

Aujourd'hui, les attitudes négatives que portent les intervenant(e)s envers l'usage de médicaments psychotropes chez les jeunes découlent surtout de la perception que les psychotropes n'adressent pas le trauma vécu par les jeunes (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009) et visent plutôt à contrôler leurs problèmes de comportement (*Ibid.*). Les intervenant(e)s comparent donc les médicaments psychotropes à un pansement (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006) et utilisent d'autres expressions similaires ou propos qui insinuent la propriété « facile » et « arrange tout » des psychotropes tels que : « *easy way out* » (Lambe et McLennan, 2009; Moses et Kirk, 2006), « *kill the pain* » (Lambe et McLennan, 2009), « *fix all their problems* » (Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013; Lambe et McLennan, 2009), « *pilule magique/magic pill* » (Lambe et McLennan, 2009; 2008; Bouchard et Lafortune, 2006). Laurier et Lafortune (2005) présentent également la crainte que certains intervenant(e)s détiennent envers le désengagement potentiel des jeunes de leur processus thérapeutique en raison de l'efficacité des médicaments psychotropes. Les intervenant(e)s ayant participé à l'étude de Lambe et McLennan (2009) ont également communiqué leurs craintes sur les effets à long terme de l'usage de médicaments psychotropes. Ils/elles craignent les effets dommageables sur l'état physique des jeunes, sur leurs sentiments identitaires et sur la possibilité du développement d'une dépendance qui pourrait avoir des répercussions néfastes sur l'environnement direct des jeunes, par exemple leurs relations avec leurs proches.

1.3.7.2 Attitudes positives

Les attitudes positives des intervenant(e)s reposent généralement sur l'efficacité des médicaments psychotropes dans la gestion des symptômes des troubles ou des difficultés vécues au niveau de la santé mentale (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Moses, 2008b; Bouchard et Lafortune, 2006; Lafortune et Laurier, 2005). L'amélioration de l'état d'esprit (Lambe et McLennan, 2009), la stabilisation de l'état mental (Bell, 2013; Lambe et McLennan; Lafortune et Laurier, 2005), les effets calmants (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006;) et l'augmentation de la concentration (Lambe et McLennan, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006; Lafortune et Laurier, 2005) sont tous des résultats nommés par les intervenant(e)s qui démontrent les impacts positifs des médicaments psychotropes sur la gestion de symptômes. L'amélioration des habiletés sociales et des relations avec les pairs est un autre aspect positif perçu par les intervenant(e)s dans le traitement psychotrope des jeunes (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Moses, 2008b; Bouchard et Lafortune, 2006; Lafortune et Laurier, 2005). Puis, Bouchard et Lafortune (2006) et Lafortune et Laurier (2005) soulèvent que les intervenant(e)s souhaitent que les médicaments psychotropes fournissent une disponibilité cognitive et émotionnelle aux jeunes afin qu'ils puissent s'engager dans des activités thérapeutiques, réflexives et éducatives qui encouragent le travail sur soi.

1.3.7.3 Attitudes ambivalentes

Certains intervenant(e)s adoptent des attitudes ambivalentes en reconnaissant à la fois les caractères bénéfiques et nocifs des médicaments psychotropes (Bauer, 2014; Moses et Kirk, 2006; Moses, 2008b; Lafortune et Laurier, 2005; Lacasse et Gomory, 2003; Cohen, 2002; Johnson et collab.; Davidson et Jamison, 1983). Des résultats d'études ont soulevés que les intervenant(e)s croient que les médicaments psychotropes peuvent être aidant si ce mode de traitement est jumelé

à d'autres formes d'intervention, telle que la psychothérapie (Moses et Kirk, 2006) plutôt qu'être utilisé comme traitement de première instance (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bauer, 2014; Lambe et McLennan, 2009; Ontario Expert Panel, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006; Moses et Kirk, 2006). Un témoignage d'un(e) intervenant(e) ayant participé à la recherche de Lambe et McLennan (2009, p.32) illustre bien ce propos : « *That depends on the drugs, how they are used, how long they are used and if they are used alone or in conjunction with adjunctive therapies like counselling. If the drugs are used long-term and without other therapies, there is a risk for further substance abuse* ».

Malgré le potentiel du caractère aidant des psychotropes, certains auteurs soulignent qu'il y a des intervenant(e)s qui suggèrent que ce mode de traitement n'est pas toujours nécessaire afin de répondre aux besoins des jeunes (Lambe et McLennan, 2009; Johnson et collab., 1998). Bentley, Walsh et Farmer (2005) soulèvent la pertinence de l'adoption d'une perspective critique par les intervenant(e)s à l'égard de l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes. Ces auteurs expliquent que malgré les bénéfices thérapeutiques potentiels de cette forme de traitement, il importe de prendre connaissance des influences et des pressions politiques et économiques qui poussent la prescription psychotrope. Puis, conséquemment, il faut reconnaître la possibilité de biais que peuvent détenir les médecins prescripteurs en raison de ces pressions externes (*Ibid.*).

1.4 Sommaire

Ce chapitre a permis de mettre en évidence plusieurs informations permettant de mieux comprendre la problématique de la médication psychotrope chez les adolescents placés sous garde. Nous savons maintenant que ce sont les jeunes qui sont sous la responsabilité de l'État qui sont plus susceptibles de vivre un traitement psychotrope. Ce sont les jeunes plus âgés qui subissent plus fréquemment un placement sous garde et qui sont plus à risque de recevoir un traitement

psychotrope. Dans les établissements de garde pour adolescents, l'emphasis est mise sur les traitements psychotropes alors que les jeunes qui s'y retrouvent sont fréquemment confrontés à des difficultés au niveau de leurs interactions avec leur environnement immédiat. Les interventions pharmacologiques seraient possiblement, selon certains écrits (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bauer, 2014; Lambe et McLennan, 2009; Ontario Expert Panel, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006; Moses et Kirk, 2006), plus appropriées et plus efficaces si elles étaient utilisées conjointement avec d'autres méthodes d'intervention, par exemple des interventions de type psychosocial (Moses et Kirk, 2006). La littérature soulève aussi certaines craintes que suscitent les prescriptions psychotropes faites de manière non conforme et avec un risque pour le développement des jeunes en question. Plusieurs jeunes qui reçoivent une médication psychotrope en institution la perçoivent négativement et ne suivent pas la posologie prescrite. Conjointement, même si leurs connaissances en pharmacologie sont limitées (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bouchard et Lafortune, 2006; Regroupement des auberges du cœur du Québec, 2006 dans Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013; Bentley, Walsh et Farmer, 2005; Lafortune et Laurier, 2005), plusieurs intervenant(e)s y reconnaissent également des aspects défavorables et inquiétants tels que l'incertitude de leurs effets à long terme et l'utilisation superficielle des psychotropes, c'est-à-dire l'intervention sur les comportements extériorisés plutôt que sur les causes des comportements. Les jeunes placés sous garde ont tendance à renouveler leur(s) prescription(s) après leur retour en communauté (Neff et collab., 2013). Nous savons que les comportements d'inobservance des jeunes en institutions s'expliqueraient par l'autogestion des médicaments, la consommation en grande quantité, la revente des molécules, etc. Il y a possiblement un lien à faire entre le renouvellement de prescriptions ainsi que les comportements d'inobservance des jeunes. Nous pouvons également s'interroger sur la possibilité que les médicaments psychotropes

deviennent un mécanisme qu'adoptent les jeunes pour devenir fonctionnel dans la collectivité, puisqu'il s'agit possiblement d'un mécanisme qu'ils adoptent d'abord en institution pour apprendre à fonctionner dans ce contexte.

Malgré la mise en lumière de ces constats, les perceptions et attitudes des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse qui travaillent dans l'Est ontarien sur l'usage de la médication psychotrope dans les établissements de garde juvéniles demeurent inexplorés. Nous cherchons donc à reconnaître et à comprendre comment ils/elles perçoivent l'utilisation de cette forme d'intervention dans les établissements de garde pour jeunes ainsi que le rôle qu'ils/elles attribuent aux médicaments psychotropes dans le processus de réhabilitation de ces jeunes. D'autres avenues qui seront davantage explorées par l'entremise de cette recherche sont : les implications du travail d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse (rôles, fonctions, défis et aspects valorisants), les comportements des jeunes placés sous garde, le rapport des intervenant(e)s à la pharmacologie, le processus de la prescription psychotrope dans les établissements, les attitudes des jeunes placés sous garde vis-à-vis leur(s) prescription(s) psychotrope(s), les effets qu'ont les médicaments psychotropes sur les jeunes placés sous garde, puis les stratégies pour améliorer la santé mentale des jeunes pendant et après leur placement.

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

Cette recherche tentera de mieux situer la problématique de la médication psychotrope chez les jeunes placés sous garde à travers des concepts de sociologie et d'anthropologie médicale, notamment le concept de médicalisation, de normes sociales, de normalisation et de « *Psychopharmacological Society* », qui posent un regard critique sur la manière dont nous traitons de plus en plus les conduites considérées « déviantes », « hors-normes » ou « non conformes » par le langage et les pratiques issues du monde médical.

2.1 La médicalisation

Tout d'abord, selon Conrad (1992, p.209), la « médicalisation » est « un processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis comme des problèmes médicaux tels une maladie ou un trouble, et sont traités ainsi » [notre traduction]. Alors, cela signifie que même si ledit « problème » est d'origine sociale ou environnementale, le processus de la médicalisation fournit un traitement dit « médical », telle la prescription de médicaments psychotropes (Conrad, 1992). Dans le cadre de ce projet, tout cela se manifeste à l'intérieur d'une perspective constructiviste qui suggère que les médicaments sont administrés à des individus pour rendre leurs comportements « socialement acceptables ».

2.2 Les normes sociales

Un comportement qui est dit « socialement acceptable » est un comportement qui est « normal » au regard de la société. Donc, il s'agit d'un comportement qui s'inscrit à l'intérieur de normes sociales. Les « normes sociales » sont des règles établies par la société qui régulent la conduite des individus (Otero, 2005) en déterminant les propos, les gestes, les comportements, etc., qu'elle accepte ou non. Ces « normes sociales » sont façonnées par la culture, les valeurs, les croyances et les perceptions des gens qui vivent dans une société donnée. Alors, les comportements

qui sont acceptés ou attendus par la société sont considérés comme des comportements « normaux » puisqu'ils se situent à l'intérieur des normes sociales. Bref, la société agit comme un artiste qui peint un portrait de ce à quoi elle devrait ressembler via la création des normes sociales. Conséquemment, ce portrait présente aussi ce qui est rejeté par la société, tel qu'illustré dans les propos d'Otero (2012, p.xx) :

Toute société définit alors ce qui sera pour elle un univers de failles, de défauts, d'insuffisances, d'inadéquations, d'inadaptations, de déviations, voire des contre-figures, en fonction desquelles, selon les contextes et les époques, sont dessinés, désignés et construits des problèmes sociaux qu'il s'agit de réguler, contrôler, encadrer, résoudre ou réprimer.

2.3 La normalisation

Afin de remédier aux conduites qui dévient des normes sociales, les pratiques mises en œuvre vont chercher pour la plupart leur « normalisation ». La normalisation est un processus qui ne vise pas tant à exclure ou à réprimer, mais à redresser et discipliner les individus de manière qu'ils se conforment aux attentes normatives (Foucault, 2004). D'ailleurs, ce processus de normalisation est bel et bien reproduit et rendu possible par plusieurs institutions, y compris les établissements de garde pour adolescents. Visant leur « réinsertion sociale », les établissements de garde s'attendent à ce que les jeunes vivent une sorte de « transformation comportementale » qui se traduit par la « normalisation » de leurs comportements (Rose, 2003). Cela signifie que les adolescents doivent passer de la manifestation de comportements socialement inacceptables/anormaux (déviants, délinquants, dérangeants, agressifs, violents, opposants, etc.) à des comportements socialement acceptables/normaux (respectueux, légitimes, positifs, socialement productifs, etc.), afin de pouvoir se réintégrer dans la communauté avec succès. Ce faisant, les jeunes doivent inévitablement s'adapter aux normes sociales, qui changent constamment (Otero, 2005). Bien qu'il puisse paraître simple pour certains, ce processus de

normalisation des comportements est plus difficilement atteignable pour d'autres. Dans ces cas, les établissements de garde peuvent avoir recours aux médicaments psychotropes pour intervenir sur les conduites qui nuisent à la transformation comportementale des jeunes. Agissant sur le système nerveux central (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009), les médicaments psychotropes deviennent un outil à la normalisation des comportements des jeunes placés sous garde puisqu'ils sont spécialement conçus pour transformer les individus qui les consomment en fonction des valeurs et des normes sociales mises en place (Rose, 2003).

2.4 La « *Psychopharmacological Society* »

Pour terminer, la normalisation des comportements des jeunes impliqués avec le système de justice pour adolescents via l'administration de médicaments psychotropes est illustrée à travers le concept de « *Psychopharmacological Society* » (Rose, 2003). Ces « sociétés psychopharmacologiques » sont développées à partir de l'acceptation des savoirs rependus par les domaines médicaux et pharmaceutiques (Bell, 2013; Rose, 2003), et de la mentalité qui associe le changement des pensées, des comportements et des conduites à la médication psychotrope (Rose, 2003). Les sociétés psychopharmacologiques sont non seulement caractérisées par les justifications précédentes, mais également par l'aspect routinier du recours aux médicaments psychotropes dans l'objectif d'altérer les capacités humaines qui sont pathologisées ou non-désirées (*Ibid.*). Ces éléments viennent alors contribuer à la normalisation puis du recours fréquent aux traitements psychopharmacologiques et selon Rose (2003, p.59), à un potentiel « *neurochemical reshaping of personhood* ».

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'objectif premier de cette recherche était de recueillir les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les jeunes placés en établissements de garde dans l'est de l'Ontario. Les questions principales ayant guidés cette recherche s'orientaient autour des implications du travail d'intervenant(e) en justice pour jeune, des comportements des jeunes placés sous garde, du rapport des intervenant(e)s à la pharmacologie, du processus de la prescription psychotrope en établissement de garde pour jeunes, des attitudes des jeunes vis-à-vis leur(s) prescription(s) psychotrope(s), des effets qu'ont les médicaments psychotropes sur les jeunes placés sous garde puis, des stratégies pour améliorer la santé mentale des jeunes pendant et après leur placement sous garde. Dans ce chapitre, nous expliquerons le type de méthodologie appliqué pour mener notre enquête de terrain, la stratégie d'échantillonnage et les critères d'inclusion, la stratégie de recrutement, la méthode de collecte de données, la procédure pour l'analyse des données, les considérations éthiques, les limites de la recherche ainsi que la contribution potentielle de la recherche.

3.1 La méthodologie de recherche qualitative

Cette recherche s'est inscrite dans une approche qualitative. Paillé et Mucchielli (2012, p.15) expliquent que la « recherche qualitative de terrain » se caractérise notamment par une collecte de données qui implique le « contact personnel » avec les personnes participantes, par une analyse de données qui vise leur attribuer un sens ainsi que par la compréhension et l'interprétation des phénomènes étudiés plutôt que de la mesure mathématique des variables. La méthodologie de recherche qualitative met donc en valeur la « réflexivité humaine » qui permet de produire des connaissances « exploratoires, descriptives ou compréhensives » sur un sujet donné (René et Dubé, 2015, p.245). Cette approche méthodologique nous est apparue la plus appropriée pour cette

recherche puisqu'elle nous a permis de collecter et d'analyser des données subjectives, dans le but de les décortiquer et de leur attribuer un sens à l'intérieur du sujet de recherche (René et Dubé, 2015).

3.2 Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques de l'échantillon

La stratégie d'échantillonnage visée pour la réalisation de cette recherche se concentrait surtout sur l'expérience de travail des intervenant(e)s en justice pour jeune, afin de maximiser la pertinence des données. Pour participer à l'étude, les participant(e)s devaient travailler, au moment de l'entretien, en tant qu'intervenant(e)s en justice pour la jeunesse (*youth justice worker*) dans un établissement de garde pour adolescents (centre ouvert ou fermé) dans l'est de l'Ontario ou avoir exercé ce travail dans les cinq dernières années, avoir un minimum de deux ans d'expérience à faire ce travail dans l'est de l'Ontario et travailler ou avoir travaillé avec des adolescents qui se sont fait prescrire des médicaments psychotropes pendant leur placement en établissement de garde. La taille que nous avons ciblée pour l'échantillon était de trois à quatre participant(e)s, étant donné la nature qualitative des entretiens ainsi que le temps alloué pour la réalisation du mémoire. Notre échantillon s'est donc composé de trois participant(e)s en raison des contraintes de temps que détenaient certain(e)s participant(e)s potentiel(le)s.

Les informations démographiques recueillies à la fin des entretiens ont révélé que deux de nos participant(e)s s'identifiaient comme femme et l'autre comme homme. Ils se situaient tous dans la même catégorie d'âge, soit entre la fin de la trentaine et début de la quarantaine. Leurs années d'expériences de travail en tant qu'intervenant(e) en justice pour la jeunesse varient entre 10,5 ans et 15 ans et ils ont tous exercé ce travail dans l'est de l'Ontario dans les cinq dernières années. Au moment des entretiens, les trois participant(e)s travaillaient encore dans le domaine de justice pour la jeunesse.

3.3 Stratégie de recrutement

La stratégie de recrutement s'est déroulée en deux parties. La première partie comprenait la sollicitation de la participation de deux connaissances personnelles qui étaient susceptibles de répondre aux critères d'éligibilité. Nous leur avons fait parvenir un texte de recrutement (Annexe B) via messagerie texte. La deuxième partie consistait à utiliser la méthode « boule de neige » (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Via messagerie texte, nous avons contacté une informatrice, qui était également une connaissance personnelle. Nous lui avons fait parvenir le même texte de recrutement afin qu'elle puisse le transmettre à des participant(e)s potentiel(le)s. C'est par cette technique que nous avons réussi à recruter un(e) troisième participant(e).

Une fois qu'ils et elles m'ont fait part de leur intérêt à prendre part à l'étude, nous avons contacté les trois participant(e)s par téléphone. Après avoir passé au travers des critères de sélection avec eux, nous leur avons expliqué plus en détail en quoi consistaient le projet, ses objectifs et les méthodes de collecte de données. Cet échange a permis aux participant(e)s de poser des questions, obtenir certaines clarifications quant au projet de recherche, puis de fixer un rendez-vous pour l'entretien. À la suite de cette rencontre, nous avons fait parvenir le formulaire de consentement (Annexe C) ainsi que la fiche informative portant sur les médicaments psychotropes (Annexe A) aux participant(e)s, cette dernière étant une lecture fortement recommandée avant le déroulement de l'entretien semi-dirigé. La lecture de cette fiche avait pour but d'éviter les ambiguïtés quand certains types de médicaments psychotropes seront mentionnés durant l'entretien. Nous avons également fait quelques rappels aux participant(e)s via le même courriel en vue de l'entretien afin d'éviter des difficultés techniques, dont s'assurer que la batterie de leur ordinateur ou de leur téléphone soit pleine et de se situer dans un endroit calme. Par la suite, nous avons procédé aux entretiens semi-dirigés avec chaque participant(e), sur une base individuelle.

3.4 Méthode de collecte de données

Dans cette étude, l'entretien semi-dirigé a été la méthode privilégiée pour la collecte de données. Selon Savoie-Zajc (2016),

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui d'une conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé.

Les objectifs de cette méthode de collecte de données, entre autres la mise en valeur de l'expérience, de l'expertise et des savoirs des participant(e)s (Savoie-Zajc, 2016); la compréhension du sujet d'étude selon la perspective des participant(e)s (*Ibid*, Brinkman et Kvale, 2015); l'organisation et la structure des pensées des participant(e)s (Savoie-Zajc, 2016); ainsi que la fonction émancipatrice permettant le développement de nouvelles réflexions (*Ibid*, Brinkman et Kvale, 2015) correspondaient tous aux objectifs de ce projet de recherche ainsi qu'à ses démarches.

L'entretien pouvait avoir lieu par téléphone ou par vidéo-conférence. Un(e) participant(e) a choisi de procéder à l'entretien par téléphone, tandis que les deux autres ont préféré utiliser le format vidéo-conférence. Ces derniers ont choisi d'utiliser les plateformes *Zoom*© et *Microsoft Teams*© pour procéder aux entretiens. Nous avons fortement encouragé ces deux participant(e)s de tester ces plateformes avec nous avant de procéder à l'entretien officiel, afin d'éviter des difficultés technologiques. L'heure et la date de l'entretien ont également été laissées au choix des participant(e)s. En moyenne, les entretiens ont duré environ 75 minutes. Les écrans ainsi que le contenu audio des entretiens ont tous été enregistrés à des fins de transcription.

Nous avons posé une série de questions ouvertes prédéterminées aux participant(e)s, portant sur le sujet de l'étude et sur leurs expériences de travail en tant qu'intervenant(e) en justice

pour la jeunesse en établissement de garde pour adolescent dans l'est de l'Ontario. Ces questions ouvertes avaient pour but de mieux saisir les perceptions et les attitudes qu'ils dénotaient envers l'utilisation des médicaments psychotropes chez les adolescents placés sous garde (Mayer et Saint-Jacques, 2000). Nous nous sommes servis d'un guide d'entretien (Annexe D) afin de situer les questions posées à l'intérieur de sept thèmes particuliers : le travail d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse; l'admission des adolescents en établissement de garde; la médication psychotrope parmi les jeunes placés sous garde; les implications du processus de la prescription psychotrope; la relation des jeunes et des membres de leur entourage avec les médicaments psychotropes; les effets des médicaments psychotropes sur les jeunes et l'amélioration de la santé mentale des jeunes judiciairisés. En tout moment, les participant(e)s pouvaient renoncer à leur participation à l'entrevue.

3.5 Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées de manière inductive. Cette méthode d'analyse vise la réduction de données par le regroupement des thèmes. La méthode d'analyse inductive fut choisie pour ce projet puisque, selon Thomas (2006), il s'agit d'une méthode directe et simple à utiliser avec la méthodologie de recherche qualitative. De plus, elle favorise l'analyse systématique des données brutes qui permet de faire ressortir les éléments du corpus qui répondent plus directement aux objectifs de recherche (Thomas, 2006).

Le processus d'analyse des données s'est effectué en quatre étapes. Premièrement, nous avons procédé aux écoutes multiples des entretiens puis à la transcription des verbatims. Afin de mieux sécuriser les enregistrements audios et les transcriptions, nous les avons entreposées dans le « Google Drive » de la chercheuse principale. Les informations pouvant servir à identifier les participant(e)s ou leur milieu de travail ont été exclues des verbatims, afin d'assurer la

confidentialité. Deuxièmement, nous nous sommes servis des thèmes de notre guide d'entretien pour diviser le corpus. Nous avons donc attribué une couleur aux verbatims de chaque participant(e) afin d'être en mesure de facilement identifier la provenance des verbatims à l'intérieur des thèmes généraux. Par exemple, les verbatims provenant du Participant 1 étaient en vert, ceux provenant de la Participante 2 étaient en mauve, puis ceux de la Participante 3 étaient en orange. Troisièmement, nous avons divisé les verbatims à l'intérieur de ces thèmes à l'aide de deux catégories : réponses communes et réponses pertinentes. La catégorie « réponses communes » servait à regrouper les données qui ressortaient le plus souvent à l'intérieur des thèmes plus généraux. Ce processus a donc facilité la création de sous-thèmes. La catégorie « réponses pertinentes » servait à énumérer les réponses qui n'étaient pas nécessairement partagées avec d'autres participant(e)s, mais qui soulevaient quand même une certaine pertinence par rapport aux thèmes généraux. Puis, quatrièmement, nous avons procédé à la sélection des sous-thèmes et des verbatims qui nous ont permis d'atteindre nos objectifs de cette recherche.

3.6 Considérations éthiques

Cette recherche a obtenu le Certificat de l'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa (Annexe E). Le consentement explicite des participant(e)s a été obtenu à l'oral ou par écrit à la suite de la lecture du formulaire de consentement qui leur a été acheminé par courriel. Afin de consentir à la participation à l'étude, les participant(e)s pouvaient signer le formulaire au stylo puis numériser leur copie du formulaire pour me la retourner par courriel, utiliser un logiciel de signature électronique ou me faire parvenir une photo de leur formulaire signé. Avant de débiter les entretiens avec chaque participant(e), nous leur avons offert l'opportunité de poser des questions ou de demander pour des clarifications concernant le formulaire de consentement.

Le formulaire de consentement expliquait d'abord les objectifs de l'étude, leur implication dans l'étude et les bienfaits de leur participation. Même si cette étude engendrait peu de risques pour les participant(e)s (à l'exception du potentiel de revivre certains mauvais souvenirs), ceux-ci ont tout de même été assurés qu'ils étaient libres de choisir l'information dont ils souhaitaient partager et qu'ils seraient libres de prendre une pause à tout moment pendant l'entrevue, afin de minimiser les risques existants. Des ressources d'aide ont été incluses dans le formulaire de consentement au besoin. De plus, les participant(e)s ont été mis au courant des stratégies utilisées pour la conservation de l'anonymat et de la confidentialité. En outre, les identités des participant(e)s ont été codifiées selon la méthode suivante : « Participant 1 », « Participant 2 », etc. Les participant(e)s ont été demandés de ne pas divulguer aucune information permettant d'identifier les jeunes avec lesquels ils ont travaillé tels que leurs noms, leur âge, des informations spécifiques portant sur leur apparence physique, les infractions qu'ils ont commises ou autres informations particulières pouvant servir à les identifier. Le formulaire de consentement expliquait aussi les stratégies mises en place pour la conservation des données, ce qui impliquait principalement l'utilisation de « Google Drive » pour la transcription des données et l'entreposage des données enregistrées.

À des fins éthiques, il fut également important de s'assurer que la participation à l'étude soit volontaire. En lisant le formulaire de consentement, les participant(e)s ont été mis au courant qu'ils étaient libres de retirer leur participation à tout moment sans craindre de vivre des répercussions négatives et que leur retrait ou leur non-participation à l'étude n'aura aucun impact sur le statut de leur travail ni sur la relation personnelle qu'ils entretiennent avec nous (si applicable).

3.7 Limites de la recherche

Les limites de cette recherche étaient principalement caractérisées par l'homogénéité des participant(e)s. Tous et toutes les participant(e)s étaient caucasiens, approximativement du même âge et avaient un nombre d'années d'expérience semblable. Les profils des participant(e)s étaient relativement similaires et ont pu limiter la diversité des réflexions et des réponses des participants(e). Une plus grande diversité de profils aurait pu contribuer à une représentation plus juste de l'ensemble des expériences des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse. Toutefois, le petit nombre de participant(e)s rend tout de même une telle généralisation des résultats impossible (René et Dubé, 2015). Dans le même ordre d'idées, la validité des résultats pourrait être affectée en raison de la sélection non aléatoire des participant(e)s (*Ibid.*), étant donnée la possibilité de biais dans les réponses des participant(e)s.

3.8 Originalité de la recherche

Ce projet de recherche tente d'abord de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques étant donné qu'il existe peu d'écrits sur le sujet de la médication psychotrope chez les jeunes placés sous garde en Ontario. Grâce à cette recherche, les participant(e)s ont pu faire valoir leurs expériences ainsi que leurs opinions professionnelles et personnelles sur un sujet auquel ils sont confrontés sur une base quasi quotidienne. Les réalités des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse ainsi que les enjeux éthiques auxquels ils doivent potentiellement faire face pourront encourager la remise en question et l'amélioration des procédures et des interventions pharmacologiques pratiquées sur les adolescents dans les établissements de garde en Ontario. Parallèlement, les résultats de cette étude favorisent une prise de conscience chez les professionnels de la santé et des services sociaux au sujet des réalités que vivent plusieurs adolescents pendant leur placement en établissement de garde. Puis, de façon générale, cette étude

apporte des clarifications aux questionnements qui visent à savoir si la médication psychotrope est une stratégie d'intervention qui est durable et si elle favorise, selon les intervenant(e)s, un changement positif à long terme ainsi qu'une réinsertion sociale réussie.

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présentera les données recueillies durant les entretiens avec les participant(e)s selon sept thèmes. Il commence avec le portrait de chacun des participant(e)s pour continuer avec un aperçu du travail d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse. Ici, leurs rôles et fonctions principales ainsi que les défis et les aspects valorisants de leur travail seront présentées. Ensuite, il abordera le processus d'adaptation des jeunes à l'établissement de garde en comparant les comportements qu'ils manifestent à leur arrivée, puis à leur départ de l'établissement. Ce chapitre présentera également le rapport des intervenants(e)s à la pharmacologie dans le cadre de leur travail ainsi que leur niveau de connaissance et de formation dans ce domaine, leur implication dans le traitement des médicaments psychotropes, c'est-à-dire dans le processus de préparation et d'administration des médicaments, puis leurs observations et leurs perceptions portant sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents. Par la suite, ce chapitre décrira le processus de l'obtention d'une prescription psychotrope en établissement de garde, suivit des attitudes et des comportements que manifestent les jeunes placés sous garde à l'égard de leur(s) médicament(s) psychotropes, selon la perspective des intervenant(e)s. Pour terminer, les effets des médicaments psychotropes sur les jeunes, encore une fois selon la perspective des intervenant(e)s, seront présentées, ainsi que les stratégies proposées par les intervenant(e)s pour améliorer la santé mentale des jeunes judiciairisés, pendant et après leur placement sous garde.

4.1 Portrait des participant(e)s

Trois intervenant(e)s ont pris part aux entretiens semi-dirigés. Au moment des entretiens, ils/elles avaient tous exercé le travail d'intervenant(e) en justice pour jeune dans un établissement de garde pour jeunes hommes dans l'est de l'Ontario dans les cinq dernières

années. Ils/elles possédaient entre 15 et 18 ans d'expérience de travail dans le domaine de la justice pour la jeunesse. Les trois participant(e)s détiennent des diplômes collégiaux dans les domaines suivants : services auprès des enfants et adolescents, services développementaux et services correctionnels. Un(e) participant(e) a aussi accumulé plusieurs crédits universitaires en psychologie.

Lorsque nous voulions nous renseigner sur les approches qui façonnent et encadrent les interventions et le travail de nos participant(e)s, participant(e)s 1 et 2 ont rapporté l'utilisation fréquente de l'humour. Participant 1 a aussi mentionné l'importance d'établir une relation avec les jeunes (*relationship building*) et a mentionné se servir des intérêts communs ainsi que le sport pour y arriver. Participante 2 nous a exprimé se servir d'une approche qui est sans jugement et qui est culturellement inclusive. Elle nous a aussi partagés que l'écoute active était bien importante et qu'elle tire avantage de sa « bonne mémoire » pour ramener des partages que les jeunes lui ont faits afin de développer un lien avec eux. Le renforcement positif était également une technique utilisée par Participante 2. Quant à Participante 3, il était plutôt question d'être soi-même en intervention et se servir de l'auto-divulgence afin de créer un lien avec les jeunes et de gagner une certaine crédibilité de leur part. Elle a exprimé que son approche en intervention était façonnée par une certaine adaptabilité et flexibilité par rapport aux besoins individuels des jeunes. Pendant son entretien, elle a dit admirer la thérapie comportementale dialectique, ce qu'elle dit refléter une authenticité qu'elle projette dans son approche en intervention.

4.2 Le travail d'intervenant(e) en justice pour la jeunesse

4.2.1 Supervision et sécurité

Dans les entretiens, les participant(e)s ont d'abord décrit leur rôle dans l'établissement comme étant un rôle de supervision auprès des jeunes. Pour Participante 2, cette supervision est à

la fois passive et active; passive dans le sens qu'elle exprime devoir superviser, évaluer et documenter les comportements des jeunes à travers un système de pointage, et active puisqu'elle dit s'impliquer dans les activités quotidiennes des jeunes, ainsi que dans les activités récréatives. De plus, pour les participant(e)s 1 et 2, ce rôle de supervision se traduit au maintien de la sécurité des jeunes, de la communauté et d'autrui. Parallèlement, Participante 2 a associé l'intervention en situation de crises ou d'altercations physiques au maintien de la sécurité. Quant à lui, Participant 1 partage l'importance de « protéger la communauté » en s'assurant que les jeunes demeurent dans leur environnement désigné et en prenant des mesures appropriées advenant qu'ils décident de quitter cet environnement sans permission. Il mentionne également l'importance de satisfaire les besoins de base des jeunes.

4.2.2 Documentation et gestion de dossiers

Selon les participant(e)s, le rôle d'intervenant(e) en justice pour jeune implique beaucoup de documentation; remplir les fiches quotidiennes des jeunes (*Daily logs*), les listes que tâches à compléter durant le quart de travail (*Checklists*), les fiches de médicaments, les notes de dossiers, etc. La documentation des activités des jeunes est surtout importante pour la gestion de dossier.

Participant(e)s 1 et 2 ont expliqué qu'à tour de rôle, chaque intervenant(e) se fait assigner un jeune et devient son intervenant(e) principal(e) (*Prime Worker*). Selon eux, ce rôle implique généralement de fixer des objectifs avec le jeune, de rédiger avec lui ainsi qu'autres personnes de soutien (agent de probation, travailleur social, parent/tuteur, etc.) un plan de gestion de dossier, de s'assurer que les besoins essentiels à la réintégration sont comblés (« *making sure that school was set up, making sure that they had all appropriate IDs that they had [...] appropriate living arrangements, financial arrangements, support them in learning job skills, [...] connecting them*

within employment facilities [...] » (Participant 1)) et de le référer à des services de soutien à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'établissement.

4.2.3 Un travail exigeant

Les intervenant(e)s interviewés ont soulevé plusieurs défis auxquels ils sont confrontés dans leurs fonctions et qu'ils doivent relever au quotidien. D'abord, les trois participant(e)s ont expliqué la façon dont leur travail affecte leur sommeil ou leur niveau d'énergie. Participant(e)s 1 et 2 ont surtout associé la fatigue qu'ils vivent au travail posté, plus particulièrement au changement qu'ils subissent lorsqu'ils sont sur des quarts de travail de nuit toutes les deux semaines.

[...] you're working 12-hour shifts, mainly, that's typically what the shifts are as full time on a rotational schedule. So you're either working two weeks of days or two weeks of nights, so you're shifting your sleep patterns, quite a bit, your eating habits, your personal life at home is affected just because of the switch. And then the rapid turnaround between you know, like how you get work done, you know, start early in the morning, and then versus like, so late at night when you're trying to do paperwork and that kind of stuff, too. So it does definitely affect your circadian rhythm. (Participante 2)

[...] [it affects] the quality of time that you spend with [your family] because you're exhausted. Like, there was times when I would do a night shift and I'd still have to look after the kids throughout the day. And try to get a little nap in and get back to work for the next night shift, but it's just it plays its toll on you after a while, and it's a little difficult at times [...]. (Participant 1)

Pour Participante 3, cette fatigue résultait d'un surinvestissement d'énergie dans son travail, ce qui avait des répercussions sur l'énergie qu'elle pouvait consacrer à sa famille, tel qu'exprimé par Participant 1 dans le témoignage précédent. Toutefois, elle reconnaît maintenant l'importance de séparer la vie professionnelle et la vie personnelle et d'incorporer dans son quotidien des activités qui lui font du bien.

Um, I think the other pieces is, along with that, too, is just learning to separate work from your home life. A lot of the times when I was younger, I'd be like, spent, and

then have nothing left for my own kids, right? And I decided, after a couple of years of that, that I needed to not do that. So like, incorporating workouts and eating well, [...] helps get you through to [...] the next step, you know, seeing your close friends, those kinds of things. (Participant 3)

En ce qui concerne les défis mentionnés par Participant 1, le premier impliquait le fait d'imposer un prix sur une vie humaine. Il considère son environnement de travail comme une entreprise qui doit mettre des limitations sur ce qui peut être offert aux jeunes pour les aider.

I really dislike putting a number on... Or cost amount on a person's life. I struggle with the fact that even though we're in the business of helping people, it is still a business. And I struggle with that aspect of it because there's always going to be limitations when you put a business on things. (Participant 1)

Le deuxième impliquait l'étiquetage des jeunes. Participant 1 a expliqué que les jeunes sont souvent étiquetés dans son environnement de travail, que ce soit en lien avec le fait qu'ils ont commis une infraction (étiquette de « *offender* ») ou qu'ils ont des traits de personnalité distincts (étiquette TDAH, par exemple). Il a exprimé son fort désaccord avec cette tendance durant l'entretien puisqu'il a expliqué que celle-ci détériore l'intégrité des jeunes. Le troisième défi qu'a souligné Participant 1 est de faire subir un processus d'admission aux nouveaux jeunes qui dégage un climat d'inconfort. Il explique que le processus débute par l'accueil du jeune, se poursuit avec une fouille à nue, continue avec la prise de la douche et le changement de vêtements, puis se termine par la complétion du document d'admission de 43 pages qui implique plusieurs questions personnelles. Selon lui, ces questions pourraient déclencher des symptômes de Trouble de stress post-traumatique ou d'anxiété, ou simplement un réel sentiment d'inconfort :

Answering questions about drugs. Are they suicidal? Have they tried to hurt themselves in the past? Who should they be staying away from? Who can they be around? You know, like... Other invasive questions, such as, you know, "*What drugs have you taken in last six months, in the last 48 hours?*" Other questions like... [...] What they identify themselves as or where they live, their phone numbers or parents phone numbers, who they're going to be contacting phone numbers. "*Do you have a psychologist?*" "*Oh, yeah, what's their name? What's*

their phone number?”, “Have you seen a dentist?”, “Have you seen a doctor?”. [...] So I struggle with that part of things because I don't feel like it introduces a comfortability, in an already uncomfortable setting. (Participant 1)

Le premier défi qu'a partagé Participante 2 est le fait d'avoir un « rôle double ». Pour elle, cela signifie d'essayer de créer des liens avec les jeunes tout en demeurant une figure d'autorité qui est chargée de faire la discipline. Le deuxième défi auquel elle est confrontée dans son milieu de travail est le sentiment d'hypervigilance qu'a créé son travail et qui affecte sa capacité à se détendre. Elle décrit toujours se sentir en état d'alerte en raison de la nature imprévisible et du rythme rapide de son travail. C'est donc la fréquence constante à laquelle elle vit cet état d'alerte qui nuit à sa capacité de retrouver un état d'être plus calme lorsqu'elle n'est pas au travail. C'est dans cet ordre d'idées que Participante 3 aborde les défis qu'elle vit en tant qu'intervenante en justice pour la jeunesse.

Pour Participante 3, le premier défi consiste à apprendre à prendre soin de soi. Elle explique que le domaine expose les employés à des situations traumatiques et que ça revient habiter l'esprit plus tard. Elle explique qu'il est donc important de se forcer à prendre soin de soi-même puisqu'il s'agit souvent d'un élément que les employés négligent. Puis, le deuxième défi consiste à ne pas s'approprier les succès et les échecs des jeunes et de cesser cette tendance à vouloir adopter un rôle de sauveur :

[...] when I first started 18 years ago, you know, you sort of think that you're going to save the world, and every kid you're going to work with is going to be a success, and you really put it all on you. And that's actually really, like, I'll go back to arrogance, it's really arrogant. Because you can only lead a horse to water, but you can't make them drink kind of thing. So [...] I learned really early in my career that if they have success, your clients, it's not your success, it's their success. So you have to celebrate beside them, not with them, if that makes sense. And if they fail, it's also their failure, not your failure. The fact that like, some social workers own that, I think is very, like... You're internalizing something that doesn't need to be internalized, and you're wearing a whole lot, which makes you heavy outside of work. (Participante 3)

4.2.4 Un travail valorisant

Malgré les multiples défis qui s'imposent dans leur travail quotidien, les participant(e)s 1 et 2 ont partagé qu'ils apprécient beaucoup l'aspect de leur travail qui leur permet d'aider les jeunes, d'avoir un impact dans leur vie et d'être témoins de leurs progrès. Participante 2 a ajouté qu'elle apprécie exercer son travail auprès de collègues avec qui elle entretient de bonnes relations puis former de superbes équipes de travail avec eux. D'autant plus, elle disait privilégier les occasions où elle pouvait travailler en collaboration avec d'autres professionnels. Elle explique qu'en créant des liens avec eux, cela peut créer des opportunités d'avancement professionnel.

4.3 Les comportements des jeunes en établissement de garde : De l'admission à la sortie

4.3.1 Les comportements des jeunes lorsqu'ils sont admis à l'établissement

Il est bien entendu que tous les jeunes qui sont admis en établissement de garde ont une implication quelconque avec le système de justice pour adolescents. Toutefois, les participant(e)s 1 et 3 ont exprimé que les comportements manifestés par les jeunes lorsqu'ils sont admis peuvent varier en fonction de leurs besoins ou des difficultés qu'ils vivent. Plusieurs jeunes vivent des situations d'instabilité avant leur arrivée en établissement tels que l'instabilité alimentaire (participant(e)s 1 et 3), l'itinérance (participant(e)s 1 et 3), l'instabilité au niveau de l'état de santé mentale (participant(e)s 1 et 3), des problèmes de dépendance (participant(e)s 1 et 2), un manque d'encadrement/de supervision parentale (Participante 3) et des difficultés au niveau de l'hygiène corporelle (Participant 1).

Malgré les différentes situations pouvant avoir contribué au placement des jeunes en établissement de garde, les trois participant(e)s ont mentionné que les jeunes vivent souvent de la peur et de l'anxiété lorsqu'ils arrivent à l'établissement. D'ailleurs, les trois attribuent cette peur

et cette anxiété à l'inconnu/l'incertitude. Ils expliquent que les jeunes vivent ces sentiments parce qu'ils ne savent pas à quoi s'attendre, ne savent pas ce qui s'en vient ou ce qu'il va leur arriver. D'autres sentiments et comportements peuvent également faire surface, dont le sentiment de choc (participant(e)s 1 et 2). Plusieurs facteurs peuvent y contribuer : la fouille à nue (participants 1 et 2), se faire remettre des nouveaux vêtements (participant(e)s 1 et 2), perdre son identité (Participant 2), perdre sa liberté (Participant 1), se retrouver dans un nouvel environnement (Participant 1), se faire dire quoi faire et devoir obéir (Participant 2), etc. Participant 2 en fait le résumé dans le passage suivant :

Like, there's definitely a shock, right? There's definitely like, the variable like that, it's the effects of incarceration, they've never been there before. [...] from the second you arrive there, you're strip searched. So like, they lose everything about themselves, their identity, they're no longer wearing their own clothes. They're told what to do 24/7, you know, they can't be called by [...] their street name, they're being called by their legal name, they have to, you know, sit somewhere where they don't want to sit. So you see that sometimes like [...] they're frustrated, they're just off, maybe they're scared, or they're annoyed, [...], maybe they're not used to taking direction, they're very oppositional. So you always, often see like, a fight back on some of them. Um, the food affects them too, maybe they're used to being up all night, now they have to go to bed at 9:00. So there's definitely levels of frustration with being teenagers [...]. (Participant 2)

4.3.2 La « lune de miel »

Lorsque les jeunes arrivent en établissement, les trois participant(e)s ont mentionné qu'il y a une période de « lune de miel » qui s'installe et qui varie habituellement entre quelques jours, quelques semaines et un mois. Durant cette période, les participant(e)s expliquent que les comportements des jeunes ne sont pas toujours représentatifs de leur vraie personnalité puisqu'ils sont en période d'ajustement. Par exemple, Participant 2 a mentionné qu'elle a été témoin de jeunes qui étaient complètement dans le déni après leur arrivée en établissement. Elle expliquait qu'elle avait déjà entendu des jeunes dire qu'ils n'allaient pas demeurer en établissement, que quelqu'un était pour les sortir de là (« *I'm gonna get bail* »), etc. Puis, lorsque ça ne se produisait

pas, cela marquait la fin de la période de lune de miel. Ensuite, ils commençaient à manifester des comportements qui provenaient de leurs frustrations face à l'incompréhension de la sévérité de leurs actions ainsi qu'à la privation de leur liberté. Les trois participant(e)s ont expliqué que la durée des effets de sevrage (chez ceux qui sont concernés) ainsi que le niveau de confort des jeunes envers leur nouvel environnement peuvent influencer la longueur de la période de lune de miel. En lien avec ce dernier point, Participante 3 explique que c'est la société dans laquelle nous vivons qui est responsable des comportements désagréables des jeunes, qui suivent habituellement la période de lune de miel :

I don't think society is doing a great job of teaching our young people realistic expectations in the world. And I think that [...] the youth that I worked with 18 years ago [...], they came in, they did their time, they respected staff, they respected authority, they respected the police. The kids today are very much entitled, um... The respect is not there. And because of the way the system works, it's a lot more relaxed, we're into a different Act now for the last 15 years, which gives kids a lot more chances before something really happens, punishable, if that makes sense? So by the time they actually get to us, they've got a rap sheet that's like, six or seven pages long, and they already think the system is a joke. So even though they're scared when they come in, that attitude comes back up within the next month. [...] and even just schooling like, you know, everybody passes, nobody really gets in trouble. Like, it's not the same world that we're living in and it's a tough world. And then you've got social media that shows all sorts of glamorized... I don't know even what you want to call it... But like, some of the stuff I see on there is just like mind blowing to me that kids are watching it, and it's okay. [They're] desensitized and yeah... I think it's more on society than it is on the individual. (Participante 3)

4.3.3 Les comportements des jeunes lorsqu'ils quittent l'établissement

Les participant(e)s 1 et 2 ont partagé avoir été témoin de la croissance de plusieurs jeunes avec qui ils ont eu l'occasion de travailler. Ils ajoutent qu'il y a plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à cette transformation comportementale et peuvent difficilement identifier les facteurs qui détiennent une plus grande influence dans ce processus de changement. Selon Participante 2, des études longitudinales et comparatives seraient requises pour comprendre la position qu'occupent les médicaments psychotropes dans cette équation:

But I mean, like, I can't tell if that's the effects of incarceration, of a routine, and being stable, and [not] having [...] the stressors of day to day life or life's not so chaotic. [...] I've seen successful things with youth that were coming in with a very unstable, chaotic [background], didn't take medications and saw great growth in them too. So you know, but is it also the age? Is it because they're older? Or because they're younger? Is it because they know [...] what they have waiting for them upon release? Or, like, it's really hard to tell. Like honestly, I wouldn't be able to probably answer that, because there's no way that I can tell. [...] You'd have to survey, a lot of youth, like a bunch of youth, that are the same age, that have the same, you know, surrendering factors in their lives when they came in, and then when they're getting out, the same medication the same, like... And then, be able to give an answer, because there's just no way to tell. [...] How do you know that it's the medication that did that? Right? How do you know, it's not the therapy that they've been on? Or the, you know, the... Everything else that's been going on while they've been with us? (Participant 2)

Participant 1 fournit un témoignage similaire à Participant 2. Mais, contrairement à Participant 2, Participant 1 croit que les médicaments psychotropes ont une petite influence positive dans ce processus :

[...] there's so many contributing factors, I can't attribute if it's the medication, if it's their drive, if they don't want to come back, if it's... You know, schooling is easier or harder? Like I can't attribute exactly what the driving motive for change is. But I have seen positive change in youth. So, is it the medication that's doing it? I can't pinpoint exactly. But I do feel it helps some of it. (Participant 1)

4.4 La pharmacologie et l'utilisation des médicaments psychotropes dans les établissements de garde pour adolescents

4.4.1 La formation et les connaissances en pharmacologie des intervenant(e)s

Durant les entretiens, les participant(e)s ont exprimé avoir certaines connaissances de base en pharmacologie, notamment sur le sujet de l'arrêt de médicaments, ce qui implique la réduction graduelle du médicament avec l'approbation d'un médecin (participant(e)s 1 et 3) et sur l'identification de molécules. Ils ont tous divulgué avoir reçu peu de formation dans le domaine de la pharmacologie dans leurs programmes postsecondaires respectifs ainsi que sur le terrain dans leur milieu de travail. Ils ont expliqué que les connaissances qu'ils détiennent jusqu'à présent ont été principalement acquises à travers l'autoapprentissage et les années d'expérience de travail.

[...] whenever we're documenting any kind of medication, it's like, there is the documentation sheet that we use, there is the MAR [Medication Administration Record] sheet that is delivered from the pharmacy, there is a side effects sheet with [it], so each client has like a little portfolio of recordings of their medication, their [...]. And so as you've gone through those over and over and over again, with your specific client, and over the years, you tend to kind of take in some of that knowledge base. So a lot of it too is, is self-learned by just doing the job. (Participant 1)

Pour Participante 2, le manque d'encadrement dans les apprentissages faits sur le terrain cause un certain niveau d'incompréhension par rapport aux informations associées à la médication des jeunes.

We're supposed to familiarize ourselves with the medications by reading the MAR sheet and the medication info sheet, to like, just be on the lookout for potential side effects that may come if the youth take this medication [...] So you're supposed to place those, for each youth, in the binder under their name, you'll have that sheet that explains everything about that medication, and then the sign off sheet on it. [...] I don't always typically understand everything that's in there [...]. (Participante 2)

D'un autre côté, les participant(e)s 1 et 3 ont tous deux exprimé que la formation qui est offerte sur le terrain au sujet de la pharmacologie s'améliore grâce à des initiatives prises par les employés des établissements. Selon eux, cette information est nécessaire afin d'approfondir les connaissances des intervenant(e)s et davantage éduquer ceux qui travaillent en proximité avec les jeunes qui vivent avec des difficultés au niveau comportemental.

"We've had nurses do a generalized training for staff before, on taking medication stopping medication, how to administer medication appropriately, how to document medication appropriately. So we have had training in that kind of stuff [...] and that I have to attribute the more recent times there's been a push from staff, of [...] management saying that we want more training on medications and stuff like that, because I'll tell you 10 years ago, when I was doing this, I did not have near the knowledge base that I have now. And nor was there a lot of direction either. A lot of things were just *"Yeah, this is what it is. This is what the doctor says, this is what you gotta do."* You know, I wouldn't have been able to, 10 years ago, advise a youth to, you know, *"Maybe you should go and see your doctor first before you just abruptly stop."* That was learned over the course of time, it wasn't necessarily something that I knew first coming into this career path. (Participant 1)

So, but now, like, if we have a kid who's on some serious medication, [...] somebody [is called] in to talk to us about that. And like, what do we need to look out for? And what do we need to do to [...] complement that and [...] bring the education to this job? Because I know what it's like to get stuck in, the kid who's having a tantrum, and has punched another hole in the wall, and has tried to attack you for the 10th time in the last month. And you're not looking at therapeutic approaches. [...] you're just trying to keep that kid safe. You know, that's all you're focused on. (Participant 3)

Afin de cheminer davantage dans cette direction, Participant 1 a énuméré plusieurs suggestions pour accroître les opportunités d'apprentissages pharmacologiques des intervenant(e)s, dont les suivantes : offrir des formations obligatoires; explorer la possibilité que les formations soient données en partenariat avec des agences locales spécialisées en santé par l'entremise de « tournées » des établissements; offrir un enseignement plus extensif sur ce sujet au niveau collégial et universitaire; faire en sorte que le personnel de gestion soit davantage impliqué dans l'éducation des intervenant(e)s (à temps pleins et à temps partiel) sur le traitement des médicaments (« *processing of medication* »).

4.4.2 L'implication des intervenant(e)s dans le traitement des médicaments psychotropes

L'implication des intervenant(e)s dans le traitement des médicaments psychotropes a surtout été abordée par Participant 2. Elle explique que dans l'établissement où elle travaille, lorsqu'une prescription est envoyée de la pharmacie puis est reçue par l'établissement de garde, les intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sont chargés d'étiqueter un contenant avec le nom du jeune en question afin d'y ranger la prescription. Ce contenant est entreposé dans un casier qui est barré dans le bureau des employés. Elle continue par expliquer que les médicaments viennent dans des pochettes en plastique qui indiquent le nom du jeune, les dates et les heures auxquelles le médicament doit être administré, ainsi que la fonction du médicament. Chaque prescription est accompagnée d'une fiche *Medication Administration Record* (MAR) qui indique la façon dont le

médicament doit être administré. Tous les documents qui sont associés au médicament du jeune, y compris la fiche MAR, sont classés dans un cartable. Elle précise que tous les jours, il y a un(e) intervenant(e) qui se charge de préparer les médicaments et les documents nécessaires pour leur administration. Puis, lorsqu'il est l'heure de prendre son médicament, le jeune est appelé à l'écart des autres adolescents pour prendre sa prescription. L'intervenant(e) ouvre la pochette, remet la dose prescrite dans la main du jeune avec un verre d'eau, le jeune prend son médicament devant l'intervenant(e), puis l'intervenant(e) fait une inspection visuelle de la bouche du jeune pour s'assurer qu'il a bel et bien consommé son médicament. Si le médicament doit être consommé avec de la nourriture, l'intervenant(e) lui remet sa prescription peu de temps après qu'il ait mangé. Si un jeune refuse de prendre son médicament, l'intervenant(e) doit documenter le refus ainsi que la raison du refus. Pour Participante 2, ce processus est plutôt simple : “[...] we don't administer it to them, we just like, open it, give it to them in their hand and they self-administer. So like, that's all we're doing, is just opening the package and giving it to them.”

Mise à part ce processus, Participante 2 mentionne que les intervenant(e)s doivent surveiller les jeunes médicamentés pour reconnaître la présence d'effets secondaires, s'il y a lieu. Elle ajoute que puisque les activités et les comportements des jeunes sont documentés et qu'il y a plusieurs employés qui travaillent avec les jeunes, le repérage d'effets secondaires se fait plus facilement si une bonne communication est maintenue entre les employés. Puis, si un(e) intervenant(e) a un jeune à sa charge (*Prime Youth*), il/elle va revoir toutes les fiches quotidiennes du jeune et faire des résumés de son cheminement et de son état. Donc, il est possible d'identifier des tendances puis de faire un référencement croisé avec les effets secondaires potentiels qui sont indiqués sur les fiches d'information des médicaments.

4.4.3 Les observations des intervenant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents

Durant les entretiens, les participant(e)s ont été demandés d'estimer la proportion de jeunes qui prennent des médicaments psychotropes pendant leur placement sous garde. Les participant(e)s avaient tous des réponses différentes. Participant 1 ne pouvait pas fournir une réponse exacte étant donné la nature circonstancielle du sujet. Participante 3 a estimé qu'environ 90% à 95% des jeunes en établissement de garde sont concernés. Dans le passage suivant, elle attribue cette proportion aux failles qui existent dans le système de santé, notamment la façon dont les évaluations médicales sont conduites, le manque de psychiatres ainsi que l'insuffisance de ressources dans le domaine de la santé:

So [...] parents go to doctors, they're desperate, because their kid hasn't been behaving in class, but nobody's taken the time to try to figure out why they're not behaving in class, like, maybe it's a learning disability, maybe they're just super frustrated. Maybe there's been abuse there, maybe they're dealing with anxiety and just can't talk to their parents about it, could be a multitude of issues, maybe they're being bullied. Um, I don't know, right? So again, it just gets swept under as behavior. [...] The majority of doctors that I've worked with are [...] often like, you know, the DSM five, or whatever. And it's like, little "ticky" boxes, and they [...] hit all the little "ticky" boxes: *"So you have ADHD. Oh, and you hit them all for anxiety as well, so you have that."* But, they don't often take into consideration what the frontline workers are seeing. And they don't take the time with the youth. Now, if they have a psychiatrist, that's a little bit different. But like, we have one psychiatrist in [name of city] for adults and children. So let's be realistic, it's general practitioners that are unfortunately having to make these decisions and put these kids on medication. So I think it has a lot to do with the medical industry not dealing with things appropriately. And [I'm] not pointing fingers, I think it's just the world we live in, they're trying to do the best they can and they just don't have the tools.
(Participante 3)

Participante 2 a estimé que près de la moitié des jeunes étaient concernés, étant donné qu'il y en a qui arrivent déjà avec une prescription, il y en a qui n'ont pas de prescription et n'en auront jamais, il y en a qui ont déjà été prescrits des médicaments, mais ne les prennent pas et sont ensuite

réévalués pour savoir si leur ancienne prescription est encore nécessaire, puis, il y en a qui reçoivent une prescription pour la première fois lorsqu'ils sont en établissement.

Les participant(e)s 1 et 2 ont fait mention d'une tendance particulière concernant l'utilisation de la médication psychotrope en établissement de garde pour jeunes. Ils/elles ont dit avoir remarqué que plusieurs jeunes prennent seulement des médicaments psychotropes pendant leur placement sous garde. Ces participant(e)s ont également mentionné que la dose est graduellement diminuée avant qu'ils retournent dans la communauté. Participante 2 explique que dans certains cas, le médicament est prescrit pour une durée limitée. Dans d'autres cas, elle communique que ce sont les jeunes qui décident de ne plus être médicamentés lorsqu'ils terminent leur placement. Durant son entretien, Participant 1 mentionne à deux reprises que les doses sont graduellement diminuées afin que les jeunes soient plus « cohérents » ou plus « fonctionnels » avant leur retour dans la communauté.

Selon les participant(e)s, les motifs principaux qui pourraient expliquer l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents sont d'abord : éviter les effets de sevrages de substances auxquelles ils avaient développé une dépendance, ce qui entraîne fréquemment des difficultés au niveau du sommeil; recadrer les jeunes qui sont trop agités ou qui sont facilement distraits; et calmer les jeunes qui démontrent des comportements agressifs qui pourraient compromettre leur sécurité et celle d'autrui. Parallèlement, la molécule qui a fait le plus souvent mention dans les entretiens comme celle étant la plus souvent prescrite en établissement est la Trazodone, un antidépresseur atypique. Selon les participant(e)s 1 et 2, la raison de son utilisation repose surtout sur les difficultés associées au sommeil qui proviennent parfois des effets de sevrage. Puis, les participantes 2 et 3 ont fait mention de la prescription de divers types d'antipsychotiques atypiques en établissement tels que la Quétiapine (*Seroquel*®) (participantes 2

et 3), l'Olanzapine et l'Olanzapine Zydis, l'Aripiprazole (*Abilify*®) (Participant 2) et la Risperidone (Participant 2). Les participantes 2 et 3 ont également mentionné avoir remarqué des prescriptions de psychostimulants, mais que ces molécules étaient plutôt prescrites dans la communauté, soit avant l'arrivée des jeunes à l'établissement. Les types de psychostimulants mentionnés étaient la Méthylphénidate (participantes 2 et 3) (*Ritalin*® et *Concerta*®), la Lisdexamfetamine (*Vyvanse*®) (Participant 2) et la Dextroamphétamine (*Dexedrine*®) qui était plutôt prescrite dans le passé (Participant 3). Finalement, Participant 3 a parlé de l'utilisation de la Fluoxétine (*Prozac*®), un ISRS qui fait partie de la catégorie des antidépresseurs. Le Tableau 2 résume ces données.

**TABLEAU 2. MOLÉCULES LES PLUS SOUVENT UTILISÉES EN
ÉTABLISSEMENT DE GARDE POUR ADOLESCENTS**

Catégories de médicaments psychotropes	Sous-catégories	Exemples de noms génériques et commerciaux	Lieu de prescription principal
Psychostimulants	N/A	Méthylphénidate (<i>Ritalin</i> ®, <i>Concerta</i> ®)	Communauté
Psychostimulants	N/A	Dextroamphétamine (<i>Dexedrine</i> ®)	Communauté
Psychostimulants	N/A	Lisdexamfetamine (<i>Vyvanse</i> ®)	Communauté
Antidépresseurs	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Fluoxétine (<i>Prozac</i> ®)	Communauté
Antidépresseurs	Antidépresseurs atypiques	Trazodone (<i>Desyrel</i> ®)	Établissement
Antipsychotiques	Antipsychotiques atypiques	Risperidone (<i>Risperdal</i> ®)	Établissement
Antipsychotiques	Antidépresseurs atypiques	Aripiprazole (<i>Abilify</i> ®)	Établissement
Antipsychotiques	Antipsychotiques atypiques	Olanzapine (<i>Zyprexa</i> ®)	Établissement
Antipsychotiques	Antipsychotiques atypiques	Quétiapine (<i>Seroquel</i> ®)	Communauté et Établissement

4.4.4 Les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents

Les perceptions des participant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes en établissement de garde pour adolescents sont variées, mais sont majoritairement représentées par des attitudes ambivalentes/partagées.

Participant 2 ne s'oppose pas à l'utilisation des médicaments psychotropes chez les jeunes placés sous garde. Cependant, elle reconnaît que les médicaments ne sont pas nécessaires pour tous les jeunes. Par exemple, selon elle, ceux dont les comportements sont plus « gérables » peuvent travailler sur eux-mêmes à l'aide de thérapies alternatives, d'autres ont besoin d'attention et de se sentir en sécurité. Elle explique aussi que certains jeunes ont simplement besoin de structure, d'avoir une routine ou de se tenir occupé avec des tâches ménagères puisque leur désorganisation peut être attribuée à l'environnement chaotique dans lequel ils se situaient avant leur placement sous garde.

Participant 1 reconnaît que l'atténuation des symptômes de troubles de santé mentale est un effet positif disposé par les médicaments psychotropes. Toutefois, il reconnaît que les médicaments sont insuffisants pour atteindre un niveau de fonctionnalité qui est approprié pour la réintégration sociale des jeunes concernés, lorsqu'ils sont utilisés seuls. Alors, il dit remarquer qu'il y a plus de fonds qui sont attribués aux services de soutien à la réintégration, tels que le counseling, la supervision communautaire, etc., une fois que les jeunes ont quitté l'établissement.

Participant 3 partage un peu le même avis que Participant 1. Elle est également de l'avis que les médicaments psychotropes ne sont pas suffisants et ajoute qu'ils ne devraient pas être utilisés à très long terme. Similairement au Participant 1, elle mentionne l'importance de préconiser une approche plus inclusive en introduisant des méthodes plus thérapeutiques afin de

favoriser un changement positif chez les jeunes. Sinon, elle ne voit pas l'utilité des médicaments. Toutefois, elle reconnaît la position stressante dans laquelle se situent les intervenant(e)s en justice pour la jeunesse et le fait qu'ils/elles adoptent parfois une vision étriquée face aux médicaments puisqu'ils/elles sont constamment confrontés aux comportements « problématiques » des jeunes. D'ailleurs, ils/elles souhaitent simplement que ceux-ci cessent comme par magie. Dans cette optique, elle explique que certain(e)s perçoivent les médicaments comme étant la solution unique aux problèmes comportementaux des jeunes, alors qu'en réalité les médicaments ne constituent « qu'une seule petite pièce du puzzle ». Elle attribue cette vision étriquée à un manque d'éducation potentiel sur ce sujet.

Malgré le fait d'être consciente de tous ces enjeux, Participante 3 exprime une certaine réticence face à l'utilisation des médicaments psychotropes chez les jeunes placés sous garde. Elle constate que les médicaments psychotropes déconnectent les jeunes de leur état normal, ce qui les empêche de se sentir comme eux-mêmes. Elle perçoit cette réalité comme une bataille qu'elle entretient avec elle-même; elle a de l'empathie pour les jeunes, mais en même temps, elle reconnaît que certains jeunes ont besoin d'être médicamentés.

[...] if you have a heart condition, and you take your heart medication, it makes you feel normal, whatever normal is, it makes you feel normal again. When you take these kinds of drugs, they don't make you feel normal. Your normal is like that sort of person who needs the medication. So you're taking the normal out of the person by them taking this medication. So it's a constant battle, you might as well bang your head against the wall, because they got to get used to feeling that way. [...]. And I always use the analogy of like, the heart or the [...] lungs, like, there's all kinds of organs that don't work properly. [...] this is for your brain, but that's really hard for them to swallow, because again, they don't feel normal on the medication. (Participante 3)

Les participant(e)s ont également été interpellés à exprimer leurs perceptions sur la prescription de médicaments psychotropes aux jeunes qui ne sont pas diagnostiqués avec un

trouble de santé mentale. Participante 2 mentionne qu'il n'est pas nécessaire qu'un jeune soit diagnostiqué pour recevoir une prescription psychotrope et que c'est correct. Elle indique que c'est la pertinence du médicament par rapport aux symptômes présentés qui est plutôt tenue en compte :

It's like if the doctor does a consult with them and has observed this or has deemed that it would be an appropriate [...] prescription, it doesn't necessarily mean that they're diagnosed with something [...] because you're identifying symptoms that follow [...] what this medication can do for you. [...] if they were with us and they happen to be given a medication by the doctor [...] without a diagnosis, um, that's fine too. (Participante 2)

Participant 1 explique qu'un diagnostic est difficilement obtenu chez les jeunes placés sous garde. Selon ses connaissances, Participant 1 résume le processus qui mène à poser un diagnostic sur un jeune et élabore sur les multiples enjeux qui compliquent cette tâche. Il termine par expliquer que la priorité finit par se recentrer sur la réponse aux besoins immédiats du jeune, même si cela signifie de prescrire sans diagnostiquer :

This is the other problem I see with this, is... To actually get a formal diagnosis, it's a lengthy process, and a costly process. So again, you're dealing with people's lives and it's a business, remember, this is one of these things that I said that I'm not a fan of, in my career... So if you want to get a formal diagnosis, I believe you have to show symptoms for a certain period of time. You have to meet with a doctor multiple times, you need a referral to be able to go meet a psychologist once or if you find room or even if you find a psychologist, which are few and far between, I think there's only like four of them in [name of the city] for young people. Then you have to be of a certain developmental point for certain mental illnesses, [...] and then you got to balance out, is this drug induced? Is this [a] straight mental health issue? [...] You know, so I don't feel like getting a formal diagnosis is... I don't feel like we're there yet. I feel like there needs to be more improvement in that area. We're lacking resources, we're lacking supports, we're lacking in expedited processing, to formally diagnose a youth with a mental health [illness]. So not to mention barriers, whether it be their involvement, their honesty. [...]. And unfortunately, the youth that are in our care, need immediate attention, like they've already exhausted everything, they've already waited, they've already been self-medicating, they're already, you know, at the end of the rope and crying for help, essentially, right? So this is where I said, you know, I've seen some stuff that I may question, but at the same time I get it. There's sometimes things that need to be

expedited or processed in a way to support the person versus going through theoretical or, you know what I'm saying... Red tape. [...] I don't necessarily mean there's mal intent at all. (Participant 1)

Cela dit, Participant 1 précise que même s'il a été témoin de jeunes qui se faisaient donner des médicaments pour apaiser leurs comportements agressifs ou pour les aider à se concentrer, il ne sait pas ce qui est dit lorsque les psychiatres et les jeunes se rencontrent. Il explique qu'il pourrait y avoir plusieurs facteurs qui sont pris en considération pour qu'un psychiatre décide de prescrire un médicament psychotrope à un jeune.

I've also seen the highly aggressive youth given medications to... Lack of a better word, "drone" them out a little bit. So that they're not aggressive. So that people's safety is adhered to. So that they can focus a little bit better, if it be school, or learnings of some sort. So yeah, have I seen that? Yes, I have. But what happens in those meetings with these psychiatrists? I really have no idea. So they could be divulging stuff there that initiates them, the doctor, to prescribe medication to help them out. Now, do I believe the doctor is looking at their best interests more so than any everyone else's? Yeah, I would like to assume that. Is it, partially, to keep everybody safe, whether it be the workers, the community, everything? I think that may play a factor in things as well. But again, I'm not the doctor. I don't know for sure. (Participant 1)

Pour reprendre certains propos du témoignage précédent, Participant 1 termine par raconter ses expériences dans son milieu de travail où il a observé de très fortes doses de médicaments psychotropes se faire administrer à des jeunes qui avaient commis des crimes qu'il considère « extrêmes », qui manifestaient des comportements qui posaient un risque pour la sécurité d'autrui dans l'établissement de garde, mais qui n'avaient pas de diagnostic officiel. Il exprime, selon sa perspective, que la quantité de médicaments qui leur étaient administrés était tellement forte, qu'elle avait affecté leurs facultés mentales. Malgré le fait qu'il était en désaccord avec la quantité de médicaments qui leur étaient administrés, il était conscient de l'importance de maintenir la sécurité de tous, ce qui l'initie à un questionnement de sa position éthique par rapport à la situation.

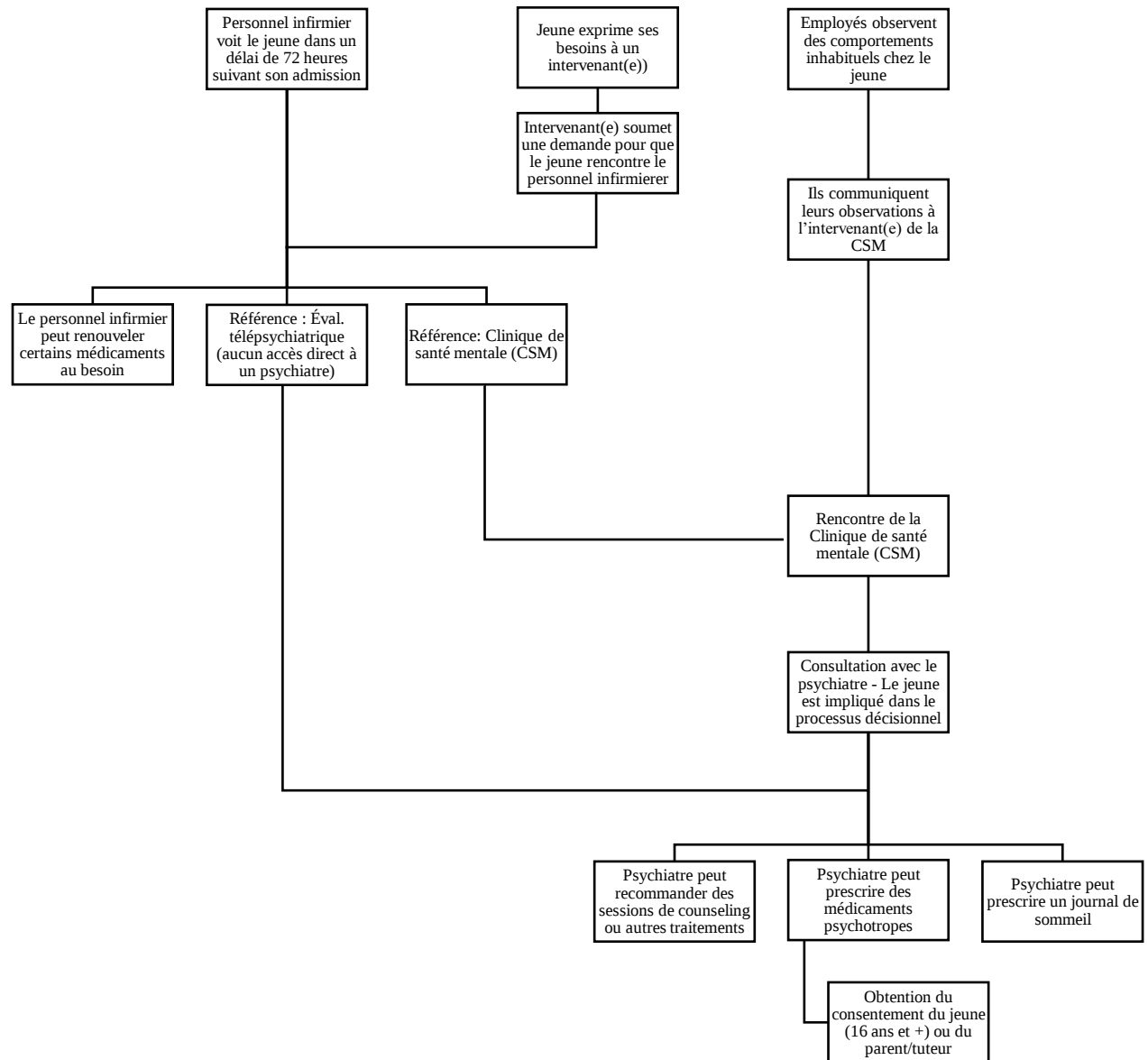
So those situations, I feel I struggle with the concept of it [...]. It's a conflicting feeling, but at the same time, I understand why it has to happen. And I don't necessarily a hundred percent disagree with it, right? So I can almost see both sides of the coin. And I wonder what side I fall on. So it's kind of like a question of ethics on my point, at that point, right? (Participant 1)

4.5 Le processus de l'obtention d'une prescription

En analysant les données produites par les participant(e)s, nous sommes en mesure de produire un schéma qui résume le processus typique pour l'obtention d'une prescription psychotrope dans les établissements dans lesquels travaillent les participant(e)s. Ce processus est illustré dans le Schéma 1, situé à la page suivante.

Selon les données recueillies, le processus peut être entamé de trois façons. En premier lieu, le personnel infirmier se doit de rencontrer tous les jeunes dans les 72 heures suivant leur admission pour procéder à un examen de santé. Si le jeune avait déjà une prescription qui se retrouve parmi les médicaments que le personnel infirmier est en mesure de renouveler, ceci peut être fait sur le champ s'il est jugé pertinent par le personnel infirmier et le jeune. Si, pendant son examen, le jeune transmet des informations au personnel infirmier à l'égard de sa santé mentale et que le personnel infirmier juge qu'il serait pertinent que celui-ci rencontre un psychiatre, elle peut tenter de communiquer avec le médecin ou le psychiatre du jeune (s'il a déjà reçu un diagnostic d'un trouble de santé mentale). Elle peut faire une référence à la Clinique de santé mentale (CSM) de l'établissement ou elle peut faire une référence pour une évaluation télépsychiatrique si l'établissement ne peut accéder à un psychiatre. Les évaluations télépsychiatriques sont faites en présence du personnel infirmier, de l'intervenant(e) résidentiel(le) en matière de réintégration et de santé mentale, du jeune et de ses parents ou tuteurs (Participante 3). En deuxième lieu, le jeune peut exprimer ses besoins en matière de santé mentale à un intervenant(e) en justice pour jeune. L'intervenant(e) peut soumettre une demande pour que le jeune rencontre le personnel infirmier, si c'est ce qu'il souhaite. Il peut également encourager le jeune à rencontrer un des conseillers de

SCHÉMA 1. PROCESSUS TYPIQUE POUR L'OBTENTION D'UNE PRESCRIPTION PSYCHOTROPE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE GARDE OÙ TRAVAILLENT LES PARTICIPANT(E)S



l'établissement qui offre des services de counseling (Participant 1). En troisième lieu, si les employés de l'établissement, tels que les intervenant(e)s en justice pour jeune, les enseignants, les conseillers, le responsable des activités récréatives, etc. observent des comportements inhabituels chez les jeunes, ils peuvent communiquer leurs observations à l'intervenant(e) de la CSM.

À la rencontre de la CSM, l'intervenant(e) responsable de la CSM transmet les inquiétudes du personnel et/ou du jeune au psychiatre qui dessert l'établissement ainsi que la raison pour la référence. Avant de faire une consultation avec le jeune, le psychiatre peut demander à l'intervenant(e) responsable de la CSM de lui faire parvenir des documents ou des évaluations antérieures afin qu'il puisse mieux se renseigner sur l'historique du jeune avant de prendre une décision sur l'intervention la plus appropriée.

Une fois avoir complété sa collecte de renseignements sur le jeune, le psychiatre peut rencontrer le jeune pour une consultation. Participant 1 affirme qu'il n'a jamais été témoin d'aucune situation où le jeune a été accompagné à ce rendez-vous par une tierce personne, à l'exception des cas où les jeunes rencontrent leur médecin ou leur psychiatre dans la communauté. Dans ces circonstances, il confirme qu'il est déjà arrivé qu'un parent ou un tuteur rencontre le jeune et l'intervenant(e) au rendez-vous. Au moment de la consultation, le psychiatre peut suggérer des modes de traitement possibles. Participante 2 explique qu'il peut recommander un journal de sommeil pour commencer, une prescription psychotrope ou des sessions de counseling, selon leur pertinence. Cela dit, elle mentionne que le jeune possède un certain pouvoir décisionnel à l'intérieur de limites raisonnables, tel que l'explique Participante 2 :

It could be a youth that, you know, he heard from another friend that he takes Trazodone [...] and it makes you fall asleep and he doesn't have a hard time sleeping. *"Well, I want to go on that too"*. So like if the doctor says, *"Well, no, we're gonna do a sleep log first"*. (Participante 2)

Si le jeune refuse la recommandation primaire du psychiatre, ce dernier peut lui présenter un traitement alternatif. Par exemple, si le jeune refuse la prescription psychotrope, le psychiatre peut lui recommander de suivre des séances de counseling offert dans l'établissement. Cependant, Participant 1 nous informe que la disponibilité des conseillers peut devenir un obstacle dans l'obtention de ces services, étant donné la lourdeur de leur charge de travail.

Puis, afin de recevoir une prescription psychotrope, le jeune qui est âgé de 16 ans ou plus doit signer un formulaire de consentement. Si le jeune est âgé de moins de 16 ans, le consentement des parents ou des tuteurs est requis.

4.6 Les attitudes et comportements des jeunes placés sous garde vis-à-vis leur(s) médicament(s) psychotrope(s)

4.6.1 Attitudes positives

Les participant(e)s 1 et 2 expliquent que les jeunes perçoivent leurs médicaments psychotropes positivement dans trois circonstances. D'abord, ils/elles partagent que les jeunes apprécient leur sommeil amélioré grâce aux médicaments. Ensuite, les participant(e)s disent que les jeunes ont une attitude positive envers leurs médicaments psychotropes lorsque ceux-ci les empêchent de vivre des effets de sevrage. Puis, similairement, il a été mentionné que les jeunes comparent leurs médicaments psychotropes à des « drogues » ou à d'autres substances addictives. Ils ont donc un regard positif sur leurs médicaments puisque ces médicaments viennent combler leur dépendance en remplaçant l'ancienne substance addictive. Dans cet ordre d'idées, les participant(e)s 1 et 2 ont partagé avoir été témoin de comportements d'inobservance de la part de certains jeunes qui voulaient prendre leurs médicaments à des moments de la journée qui ne respectaient pas toujours la posologie de la prescription.

So yeah, there's youth that will always push the times. So sometimes there's youth that will take it at the time prescribed, it's nine o'clock or it's before bed it's... [...] We always keep by the rule [of], no more than an hour before or an hour after the prescribed time. And there's youth that push those times. They want it earlier or they want it just before bed [...], you know, like there's youth that will always try to push those times. (Participant 1)

4.6.2 Attitudes négatives

En ce qui concerne les attitudes négatives que certains jeunes détiennent envers leurs médicaments psychotropes, les participant(e)s 1 et 2 ont tous deux mentionné que les effets secondaires indésirés briment la relation des jeunes avec leurs médicaments. Dans le passage suivant, Participante 2 en énumère quelques-uns :

[...] some of them will have reasons why they stopped taking them because they get side effects. They don't like how it makes them feel, either they lose their appetite, or it increases their appetite, you know, they've gained weight, they don't like [that] [...] their appearance is affected, or they get headaches, or their stomach hurts. So some of them will have adverse side effects that they just don't like it, they don't want to be on it, even though they have been prescribed in the past, they just don't want to be on it. (Participante 2)

Durant son entretien, Participante 2 soulève que les pairs peuvent influencer les opinions des jeunes face à leurs médicaments. Elle explique que même si certains jeunes veulent une prescription psychotrope parce que leurs amis bénéficient d'effets secondaires « agréables », d'autres ont peur d'être étiquetés par leurs pairs. Elle ajoute que dans ces cas-là, les intervenant(e)s font de leur possible pour les accommoder lors de l'administration des médicaments :

[...] there could also be the case where like, they don't want to be [...] categorized as someone who takes meds, you know? So we've had to give meds to youth, not in front of the other youth, [...] especially [if] it's to do with like an antidepressant or types of medication that [have] to do with their mental health, that they just don't want other youth to know about. So we try to really do it in a confidential manner [so] that they don't see exactly what it is or, respecting the youth's wishes, yeah. (Participante 2)

Parallèlement, Participant 1 exprime avoir déjà travaillé avec des jeunes qui étaient dans le déni de vivre des difficultés au niveau de leur santé mentale. Puis, à l’opposé, Participante 3 exprime qu’elle a été témoin de jeunes qui se dénigraient parce qu’ils devaient prendre des médicaments psychotropes : « Like they're psychos! Like, I've often heard them say that [about themselves], like *"There's something wrong with me, that's why I have to take this medication"* ». Finalement, comme mentionné précédemment dans ce chapitre, Participante 3 mentionne que certains jeunes ne sont pas chauds à l’idée de prendre des médicaments psychotropes parce qu’ils les font sentir « anormaux ».

4.7 Les effets des médicaments psychotropes sur les jeunes

4.7.1 Effets sur l’individu

Les entretiens avec les participant(e)s ont principalement révélé les effets calmants qu’ont les médicaments psychotropes sur les jeunes placés sous garde. Selon les données recueillies, ces effets calmants génèrent d’autres effets tels qu’un meilleur sommeil, l’apaisement des symptômes des troubles de santé mentale, dont la rumination (Participante 2), la paranoïa (participant(e)s 1 et 2), les pulsions (Participant 1), les hallucinations (Participant 1), l’anxiété (Participante 3), les explosions de colère (participant(e)s 1 et 2), etc.; l’amélioration de la capacité à « contrôler » / « mieux gérer » ces symptômes; puis l’amélioration de la concentration ce qui a un impact direct sur la performance scolaire.

Cependant, tous les participant(e)s ont partagé avoir observé des effets parfois trop calmants sur les jeunes, où ces derniers ne sont plus vraiment conscients de ce qui se passe autour d’eux. « So you see like effects where [...] if they take it, then they're falling asleep on the couch [...] » (Participante 2)

I've seen a kid sitting there at a desk in the classroom drooling, because he was so drugged up. He barely even knew what the heck was going on. [...] That wasn't my client, so I don't know all the ins and outs of that client. But [...] I am assuming that that was, from a worker's perspective, reported and maybe alterations to the medication were made. (Participant 1)

Participant 3 a même dû questionner l'utilisation de certains médicaments psychotropes sur des jeunes avec qui elle a travaillé en raison de leurs effets sur leur apparence physique. Son témoignage compare implicitement l'apparence physique de ces jeunes qui prennent des médicaments psychotropes à celle d'une personne malade: « And half the time, they don't look normal on it. Because it's not the right one, like they're darker under their eyes, their skin is kind of gray. You know, and that's part of my job, too, is like, “*Look at this kid, he doesn't look well, why is that? What's going on here?*” ». (Participant 3)

4.7.2 Effets sur les relations

Participant 3 soulève que les médicaments psychotropes peuvent devenir une source de conflit entre les jeunes et leurs parents. Elle explique cette dynamique par le fait que certains parents ont tendance à croire que la prise de médicaments est la solution unique aux difficultés que vivent leurs enfants et leur mettent de la pression pour qu'ils les prennent. Toutefois, lorsque les jeunes n'ont pas l'impression que les médicaments les aident et que leurs parents continuent à leur mettre de la pression pour les prendre, les jeunes ne se sentent pas écoutés et se mettent à éviter le contact avec leurs parents en fuguant ou en limitant leur présence à la maison.

Participant 3 fait également le parallèle avec des situations semblables qui se produisent en établissement entre les jeunes et les intervenant(e)s. Toutefois, sachant qu'ils/elles ne peuvent pas forcer les jeunes à prendre leurs médicaments, les intervenant(e)s se retrouvent quand même dans des situations de conflit parce qu'ils sont confrontés à la résistance des jeunes, tout en étant

conscients des conséquences que peuvent subir les jeunes s'ils cessent brusquement de prendre leurs médicaments.

4.7.3 Effets sur la réintégration sociale et le récidivisme

Les participant(e)s 1 et 2 disent avoir très peu ou pas de nouvelles des jeunes une fois qu'ils quittent l'établissement puisqu'ils ne sont pas chargés d'effectuer un suivi auprès d'eux lorsqu'ils retournent dans la communauté. Pour cette raison, ils expliquent qu'il est difficile de savoir si les médicaments psychotropes ont réellement un impact sur la réintégration sociale et le récidivisme. Puis, pour reprendre les propos de la section 4.4.3, les participant(e)s 1 et 2 racontent que plusieurs jeunes ne sont plus médicamentés une fois qu'ils quittent l'établissement. Donc, encore une fois, les impacts des médicaments psychotropes sur la réintégration sociale et le récidivisme demeurent incertains.

Selon les participant(e)s 1 et 3, il y a plusieurs autres facteurs qui peuvent avoir un impact sur la réintégration sociale et le récidivisme. Participant 1 mentionne que la façon dont est conçu le programme dans l'établissement de garde aide à prévenir la récidive. Il explique que la programmation de l'établissement offre plusieurs opportunités d'apprentissage et de développement de soi. Par exemple, les jeunes se fixent des objectifs, développent leurs compétences au niveau académique, au niveau des compétences de vie, au niveau des compétences requises pour se lancer sur le marché du travail et peuvent avoir accès à des services et des activités thérapeutiques, telle que la zoo thérapie. De plus, il explique qu'il a déjà vu des jeunes ayant des troubles de santé mentale extrêmes ou des comportements agressifs extrêmes recevoir des services de soutien plus intensifs pour les accompagner dans leur réintégration sociale.

Malgré tous les services de soutien qui s'offrent aux jeunes, Participant 1 explique que le sort de leur réintégration sociale repose entre leurs propres mains :

[...] if a youth comes in, and say somebody orders a family court clinic assessment, and they meet with the family, and the [probation officer] meets with the youth and they ask 1,000,001 questions, they deem that... You know, this youth is not necessarily mentally fit, you know, maybe they order a psychological assessment, and then they're able to get a formal diagnosis, get medications that do help them. After that, do they follow their medication plan? Are they abusing other substances that interfere with their medications? Are they struggling with their plan? You know, like, I don't know, that's the thing. They're in the community, they're on their own, they're figuring it out themselves. (Participant 1)

Pour faire écho au témoignage précédent, Participante 3 explique que ce serait l'environnement social des jeunes, leur style de vie, leur manque de volonté ainsi que les structures sociales en place qui joueraient un rôle plus significatif que les médicaments psychotropes dans la réussite de leur réintégration sociale :

[...] I actually don't know if it's the medication as much as their social status. Right? I think medication becomes a very moot point, actually, now that we're talking about this. I think it has a lot to do with, like only knowing one way of life, um, lack of support, trying to make it out there at 17 by yourself, you know, and not getting ripped into criminal activity to make money. You know, living off of Ontario Works with \$700 a month [...]. So I think it's a societal issue. Because in order to take the psychotropic drugs, you really need to be in a healthy place, or wanting to be in a healthy place. And I think it's the lack of wanting or the lack of caring for themselves. (Participante 3)

4.8 Les stratégies pouvant améliorer la santé mentale des jeunes judiciarisés

4.8.1 Stratégies dans l'établissement de garde

Les trois participant(e)s ont communiqué que les jeunes recherchent souvent quelqu'un pour les écouter puis les épauler. Ils ont donc expliqué qu'être disponible pour les appuyer dans ces besoins aide à améliorer la santé mentale des jeunes placés sous garde.

Participante 3 a surtout mis l'emphasis sur le développement d'un lien de confiance entre les jeunes et les intervenant(e)s via trois façons. La première consiste à impliquer les jeunes dans

l'élaboration d'un plan d'intervention qui est réalisable pour eux et qui est spécialement adapté pour chacun. Elle compare cet appui à une « couverture chaude » :

[...] it's developing an individual plan for the youth that works for them that they have steered. So I can't, I can't put a plan together for a kid without the kids and just be like, "*Hey, here's what you're doing now.*" "*Here's what I think you need to do to feel better.*" Right? We have to listen to them and they have to be part of the process. [...] I think it's like [...] wrapping this like warm blanket around them. you know? So like, so you wrap this warm blanket around them before they leave the facility, and they have a better chance, [of] succeeding out there, right? Because a lot of them don't have that warm blanket like... So I think it's just the overall approach and listening to the youth about what they are telling you is going to make them feel better. And then following that, within reason, of course, and then through that, hopefully you develop the rapport and the trust to be able to implement other things that you might think might help them. They have to trust you. (Participant 3)

La deuxième façon fait référence à l'authenticité de l'intervenant(e). Elle explique que c'est important que l'intervenant(e) expose son côté humain et imparfait, puis de normaliser qu'il/elle peut également commettre des erreurs. Elle parle aussi à propos de l'auto-divulgence de l'intervenant(e) et de la façon que ça peut contribuer à bâtir cette confiance :

[...] if you do make a suggestion, or you do put a plan in place that say just completely epically fails, you own that [stuff]! You own that [stuff] with the kid! And you say that, right? And like you show him the human side of you. And like, I think that one of the biggest pieces of like, connecting with kids is sharing some of your personal hardships. You know, my teens were not super smooth. And whenever I tell kids about it, I don't tell them every single detail, but like, you can really see that they're like, "*Okay, she's not just another person who is gonna just kind of psychobabble bullshit me*". I don't know... I'm a big fan of dialectical behavioral therapy. And that's all a huge part of it [...] is the realness. (Participant 3)

Puis, elle explique que la troisième façon s'agit de trouver des moments appropriés pour que les jeunes puissent s'exprimer à leur manière puis d'essayer de les comprendre en nivelant les interactions que les intervenant(e)s ont avec eux :

And we often put these kids who are not therapeutic at all in these, like, therapeutic clinical environments where nobody can [swear], and we expect that the kid's

gonna, like, you know, get on our level. And it's like, “No, we need to figure out how to get on their level”. [...] Well, and I always, like, tell the kids like, “Okay, so we don't promote swearing, obviously. But if you're in session with me, and swearing is a part of it, or it's a part of a story, that's different than [deliberately insulting someone]”. (Participant 3)

Pour Participant 1, l'emplacement et l'architecture des établissements de garde peuvent avoir un impact sur la santé mentale des jeunes :

So, I feel like some facilities are a little bit more closed and isolated, and therefore, you know... It gives a gloomy kind of feeling to it. I can speak to one facility that I know of, that used to have a place with lots of people walking by, and big windows, and things like that. And I thought that was healthy, right? Or it even sparked conversation about appropriateness... Other things, teachable moments. Whereas now, that facility is in a very dark closed off environment, with not a lot of windows... [...] So I don't feel like that is as healthy as the previous facility that they had. [...] You know, something as simple as that, I feel goes a long way. (Participant 1)

De plus, il croit qu'il devrait y avoir plus d'éducation et de formation pour les intervenant(e)s en justice pour la jeunesse afin de savoir mieux s'adapter aux clients dits « plus difficiles » ou qui ont des besoins plus complexes :

[...] more education for the staff, training to have knowledge on how to deal with these difficult clients. Because let's be real, I don't I don't even think there is enough training out there to help you understand or manage some of these extremely difficult clients. Like, as much as I question how much maybe medication that client may have gotten, at the same time, that client is in this environment for some of the most heinous things you can imagine. So it's, you know, helping the staff understand how to better deal with that, or how to better cope with dealing with those types of clients. (Participant 1)

Enfin, Participante 2 mentionne qu'une plus grande variété de thérapies qui sont sensibles aux besoins des jeunes pourraient contribuer à l'amélioration de la santé mentale des jeunes placés sous garde. Dans son entretien, elle nomme que le recours plus fréquent à la zoothérapie, l'utilisation de la thérapie thermique et de la thérapie par la nature pourrait être bénéfiques à la santé mentale des jeunes, ainsi que l'opportunité d'avoir des visites conjugales et d'utiliser une

approche de réduction des méfaits dans les cas de dépendance aux substances, c'est-à-dire de permettre les jeunes de fumer des cigarettes.

4.8.2 Stratégies dans la communauté

Les participantes 2 et 3 expriment qu'il est soulageant pour les jeunes d'avoir des personnes qui font des suivis avec eux une fois qu'ils retournent dans la communauté. De plus, elles croient qu'il est important de référer les jeunes à des services communautaires afin que les jeunes développent d'autres points de repère dans la communauté s'ils ont besoin de l'aide. Les participant(e)s 1 et 2 croient que l'accès et la publicité des services de soutien pour les jeunes qui vivent des difficultés au niveau de leur santé mentale devraient être améliorés. Participant 1 élabore sur ce sujet dans le témoignage suivant :

A lot of people don't know how to access these types of things. They're crying out to ME, a judicial worker, you know, to find out "*What is my best course of action to deal with my youth struggling with mental health?*" Like, they don't know HOW to. It's not advertised, unless you're in the industry. So, nobody knows how to deal with this stuff! The average Joe wouldn't have a clue on how to cope, deal, support somebody, at all! Like I've got an educational background with this and I occasionally struggle with some youth who are mental health. You know, I can't imagine a poor mother, who, you know, doesn't even have a high school diploma. And she's trying to support her child in getting through this. Right? So like, more education, more support for community. More crisis places, more advertising for support lines. [...] like I barely have a grasp on the process of getting assessed, like, how would somebody else know how to get a child assessed? You know? So I feel like that part is lacking, the supportive services. Once in CAS or judicial system, yeah, there's lots of services, because they know where they all are, and they can access them and they can finance them. But, you know, somebody who [has] gone through schooling to be a cook, they wouldn't have this knowledge. So that's something that needs to be improved. (Participant 1)

Participante 2 mentionne la problématique de l'accès limité aux services de soutien en santé mentale en raison des listes d'attentes : « [...] faster access to services around the city as well too like, it's because otherwise you're on a wait list, and you don't have that access to them, or... So more direct access to different services. » (Participante 2)

Plusieurs autres suggestions ont été mises de l'avant par les participant(e)s 1 et 2 : Plus d'accès à des logements abordables, des logements avec services de soutien et plus de financement pour les accéder (Participante 2); plus de positions d'intervenant(e)s spécialisé(e)s en transition (Participante 2); plus de services spécialisés pour les jeunes qui font leur transition de l'établissement de garde vers la communauté (Participante 2); un plus grand nombre tribunaux spécialisés en matière de santé mentale (Participant 1); offrir plus de soutien financier aux jeunes d'âge transitionnel qui sont médicamentés et aux familles en besoin de services pour leurs jeunes qui vivent avec des difficultés au niveau de la santé mentale (Participant 1); puis, offrir des services de soutien en santé mentale plus adaptés à la population desservie (Participant 1). Participant 1 élabore sur ce dernier point :

Better mental health services in the community. Because let's be honest, mental health was not really supported until maybe 20-25 years ago? [...] You know, now, you expect them to follow through the regular processing, of a mental health issue through our red tape of doctor and... Because you can't go to see a psychologist or psychiatrist if you want and there's not enough of them. You need a referral, which means you have to find a doctor. Like, these kids struggle to even maintain school, let alone going to multiple doctors, multiple counselor appointments, multiple, you know? So an expediated process of diagnosis would help. (Participant 1)

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous effectuerons une analyse des données présentées dans le chapitre précédent en fonction de notre principal objectif de recherche. Rappelons que cette étude vise avant tout une meilleure compréhension des perceptions et des attitudes des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sur l'utilisation des médicaments psychotropes chez les adolescents placés en établissement de garde dans l'est de l'Ontario. Cette recherche a également exploré d'autres sujets permettant de contextualiser les attitudes et les perceptions des intervenant(e)s, dont : les implications de leur travail (rôles, fonctions, défis et aspects valorisants), les comportements des jeunes placés sous garde, le rapport des intervenant(e)s à la pharmacologie, le processus de la prescription psychotrope dans les établissements, les attitudes des jeunes placés sous garde vis-à-vis leur(s) prescription(s) psychotrope(s), les effets qu'ont les médicaments psychotropes sur les jeunes placés sous garde, puis les stratégies pour améliorer la santé mentale des jeunes pendant et après leur placement. Notre analyse sera également conduite sous la lentille de notre cadre conceptuel, qui se compose des concepts de la médicalisation (Conrad, 1992), des normes sociales (Otero, 2005), du processus de la normalisation (Foucault, 2004) et de la « *psychopharmacological society* » (Rose, 2013).

5.1 Désorientation des jeunes

Comme abordé dans la revue de la littérature (Day et Wanklyn, 2012; Sécurité publique Canada, 2012) et dans les données présentées au Chapitre 4, les jeunes placés sous garde intègrent habituellement l'établissement après avoir vécu plusieurs situations de vie instables. Cela explique bel et bien leur sentiment de désorientation lorsqu'ils sont admis en établissement de garde. Ce sentiment se traduit souvent par des sentiments de peur, d'anxiété et de perte d'identité, tel qu'abordé par les participant(e)s. Ces sentiments ont donc le potentiel d'engendrer l'extériorisation

de comportements jugés « problématiques » par le personnel de l'établissement, ce qui suit habituellement la période de lune de miel. Il a également été soulevé dans des témoignages que la souplesse du système judiciaire pour adolescents peut engendrer ces comportements, puisque les jeunes « testeraient » les limites du système, sachant que leurs actions antérieures ont entraîné peu de conséquences.

5.2 Application des principes de l'approche résiduelle

Les données recueillies durant les entretiens avec les participant(e)s nous ont permis de comprendre que certains principes de l'approche résiduelle (Bell, 2013) s'appliquent pour intervenir sur les comportements des jeunes qui sont jugés « problématiques ». Certains témoignages nous ont fait comprendre le côté entrepreneurial des établissements de garde, qui se caractérise par la rentabilité des actions effectuées (*Ibid.*). Comme nous l'avons soulevé dans notre revue de la littérature, les médicaments psychotropes agissent rapidement sur les comportements extériorisés des jeunes et sont plus économiques puisqu'ils nécessitent peu de ressources pour changer leurs comportements (Lambe & McLennan, 2009; Moses, 2008a, 2008b; Zito et collab., 2008; Green, Hawkins & Hawkins, 2005). De plus, étant donné l'observabilité des effets rapides des médicaments psychotropes (Bonati et Clavenna, 2005), plusieurs parents et intervenant(e)s adopteraient une vision étiquée de ces molécules, selon les témoignages de nos participant(e)s. Ceux/celles-ci perçoivent le médicament psychotrope comme la solution « ultime », « immédiate » ou encore « facile » pour atténuer ou cesser les comportements « problématiques » des jeunes, une tendance qui a également été soulevée dans des ouvrages que nous avons consultés (Bell, 2013; Dallaire, Gromaire et McCubbin, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006; Moses et Kirk, 2006). La rentabilité de l'utilisation du médicament psychotrope ainsi que la visibilité de ses effets démontrent et nourrissent le concept de la

« *psychopharmacological society* » de Rose (2003), qui contribue à continuellement amorcer la médicalisation (Conrad, 1992) des comportements des jeunes placés sous garde sans essayer de connaître la véritable origine de ces comportements. Cela dit, même si les jeunes placés sous garde doivent fournir leur consentement pour obtenir une prescription psychotrope, ce qui semble être le cas selon les données recueillies, nous ne pouvons nous empêcher de nous questionner sur la liberté qu'ils ont de refuser cette recommandation médicale. Notre analyse nous permet de présumer la possibilité de l'acceptation des prescriptions psychotropes par défaut, étant donné l'accessibilité parfois limitée des interventions psychosociales qui sont offertes dans les établissements de garde². Nous estimons que la composante « totalitaire » de l'établissement (Goffman, 1961)³ qui est plus prononcée dans les centres fermés, peut également influencer le consentement des jeunes.

5.3 Le médicament psychotrope : Un outil à la normalisation

Durant les entretiens, nous avons pu prendre connaissance d'une tendance qu'ont observé certain(e)s de nos participant(e)s sur l'utilisation des médicaments psychotropes dans leur milieu de travail. Ils/elles ont observé que le recours aux prescriptions psychotropes a uniquement lieu pendant la durée du placement des jeunes et que les doses sont diminuées à mesure que la date de congé des jeunes approche. Cela arrive afin qu'ils ne soient plus médicamentés lorsqu'ils retournent dans la communauté, et de ce fait, qu'ils soient plus « cohérents » et plus « fonctionnels » à leur retour en communauté. En analysant cette tendance, nous pouvons possiblement l'associer à la normalisation des comportements des jeunes pendant leur placement sous garde, qui veut que les jeunes soient calmes et conformes aux règlements de l'établissement, ce qui correspond aux normes sociales de l'institution. Les entretiens avec nos participants nous

² Soulevé dans les données recueillies.

³ C'est-à-dire qui détient le contrôle sur l'existence des individus (Goffman, 1961).

ont révélé le degré de stress et de fatigue que subissent les intervenant(e)s en justice pour la jeunesse en raison de leurs rôles, de leurs fonctions et de leur environnement de travail. Notre analyse nous permet donc de possiblement associer la tendance à médicamenter les jeunes pendant la durée de leur placement au maintien du bon déroulement des activités quotidiennes de l'établissement, ce qui impacte le niveau de stress que peuvent vivre certains membres du personnel. Sous cette lentille, nous pouvons identifier le caractère superficiel du médicament psychotrope qui est comparable à l'utilisation d'un pansement pour recouvrir une blessure, tel que mentionné dans la littérature consultée (Bell, 2013; Lambe et McLennan, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006).

Les données recueillies nous ont également permis de comprendre que le recours à la médication psychotrope est déterminé en fonction de la « gérabilité » des comportements des jeunes. Les entretiens avec les participant(e)s nous ont permis de comprendre que les jeunes qui manifestent les comportements les plus « problématiques » sont davantage portés à recevoir une médication psychotrope, peu importe s'ils ont un diagnostic d'un trouble de santé mentale ou pas. Selon leurs témoignages, ils/elles acceptent que les comportements les plus sévères ne peuvent s'atténuer qu'en utilisant des méthodes d'interventions psychosociales, tels que le counseling, étant donné qu'il y a d'autres facteurs qui font presser l'utilisation des médicaments psychotropes, soit le maintien de la sécurité. Cela est encore une fois représentatif de l'aspect « totalitaire » (Goffman, 1961) de l'institution, puisqu'il s'agit d'un contrôle qui est infligé sur les jeunes au détriment de leurs besoins intrinsèques. Donc, si nous revenons au concept de la normalisation, nous pouvons déduire que moins le comportement est « gérable », moins il est conforme aux normes sociales de l'établissement, plus il est l'objet d'une intervention médicale par l'entremise de la prescription d'un ou de plusieurs médicaments psychotropes.

5.4 Le médicament psychotrope : Une méthode d'intervention peu fiable

Les participant(e)s ont exprimé avoir une vision proactive de l'utilisation de la médication psychotrope à condition qu'elle soit appropriée et qu'elle soit utilisée conjointement à des méthodes d'intervention psychosociales. D'ailleurs, ce dernier point a été souligné dans plusieurs ouvrages consultés (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2017; Bauer, 2014; Lambe et McLennan, 2009; Ontario Expert Panel, 2009; Bouchard et Lafortune, 2006; Moses et Kirk, 2006). Cela démontre qu'ils/elles n'ont pas confiance que le médicament psychotrope peut à lui seul soutenir la transformation comportementale et/ou la réinsertion sociale des jeunes placés sous garde. Ils/elles ont aussi exprimé avoir une vision critique de l'usage des médicaments psychotropes en raison des effets trop calmants qu'ils peuvent avoir sur les jeunes et de leurs craintes face à une utilisation à long terme. Dans les entretiens, les participant(e)s nous ont fait part de certaines de leurs observations qui suggèrent que certains jeunes subissent des états de mal-être sous les effets de ces médicaments tels que la somnolence à des moments inopportuns, une déconnexion de la réalité et une apparence « malade ». Ces données témoignent des effets délétères de la normalisation des comportements des jeunes, puisque ces derniers sont loin d'être normaux et présentent en fait des caractéristiques très préoccupantes. Cela nous amène à nous questionner sur la convenance de l'usage des médicaments psychotropes chez les jeunes qui manifestent des comportements qui sont jugés « plus problématiques » selon le personnel de l'établissement. Ces questionnements sont également validés par l'usage non conforme de la majorité des molécules psychotropes⁴ que les participant(e)s ont pu identifier dans leur milieu de travail ainsi que par d'autres problématiques

⁴ En consultant toutes les monographies de produits des molécules qui se retrouvent sous ces catégories dans le Tableau 2, nous avons pu conclure que toutes ces molécules, à l'exception de l'Aripiprazole (*Abilify*®), n'ont toujours pas reçu l'approbation de Santé Canada pour un usage auprès des enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans. Nous avons effectué cette recherche le 27 novembre 2020 à l'aide du moteur de recherche « Recherche de produits pharmaceutiques en ligne » de Santé Canada, disponible à l'adresse web suivante : <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/newSearch-nouvelleRecherche.do?lang=>.

qu'entraîne leur utilisation. Selon les témoignages des participant(e)s, les médicaments psychotropes peuvent devenir une source de conflits entre les jeunes et leurs parents ainsi qu'entre les jeunes et les intervenant(e)s. De plus, ils peuvent aussi faire subir une multitude d'effets secondaires indésirés par les jeunes qui les consomment et peuvent entraîner des comportements d'autodénigrement chez ces jeunes qui, ne se perçoivent plus comme des êtres « normaux ». Évidemment ces impacts ne peuvent contribuer à améliorer leur état de santé mentale. D'ailleurs, les participant(e)s ont surtout mis l'emphasis sur la pertinence des interactions humaines pour améliorer la santé mentale des jeunes pendant leur placement sous garde, et sur l'importance du soutien qui est offert dans la communauté pour ceci une fois qu'ils retournent dans la collectivité. Cette étude nous a permis d'identifier que la place qu'occupe le médicament psychotrope dans le processus de transformation comportemental des jeunes judiciairisés ainsi que ses effets sur la réinsertion sociale et sur la récidive demeurent incertains. Donc, en se fiant aux données recueillies, les médicaments psychotropes ne peuvent pas assurément contribuer à l'atteinte de l'un des objectifs principaux des programmes de garde des services de justice pour la jeunesse, soit la réintégration sociale réussie et la prévention de la récidive (Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2019).

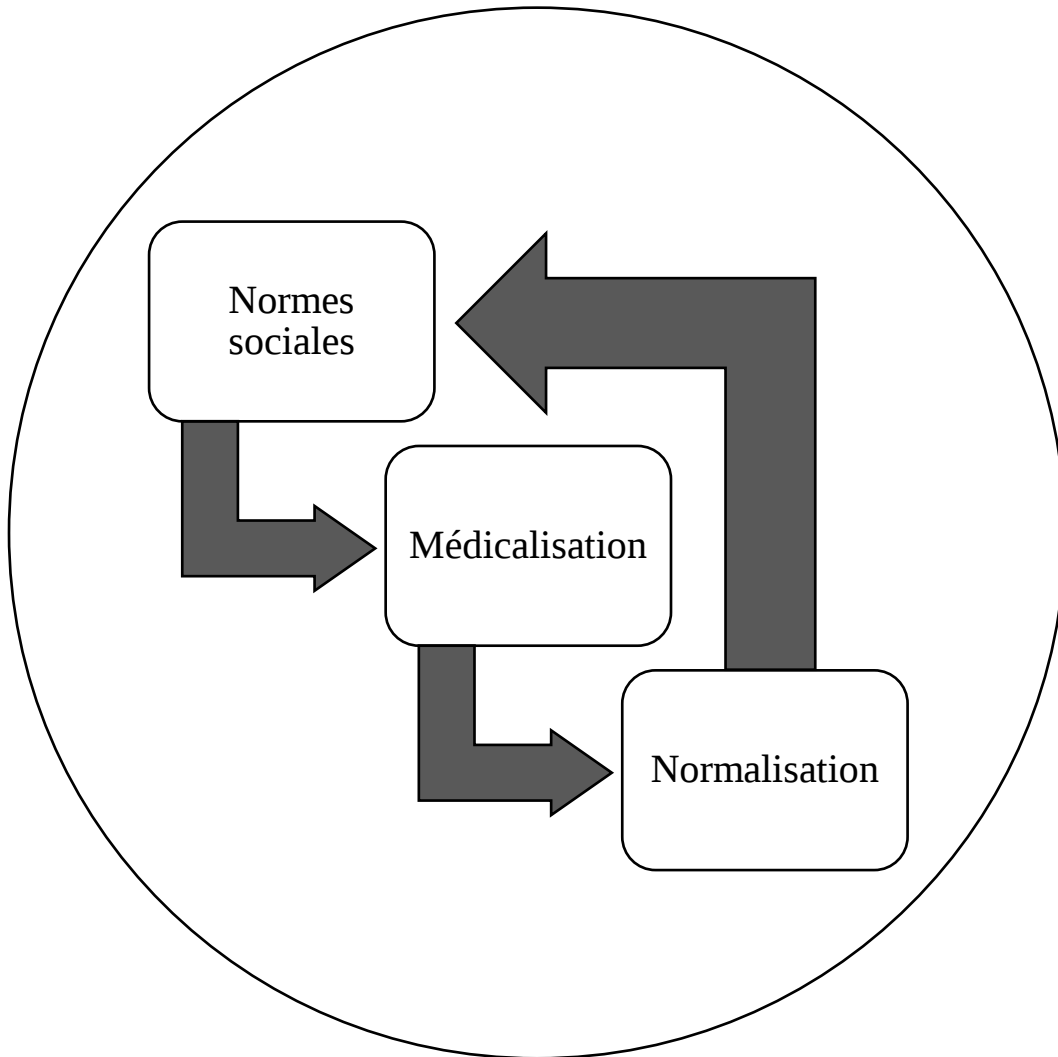
5.5 Sommaire de la discussion

Pour des raisons individuelles, environnementales ou structurelles, les jeunes placés sous garde manifestent des comportements jugés « problématiques », voir « inacceptables » par le personnel de l'établissement en fonction des normes sociales que prônent l'institution (Otero, 2005). Ces normes sociales impliquent en autre se montrer calme et conforme aux règlements de l'établissement. Ces comportements, qui n'ont pas nécessairement une origine neurologique, subissent un traitement médical afin que les jeunes adhèrent aux normes sociales de

l'établissement, ce qui est représentatif du concept de la médicalisation de Conrad (1992). Nous avons pu également identifier que des motifs qui relèvent des principes de l'approche résiduelle (Bell, 2013), soit l'économicité des médicaments psychotropes et la rapidité de leurs effets, sont utilisées pour justifier la fréquence de cette méthode d'intervention dans les établissements de garde pour adolescents. D'ailleurs, ce sont ces principes qui contribuent à la vision étreiquée d'intervenant(e)s et de parents qui perçoivent le médicament psychotrope comme une solution « magique » aux comportements que manifestent les jeunes. Donc, la prescription et l'administration des médicaments psychotropes aux jeunes placés sous garde viennent amorcer le processus de la normalisation en changeant les pensées, les comportements et les conduites des jeunes (Rose, 2003) afin qu'ils se conforment aux normes sociales de l'établissement (Foucault, 2004). La fréquence de ce type d'intervention reflète l'acceptation des savoirs médicaux ainsi que leur validation totale (Rose, 2003). Ainsi, cela ne fait que créer une habitude qui associe les comportements « indésirés » aux interventions médicales afin de les « régler », alors que ceux-ci n'ont pas forcément d'origine médicale. Cette tendance représente tout à fait le concept de la « *psychopharmacological society* » de Rose (2003). Le Schéma 2 situé à la page suivante illustre les interactions entre tous ces concepts ainsi que notre analyse de l'utilisation des médicaments psychotropes dans les établissements de garde pour adolescents dans l'est de l'Ontario.

SCHÉMA 2. LES INTERACTIONS ENTRE LES CONCEPTS QUI ENCADRENT NOTRE ANALYSE

« *Psychopharmacological Society* »



Otero (2005); Foucault (2004); Rose (2003) et Conrad (1992)

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'acquérir plus de connaissances sur les perceptions et les attitudes des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse sur l'utilisation de la médication psychotrope dans les établissements de garde pour adolescents dans l'est de l'Ontario. Par l'entremise de cette étude, nous pouvons effectuer quelques constats.

Nous avons pu d'abord comprendre que le côté entrepreneurial des établissements de garde favorise l'utilisation des médicaments psychotropes afin de compenser pour le manque de ressources nécessaires pour répondre aux besoins intrinsèques des jeunes qui manifestent des comportements qui, selon la perspective des membres du personnel de l'établissement, sont considérés parmi les plus « problématiques ». Ensuite, les médicaments psychotropes, selon notre analyse, ne peuvent répondre aux besoins intrinsèques de jeunes qui manifestent des comportements « problématiques » et prennent donc une fonction superficielle. Cela signifie qu'ils agiraient sur les comportements manifestés dans le but de les « normaliser », ce qui pousserait les jeunes à adhérer aux normes sociales de l'établissement puis viserait à contribuer au maintien du bon déroulement des activités quotidiennes de l'institution.

Ces points viendraient expliquer l'utilisation temporaire des médicaments psychotropes pendant le placement sous garde des jeunes, puis normaliser le recours aux interventions psychotropes dans les établissements pour garde, tel que reflète le concept de la « *psychopharmacological society* » de Rose (2003). Cela se produit sans accorder de l'importance à la présence ou à l'absence de diagnostics chez les jeunes ou à l'origine de leurs comportements. Les jeunes placés sous garde continuent à recevoir des prescriptions psychotropes malgré les effets négatifs qu'ils peuvent subir, y compris les effets parfois trop calmants qu'engendre une utilisation excessive des médicaments. La normalisation du recours aux médicaments psychotropes pour

altérer des pensées, des comportements et/ou des conduites (Rose, 2003) et l'observabilité des effets rapides des molécules (Bonati et Clavenna, 2005) contribueraient à reproduire des visions étiologiques de ces dernières chez certain(e)s intervenant(e)s et parents qui perçoivent les médicaments psychotropes comme la solution facile pour cesser les comportements dits « problématiques » des jeunes.

Si nous avons à retenir un élément en particulier de cette étude, ce serait l'importance de continuer à s'interroger sur les raisons qui influencent la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes dans les établissements de garde pour adolescents. En gardant en tête un des objectifs des programmes de garde des services de justice pour la jeunesse, soit celui de la réintégration sociale et de la prévention de la récidive, il serait pertinent d'effectuer une étude comparative entre un établissement de garde où les jeunes se font prescrire des médicaments psychotropes et un autre qui ne les prescrit pas, puis comparer les données au niveau de la réussite de la réinsertion sociales des deux groupes. La pertinence de ce sujet repose sur l'incertitude de la place qu'occupe la médication psychotrope dans le processus de la réinsertion sociale des jeunes et dans la prévention de la récidive, selon les données recueillies dans cette étude. Puis, dans un autre temps, il serait intéressant d'étudier les facteurs qui ont incité le changement auprès de jeunes qui ont vécu un placement sous garde et qui croient avoir amélioré leur sort pendant leur placement sous garde, étant donné que les participant(e)s ont nommé quelques hypothèses. Ces deux pistes d'études pourraient permettre de mieux saisir ce qui influe positivement les jeunes dans leur processus de réinsertion sociale et ce qui agit comme facteur de protection dans la prévention de la récidive.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN, Mary K., et Tammy SUPERLE (2016). « La criminalité chez les jeunes au Canada, 2014 », *Juristat*, n° 85, p. 1-53. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2016001/article/14309-fra.pdf?st=7EcHuetR>] (Consulté le 28 octobre 2019).
- BALA, Nicholas, Peter J. CARRINGTON et Julian V. ROBERTS (2009). Evaluating the Youth Criminal Justice Act after Five Years: A Qualified Success. *Revue Canadienne de criminologie et de justice pénale*, vol. 51, n° 2, p.131-168.
- BAUER, Erika J. (mars 2014). *Social Worker's Perspectives of Psychotropic Drug Use on Children and Adolescents*. Mémoire de maîtrise, St. Catherine University. [https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1289&context=msw_papers] (Consulté le 22 avril 2020).
- BELL, Sheri Denise (août 2013). *Manitoba Social Workers and the Pharmaceuticalization of Children and Youth in Care*. Mémoire de maîtrise, Dalhousie University. [<https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/35293/Bell-Sheri-MA-SOSA-Aug-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>] (Consulté le 28 avril 2020).
- BENTLEY, Kia J., Joseph WALSH et Rosemary L. FARMER (2005). « Social Work Roles and Activities Regarding Psychiatric Medication: Results of a National Survey », *Social Work*, vol. 50, n° 4, p. 295-303.
- BERG, William. E., et Michael WALLACE (1987). « Effect of Treatment Setting on Social Workers' Knowledge of Psychotropic Drugs », *Health and Social Work*, vol. 12, n° 2, p. 144-152.
- BIADI-IMHOF, Anne (1998) « Le médicament psychotrope et les attentes des soignants : une enquête française : Prescription une médication chez l'enfant: entre miracle et sacrilège », *P.R.I.S.M.E. Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, vol. 8, n° 1, p. 238-251.
- BONATI, Maurizio, et Antonio CLAVENNA (2005). « The Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Children and Adolescents », *International Review of Psychiatry*, vol. 17, n° 3, p. 181-188.
- BOUCHARD, Rachel, et Denis LAFORTUNE (2006). « Perceptions des éducateurs quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en centres jeunesse dans la région montréalaise », *Drogues, santé et société*, vol. 5, n° 1, p. 105-137.
- BOWEN Jennifer, Terence FENTON et Leonard RAPPAPORT (1991). « Stimulant Medication and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder », *The American Journal of Diseases of Children*, vol. 145, n° 3, p. 291-295.
- BRINKMANN, Svend, et Steinar KVALE (2015). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, 3^e éd., Thousand Oaks : Sage Publications, 405 p.

- BRITTON, Linda (2016). « Limiting Psychotropic Medication and Improving Mental Health Treatment for Children in Custody », *Child Law Practice*, vol. 3, n° 4, p. 49-56.
- BURTON, Angela Olivia (2010). « “They Use it Like Candy”: How the Prescription of Psychotropic Drugs to State-Involved Children Violates International Law », *Brooklyn Journal of International Law*, vol. 35, n° 2, p. 453-513.
- CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (2019). « Les antipsychotiques », *CAMH*, [En ligne]. [camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antipsychotiques] (Consulté le 22 septembre 2020).
- CHAPPUY, Hélène, et collab. (2005). « Observance médicamenteuse chez l’enfant », *Archives de pédiatrie*, vol. 12, n° 6, p. 921-923.
- COHEN, David (2002). « Research on the Drug Treatment of Schizophrenia: A Critical Appraisal and Implications for Social Work Education », *Journal of Social Work Education*, vol. 38, n° 2, p. 217-239.
- COMMISSION DE L’ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (avril 2009). *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, 169 p. [Avis pour le ministre du Développement économique, de l’Innovation et de l’Exportation du Québec]. [www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/Medicaments-psychotropes/Medpsycho_avisFR.pdf] (Consulté le 27 octobre 2019).
- CONRAD, Peter (1992). « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-232.
- DALLAIRE, Bernadette, Pierre GROMAIRE et Michael McCUBBIN (2013). « Médicalisation et médication de la souffrance : le rôle des approches médicales et de la médication dans les réponses apportées aux besoins des jeunes hébergés dans des Auberges du cœur de Québec et de Chaudière-Appalaches », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 32, n° 4, p. 59-74.
- DAVIDSON, Miles, et Paul W. JAMISON, (1983). « The Clinical Social Worker and Current Psychiatric Drugs: Some Introductory Principles », *Clinical Social Work Journal*, vol. 11, n° 2, p. 139-150.
- DAY, David. M., et Sonia G. WANKLYN. (2012). *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes*, [Rapport de recherche du CNPC]. [www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2012-03-adb/2012-03-adb-fra.pdf] (Consulté le 20 octobre 2019).
- DESAGE, Fabien, et Nicolas SALLÉE (2015). « Le contrôle forme les jeunes ». Dans DESAGE, Fabien, Nicolas SALLÉE et Dominique DUPREZ (dir.), *Le contrôle des jeunes déviants*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 9-25.
- DESJARDINS, Julie, Denis LAFORTUNE et Francine CYR (2017). « Psychopharmacotherapy in Children Placed in Group Homes and Residential Centres in Canada: Psychopathological Portrait of Children Receiving Psychotropic Medications and

- Educators' Perception of Treatment », *Children and Youth Services Review*, vol. 81, p. 197-206.
- DI PIETRO, N., et Judy ILLES (2014). « Rising Antipsychotic Prescriptions for Children and Youth: Cross-Sectoral Solutions for a Multimodal Problem », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 9, p. 653-654.
- FOUCAULT, Michel. (2004), *Sécurité, territoire et population, Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris : Éditions Gallimard, 435 p.
- GHAZIUDDIN, Neera. et collab. (1999). « Medication Noncompliance in Adolescents With Psychiatric Disorders », *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 30, n° 2, p. 103-110.
- GOFFMAN, Erving (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City, New York : Anchor Books, 386 p.
- GREEN, Diane L., Wesley HAWKINS et Michelle HAWKINS (2005). « Medication of Children and Youth in Foster Care », *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, vol. 4, n° 1, p. 43-55.
- HACK, Sabine, et Byron CHOW (2001). « Pediatric Psychotropic Medication Compliance: A Literature Review and Research-Based Suggestions for Improving Treatment Compliance », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 11, n° 1, p. 59-67.
- JOHNSON, Harriette C. et collab. (1998). « Social Workers' Views of Parents of Children with Mental and Emotional Disabilities », *Families in Society*, vol. 79, n° 2, p. 173-187.
- JOHNSON, Harriette C., David E. COURNOYER et Gene A. FISHER (1994). « Measuring Worker Cognitions About Parents of Children with Mental and Emotional Disabilities », *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 2, n° 2, p. 99-108.
- KEABLE Pierre, et Josette LAFRAMBOISE (2005). *Cueillette d'information sur la clientèle hébergée au CJM-IU dans le cadre LSSSS, LPJ et LSJPA*, Montréal: Centre jeunesse de Montréal, s.p.
- LAFORTUNE, Denis. (2006). « Médicaments psychotropes et placement des jeunes en centres de réadaptation ». Dans COLLIN, Johanne et collab. (dir.), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine*, Montréal : Presses de l'Université du Québec, p. 223-245.
- LAFORTUNE, Denis, et Johanne COLLIN (2006). « La prescription de médicaments psychotropes enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche », *Psychologie Canadienne*, vol. 47, n° 3, p.155-169.
- LAFORTUNE, Denis, et Catherine LAURIER (2005). « Le recours aux médicaments psychotrope dans la prise en charge des jeunes hébergés dans les centres jeunesse ». Dans GUYON, Louise, Serge BROCHU et Michel LANDRY (dir.), *Les jeunes et les drogues. Usages et dépendances*, Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval, p. 203-233.

- LAFORTUNE, Denis, Catherine LAURIER et François GAGNON (2004). « Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse », *Revue de Psychoéducation*, vol. 33, n° 3 1, p. 157-76.
- LAFORTUNE, Denis, Dominique MEILLEUR et Jacques BELLAVANCE (2012). « Placement hors du milieu familial et usage des médicaments psychotropes », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 60, n° 1, p. 35-41.
- LAMBE, Yolanda et Rob McLENNAN (2009). *Drugs in Our System: An Exploratory Study on the Chemical Management of Canadian Systems Youth*, Ottawa, ON: National Youth in Care Network, 61 p.
- LAURIER, Catherine, Johanne COLLIN et Denis LAFORTUNE (2009). « Drogues proscrites et médicaments psychotropes prescrits chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation », *Psychotropes*, vol. 15, n° 1, p. 93-113.
- LAURIER, Catherine, et Denis LAFORTUNE (2007). « Validation de l'échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP) », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol.39, n° 4, p. 326-38.
- LITTRELL, Jill et José B. ASHFORD (1994). « The Duty of Social Workers to Refer for Medications: A Study of Field Instructors », *Social Work Research*, vol. 18, n° 2, p. 123-128.
- MALAKIEH, Jamil. (2019). « Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2017-2018 », *Juristat*, n° 85, p. 1-27, [www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2019001/article/00010-fra.pdf?st=UX7OnSNV] (Consulté le 21 octobre 2019).
- MARTIN, Andrés et collab. (2003). « Multiple Psychotropic Pharmacotherapy Among Child and Adolescent Enrollees in Connecticut Medicaid Managed Care », *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 1, p. 72-77.
- MATORIN, Susan, et DeCHILLO, Neal (1984). « Psychopharmacology: Guidelines for Social Workers », *Social Casework*, 65, vol. 65, n° 10, p. 579-589.
- MAYER, Robert, et Marie-Christine SAINT-JACQUES (2000). « L'entrevue de recherche ». Dans MAYER, Robert et collab. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin, p.115-130.
- MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES (2020). « Les jeunes et la loi. À propos du système de justice pour la jeunesse en Ontario », *Ministère des services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires*, [En ligne]. [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/youthandthelaw/index.aspx] (Consulté le 22 septembre, 2020).
- MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES (2019). « Placement sous garde », *Ministère des services à*

- l'enfance et des Services sociaux et communautaires*, [En ligne].
[<http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/youthandthelaw/sentence/custody-sentence.aspx>] (Consulté le 22 septembre, 2020).
- MINISTÈRE DES SERVICES À L'ENFANCE ET DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES (2018). « Les jeunes et la loi. Mon adolescent a été reconnu coupable devant une cour », *Ministère des services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires*, [En ligne].
[<http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/youthandthelaw/sentence/index.aspx>] (Consulté le 22 septembre, 2020).
- MOSES, Tally (2008a). « Psychotropic Medication Practices for Youth in Systems of Care », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 17, n° 4, p. 567-581.
- MOSES, Tally (2008b). « The "Other" Effects of Psychotropic Medication: Social Workers' Perspectives on the Psychosocial Effects of Medication Treatment on Adolescent Clients », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 25, n° 3, p. 205-225.
- MOSES, Tally et Stuart A. KIRK (2006). « Social Workers' Attitudes About Psychotropic Drug Treatment on Youths », *Social Work*, vol.51, n° 3, p. 211-222.
- MURPHY, Andrea L. et collab. (2015). « A Qualitative Study of Antipsychotic Medication Experiences of Youth », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 24, n° 1, p. 61-69.
- NEFF, Mallery R., et collab. (2013). « Psychiatric Medication Refill Practices of Juvenile Detainees », *Child Psychiatry & Human Development*, vol. 44, n° 6, p. 717-726.
- ONTARIO EXPERT PANEL (février 2009). *Standards of Care for the Administration of the Psychotropic Medications to Children and Youth Living in Licensed Residential Settings*, 25 p. [Sommaire des recommandations].
[http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/specialneeds/residential/summary_report.pdf] (Consulté le 7 mai 2020)
- OTERO, Marcelo (2012). « Repenser les problèmes sociaux », *SociologieS*.
[<https://journals.openedition.org/sociologies/4145>] (Consulté le 28 octobre 2019).
- OTERO, Marcelo (2005). « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42, p. 65-89.
- OUELLET, Francine, et Marie Marie-Christine SAINT-JACQUES (2000). « Les techniques d'échantillonnage ». Dans MAYER, Robert et collab. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin, p.71-90
- PAILLÉ, Pierre, et Alex MUCCHIELLI (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Collin, 424 p.
- PARKS THOMAS, Cindy, et collab. (2006). « Trends in the Use of Psychotropic Medication Among Adolescents, 1994 to 2001 ». *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 1, p. 63-69.

- PENTECOST, David, et Neil WOOD (2002). « Knowledge and Perceptions of Child-Care Social Workers About ADHD », *British Association of Social Workers*, vol. 32, n° 7, p. 931-943.
- RAPPAPORT, Nancy et Peter CHUBINSKY (2000). « The Meaning of Psychotropic Medications for Children, Adolescents, and Their Families », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, n° 9, p. 1198-1200.
- RENÉ, Jean-François, et Myriam DUBÉ (2015). « La recherche en travail social ». Dans DESLAURIERS, Jean-Pierre, et Daniel TURCOTTE (dir.), *Introduction au travail social*, 3^e éd., Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval, p. 133-158.
- ROSE, Nikolas (2003). « Neurochemical Selves », *Society*, vol. 41, n° 1, p. 46-59.
- SAVOIE-ZAJC, Lorraine (2016). « L'entrevue semi-dirigée ». Dans GAUTHIER, Benoît, et Isabelle BOURGEOIS (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, 6^e éd., Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 337-362.
- SCOTT, Clarissa S., Cathy LORE et Roger G. OWEN (1992). « Increasing Medication Compliance and Peer Support Among Psychiatrically Diagnosed Students », *The Journal of School Health*, vol. 62, n° 10, p.478-480.
- SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA (2016). *La vie difficile de Tyler. L'histoire du parcours d'un jeune homme vers un mode de vie criminel*, [Rapport de la Division de la recherche]. [www.publications.gc.ca/collections/collection_2017/sp-ps/PS113-1-2016-5-fra.pdf] (Consulté le 20 octobre 2019).
- SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA (2012). « Trajectoires criminelles de jeunes de l'Ontario qui ont fait l'objet d'une décision judiciaire », *Questions de recherche*, n° 8, s.p. [www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/trjctrs-djdctd-yths/index-fr.aspx] (Consulté le 20 octobre 2019).
- SOLLER, Marie V., Niranjan S. KARNIK et Hans STEINER (2006). « Psychopharmacologic Treatment in Juvenile Offenders », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, vol. 15, n° 2, p. 477-499.
- STRAWBRIDGE, Kimber E. (2011). « The Children Are Crying: The Need for Change in Florida's Management of Psychotropic Medication To Foster Children », *UC Davis Journal of Juvenile Law Policy*, vol. 15, n° 2, p. 247-298
- TEXAS DEPARTMENT OF FAMILY AND PROTECTIVE SERVICES (2013). « Psychotropic Medication for Children in Texas Foster Care Training », *Texas Department of Family and Protective Services*, [En ligne]. [https://www.dfps.state.tx.us/Training/Psychotropic_Medication/default.asp] (Consulté le 9 décembre 2019).
- THOMAS, David R. (2006). « A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data », *American Journal of Evaluation*, vol. 27, n° 2, p. 237-246.
- WADDELL, Charlotte (2013). « Troubling Trends in Prescribing for Children », *Quarterly*, vol. 7, n° 4, p.1-20.

- WILLIAMS, R. Allan, Helen M. HOLLIS et Kim BENOTT (1998). « Attitudes Toward Psychiatric Medications Among Incarcerated Female Adolescents », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 37, n° 12, p. 1301-1307.
- ZIMA, Bonnie T., et collab., (1999a), « Psychotropic Medication Treatment Patterns Among School-Aged Children in Foster Care », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 9, n° 3, p. 135-147.
- ZIMA, Bonnie T., et collab., (1999b), « Psychotropic Medication Use Among Children in Foster Care: Relationship to Severe Psychiatric Disorders », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 11, p. 1732-1735.
- ZITO, Julie M., et collab. (2008). « Psychotropic Medication Patterns Among Youth in Foster Care », *Pediatrics*, vol. 121, n° 1, p. e157-e163.
- ZITO, Julie M., et collab. (2003). « Psychotropic Practice for Youth: A 10-Year Perspective », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 157, n° 1, p. 17-25.

ANNEXE A

FICHES INFORMATIVES SUR LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (ENG)

Fiche informative sur les médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes sont des substances utilisées pour traiter les troubles d'ordre psychique (affectant la santé mentale) et neurologique (Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec, 2019). Ils agissent sur le système nerveux central et affectent le fonctionnement cognitif, les comportements et l'humeur (*Ibid.*). Il existe plusieurs catégories de médicaments psychotropes. Les catégories les plus connues sont les psychostimulants, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les stabilisateurs de l'humeur et les tranquillisants (Texas Department of Family and Protective Services, 2013).

Les psychostimulants sont majoritairement utilisés dans le traitement des symptômes associés au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) qui peuvent affecter le fonctionnement scolaire ou quotidien des personnes atteintes, tels que la capacité d'attention limitée, l'hyperactivité et l'impulsivité (*Ibid.*).

Les antidépresseurs sont utilisés pour traiter les symptômes de dépression et d'autres conditions tels que la phobie scolaire, les attaques de panique, les troubles alimentaires, les troubles d'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de stress post-traumatiques, etc. (*Ibid.*). Ils sont divisés en trois sous-catégories : les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline (SNRI) et les antidépresseurs atypiques (*Ibid.*). L'usage des ISRS est plus commun chez les enfants puisque ces molécules sont plus sécuritaires pour eux (*Ibid.*), tandis que les SNRI sont utilisés quand les ISRS ne fonctionnent pas (*Ibid.*). Donc leur usage auprès des enfants est plutôt rare (*Ibid.*). Quant à eux, les antidépresseurs atypiques sont plus souvent utilisés pour gérer les symptômes associés aux troubles du sommeil chez les enfants (*Ibid.*).

Les antipsychotiques, aussi connus sous le nom de neuroleptiques, possèdent deux sous-catégories : les antipsychotiques typiques (de première génération) bloquent la dopamine et les antipsychotiques atypiques (de deuxième génération) bloquent non seulement la dopamine, mais interviennent sur les niveaux de sérotonine (Centre for Addiction and Mental Health, 2019). L'utilisation des antipsychotiques atypiques est fréquente chez les enfants (Texas Department of Family and Protective Services, 2013). De manière générale, les antipsychotiques sont utilisés

pour atténuer les symptômes de plusieurs conditions, dont ceux de la psychose, du trouble de la bipolarité, de la schizophrénie, de l'autisme, du syndrome de Gilles de La Tourette et de l'agressivité sévère (*Ibid.*).

Les stabilisateurs de l'humeur, synonyme de psychorégulateurs, sont typiquement utilisés pour le traitement des symptômes des troubles de l'humeur tel que le trouble de la bipolarité, dans le but de restaurer un équilibre de l'humeur lors des sauts d'humeurs sévères (états maniaques ou déprimés) (*Ibid.*). Certaines de ces molécules peuvent aussi agir comme des anticonvulsivants (*Ibid.*).

Puis, **les tranquillisants**, ou anxiolytiques, sont utilisés dans les cas d'anxiété sévère où les symptômes interfèrent avec les activités quotidiennes de la personne (*Ibid.*). Les benzodiazépines, sous-catégorie des tranquillisants, sont aussi utilisées pour traiter les problèmes neurologiques chez les enfants tels que les spasmes musculaires (*Ibid.*).

Tableau de catégorisation de médicaments psychotropes

Catégories	Sous-catégories	Exemples de noms génériques et commerciaux
Psychostimulants	N/A	Méthylphénidate (<i>Ritalin</i> ®, <i>Métadate</i> ®, <i>Méthylène</i> ®) Amphétamine (<i>Adderall</i> ®) Dextroamphétamine (<i>Dexedrine</i> ®, <i>Dextrostat</i> ®) Lisdexamfetamine (<i>Vyvanse</i> ®)
Antidépresseurs	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Fluoxétine (<i>Prozac</i> ®) Fluvoxamine (<i>Luvox</i> ®) Citalopram (<i>Celexa</i> ®) Escitalopram (<i>Lexapro</i> ®) Paroxétine (<i>Paxil</i> ®) Sertraline (<i>Zoloft</i> ®)
Antidépresseurs	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline (IRSN)	Venlafaxine (<i>Effexor</i> ®) Duloxétine (<i>Cymbalta</i> ®) Desvenlafaxine (<i>PrestiQ</i> ®)
Antidépresseurs	Antidépresseurs atypiques	Bupropion (<i>Wellbutrin</i> ®) Mirtazapine (<i>Remeron</i> ®) Trazodone (<i>Desyrel</i> ®)
Antipsychotiques	Antipsychotiques atypiques	Risperidone (<i>Risperdal</i> ®) Aripiprazole (<i>Abilify</i> ®) Olanzapine (<i>Zyprexa</i> ®) Quétiapine (<i>Seroquel</i> ®) Ziprasidone (<i>Geodon</i> ®) Clozapine (<i>Clozaril</i> ®, <i>Fazaclo</i> ®)
Antipsychotiques	Antipsychotiques typiques	Halopéridol (<i>Haldol</i> ®) Chlorpromazine (<i>Thorazine</i> ®) Perphenazine (<i>Trilafon</i> ®) Pimozide (<i>Orap</i> ®)
Stabilisateurs de l'humeur	Spécifiques à la régulation de l'humeur	Lithium (<i>Eskalith</i> ®, <i>Lithobid</i> ®)
Stabilisateurs de l'humeur	Peuvent être utilisés comme anticonvulsivants	Lamotrigine (<i>Lamictal</i> ®) Divalproex (<i>Depakote</i> ®) Carbamazépine (<i>Carbatrol</i> ®, <i>Tegretol</i> ®, <i>Tegretol XR</i> ®)
Tranquillisants	Benzodiazépines	Clonazépam (<i>Klonopin</i> ®) Lorazépam (<i>Ativan</i> ®) Alprazolam (<i>Xanax</i> ®)
Tranquillisants	Autres tranquillisants	Buspirone (<i>Buspar</i> ®)

Psychotropic Medication Information Sheet

Psychotropic medications are substances that are used to treat psychological (affecting mental health) and neurological disorders.⁵ They act on the central nervous system and affect cognitive functioning, behaviors and moods. The most well-known categories are psychostimulants, antidepressants, antipsychotics, mood stabilizers and tranquilizers.⁶

Psychostimulants are commonly used to treat symptoms associated with attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) and can affect academic or daily functioning of those who have this disorder, such as limited attention span, hyperactivity and impulsivity.⁷

Antidepressants are used to treat symptoms associated with depression and other conditions such as school phobia, panic attacks, eating disorders, anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, etc.⁸ They are divided into three subcategories: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) and atypical antidepressants.⁹ The use of SSRIs is more common among children as these molecules are safer for them,¹⁰ as opposed to SNRIs, who are only utilized when the SSRIs do not work. With this being said, the use of SNRIs is rather rare.¹¹ As far as they are concerned, atypical antidepressants are mainly used to manage symptoms associated with sleep disorder in children.¹²

Antipsychotics, also known as neuroleptics, are divided into two subcategories: typical antipsychotics (first generation) block dopamine and atypical antipsychotics (second generation) not only block dopamine but affect serotonin levels.¹³ The use of atypical antipsychotics is frequent

⁵ Commission de l'éthique de la science et de la technologique, "Médicaments psychotropes et usages élargies: un regard éthique," *éthique.gouv.qc.ca*, Gouvernement du Québec, Published August 27, 2009, https://www.ethique.gouv.qc.ca/assets/documents/Medicaments-psychotropes/Medpsycho_avisFR.pdf.

⁶ Texas Department of Family and Protective Services, "Psychotropic Medication for Children in Texas Foster Care Training," *dfps.state.tx.us*, Texas Department of Family and Protective Services, Last modified November 13, 2013, http://www.dfps.state.tx.us/Training/Psychotropic_Medication/begin.asp

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ Centre for Addiction and Mental Health, "Les antipsychotiques," *camh.ca*, Centre for Addiction and Mental Health, Accessed April 18, 2020, <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antipsychotiques>.

in children.¹⁴ Antipsychotics are generally used to relieve symptoms of several conditions, including those of psychosis, bipolar disorder, schizophrenia, autism, Gilles de La Tourette syndrome, and severe aggression.¹⁵

Mood stabilizers are typically used to treat symptoms of mood disorders such as bipolar disorder, with the aim of restoring a mood balance during severe mood swings (manic or depressed states).¹⁶ Some of these molecules can also act as anticonvulsants.¹⁷

And, **tranquilizers** are used in cases of severe anxiety, where symptoms interfere with the person's daily activities.¹⁸ Benzodiazepines, a subcategory of tranquilizers, are also used to treat neurological problems in children such as muscle spasms.¹⁹

¹⁴ Texas Department of Family and Protective Services, "Psychotropic Medication for Children in Texas Foster Care Training," *dfps.state.tx.us*, Texas Department of Family and Protective Services, Last modified November 13, 2013, http://www.dfps.state.tx.us/Training/Psychotropic_Medication/begin.asp

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

Psychotropic Medication Categorization Table

Categories	Subcategories	Examples of generic and trade names
Psychostimulants	N/A	Methylphenidate (<i>Ritalin</i> ®, <i>Metadate</i> ®, <i>Methylin</i> ®) Amphetamine (<i>Adderall</i> ®) Dextroamphetamine (<i>Dexedrine</i> ®, <i>Dextrostat</i> ®) Lisdexamfetamine (<i>Vyvanse</i> ®)
Antidepressants	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)	Fluoxetine (<i>Prozac</i> ®) Fluvoxamine (<i>Luvox</i> ®) Citalopram (<i>Celexa</i> ®) Escitalopram (<i>Lexapro</i> ®) Paroxetine (<i>Paxil</i> ®) Sertraline (<i>Zoloft</i> ®)
Antidepressants	Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)	Venlafaxine (<i>Effexor</i> ®) Duloxetine (<i>Cymbalta</i> ®) Desvenlafaxine (<i>PrestiQ</i> ®)
Antidepressants	Atypical Antidepressants	Bupropion (<i>Wellbutrin</i> ®) Mirtazapine (<i>Remeron</i> ®) Trazodone (<i>Desyrel</i> ®)
Antipsychotics	Atypical Antipsychotics	Risperidone (<i>Risperdal</i> ®) Aripiprazole (<i>Abilify</i> ®) Olanzapine (<i>Zyprexa</i> ®) Quetiapine (<i>Seroquel</i> ®) Ziprasidone (<i>Geodon</i> ®) Clozapine (<i>Clozaril</i> ®, <i>Fazaclo</i> ®)
Antipsychotics	Typical Antipsychotics	Haloperidol (<i>Haldol</i> ®) Chlorpromazine (<i>Thorazine</i> ®) Perphenazine (<i>Trilafon</i> ®) Pimozide (<i>Orap</i> ®)
Mood Stabilizers	Specific to mood regulation	Lithium (<i>Eskalith</i> ®, <i>Lithobid</i> ®)
Mood Stabilizers	Can also be used as anticonvulsants	Lamotrigine (<i>Lamictal</i> ®) Divalproex (<i>Depakote</i> ®) Carbamazepine (<i>Carbatrol</i> ®, <i>Tegretol</i> ®, <i>Tegretol XR</i> ®)
Tranquilizers	Benzodiazepines	Clonazepam (<i>Klonopin</i> ®) Lorazepam (<i>Ativan</i> ®) Alprazolam (<i>Xanax</i> ®)
Tranquilizers	Other Tranquilizers	Buspirone (<i>Buspar</i> ®)

ANNEXE B

TEXTES DE RECRUTEMENT (FR ET ENG)

Textes de recrutement pour informateurs/informatrices et participant(e)s potentiel(le)s

Bonjour _____ ! J'espère que vous vous portez bien. Je vous contacte puisque je mène une étude sur les perceptions des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse (*youth justice workers*) quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en établissement de garde dans l'est de l'Ontario, et je me demandais si vous seriez intéressé à y participer.

L'étude consisterait d'une entrevue d'environ 90 minutes soit par vidéoconférence, par téléphone ou en personne, tout en respectant la distanciation sociale. L'entrevue se passera dans la langue de votre choix (français ou anglais) et aura lieu à un moment qui vous conviendrait. Votre participation sera anonyme et l'information qui me sera partagée demeurera confidentielle. Veuillez noter que cette recherche est menée pour répondre à l'exigence du programme de maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa et qu'elle est indépendante de votre milieu de travail. Votre participation est donc sollicitée sur la base de notre relation personnelle.

Je reconnais que la participation à cette étude reste une décision personnelle, donc s'il vous plaît, ne ressentez aucune pression d'accepter cette invitation. Sachez que votre décision de prendre part à cette étude ou non n'aura aucune répercussion sur le statut de votre travail ni sur notre relation personnelle.

Si vous souhaitez participer à l'étude, veuillez me contacter au edubu072@uottawa.ca ou au (613) 406-9165. Nous pourrions alors fixer un rendez-vous selon vos disponibilités, afin de discuter des étapes suivantes.

Je suis présentement à la recherche de 3 à 4 participant(e)s. Cela dit, si vous connaissez des personnes qui seraient intéressées à participer à l'étude, sentez-vous libre de leur partager les informations suivantes. Vous pouvez également inviter ces personnes à partager ces informations à d'autres personnes qu'elles croient être susceptibles de participer à l'étude :

Français	•Sujet: Les perceptions des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse (<i>youth justice workers</i>) quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en établissement de garde dans l'est de l'Ontario •Méthode: Une entrevue de 90 minutes par vidéoconférence, téléphone ou en personne (s'il est sécuritaire en raison de la pandémie de Codiv-19) •Critères d'éligibilité: - Travailler actuellement comme intervenant(e) en justice pour la jeunesse (<i>youth justice worker</i>) dans un établissement de garde pour adolescents (centre ouvert ou fermé) dans l'est de l'Ontario ou avoir exercé ce travail dans les cinq dernières années; - Avoir un minimum de deux ans d'expérience à faire ce travail dans l'est de l'Ontario ;
----------	---

	- Travailler ou avoir travaillé avec des adolescents qui se sont fait prescrire des médicaments psychotropes pendant leur placement en établissement de garde. •Votre identité ainsi que votre milieu de travail demeureront anonymes durant le processus de transcription, de rédaction et de publication •L'information que vous partagerez demeurera confidentielle •Nom de la chercheuse: Émilie Dubuc •Coordonnées de la chercheuse: edubu072@uottawa.ca or (613) 406-9165
English	•Subject: Youth justice workers' perceptions of the use of psychotropic medication among youth who are placed in youth custody facilities in Eastern Ontario •Method: 90-minute interview via videoconference, phone or in person (if it is safe to do so, due to the Covid-19 pandemic) •Eligibility criteria: - Currently working as a youth justice worker in a youth custody facility (open or secure custody) in Eastern Ontario or have done this job within the last five years; - Have a minimum of two years worth of experience doing this work in Eastern Ontario; - Currently working or have worked with youth who have been prescribed psychotropic medication during while in the youth custody facility. •Your identity and workplace will remain anonymous during the transcription, writing and publishing process •The information that you will share will remain confidential •Researcher's name: Émilie Dubuc •Researcher's contact information: edubu072@uottawa.ca or (613) 406-9165

Si vous choisissez de partager les informations ci-dessus à des participant(e)s potentiel(le)s, il est demandé de ne pas communiquer avec eux au sujet du statut de leur participation afin que cette information demeure confidentielle.

Bien à vous,

Émilie Dubuc

Étudiante de maîtrise en service social | Université d'Ottawa

Hi ____! I hope all is well with you. I am contacting you because I am conducting a study on youth justice workers' perceptions of the use of psychotropic medication among youth who are placed in youth custody facilities in Eastern Ontario, and I was wondering if you would be interested in participating.

The study would consist of an approximate 90-minute interview via video conference, phone or in person while respecting social distancing. The interview would be in the language of your choice (English or French) and would take place during a time that is most convenient for you. Your participation will be anonymous, and the information shared will remain confidential. Please note that this research is being conducted to meet the requirements of the University of Ottawa's Master's in Social Work program and is independent from your workplace. I am therefore soliciting your participation based on our personal relationship.

Please do not feel pressured in any way to accept this invitation, as I acknowledge this is a personal decision. Please know that your decision to participate in this study or not, will not generate any repercussions on either your work status, or our personal relationship.

Should you choose to participate, please contact me at edubu072@uottawa.ca or at (613) 406-9165. We can then set-up a time that is most convenient for you, in order to discuss the following steps.

I am currently seeking 3 to 4 participants. With this being said, if you know of anyone who would be interested in participating in this study, please feel free to share the following information with them. You can also invite those people to share this information with others who they may think might be willing to participate:

English	•Subject: Youth justice workers' perceptions of the use of psychotropic medication among youth who are placed in youth custody facilities in Eastern Ontario •Method: 90-minute interview via video conference, phone or in person (while respecting social distancing) •Eligibility criteria: - Currently working as a youth justice worker in a youth custody facility (open or secure custody) in Eastern Ontario or have done this job within the last five years; - Have a minimum of two years worth of experience doing this work in Eastern Ontario; - Currently working or have worked with youth who have been prescribed psychotropic medication while in the youth custody facility. •Your identity and workplace will remain anonymous during the transcription, writing and publishing process •The information that you will share will remain confidential
---------	---

	•Researcher's name: Émilie Dubuc •Researcher's contact information: edubu072@uottawa.ca or (613) 406-9165
Français	•Sujet: Les perceptions des intervenant(e)s en justice pour la jeunesse (<i>youth justice workers</i>) quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en établissement de garde dans l'est de l'Ontario •Méthode: Une entrevue de 90 minutes via vidéoconférence, téléphone ou en personne (tout en respectant la distanciation sociale) •Critères d'éligibilité: - Présentement travailler en tant qu'intervenant(e) en justice pour la jeunesse (<i>youth justice worker</i>) dans un établissement de garde pour adolescents (centre ouvert ou fermé) dans l'est de l'Ontario ou avoir exercé ce travail dans les cinq dernières années; - Avoir un minimum de deux ans d'expérience à faire ce travail dans l'est de l'Ontario ; - Travailler ou avoir travaillé avec des adolescents qui se sont fait prescrire des médicaments psychotropes pendant leur placement en établissement de garde. •Votre identité ainsi que votre milieu de travail demeureront anonymes durant le processus de transcription, de rédaction et de publication •L'information que vous partagerez demeurera confidentielle •Nom de la chercheure: Émilie Dubuc •Coordonnées de la chercheure: edubu072@uottawa.ca or (613) 406-9165

Should you choose to share the information listed above with potential participants, it will be asked of you to not discuss with them the status of their participation, in order to keep this information confidential.

Kind Regards,

Émilie Dubuc

MSW Student | University of Ottawa

Texte de recrutement pour informatrice (ENG)²⁰

Hi ____! I hope all is well with you. As you may know, I am conducting a study on youth justice workers' perceptions of the use of psychotropic medication among youth who are placed in youth custody facilities in Eastern Ontario.

Since I am seeking 3-4 participants, I was wondering if you would be willing to pass on the following information to anyone you may know who has experience working in a youth custody facility in Eastern Ontario and who would be willing to take part in this study:

- Subject: Youth justice workers' perceptions of the use of psychotropic medication among youth who are placed in youth custody facilities in Eastern Ontario
- Method: 90-minute interview via videoconference, phone or in person (while respecting social distancing)
- Eligibility criteria:
 - Currently working as a youth justice worker in a youth custody facility (open or secure custody) in Eastern Ontario or have done this job within the last five years;
 - Have a minimum of two years worth of experience doing this work in Eastern Ontario;
 - Currently working or have worked with youth who have been prescribed psychotropic medication during while in the youth custody facility.
- Identity and workplace will remain anonymous during the transcription, writing and publishing process
- Researcher's name: Émilie Dubuc
- Researcher's contact information: edubu072@uottawa.ca or (613) 406-9165

Best Regards,

Émilie Dubuc

MSW Student | University of Ottawa

²⁰ Veuillez noter que cette informatrice est anglophone. C'est la raison pour laquelle le texte est uniquement en anglais.

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ENG)²¹

Title of the Study: Psychotropic Medication and Placement into Youth Custody: Perceptions of the Youth Justice Workers

Researcher: Émilie Dubuc School of Social Work Faculty of Social Sciences University of Ottawa 120 Université Private, Social Sciences Building Ottawa, ON K1N 6N5 (613) 406-9165 edubu072@uottawa.ca	Project Supervisor: Lilian Negura School of Social Work Faculty of Social Sciences University of Ottawa 120 Université Private, Social Sciences Building Ottawa, ON K1N 6N5 (613) 562-5800 ext.2020 lilian.negura@uottawa.ca
---	--

Invitation to Participate: I am invited to participate in the above-mentioned Master's research project, conducted by Émilie Dubuc and supervised by Professor Lilian Negura.

Purpose of the Study: The purpose of this study is to understand the role that psychotropic medication plays in the rehabilitation process of youth who are placed in custody facilities, according to the youth justice workers' perspective. Firstly, this research aims to gain a better understanding of the youth justice workers' role in the medical consultation and psychotropic medication administration processes. Secondly, it aims at understanding the factors that, according to the youth justice workers' perspectives, contribute to the prescription of psychotropic medication to youth who are in custody. Thirdly, it aims at understanding the effects that psychotropic medications have on youth, as well as on their relationship with their relatives and with the youth justice workers. Fourthly, it aims at identifying the observed attitudes and behaviors that youth display regarding their psychotropic medication. And lastly, it aims at acknowledging the youth justice workers' opinions about the use of psychotropic medication among youth that are not clinically diagnosed with any mental health disorders.

Participation: First, I will be invited to read an information sheet on psychotropic medications before taking part in an interview. The researcher will send me the information sheet by email. Then, my participation will consist essentially of taking part in an interview that will be held in the language of my choice (in English or in French). The interview will last approximately 90 minutes, will occur at a time that is most convenient for me and will be held by video conference, by phone or in person if it is deemed safe to do so (Covid-19). I will be invited to answer a series of open-ended questions that will consist of me

²¹ Les participant(e)s ont tous et toutes choisi de consulter la version anglophone du formulaire de consentement.

sharing some of my professional experiences and personal and/or professional opinions. It is possible that the researcher will contact me after the interview to inquire clarifications on some my answers, if deemed necessary. All of these meetings will be recorded.

If it is possible to meet in person, the researcher will suggest for us to meet at the University of Ottawa campus and to conduct the interview in a private study room, in order to enjoy a calm and neutral space. However, the researcher will remain open to other suggestions, should another space be more convenient. In all circumstances, the researcher will accommodate me to the best of her abilities to make meeting dates, times and places more convenient for me.

Risks: My participation in this study will not expose me to any particular risks. However, I understand that my testimony may bring back negative memories that could be related to crisis interventions that I have practiced during the course of my work duties. However, I have received assurance from the researcher that every effort will be made to minimize these risks. Since my participation in this study is voluntary, the researcher informed me that I can choose the information that I wish to share with her and that I am free to take a break at any point in time during the interview. Below are some resources that the researcher has made available to me, should I feel the need to speak to someone:

Resource	Contact Information
Distress Centre of Ottawa and Region	Distress: 613-238-3311 Crisis: 613-722-6914 or 1-866-996-0991 www.dcottawa.on.ca
Crisis Line	Within Ottawa: 613-722-6914 Outside Ottawa: 1-866-996-0991 www.crisisline.ca
Tel-Aide Outaouais	<i>Services in French only</i> Ottawa: 613-741-6433 Gatineau: 819-775-3223 Elsewhere in Outaouais: 1-800-567-9699 www.telaideoutaouais.ca
Hope for Wellness Helpline	<i>Services also available in Cri, Ojibwa and Inuktitut</i> Canada wide : 1-855-242-3310 www.hopeforwellness.ca
The Walk-In Counseling Clinic	<i>Services offered in many organizations within the Ottawa region</i> <i>Please view the link below to find out which resources are available in your area:</i> www.walkincounseling.com For more information, please contact the Service Coordinator, Mirjana Pobric, via email at mpobric@jfsottawa.com

Benefits: Participating in this study will encourage me to do some introspection on my role as a youth justice worker, which may entail professional growth. In addition, participation in this study may encourage to adopt a more critical perspective on interventions that are practiced on the population I work with.

Confidentiality and anonymity: I have received assurance from the researcher that the information I will share with her will remain strictly confidential. I understand that the contents provided will be used for the sole purpose of this study, specifically to transcribe the information shared to write the research paper. Respect of confidentiality will be maintained by limiting access to the collected information to the researcher and the project supervisor.

Anonymity will be protected in the following manner. Information shared that could be used to identify my person or my workplace will be coded or omitted from the research paper. My name will remain anonymous by using codes during the interview process as well as in the research paper, such as “Participant 1”, “Participant 2”. However, I understand that the publication of this study involves risks that my identity may be recognized, depending on the details I choose to share. I will refrain from sharing information that may potentially identify youth with whom I have worked with, such as their names, their age, specific information about their physical appearance, offenses they have committed or other specific information that could be used to identify them.

Conservation of Data: The data collected will be conserved in a secure manner by transferring recordings from the researcher’s computer to her university “Google Drive” account that will be locked using a password that only she knows; by destroying recordings once they have been transferred to the researcher’s “Google Drive” account immediately after every session; by encrypting and storing the transcripts from the interview into the researcher’s university “Google Drive” account. The only people who will be able to access this data will be the researcher and the project supervisor. Any information obtained during sessions will be encrypted and transferred to researcher’s university “Google Drive” account. Confidential documents will be protected by using a lockable briefcase that will be stored at the researcher’s residence. Once the project will be completed, data will then be shared with the project supervisor via his university “Google Drive” account in order to be conserved for a five-year period, starting the research project deposit date. Adequate measures will be taken to ensure proper data destruction once the five-year mark will have been reached.

Compensation: My expenses relating to transportation will be reimbursed, if applicable. Proof of payments, such as a receipt, will need to be handed in to the researcher to benefit from reimbursements. If I choose to withdraw from the study, I will still receive this reimbursement, if applicable. Snacks and refreshments will also be available if the interview is held in person.

Voluntary participation: I am under no obligation to participate and if I choose to participate, I can withdraw from the study at any time without incurring any negative consequences. This study is independent from my workplace. My non-participation or my withdrawal from the study will not impact my work status nor my personal relationship with the researcher (if applicable). If I choose to withdraw from the study, all data collected up to that point will be destroyed, unless I say otherwise.

Acceptance: I, _____, agree to participate in the above research study conducted by Émilie Dubuc from the School of Social Work, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa, which research is under the supervision of Professor Lilian Negura.

If I have any questions about the study, I may contact the researcher or her supervisor.

If I have any questions regarding the ethical conduct of this study, I may contact the Protocol Officer for Ethics in Research, University of Ottawa, Tabaret Hall, 550, Cumberland Street, room 154, (613) 562-5387 or ethics@uottawa.ca.

There are two copies of the Consent Form, one of which is mine to keep.

Participant' Signature: _____ Date: _____

Researcher's Signature: _____ Date: _____

ANNEXE D

GUIDE D'ENTRETIEN (ENG)²²

Introduction

I am inviting you to take part in an individual interview. You will be asked a series of open-ended questions. Your answers will be based off your professional experiences as well as your personal and/or professional opinions. The only material you will need is the Psychotropic Medication Classification Table that was included on the psychotropic information sheet. The interview should last approximately 90 minutes. However, the duration of the interview will depend on the length of your answers.

Please know that the extent of the information you chose to share with me is up to you. You only share what you feel like sharing. You are not forced to share any information that you don't want to discuss. You are free to take a break at any point in time during the interview.

Theme 1: The work of a youth justice worker

The goal of this theme is to gain a better understanding of the youth justice worker position. More specifically, it will consist of exploring:

- The role of the youth justice worker within the organization: Contribution of the position towards the smooth-running of the facility.
- The role of the youth justice worker regarding the served population: Influence of the youth justice worker on the justice-involved youth.
- The youth justice worker's tasks: Actions that need to be completed by the youth worker during their shift.
- The impacts of the job on the youth justice worker: The way in which they perceive their job, the attitudes they have towards their job, the degree of gratification they feel regarding their job, the implication of their job and its consequences on the youth justice worker (e.g. work hours, energy level, family time, etc.).

Q.1: Tell me about the work you do as a youth justice worker: your role, the expectation that you are required to meet, your tasks, the impacts of the of your work on your professional and personal life and the related satisfactions or dissatisfaction.

Follow-up:

- **Role:** *In what ways does your position contribute to the smooth running of the facility?*
- **Role:** *What is your role regarding the population that you serve (justice-involved youth)?*
- **Tasks:** *What are you asked to do during the course of your work?*

²² Les participant(e)s ont tous et toutes choisi de procéder aux entretiens en anglais.

- **Expectations:** *What should you be able to do during the course of your work?*
- **Impacts / satisfactions or dissatisfaction:** *What do you appreciate or do not appreciate about the work you do?*

Theme 2: Intake

The goal of this theme is to explore youth's behaviors when they first arrive at the facility and to understand how and why these behaviors change or not in time. The following elements need to be identified:

- What they do (actions).
- What they say (verbal communication).
- Their body language (non-verbal communication).
- The needs that they express.

Q.2: What behaviors do you observe when young people first arrive at the facility?

Follow-up:

- **Actions:** *What do they do? What actions do they take?*
- **Verbal communication:** *Do they say anything in particular?*
- **Verbal or non-verbal communication:** *What does their attitude look like?*
- **Needs:** *Do they make any specific requests?*

Q.3: What do you think could explain these observations?

Q.4: What do their behaviors look like a few days after their initial intake?

Q.5: Question that will depend on the answer to the previous question: **Why do you think their behaviors change OR do not change?**

Theme 3: Psychotropic medication among youth placed into custody

The goal of this theme is to explore the youth justice worker's perception on the extent of the psychotropic medication phenomenon among youth who are placed into custody. The following elements will be explored:

- Youth justice workers' perceptions on the amount of youth placed into custody who are prescribed psychotropic medication during their placement.
- Tablets that are prescribed to young people during their placement and compare them to tablets that have been prescribed to youth prior to their placement.

Q.6: What is the proportion of youth placed into custody who are prescribed psychotropic medication during their placement. What do you think could explain these numbers?

Q.7: By looking at the list of psychotropic medications that has been provided to you along with the information sheet, please identify, based on your knowledge and observations, the psychotropic medications that are most often prescribed to youth in custody?

Q.8: Based on your observations and your experience, are the psychotropic medications that are prescribed to youth in custody different from those that are prescribed to youth prior to entering custody? If so, please identify the medications that are prescribed to youth prior to custody by referring to the list that you have been provided with.

Theme 4: Implications of the psychotropic prescription process

The goal of this theme is to identify the steps that lead to the prescription of psychotropic among youth who are placed in a custody facility, more specifically:

- The amount of time it takes for a youth to be prescribed psychotropic medication, from the time he first arrives at the facility.
- The process to make a request for a medical consultation.
- The factors or the motives that lead to initiate this request.
- The medical consultation process.
- The youth justice worker's role or involvement in this process.
- The young person's role or involvement in this process.
- The role of other individuals who are involved in this process.
- The way in which the concept of informed consent is applied within the facility.
- The relevance of the presence or not, of the clinical mental health disorder diagnosis in the psychotropic prescription processes.
- The youth justice workers' impressions of this process.

Q.9: Can you describe the process that allows youth to be prescribed and administered psychotropic medication during his placement in custody? How is this process different for those who are under 16 years of age?

Follow-up:

- **Time:** *On average, how much time does it take for a youth to be prescribed psychotropic medication from the time he first arrives at the facility?*
- **Factors/motives:** *What are the factors or motives that lead to the prescription of psychotropic medication?*
- **Medical consultation request process:** *What is the process to make a medical consultation request for a youth?*
- **Medical consultation process:** *What does the medical consultation process involve?*
- **Youth justice worker's role:** *Is the youth justice worker involved in this process? If so, how?*
- **Young person's role:** *Is the young person involved in this process? If so, how?*

- **Other parties' roles:** Are any other individuals involved in this process? If so, how?
- **Informed consent:** Are you familiar with the concept of informed consent? If so, can you explain to me how this concept is applied in your workplace regarding the prescription of psychotropic medication to young people?
- **Youth under 16 years of age:** Is this process any different for youth who are under 16 years of age? If so, how?

Q.10: What are your impressions of this process? According to you, what are some of its areas of strengths and areas of improvement, if any?

Q.11: By consulting literature, I was able to understand that the prescription of psychotropic medication among youth who do not have any clinical mental health disorder diagnoses is an existing reality among youth in custody facilities. Is this a reality that you have been able to observe in your workplace? What is your opinion on this situation?

Theme 5: The relationship of young people and their families with psychotropic medication

The goal of this theme is to explore the following individual's attitudes and perceptions towards psychotropic medication, according to the youth justice workers' perceptions, experiences, and observations:

- Youth who are placed into custody who have a psychotropic prescription.
- Youth justice workers who work with youth who are placed into custody who have a psychotropic prescription.

The goal of this theme is also to understand the compliant and non-compliant behaviors of youth towards their psychotropic prescriptions, according to the youth justice workers' observations and experiences. These behaviors will then be compared to the attitudes youth may express regarding their medication.

Q.12: Based on your observations, what attitudes or views do youth have regarding psychotropic medication?

Q.13: Do you think their attitude or the way they view their psychotropic medication changes once they are prescribed and administered a psychotropic medication? If so, how?

Q.14 How do you and other youth justice workers view the use of psychotropic medication among youth within a custodial setting?

Q.15: What behaviors do you observe in young people who choose to take their psychotropic medication and in those who refuse to take it?

Follow-up:

- Could you explain to me the **reasons** why youth **choose to take** their medication?

- *Could you explain to me the **reasons** why you think youth **refuse to take** their medication?*

Theme 6: The effects of psychotropic medication on young people

The goal of this theme is to explore the short- and long-term effect of psychotropic medication on youth who have been placed into custody, more specifically:

- The effects on young people's behaviors (short term and long term).
- The effects on the relationships young people have with their relatives and the staff that work in the facility (short term).
- The effects on the way young people view their future (short term).
- The effects on social reintegration and recidivism (long term).

Q.16: Based on your experience, do psychotropic medication effect youth in a certain way? If so, what changes have you been able to observe?

Follow-up:

- **Behaviors:** *Do you think psychotropic medications influence youth's behaviors? If so, how?*
- **Relatives and staff:** *Do you think psychotropic medications influence the relationships youth have with their relatives and with the facility's staff? If so, how?*
- **Future:** *Do you think psychotropic medications influence how youth view their future? If so, how?*

Q.17: When referring to youth who have been prescribed psychotropic medication while in custody, do you notice any differences if you compare their behaviors at intake or shortly after intake, and their behaviors at discharge? If so, describe how their behaviors have changed.

Q.18: Do you think that the use of psychotropic medication facilitates a successful and sustainable social reintegration? Please explain your answer.

Q.19: In your opinion, is there a link between recidivism and the prescription of psychotropic medication during custody? Please explain your answer.

Theme 7: The improvement justice-involved youths' mental health

The goal of this theme is to suggest possible intervention strategies to help improve young people's mental health in the short and long term, meaning:

- During their time in custody (short term).
- Once they are discharged into the community (long term).

Q.20: What intervention strategies do you think could further contribute to improving the mental health of youth while in custody?

Q.21: What intervention strategies do you think could further contribute to improving the mental health of youth once they are discharged from the facility and they are back into the community?

Conclusion

Thank you for participating in this interview. Your testimony is very important for my research. Is there any information you would like to add or remove from your answers? What are your impressions from this interview? You may consult any of the resources that have been made available to you in the Consent Form you have signed, should you feel the need to.

ANNEXE E

CERTIFICAT ÉTHIQUE D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE

25/06/2020

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number

S-05-20-5748

Titre du projet / Project Title

Médicaments psychotropes et
placement sous garde à
l'adolescence : les perceptions
des intervenant(e)s

Type de projet / Project Type

Mémoire de maîtrise / Master's
major research paper

Statut du projet / Project Status

Approuvé / Approved

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)

25/06/2020

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

24/06/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher Affiliation

Role

Émilie DUBUC

École de service social / School of Social Work

Chercheur Principal / Principal Investigator

Lilian NEGURA

École de service social / School of Social Work

Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics