

L'utilisation de la contention, de l'isolement et du retrait en centre de réadaptation : identification et prédiction des profils des jeunes

The use of restraint, seclusion and time-out in residential care: identifying and predicting the profiles of children and youth

Alexandra Matte-Landry and Delphine Collin-Vézina

Volume 50, Number 1, 2021

Contention et isolement : une mesure de dernier recours?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1077074ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1077074ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Matte-Landry, A. & Collin-Vézina, D. (2021). L'utilisation de la contention, de l'isolement et du retrait en centre de réadaptation : identification et prédiction des profils des jeunes. *Revue de psychoéducation*, 50(1), 99–120.
<https://doi.org/10.7202/1077074ar>

Article abstract

*Children and youth placed in residential treatment centers or in community group homes represent a very vulnerable population in which the use of restrictive measures, such as restraint, seclusion and time-out, is preoccupying. The aim of this study was to enhance our understanding of the use of restrictive measures as a mean of improving professional practices involving these children and youth. **Methods:** Administrative data on the use of restrictive measures among 324 children and youth (29 residential units, 10 centers/areas) were extracted. A latent profile analysis was used to identify subgroups of children and youth with distinct restrictive measure profiles. Logistic regressions were used to identify individual (age, sex, ethnicity, reason for services) and environmental (length of stay, unit type, specialized designation, type of services) predictors of the use of restrictive measures. **Results:** Almost half children and youth (48,1%) did not experience any restrictive measure over the 6-month period studied. Among those who did experience at least one measure, we found two latent profiles. Both individual and environmental factors predicted 1) having experienced at least one measure and 2) classification into distinct restrictive measure profiles. **Conclusion:** The current study led to the identification of individual and, to a greater extent, environmental risk factors associated with the use of restrictive measures in children and youth in residential care.*

L'utilisation de la contention, de l'isolement et du retrait en centre de réadaptation: identification et prédiction des profils des jeunes

The use of restraint, seclusion and time-out in residential care: identifying and predicting the profiles of children and youth

A. Matte-Landry^{1,2}
D. Collin-Vézina^{1,2,3}

¹ Centre for Research on Children and Families, School of Social Work, McGill University, Montreal

² Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec

³ Department of Pediatrics, McGill University, Montreal, Canada

Correspondance :

Alexandra Matte-Landry
Centre for Research on Children and Families
Suite 106, Wilson Hall, 3506
University Street
Montreal (Quebec) H3A 2A7

Tel. : 514 398-5286

Fax : 514 398-5287

alexandra.matte-landry@mcgill.ca

Résumé

*Les enfants et les adolescents hébergés en centre de réadaptation (CR) ou en foyer de groupe (FG) constituent une population vulnérable chez qui l'utilisation de mesures restrictives, telles que la contention, l'isolement ou le retrait est préoccupante. L'objectif général de la présente étude est de mieux comprendre l'utilisation de ces mesures afin d'améliorer les pratiques cliniques auprès des jeunes en CR et en FG. **Méthode** : Des données clinico-administratives ont été extraites sur l'utilisation de mesures restrictives auprès de 324 jeunes (29 unités, 10 centres/régions). Une analyse de profil latent a été utilisée afin d'identifier des sous-groupes de jeunes quant aux mesures restrictives. Afin de déterminer quelles caractéristiques individuelles (âge, sexe, appartenance ethnique, motif de prise en charge) et environnementales (durée du séjour, type d'unité, spécialisation de l'unité, mandat légal de l'unité [LPJ vs. LSJPA]) prédisaient l'appartenance aux profils, des régressions logistiques ont été utilisées. **Résultats** : Près de la moitié des jeunes (48,1%) n'ont expérimenté aucune mesure restrictive pendant la période de six mois étudiée. Parmi les jeunes qui en ont vécu au moins une, deux profils latents ont été trouvés. Plusieurs caractéristiques individuelles, mais surtout environnementales, prédisent d'une part, le fait d'expérimenter ou non une mesure, et, d'autre part, l'appartenance à l'un des deux profils chez les jeunes qui ont expérimenté au moins une mesure. **Conclusion** : La présente étude a permis d'identifier des facteurs de risque individuels, mais surtout environnementaux, associés au fait de vivre des mesures restrictives.*

Mots-clés : contention et isolement; retrait; enfants et adolescents; centre de réadaptation; analyse de profil latent.

Abstract

Children and youth placed in residential treatment centers or in community group homes represent a very vulnerable

population in which the use of restrictive measures, such as restraint, seclusion and time-out, is preoccupying. The aim of this study was to enhance our understanding of the use of restrictive measures as a mean of improving professional practices involving these children and youth. **Methods:** Administrative data on the use of restrictive measures among 324 children and youth (29 residential units, 10 centers/areas) were extracted. A latent profile analysis was used to identify subgroups of children and youth with distinct restrictive measure profiles. Logistic regressions were used to identify individual (age, sex, ethnicity, reason for services) and environmental (length of stay, unit type, specialized designation, type of services) predictors of the use of restrictive measures. **Results:** Almost half children and youth (48,1%) did not experience any restrictive measure over the 6-month period studied. Among those who did experience at least one measure, we found two latent profiles. Both individual and environmental factors predicted 1) having experienced at least one measure and 2) classification into distinct restrictive measure profiles. **Conclusion:** The current study led to the identification of individual and, to a greater extent, environmental risk factors associated with the use of restrictive measures in children and youth in residential care.

Keywords: restraint and seclusion; time-out; children and youth; residential care; latent profile analysis.

Introduction

Certains enfants et adolescents qui ne peuvent demeurer dans leur milieu familial car leur sécurité ou leur développement est compromis sont hébergés en centre de réadaptation (CR) ou en foyer de groupe (FG) lorsque le niveau d'encadrement offert dans ces milieux correspond mieux à leurs besoins ou lorsque d'autres options de placement ne sont pas possibles. Les FG sont des ressources intermédiaires situées en communauté qui offrent un encadrement plus flexible en comparaison avec les CR. Au Canada, en 2008, 7,3% des enfants et des adolescents placés en dehors de leur milieu familial vivaient en CR ou en FG (Public Health Agency of Canada, 2010). Au Québec, cette proportion était de 20% en 2018 (Directeurs de la Protection de la jeunesse, 2018).

Ces jeunes constituent une population très vulnérable en raison de leur passé et de leurs difficultés émotionnelles et comportementales. Pane et al. (2015) ont trouvé qu'environ le tiers de leur échantillon composé de jeunes de 3 à 20 ans vivant en FG avait vécu plus d'une forme de maltraitance. Fischer et al. (2016) ont rapporté un taux très similaire (29,2%) de multiples traumas interpersonnels chez 370 adolescents âgés de 11 à 18 ans hébergés en CR. Dans la province de Québec, Collin-Vézina et ses collègues (2011) ont trouvé, au sein de leur échantillon de 53 adolescents âgés de 14 à 17 ans vivant en CR, que 80% rapportaient avoir vécu plus d'une forme d'abus ou de négligence. De tels passés traumatiques ont des conséquences nombreuses; outre les symptômes de stress post-traumatiques, nommons la dissociation et l'évitement, les problèmes relationnels et d'attachement, l'altération de l'identité et du concept de soi et les comportements dysfonctionnels (Collin-Vézina et al., 2011). Face aux réactions intenses et aux comportements perturbateurs, agressifs ou désorganisés que peuvent avoir les jeunes, les intervenants des CR et des FG peuvent avoir recours à des mesures restrictives, telles que la contention, l'isolement ou le retrait.

La contention « consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne » alors que l'isolement « consiste à confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement » (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2002). Les deux sont des mesures de dernier recours qui ne peuvent être utilisées que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions (LeBel et al., 2010; LeBel et al., 2012; Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2020).

Le retrait consiste à retirer une personne d'un groupe ou d'une pièce afin de la mettre à l'écart d'une source de stimulation ou de désorganisation (Ford et Hawke, 2012; MacLeish et Landau, 1989; Ryan et al., 2007). Comparé à la contention et l'isolement, le retrait n'est pas défini ni régulé par des lois et est considéré comme moins restrictif (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse [CDPDJ], 2017). Cependant, dans certains cas, un retrait peut être restrictif et peut même se qualifier d'isolement. En fait, les retraits et les isolements sont souvent très similaires; le jeune est isolé de ses pairs et les deux mesures peuvent être involontaires et se dérouler dans des lieux très similaires (Desrosiers et Lemonde, 2006-2007; Ryan et al., 2007). Tel que noté par Desrosiers et Lemonde (2006-2007, p.428), « l'isolement n'est pas un lieu, mais un état et ce n'est pas la qualification de la mesure qui compte, mais son effet ». Au Québec, un retrait se qualifie en tant qu'isolement lorsque l'enfant est contraint, par des consignes verbales, de demeurer dans un lieu désigné d'où il ne peut sortir librement (Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, 2018). Par exemple, si un intervenant demande à un enfant de prendre une pause pour se calmer dans sa chambre, il s'agit d'un retrait si le jeune peut en sortir. Or, si l'intervenant lui demande de ne pas en sortir, d'un point de vue juridique, il s'agit d'un isolement et non d'un retrait, bien que l'intervention soit utilisée à des fins thérapeutiques et que l'intention soit bienveillante. Ainsi, l'utilisation du retrait pose toujours le risque que la mesure puisse se qualifier d'isolement. En bref, nous conceptualisons le retrait sur le même continuum que l'isolement, avec un retrait de courte durée dans une salle d'apaisement à l'extrémité la moins restrictive du continuum, et l'isolement de longue durée dans une salle capitonnée à l'autre extrémité du continuum. Dans cette étude, le terme « mesures restrictives » est utilisé pour référer aux contentions, aux isolements et aux retraits.

Les enjeux éthiques et légaux qui entourent l'utilisation des mesures restrictives sont importants et nombreux. En effet, l'efficacité thérapeutique de ces mesures est remise en doute depuis plusieurs années (Day, 2002), ces mesures peuvent contrevenir aux droits des enfants et des adolescents (CDPDJ, 2017; Kennedy et Mohr, 2001; LeBel et al., 2010; LeBel et al., 2012) et conduire à des traumatismes psychologiques, des blessures physiques et même la mort, dans certains cas (Berzlanovich et al., 2012; Massachusetts Office of the Child Advocate [OCA], 2018; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014; United States General Accountability Office, 2009). Chez les jeunes avec un passé traumatique, ces mesures peuvent les re-traumatiser (SAMHSA, 2014). Par exemple, vivre un retrait ou un isolement peut rappeler des expériences antérieures de négligence ou d'abandon. Similairement, expérimenter une contention peut évoquer des expériences d'abus passées. Ainsi, il importe de mieux comprendre l'utilisation de ces mesures auprès des enfants et des

adolescents hébergés en CR et en FG afin d'améliorer les pratiques cliniques, ce que propose de faire la présente étude.

Les mesures restrictives chez les jeunes en CR et en FG

L'utilisation de mesures restrictives chez les jeunes en CR et en FG est fréquente. Au Massachusetts, en 2017, environ 20,000 contentions ont été rapportées dans les écoles et les CR pour enfants et adolescents (Massachusetts OCA, 2018). Dans la province de Québec, de 2013 à 2016, plus de 32,000 contentions et plus de 23,000 isolements ont eu lieu dans les CR et les unités pédopsychiatriques (CDPDJ, 2017). Pour ce qui est des retraits, il existe peu d'études, mais ils seraient encore plus fréquents que les contentions et les isolements (Sourander et al., 2002). Dans une étude récente auprès de plus de 300 enfants et adolescents en CR et en FG (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2020), 69% des mesures utilisées étaient des retraits, 21,2% des contentions et 9,8% des isolements.

Pour ce qui est de la durée des mesures restrictives, les contentions seraient plutôt de courte durée (environ 10 minutes; Leidy et al., 2006; Thomann, 2009) et les isolements de longue durée. Par exemple, la CDPDJ (2017) a rapporté que, chez 3459 enfants et adolescents en CR et en unités pédopsychiatriques, la durée moyenne des isolements se situait entre 30 et 60 minutes et que la durée maximum était de 3h. Les retraits aussi seraient de longue durée (environ une heure), mais leur durée varierait beaucoup (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2020).

Facteurs associés à l'utilisation de mesures restrictives

Plusieurs facteurs sont associés à l'utilisation de mesures restrictives chez les enfants et les adolescents en CR et en FG. Dans une recension systématique récente de 23 études (Roy et al., 2019), les facteurs étant les plus appuyés empiriquement au niveau individuel étaient l'appartenance ethnique, le sexe, l'âge, les comportements d'auto-mutilation et la médication; le fait d'être Afro-Américain, de sexe masculin, plus jeune et d'avoir des comportements d'auto-mutilation étaient associés positivement avec l'utilisation de mesures restrictives, alors que le fait de prendre de la médication y était associé négativement. Au niveau environnemental, le moment du retour de l'école et un plus long séjour en unité étaient les facteurs les plus appuyés empiriquement. Toutefois, certains résultats étaient inconsistants. En effet, parmi les 60 facteurs identifiés dans la recension systématique, 53 ont été trouvés dans une seule des 23 études primaires, alors que les sept autres facteurs (cinq individuels et deux environnementaux) ont été identifiés dans seulement deux ou trois études primaires. Il n'existe donc pas de consensus quant aux facteurs associés à l'utilisation de mesures restrictives. En fait, les études suggèrent que les jeunes qui expérimentent des mesures restrictives constituent une population hétérogène composée de sous-groupes distincts (dosReis et al., 2010; Farragher, 2002; Leidy et al., 2006; Thomann, 2009; Williams, 2009).

Les sous-groupes d'enfants et d'adolescents quant aux mesures restrictives

Les enfants et les adolescents hébergés en CR et en FG constitueraient une population hétérogène quant aux mesures restrictives parce que plusieurs

n'en expérimentent aucune (8 à 79%, selon les études), plusieurs de ceux qui en expérimentent en vivent seulement un petit nombre et, enfin, quelques-uns en vivent un très grand nombre (CDPDJ, 2017; dosReis et al., 2010; Farragher, 2002; Leidy et al., 2006; Thomann, 2009; Williams, 2009). En conséquence, certains auteurs ont divisé les enfants et les adolescents en sous-groupes sur la base du nombre de mesures restrictives vécues.

Par exemple, dosReis et al. (2010) ont divisé leur échantillon d'adolescents de 12 à 18 ans vivant en CR en quatre groupes : sans contention/isolément ($n = 59$), <1 par mois ($n = 41$; utilisation faible), ≤ 2 par mois ($n = 38$; utilisation modérée) et >2 par mois ($n = 18$; utilisation élevée). Les adolescents étaient plus souvent dans les groupes modéré et élevé lorsqu'ils étaient noirs et de sexe féminin. De plus, davantage d'adolescents dans les groupes modéré et élevé avaient un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux et prenaient de la médication. Pour leur part, Leidy et al. (2006) ont divisé leur échantillon de 415 adolescentes (11-17 ans) vivant en CR en trois sous-groupes : celles sans contention ($n = 256$), celles avec une à sept contentions ($n = 106$; groupe avec peu/modérément de contentions), et celles avec plus de sept contentions ($n = 48$; groupe avec beaucoup de contentions). Les adolescentes avec beaucoup de contentions étaient plus jeunes et étaient en CR plus longtemps. Aussi, elles étaient plus à risque d'avoir un diagnostic de trouble extériorisé ou intériorisé, d'être placées pour négligence ou abandon et référées par le système de justice. Les meilleurs prédicteurs de l'appartenance aux sous-groupes étaient l'âge, la durée du séjour en unité et la présence d'un diagnostic (Leidy et al., 2006). Ces auteurs ont ainsi montré que des facteurs individuels et environnementaux permettaient de différencier et de prédire les sous-groupes (dosReis et al., 2010; Leidy et al., 2006). Toutefois, les sous-groupes étaient créés sur la base de seuils arbitraires, établis à partir du nombre de mesures restrictives, plutôt que de méthodes statistiques.

Une avenue prometteuse serait d'utiliser une approche centrée sur les personnes qui assume que la population est hétérogène; elle permet d'identifier et de décrire, de façon empirique et statistique, des groupes d'individus différents en fonction d'indicateurs (Laurson et Hoff, 2006; Masyn, 2013). En comparaison, une approche centrée sur les variables s'intéresse aux associations entre les indicateurs et assume que la population est homogène. Au plan empirique, une approche centrée sur les personnes permettrait de catégoriser les jeunes en sous-groupes en fonction de leurs similarités et de leurs différences et d'identifier un modèle qui maximise les différences inter-groupes et minimise celles intra-groupe sur une combinaison d'indicateurs (donc, pas seulement le nombre de mesures restrictives). Au plan clinique, une telle approche permettrait de mettre en lumière des profils de jeunes quant aux mesures restrictives, de décrire qui sont ces jeunes et d'identifier des facteurs de risque, une première étape pour améliorer les pratiques cliniques.

Dans ce contexte, les objectifs de la présente étude sont les suivants : 1) Identifier des sous-groupes au sein des enfants et des adolescents qui expérimentent des mesures restrictives et décrire ces groupes; 2) Identifier ce qui distingue ces groupes en prédisant l'appartenance aux groupes à partir de caractéristiques individuelles et environnementales.

Cette étude constitue le niveau de base d'un projet en cours qui vise à évaluer l'impact de l'implantation d'une approche sensible aux traumatismes dans les CR et les FG sous le mandat de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) au Québec. Cette étude présente les données de 29 unités (10 centres/régions) ayant complété l'implantation (1 an). La période étudiée est celle de six mois avant l'implantation.

Méthode

Source des données

Les données clinico-administratives du système Projet Intégration Jeunesse (PIJ) ont été utilisées. Ce système constitue le dossier électronique des jeunes pris en charge en vertu de la LPJ et/ou de la LSJPA au Québec et contient des données standardisées et validées (Lacerte et al., 2014; Lavergne et al., 2005). Les intervenants y enregistrent les caractéristiques individuelles et familiales des jeunes de même que les services rendus et les interventions effectuées, incluant les mesures restrictives.

Échantillon

La plupart des 29 unités (10 centres/régions) étaient des CR (53,6%), 35,7% étaient des FG et le reste (10,7%) étaient d'autres types d'unités (p.ex., garde fermée ou ouverte, unité court terme). Tous les CR et les FG étaient sous le mandat de la LPJ, alors que les autres types d'unité étaient sous le mandat de la LSJPA. Près du cinquième des 29 unités (17,2%) avaient une spécialisation (p.ex., trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble du spectre autistique, trouble d'attachement); plus précisément, 13,3% des CR, 20% des FG et 33,3% des autres unités en avaient une.

Pour être inclus dans la présente étude, les jeunes devaient 1) avoir été placés dans l'une des 29 unités, 2) avoir été placés dans l'unité avant la fin de la période de six mois étudiée, et 3) s'ils avaient quitté l'unité, l'avoir fait après le début de la période de six mois étudiée. Un total de 324 enfants et adolescents rencontraient ces critères et leurs données ont été extraites. Les enfants avaient entre quatre et 19 ans (moyenne = 12,63, ÉT = 3,47). La plupart était des garçons (77,2%) et d'origine caucasienne (72,5%, sur la base de l'évaluation subjective de l'intervenant). La durée du séjour en unité (pendant la période de six mois étudiée) allait de un à 184 jours (moyenne = 108,10; ÉT = 67,63). Les motifs de prise en charge (motif principal le plus récent) étaient : troubles de comportement sérieux (33,0%), négligence ou risque de négligence (30,9%) – incluant l'abandon (n = 2), abus physique ou risque d'abus physique (16,7%), mauvais traitements psychologiques (7,4%) et abus sexuel ou risque d'abus sexuel (5,9%). Le motif de prise en charge n'était pas identifié pour 20 jeunes (6,2%). En moyenne, les jeunes cumulaient 3,1 principaux motifs de prise en charge différents au cours de leur vie (ÉT = 1,53), ce qui peut suggérer plusieurs formes de maltraitance au sein de l'échantillon.

Les mesures restrictives

Les données clinico-administratives sur la durée, le motif d'utilisation et le type de mesures restrictives utilisées ont été extraites. Les motifs d'utilisation enregistrés par les intervenants ont été recodés en deux grandes catégories : 1) protection (pour empêcher un jeune de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions) 2) autre (c.-à-d. toute autre raison qui n'inclut pas la protection du jeune ou d'autrui, par exemple, prévenir la destruction du matériel, non-respect des règles, retour de fugue, etc.). Ensuite, les types de mesures enregistrées par les intervenants ont été recodés en trois catégories 1) isolement, 2) contention (physique ou mécanique) et 3) retrait (retrait du groupe, de la pièce ou de l'unité). Tel que mentionné précédemment, au Québec, un retrait se qualifie d'isolement lorsque l'enfant est contraint, par des consignes verbales, de demeurer dans un lieu désigné d'où il ne peut sortir librement (Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, 2018). Les données clinico-administratives ne permettent pas de déterminer si des mesures enregistrées à titre de retraits auraient plutôt dû être enregistrées comme isolements, cependant, ceci est probable. Cela peut affecter la validité et la fidélité de nos données (CDPDJ, 2017), néanmoins, celles-ci demeurent conservatrices et restent les meilleures disponibles pour documenter l'utilisation des mesures restrictives chez les enfants et les adolescents en CR et en FG au Québec (Lavergne et al., 2005).

Pour chaque jeune, huit variables ont été créées : 1) le nombre total de mesures restrictives (contentions + isolements + retraits), 2) un ratio représentant le nombre total de mesures sur le nombre de jours passés à l'unité pendant la période de six mois étudiée, 3) la durée moyenne des mesures (en minutes), 4) un taux représentant le nombre de mesures utilisées à des fins de protection sur le nombre total de mesures, 5) un taux représentant le nombre de mesures qui n'ont pas été utilisées à des fins de protection sur le nombre total de mesures, 6) un taux représentant le nombre d'isolements sur le nombre total de mesures, 7) un taux représentant le nombre de contentions sur le nombre total de mesures et 8) un taux représentant le nombre de retraits sur le nombre total de mesures.

Analyses statistiques

Objectif 1 : identification des sous-groupes

Toutes les analyses ont été réalisées avec STATA (StataCorp, 2019). Dans le but d'identifier des sous-groupes au sein des enfants et des adolescents qui ont expérimenté des mesures restrictives, une analyse de profil latent a été utilisée (matrice de variance-covariance d'information observée [IOM]). D'abord, afin de sélectionner les indicateurs pour l'analyse, les corrélations entre les variables ont été examinées. Tel qu'attendu, le nombre total de mesures restrictives et le ratio représentant le nombre total de mesures par rapport au nombre de jours passés à l'unité étaient très fortement corrélés ($r = 0,889$). Ce dernier ratio a été sélectionné afin de prendre en considération la durée du séjour en unité. Pour le motif d'utilisation, l'indicateur de référence est le taux de mesures utilisées à des fins de protection. Pour les types de mesures, le taux d'isolements et le taux de retraits ont été sélectionnés à titre d'indicateurs de référence (le taux de retraits

et le taux de contentions étaient très fortement corrélés, $r = -0,951$). Ainsi, ces cinq indicateurs ont été utilisés dans l'analyse de profil latent : ratio nombre de mesures/nombre de jours, taux de protection, taux d'isolement, taux de retrait et durée moyenne des mesures.

Sur la base des recommandations de Masyn (2013), plusieurs modèles ont été testés jusqu'à ce que les modèles soient sur-identifiés ou ne convergent plus, puis les indices d'adéquation des modèles, incluant le *Loglikelihood* (LL), le *Akaike information criterion* (AIC; Akaike, 1974) et le *Bayesian information criterion* (BIC; Schwartz, 1978), ainsi que l'indice d'entropie – un indice de classification allant de 0 à 1 (Ramaswamy et al., 1993) – ont été considérés afin de choisir le meilleur modèle. Des valeurs LL, AIC et BIC plus faibles indiquent une meilleure adéquation entre le modèle et les données, alors qu'une valeur d'entropie plus élevée suggère une meilleure classification des individus dans les profils. De plus, tel que recommandé par Masyn (2013), la parcimonie et l'interprétabilité des modèles, ainsi que le nombre de jeunes dans chaque profil, ont été considérés dans le choix du modèle final.

Objectif 2 : prédiction de l'appartenance aux sous-groupes

Des analyses de régression logistique ont été utilisées afin de prédire l'appartenance aux profils précédemment identifiés. L'estimateur Maximum Likelihood (ML) a été utilisé. De plus, les données ont été nichées par unité à l'aide d'un estimateur robuste qui ajuste les erreurs standards pour la non-indépendance des observations (StataCorp, 2019). Les prédicteurs ont été regroupés en deux catégories sur la base du modèle de Roy et ses collègues (2019) : les caractéristiques individuelles des jeunes (âge, sexe, appartenance ethnique [caucasienne ou autre], motif de la prise en charge et nombre de motifs différents de prise en charge) et les caractéristiques environnementales (durée du séjour, mandat légal de l'unité [LPJ ou LSJPA], type d'unité [CR ou FG], spécialisation de l'unité [avec ou sans]).

Dans un premier temps, nous avons fait une régression logistique pour prédire le fait de vivre ou non des mesures restrictives. Dans un deuxième temps, nous avons fait une autre régression logistique pour prédire l'appartenance aux profils parmi les jeunes avec des mesures restrictives. Dans les deux cas, nous avons testé un modèle dans lequel seules les caractéristiques individuelles ont été entrées à titre de prédicteurs, un modèle dans lequel seules les caractéristiques environnementales ont été entrées, puis un modèle combinant les deux types de prédicteurs. Pour tous les modèles, la catégorie type d'unité « autre » a été exclue pour éviter la multicollinéarité car toutes ces unités étaient sous le mandat de la LSJPA. Puisque le motif de prise en charge n'était pas identifié pour 20 jeunes (6,2% de l'échantillon), les analyses de régression logistique ont été effectuées pour 304 jeunes.

Résultats

Objectif 1 : identification des sous-groupes

Au total, 5147 mesures restrictives ont eu lieu dans les 29 unités pendant la période de six mois étudiée. Onze mesures (0,2%) ont été identifiées comme des données extrêmes multivariées à l'aide des distances de Mahalanobis et ont été exclues, pour un total final de 5136 mesures. Ces mesures ont impliqué 168 enfants et adolescents (51,9% de l'échantillon) chez qui une analyse de profil latent a été utilisée afin d'identifier des sous-groupes.

Le tableau 1 présente les indices d'adéquation et d'entropie pour les modèles entre un et quatre profils (les modèles avec plus de profils étaient sur-identifiés ou ne convergeaient pas). Le modèle à deux profils a été choisi comme modèle final. En comparaison avec le modèle à un profil, il présentait de meilleurs indices d'adéquation (un modèle à un profil a nécessairement un indice d'entropie de 1 car la classification est parfaite). Il est vrai que le modèle à trois profils présentait de meilleurs indices d'adéquation que celui à deux profils, mais l'indice d'entropie était légèrement plus faible et l'un des profils ne comprenait que 16 jeunes. Le modèle à deux profils était plus parcimonieux et avait tout de même d'excellents indices d'adéquation, d'entropie et de probabilités postérieures d'appartenance aux profils (voir tableaux 1 et 2). La figure 1 montre les moyennes marginales prédites des deux profils latents sur les cinq indicateurs de mesures restrictives, alors que le tableau 3 présente les statistiques descriptives des jeunes sans mesure, des jeunes des deux profils latents ainsi que de l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 1. Indices d'adéquation et d'entropie des modèles de 1 à 4 profils.

| Modèle | LL | AIC | BIC | Entropie |
|-----------|----------|---------|---------|----------|
| 1 profil | -4373,20 | 8766,40 | 8797,64 | 1 |
| 2 profils | -4285,86 | 8603,72 | 8653,70 | 0,94 |
| 3 profils | -4236,75 | 8517,51 | 8586,24 | 0,93 |
| 4 profils | -4153,66 | 8363,33 | 8450,80 | 0,95 |

Tableau 2. Probabilité postérieure d'appartenance aux profils.

| Modèle | M (ÉT) | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| | Profil 1 | Profil 2 | Profil 3 | Profil 4 |
| 1 profil | 1 (0,00) | – | – | – |
| 2 profils | .98 (0,06) | .98 (0,07) | – | – |
| 3 profils | .97 (0,09) | .97 (0,08) | .97 (0,10) | – |
| 4 profils | .98 (0,05) | .97 (0,08) | .97 (0,09) | .99 (0,00) |

Tableau 3. Statistiques descriptives des jeunes sans mesure, des jeunes des deux profils latents et de tout l'échantillon.

| | Aucune mesure (n=156) | 1 (n=44) | 2 (n=124) | Tout l'échantillon (n=324) |
|---|--------------------------|----------------|----------------|-------------------------------|
| Caractéristiques individuelles | | | | |
| Âge | 12,76 (3,46) | 10,17 (2,46) | 13,37 (3,43) | 12,63 (3,47) |
| Sexe | | | | |
| <i>Garçons</i> | 106 (67,9%) | 32 (72,7%) | 112 (90,3%) | 250 (77,2%) |
| <i>Fille</i> | 50 (32,1%) | 12 (27,3%) | 12 (9,7%) | 74 (22,8%) |
| Appartenance ethnique | | | | |
| <i>Caucasienne</i> | 123 (78,8%) | 32 (72,7%) | 80 (64,5%) | 235 (72,5%) |
| <i>Autre</i> | 33 (21,2%) | 12 (27,3%) | 44 (35,5%) | 89 (27,5%) |
| Motif de prise en charge | | | | |
| <i>Troubles de comportement</i> | 56 (35,9%) | 8 (18,2%) | 43 (34,7%) | 107 (33,0%) |
| <i>Négligence</i> | 40 (25,6%) | 21 (47,7%) | 39 (31,4%) | 100 (30,9%) |
| <i>Abus physique</i> | 27 (17,3%) | 7 (15,9%) | 20 (16,1%) | 54 (16,7%) |
| <i>Mauvais traitements psychologiques</i> | 13 (8,3%) | 5 (11,4%) | 6 (4,8%) | 24 (7,4%) |
| <i>Abus sexuel</i> | 10 (6,4%) | 2 (4,5%) | 7 (5,6%) | 19 (5,9%) |
| <i>Inconnu</i> | 10 (6,4%) | 1 (2,3%) | 9 (7,3%) | 20 (6,2%) |
| Nombre de motifs de prise en charge | 2,99 (1,60) | 3,42 (1,53) | 3,01 (1,43) | 3,06 (1,53) |
| Caractéristiques environnementales | | | | |
| Durée du séjour | 74,82 (64,50) | 156,05 (43,61) | 132,97 (57,04) | 108,10 (67,63) |
| Loi | | | | |
| <i>LPJ</i> | 151 (96,8%) | 44 (100%) | 90 (72,6%) | 285 (88,0%) |
| <i>LSJPA</i> | 5 (3,2%) | 0 (0%) | 34 (27,4%) | 39 (12,0%) |
| Type d'unité | | | | |
| <i>CR</i> | 81 (51,9%) | 11 (25,0%) | 66 (53,2%) | 158 (48,8%) |
| <i>FG</i> | 70 (44,9%) | 33 (75,0%) | 23 (18,5%) | 126 (38,9%) |
| <i>Autre</i> | 5 (3,2%) | 0 (0%) | 35 (28,2%) | 40 (12,3%) |
| Spécialisation | | | | |
| <i>Sans</i> | 145 (92,9%) | 37 (84,1%) | 119 (96,0%) | 301 (92,9%) |
| <i>Avec</i> | 11 (7,1%) | 7 (15,9%) | 5 (4,0%) | 23 (7,1%) |

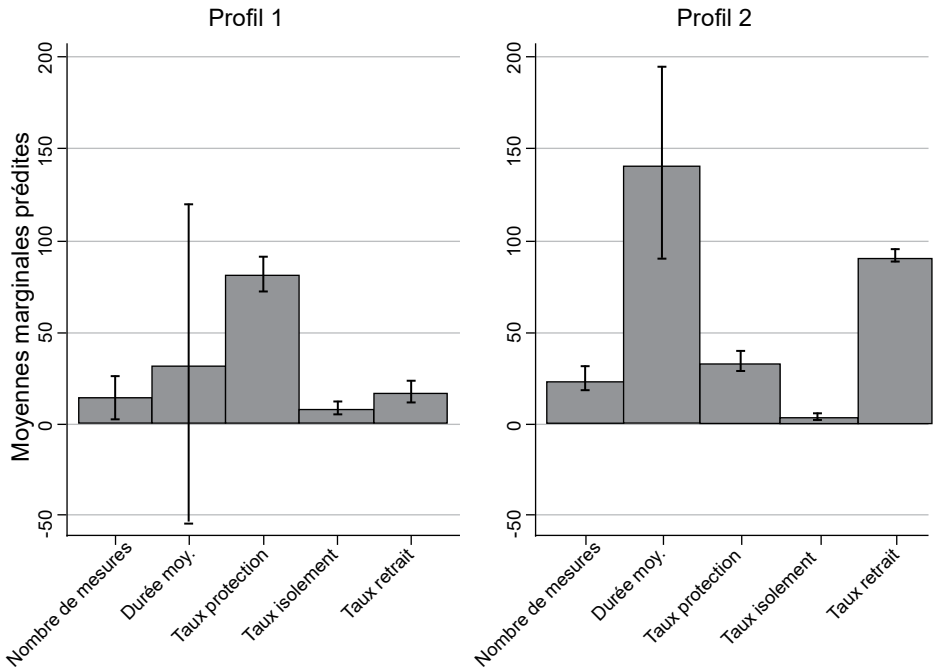


Figure 1. Moyennes marginales prédites des deux profils sur les cinq indicateurs de mesures restrictives.

Profil 1

Le profil 1 ($n = 44$) comprenait des jeunes qui avaient en moyenne 15 mesures restrictives ($\text{ÉT} = 5,97$); celles-ci étaient en majorité des contentions (74,06%) et surtout utilisées à des fins de protection (81,56%). La durée moyenne des mesures était de 32 minutes, mais variait beaucoup ($\text{ÉT} = 44,17$). Ce groupe était constitué d'enfants âgés en moyenne de 10 ans. Les enfants étaient en majorité des garçons (72,7%) d'origine caucasienne (72,7%). Près de la moitié des enfants de ce groupe était pris en charge pour négligence (47,7%). Ces enfants cumulaient en moyenne plus de 3 motifs différents de prise en charge au cours de leur vie. En moyenne, ils étaient hébergés cinq mois sur les six étudiés. Ils étaient tous placés dans une unité sous le mandat de la LPJ, et en majorité en FG (75%). Enfin, la plupart était placée dans des unités sans spécialisation, quoiqu'environ 15% étaient placés dans une unité offrant des services spécialisés.

Profil 2

Le profil 2 ($n = 124$) comprenait des jeunes qui avaient en moyenne 24 mesures restrictives ($\text{ÉT} = 3,35$); celles-ci étaient surtout des retraits (90,70%) et en majorité utilisées pour les raisons autres que la protection du jeune ou d'autrui (66,85%). La durée moyenne des mesures était de plus de 2 heures (142 minutes). Ce groupe comprenait des jeunes âgés en moyenne de 13 ans. Ils étaient presque tous des garçons (90,3%) et en majorité d'origine caucasienne, quoiqu'environ

le tiers (35,5%) appartenait à une minorité ethnique ou racisée. Le motif le plus fréquent de prise en charge était les troubles de comportement (34,7%) suivi par la négligence (31,4%). Ces jeunes cumulaient en moyenne 3 motifs différents de prise en charge au cours de leur vie. Ils étaient hébergés en moyenne quatre mois sur les six étudiés. La majorité était placée dans une unité sous le mandat de la LPJ (72,6%) et en CR (53,2%). Enfin, ils étaient presque exclusivement placés dans des unités sans spécialisation (96,0%).

Groupe sans mesure restrictive

Ce groupe (n = 156) était constitué de jeunes âgés en moyenne de 13 ans. En majorité, les jeunes étaient des garçons, quoique près du tiers (32,1%) étaient des filles. La plupart des jeunes était d'origine caucasienne (78,8%). Le motif le plus fréquent de prise en charge était les troubles de comportement (35,9%) suivi par la négligence (25,6%). Ces enfants cumulaient en moyenne 3 motifs différents de prise en charge au cours de leur vie. Ils avaient des séjours d'une durée moyenne de deux mois sur les six étudiés. Ils étaient presque tous placés dans une unité sous le mandat de la LPJ (96,8%) et en majorité en CR (51,9%). Enfin, la grande majorité était placée dans des unités sans spécialisation (92,9%).

Objectif 2 : prédiction de l'appartenance aux sous-groupes

Prédiction du fait de vivre des mesures restrictives

Dans un premier temps, nous avons fait une régression logistique pour prédire le fait de vivre des mesures restrictives, quel que soit le profil de mesures restrictives (jeunes des profils 1 et 2 combinés vs. jeunes sans mesure). Le modèle incluant les caractéristiques individuelles était significatif ($\chi^2(8) = 36,47, p < 0,000$), mais expliquait seulement 6,68% de la variance (Pseudo R^2 de McFadden). Le modèle incluant les caractéristiques environnementales était également significatif ($\chi^2(4) = 109,44, p < 0,000$) et expliquait 23,90% de la variance. Des tests de Wald ont indiqué que le modèle combinant les deux types de prédicteurs expliquait mieux les données que les deux modèles précédents (Wald $\chi^2(4) = 76,22, p < 0,000$ vs. modèle avec les caractéristiques individuelles seulement et Wald $\chi^2(8) = 37,41, p < 0,000$ vs. modèle avec les caractéristiques environnementales seulement). Ce modèle (Tableau 4) était significatif ($\chi^2(12) = 128,56, p < 0,000$) et expliquait 29,20% de la variance. Au niveau individuel, le fait d'avoir été pris en charge pour un plus grand nombre de raisons différentes (rapport de cote = 1,28) augmentait le risque de vivre des mesures restrictives alors que le fait d'être plus âgé (0,89) et d'être une fille (0,32) réduisaient le risque; au plan environnemental, le fait d'avoir un séjour plus long en unité (1,02) et d'être placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA (10,55) augmentaient le risque alors que le fait d'être placé en FG (vs. CR) le réduisait (0,35). Le fait d'être placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA était ainsi le facteur qui augmentait le plus le risque de vivre des mesures restrictives (de 10 fois).

Tableau 4. Résultats de la régression logistique prédisant le fait de vivre des mesures restrictives.

| | Coefficient (ES) | p | Rapport de cote | IC (95%) |
|--|---------------------|-------|--------------------|--------------|
| Caractéristiques individuelles | | | | |
| Âge | -0,11 (0,06) | 0,048 | 0,89 | 0,80 – 0,99 |
| Sexe (ref = garçons) | | | | |
| <i>Filles</i> | -1,14 (0,42) | 0,007 | 0,32 | 0,14 – 0,73 |
| Appartenance ethnique (réf = caucasienne) | | | | |
| <i>Autre appartenance ethnique</i> | 0,41 (0,38) | 0,277 | 1,51 | 0,23 – 3,17 |
| Motif de prise en charge (ref = trouble de comportement) | | | | |
| <i>Négligence</i> | 0,41 (0,33) | 0,214 | 1,51 | 0,79 – 2,87 |
| <i>Abus physique</i> | -0,14 (0,43) | 0,747 | 0,87 | 0,37 – 2,02 |
| <i>Mauvais traitements psychologiques</i> | 0,16 (0,54) | 0,763 | 1,18 | 0,41 – 3,37 |
| <i>Abus sexuel</i> | 0,70 (0,52) | 0,181 | 2,01 | 0,72 – 5,60 |
| Nombre de motifs de prise en charge | 0,25 (0,10) | 0,015 | 1,28 | 1,05 – 1,57 |
| Caractéristiques environnementales | | | | |
| Durée du séjour | 0,02 (0,00) | 0,000 | 1,02 | 1,01 – 1,02 |
| Loi (réf = LPJ) | | | | |
| <i>LSJPA</i> | 2,36 (0,48) | 0,000 | 10,55 | 4,09 – 27,25 |
| Type d'unité (réf = CR) | | | | |
| <i>FG</i> | -1,04 (0,47) | 0,027 | 0,35 | 0,14 – 0,89 |
| Spécialisation (réf = sans) | | | | |
| <i>Avec</i> | -0,51 (0,85) | 0,547 | 0,60 | 0,11 – 3,19 |
| <i>Modèle : χ^2 (12) = 128,56, $p < 0,000$, Pseudo-$R^2 = 0,2920$</i> | | | | |

Note. ES : erreur standard, IC : intervalle de confiance.

Prédiction de l'appartenance aux profils parmi les jeunes avec des mesures restrictives

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une autre régression logistique pour prédire l'appartenance au profil 2 (profil prédit) vs. le profil 1. Puisqu'aucun jeune dans le profil 1 n'était placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA, ce prédicteur n'a pas été inclus. Le modèle incluant seulement les caractéristiques individuelles était significatif (χ^2 (8) = 50,04, $p < 0,000$) et expliquait 20,63% de la variance. Le modèle incluant les caractéristiques environnementales était également significatif (χ^2 (3) = 22,44, $p < 0,000$) et expliquait 30,68% de la

variance. Des tests de Wald ont indiqué que le modèle combinant les deux types de prédicteurs expliquait mieux les données que les deux modèles précédents ($p < 0,000$ vs. modèle avec les caractéristiques individuelles seulement et $p = 0,032$ vs. modèle avec les caractéristiques environnementales seulement). Ce modèle (Tableau 5) était significatif ($\chi^2(11) = 48,08$, $p < 0,000$) et expliquait 40,77% de la variance. Au niveau individuel, le fait d'être une fille diminuait le risque d'appartenance au profil 2 (rapport de cote = 0,10); au plan environnemental, le fait d'avoir un séjour plus long en unité (0,98), d'être placé en FG (0,05) et dans une unité avec spécialisation (0,15) réduisaient aussi le risque. Le fait d'être placé en CR (vs. FG) était ainsi le facteur qui augmentait le plus le risque d'appartenance au profil 2 (de 20 fois).

Tableau 5. Résultats de la régression logistique prédisant l'appartenance aux profils parmi les jeunes avec des mesures restrictives (profil prédit : 2).

| | Coefficient (ES) | p | Rapport de cote | IC (95%) |
|--|------------------|-------|-----------------|--------------|
| Caractéristiques individuelles | | | | |
| Âge | 0,17 (0,16) | 0,275 | 1,19 | 0,87 – 1,62 |
| Sexe (ref = garçons) | | | | |
| <i>Filles</i> | -2,28 (0,83) | 0,006 | 0,10 | 0,02 – 0,52 |
| Appartenance ethnique (réf = caucasienne) | | | | |
| <i>Autre appartenance ethnique</i> | 0,27 (0,54) | 0,626 | 1,30 | 0,45 – 3,79 |
| Motif de prise en charge (ref = trouble de comportement) | | | | |
| <i>Négligence</i> | 1,02 (0,76) | 0,179 | 2,78 | 0,62 – 12,39 |
| <i>Abus physique</i> | 1,19 (1,09) | 0,276 | 3,28 | 0,39 – 27,78 |
| <i>Mauvais traitements psychologiques</i> | -0,18 (1,13) | 0,875 | 0,84 | 0,09 – 7,62 |
| <i>Abus sexuel</i> | 0,67 (0,82) | 0,413 | 1,96 | 0,39 – 9,80 |
| Nombre de motifs de prise en charge | -0,15 (0,15) | 0,309 | 0,86 | 0,64 – 1,15 |
| Caractéristiques environnementales | | | | |
| Durée du séjour | -0,02 (0,01) | 0,011 | 0,98 | 0,97 – 0,99 |
| Type d'unité (réf = CR) | | | | |
| <i>FG</i> | -2,97 (0,69) | 0,000 | 0,05 | 0,01 – 0,20 |
| Spécialisation (réf = sans) | | | | |
| <i>Avec</i> | -1,88 (0,70) | 0,008 | 0,15 | 0,04 – 0,61 |
| <i>Modèle : $\chi^2(11) = 48,08$, $p < 0,000$, Pseudo-$R^2 = 0,4077$</i> | | | | |

Note. ES : erreur standard, IC : intervalle de confiance.

Discussion

L'objectif général de cette étude était de mieux comprendre l'utilisation des mesures restrictives auprès des jeunes en CR et en FG afin d'améliorer les pratiques cliniques auprès de cette clientèle. Environ la moitié des jeunes de l'échantillon (48,2%) n'avait expérimenté aucune mesure restrictive pendant la période de six mois étudiée, alors que l'autre moitié (51,8%) en avait vécu une ou plus. À l'aide d'une analyse de profil latent, une approche statistique centrée sur les personnes (Laursen et Hoff, 2006; Masyn, 2013), nous avons identifié deux sous-groupes parmi les jeunes qui ont vécu au moins une mesure restrictive, appuyant l'hypothèse selon laquelle les jeunes en CR et en FG constituent une population hétérogène quant aux mesures restrictives. Ensuite, des régressions logistiques ont permis d'identifier si des caractéristiques individuelles et environnementales prédisaient 1) le fait de vivre ou non des mesures (quel que soit le profil) et 2) le profil spécifique parmi les jeunes avec des mesures.

Premièrement, les résultats ont montré que le fait d'avoir été pris en charge pour un plus grand nombre de raisons différentes, d'être plus jeune, d'être un garçon, d'avoir un séjour plus long en unité, d'être placé en CR et d'être placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA augmentaient le risque de vivre au moins une mesure. Il est plutôt préoccupant que ceux pris en charge pour un plus grand nombre de raisons (ce qui peut suggérer plusieurs formes de maltraitance) étaient plus à risque de vivre des mesures restrictives considérant que celles-ci peuvent les re-traumatiser (LeBel et al., 2012; SAMHSA, 2014). Deuxièmement, le fait d'être une fille, d'avoir un séjour plus long en unité, d'être placé dans une unité avec spécialisation et surtout d'être placé en FG augmentaient le risque de vivre des mesures, qui étaient pour la plupart des contentions, d'une durée d'environ 30 minutes et utilisées à des fins de protection (profil 1). À l'inverse, le fait d'être un garçon, d'avoir un séjour plus court en unité, d'être placé dans une unité sans spécialisation et d'être placé en CR augmentaient le risque de vivre des mesures qui étaient en majorité des retraits, d'une durée moyenne de plus de 2h et utilisées pour des raisons autres que la protection (p.ex., prévenir la destruction du matériel ou le non-respect des règles), donc, possiblement à des fins disciplinaires (profil 2). Bien que le fait d'être placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA n'ait pas été inclus à titre de prédicteur, cela peut aussi être considéré comme un facteur de risque parce que 34 jeunes du profil 2 vs. aucun du profil 1 étaient placés dans une telle unité.

Il est préoccupant que les retraits semblent utilisés à des fins disciplinaires car l'utilisation du retrait pose toujours le risque que la mesure puisse se qualifier d'isolement. Donc, bien que le retrait puisse être utile, il est à utiliser avec prudence d'où la nécessité que le retrait et son utilisation soient mieux définis et régulés (CDPDJ, 2017; Desrosiers et Lemonde, 2006-2007). Néanmoins, d'autres études sur l'utilisation du retrait chez les enfants et les adolescents hébergés en CR et en FG sont nécessaires.

Globalement, les résultats ont mis en évidence que les caractéristiques environnementales semblent plus associées à l'utilisation des mesures restrictives que les caractéristiques individuelles. Notamment, le fait d'être placé dans une

unité sous le mandat de la LSJPA augmentait de 10 fois le risque de vivre au moins une mesure. Lorsque les jeunes vivaient des mesures, le fait d'être placé en CR augmentait de 20 fois le risque d'appartenance à un profil caractérisé par des mesures assez nombreuses (moyenne de 24) qui étaient surtout des retraits, d'une durée moyenne de plus de 2h et utilisées à des fins disciplinaires. Au Québec, les CR et les unités sous le mandat de la LSJPA offrent un niveau d'encadrement plus élevé en comparaison avec les FG. Ces unités accueillent généralement des garçons plus âgés qui présentent des difficultés émotionnelles et comportementales importantes et/ou qui ont commis des actes criminels. Ces caractéristiques individuelles associées pourraient expliquer pourquoi le fait d'être placé dans un CR ou une unité sous le mandat de la LSJPA (des caractéristiques environnementales) ont été identifiées à titre de facteurs de risque. Aussi, d'autres caractéristiques plus systémiques des CR et des unités sous le mandat de la LSJPA (p.ex., climat ou approche) pourraient être en cause. Cependant, ces hypothèses devraient faire l'objet de recherches futures puisque ces variables et d'autres (p.ex., une mesure directe des traumatismes, les comportements intériorisés ou extériorisés ou la présence de problèmes de santé mentale chez les jeunes, les caractéristiques des intervenants; Bartlett et al., 2018; Geoffrion et al., 2020; Roy et al., 2019) n'ont pas été incluses dans cette étude.

Puisque nous avons utilisé une méthode statistique et de multiples indicateurs pour identifier des profils parmi les jeunes avec des mesures restrictives, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux des études antérieures dans lesquelles les jeunes ont été divisés en sous-groupes sur la base de seuils arbitraires établis seulement à partir du nombre de mesures vécues par les jeunes (dosReis et al., 2010; Leidy et al., 2006). Aussi, ces études portaient sur le nombre de contentions et d'isolements chez des adolescents (10-18 ans), alors que notre étude inclut également les retraits et des enfants plus jeunes. Leidy et al. (2006) avaient trouvé qu'avoir un séjour plus long en unité et être référé par le système de justice étaient associés à un plus grand nombre de contentions alors que dosReis et al. (2010) avaient montré que les filles étaient plus à risque que les garçons d'avoir un nombre plus élevé de contentions/isolements. Nos résultats reproduisent partiellement les leurs; nous avons trouvé qu'un séjour plus long en unité mettait à risque de vivre des contentions (profil 1) et que le fait d'être placé dans une unité sous le mandat de la LSJPA mettait à risque de vivre un grand nombre de retraits, mais peu de contentions. Dans notre étude, les filles étaient plus à risque de contentions (profil 1), alors que les garçons étaient plus à risque de vivre des retraits (profil 2). D'autres études sont nécessaires, mais l'utilisation des mesures restrictives semble différente auprès des garçons et des filles.

À l'encontre des études antérieures (dosReis et al., 2010; Leidy et al., 2006), nous n'avons pas trouvé que le fait d'être plus jeune, d'appartenir à une minorité ethnique ou racisée ou être pris en charge pour négligence (ou abandon) étaient associés à un plus grand nombre de mesures, mais la catégorie de référence (troubles de comportement) et/ou la puissance statistique pourraient être en cause. Par exemple, dans le profil 1, il y avait seulement 21 jeunes pris en charge pour négligence et 12 d'origine autre que caucasienne; avec plus de jeunes pris en charge pour négligence et d'origine non-caucasienne, ces variables auraient pu prédire significativement l'appartenance aux profils.

Implications cliniques et politiques

Il est assez encourageant que l'utilisation des mesures restrictives soit davantage associée à des facteurs environnementaux qu'à des facteurs individuels propres aux jeunes. Ce constat est un incitatif à des changements systémiques au sein des organisations. La présente étude constituait le niveau de base d'un projet en cours qui vise à évaluer l'impact de l'implantation d'une approche sensible aux traumatismes dans des CR et des FG au Québec. Les approches sensibles aux traumatismes sont « une manière de penser, d'organiser et de structurer les institutions sociales comme la santé, les services sociaux et l'éducation afin de mieux répondre aux besoins des individus exposés aux traumatismes » (Milot et al., 2018, p. 252). L'implantation de ces approches en CR et en FG reçoit un intérêt grandissant au Québec et ailleurs (Bailey et al., 2018; Bartlett et al., 2016) puisque plusieurs jeunes qui reçoivent ces services cumulent les traumatismes (Fischer et al., 2016; Pane et al., 2015), jusqu'à 80% au Québec, et que ceux-ci ont des conséquences nombreuses et complexes, par exemple, des symptômes de stress post-traumatique, de la dissociation et de l'évitement, des problèmes relationnels et d'attachement, des altérations de l'identité et du concept de soi ou des comportements dysfonctionnels (Collin-Vézina et al., 2011). Il est ainsi nécessaire de 1) réaliser l'ampleur des traumatismes et leurs impacts chez les jeunes, 2) reconnaître la présence de symptômes traumatiques, 3) répondre à leurs besoins avec des interventions appuyées par des données probantes et 4) résister à les re-traumatiser, notamment par l'utilisation de mesures restrictives (SAMHSA, 2014).

Des études en CR ont montré que l'implantation d'approches sensibles aux traumatismes entraînait des résultats positifs chez les jeunes (p.ex., diminution des symptômes de stress post-traumatique et des comportements intériorisés et extériorisés) et les intervenants (p.ex., changement des attitudes et des pratiques; Bailey et al., 2018; Bartlett et al., 2016; Roy et al., 2019). De plus, l'implantation de ces approches diminuerait l'utilisation des mesures restrictives. Notamment, à la suite de l'implantation du modèle Attachement, Régulation et Compétences (ARC; Blaustein et Kinniburgh, 2019) dans un CR et une école pour adolescentes avec un historique de traumatismes et de multiples placements (n = 126), Hodgdon et al. (2013) ont observé une diminution de 54% des contentions sur 21 mois. Dans un CR pour adolescents ayant vécu de multiples traumatismes et dans une unité pédopsychiatrique, Brown et al. (2012) ont implanté le *Trauma Systems Therapy* et ont observé une réduction de 80% des contentions et des isolements sur 12 mois. Par ailleurs, dans une étude réalisée en centres de détention pour adolescents, Ford et Hawke (2012) ont rapporté que la participation à une intervention de groupe sensible aux traumatismes (*Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy*; TARGET) était associée à moins d'isolements/de retraits. Au Québec, l'implantation d'une approche sensible aux traumatismes pourrait être une avenue prometteuse, particulièrement pour les unités sous le mandat de la LSJPA et les CR, puisque le fait d'être placé dans ces unités constituait les plus importants facteurs de risque dans la présente étude.

Forces et limites

Malgré les efforts pour s'assurer que le système PIJ contienne des données standardisées et validées (Lacerte et al., 2014; Lavergne et al., 2005), la validité et la fidélité des données restent tributaire de la qualité des informations enregistrées par les intervenants. Ces derniers ont l'obligation d'y inscrire toute mesure restrictive (MSSS, 2002), mais la façon de le faire n'est pas toujours standardisée. Cela entraîne trois limites pour la présente étude. Premièrement, les mesures restrictives peuvent être enregistrées sous plusieurs catégories d'activités cliniques (Lacerte et al., 2014). Ainsi, certaines mesures restrictives peuvent être enregistrées sous de très larges catégories (p.ex., « chronologie des événements ») alors que d'autres peuvent être enregistrées sous la catégorie plus spécifique « mesures particulières ». Dans cette étude, les données sont plutôt conservatrices puisque seules les mesures enregistrées dans cette dernière catégorie ont été extraites. Néanmoins, la fréquence des mesures a pu être sous-estimée et plus particulièrement celle des retraits. En effet, des retraits ont pu être enregistrés sous d'autres catégories plus larges parce que, au contraire de la contention et de l'isolement, le retrait n'est pas défini ni régulé par des lois (CDPDJ, 2017; Ford et Hawke, 2012; MacLeish et Landau, 1989; Peter, 2005; Ryan et al., 2007).

Deuxièmement, les données clinico-administratives ne permettent pas de déterminer si des mesures enregistrées en tant que retraits auraient plutôt dû être enregistrées en tant qu'isolements. En conséquence, la fréquence des isolements a pu être sous-estimée alors que celle des retraits sur-estimée. Puisque la fréquence des retraits a aussi pu être sous-estimée (ci-haut), les données quant aux retraits doivent être interprétées avec prudence, d'où l'importance que cette mesure soit mieux définie et son utilisation mieux régulée.

Troisièmement, comme la CDPDJ (2017) considère que les durées enregistrées pour certains isolements ne reflétaient pas bien la réalité, celles-ci doivent également être interprétées avec prudence. Pour augmenter la validité et la fidélité des données clinico-administratives quant aux mesures restrictives, il est essentiel que la façon de les enregistrer soit standardisée.

Par ailleurs, tel que mentionné précédemment, une autre limite est que l'appartenance ethnique du jeune et le motif de prise en charge enregistrés dans PIJ sont basés sur l'évaluation subjective de l'intervenant. Or, puisque seuls les principaux motifs de prise en charge ont été extraits, l'ensemble des motifs de prise en charge (principaux et secondaires) des jeunes n'ont pas été pris en considération dans la présente étude.

Malgré les limites précédentes, les données clinico-administratives restent les meilleures données disponibles pour documenter l'utilisation des mesures restrictives chez les enfants et les adolescents pris en charge en vertu de la LPJ et/ou de la LSJPA au Québec (Lacerte et al., 2014; Lavergne et al., 2005). De plus, elles offrent de nombreux avantages, notamment, l'utilisation secondaire de données existantes et le recours à un grand échantillon d'enfants et d'adolescents placés en unité. Néanmoins, des études futures pourraient utiliser des méthodes mixtes pour compléter les données clinico-administratives (p.ex., appartenance ethnique

rapportée par le jeune et/ou sa famille, analyse qualitative des notes et des rapports des intervenants sur l'utilisation des mesures restrictives, entrevue avec les jeunes et les intervenants sur leurs expériences en rapport avec les mesures restrictives).

Conclusion

Cette étude a mis en lumière des profils d'enfants et d'adolescents hébergés en CR et en FG qui se distinguent non seulement quant aux mesures restrictives qu'ils vivent, mais aussi eu égard à des caractéristiques individuelles et environnementales. En effet, plusieurs facteurs de risque ont pu être identifiés au niveau individuel et surtout environnemental, le fait d'être placé en CR et/ou dans une unité sous le mandat de la LSJPA étant les plus importants. L'identification de tels facteurs laisse croire que des changements systémiques sont nécessaires pour améliorer les pratiques cliniques auprès de ces jeunes. Les approches sensibles aux traumatismes semblent une avenue prometteuse pour repenser et restructurer les organisations afin de mieux répondre aux besoins des jeunes et, ultimement, réduire l'utilisation des mesures restrictives et les possibilités de re-traumatisation au sein du système.

Références

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE transactions on automatic control*, 19(6), 716-723.
- Bailey, C., Klas, A., Cox, R., Bergmeier, H., Avery, J. et Skouteris, H. (2018). Systematic review of organisation-wide, trauma-informed care models in out-of-home care (OoHC) settings. *Health et Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.12621>
- Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H. et Bodian, R. (2016). Trauma-informed care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreatment*, 21(2), 101-112. <https://doi.org/10.1177/1077559515615700>
- Berzlanovich, A. M., Schopfer, J. et Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27-32. <https://doi.org/10.3238/arztbl.2012.0027>
- Blaustein, M., et Kinniburgh, K. (2019). *Treating traumatic stress in children and adolescents: how to foster resilience through attachment, self-regulation and competency* (Second ed.). The Guilford Press.
- Brown, J. D., Barrett, K., Ireys, H. T., Allen, K., Pires, S. A., Blau, G. et Azur, M. (2012). Seclusion and restraint practices in residential treatment facilities for children and youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 87-90. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01128.x>
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9323-8>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse [CDPDJ] (2017). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/Etude_isolement_contention.pdf
- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.2.266>

- Desrosiers, J. et Lemonde, L. (2006-2007). Les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse concernant les mesures privatives de liberté dans les centres de réadaptation. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 37(2), 393-439. <https://doi.org/https://doi.org/10.17118/11143/11839>
- Directeurs de la Protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux (2018). *La cause des enfants tatouée sur le cœur: Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux*. https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/cissss_laval/Soins_et_services/Protection_de_la_jeunesse/Bilan2018Vweb.pdf
- dosReis, S., McCulloch, J. R., Colantuoni, E., Barnett, S. R., Pruitt, D., Zachik, A. et Riddle, M. A. (2010). Early identification of seclusion and restraint patterns during adolescents' course of residential treatment. *Residential Treatment for Children et Youth*, 27(3), 160-174. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2010.500145>
- Farragher, B. (2002). A system-wide approach to reducing incidents of therapeutic restraint. *Residential Treatment for Children et Youth*, 20(1), 1-14.
- Fischer, S., Döllitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M. et Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 67, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.013>
- Ford, J. D. et Hawke, J. (2012). Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment et Trauma*, 21(4), 365-384. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.673538>
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Fraser, S., Lafortune, D. et Dumais, A. (2020). Worker and perceived team climate factors influence the use of restraint and seclusion in youth residential treatment centers: Results from a mixed-method longitudinal study. *Child Abuse et Neglect*, 104825. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104825>
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E. et Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9531-z>
- Kennedy, S. S. et Mohr, W. K. (2001). A prolegomenon on restraint of children: Implicating constitutional rights. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 26-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.26>
- Lacerte, D., Nadeau, D. et Tremblay-Roy, J. (2014). Maximiser l'utilisation des bases de données administratives en recherche sociale au bénéfice des enfants vulnérables. *Service social*, 60(1). <https://doi.org/10.7202/1025135ar>
- Laursen, B. P. et Hoff, E. (2006). Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377-389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Lavergne, C., Clément, M.-E. et Labrecque, S. (2005). *PIBE: l'information au service de la recherche pour le bien-être et la protection des enfants*. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être de enfants. www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets
- LeBel, J., Huckshorn, K. A. et Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 168-187.
- LeBel, J., Nunno, M. A., Mohr, W. K. et O'Halloran, R. (2012). Restraint and seclusion use in U.S. school settings: Recommendations from allied treatment disciplines. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 75-86. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01134.x>
- Leidy, B. D., Haugaard, J. J., Nunno, M. A. et Kwartner, J. K. (2006). Review of restraint data in a residential treatment center for adolescent females. *Child and Youth Care Forum*, 35, 339-352. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9026-7>

- Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2 (2020). <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- MacLeish, R. et Landau, R. J. (1989). When does time-out become seclusion, and what must be done when this line is crossed. *Residential Treatment for Children et Youth*, 6(2), 33-38. https://doi.org/10.1300/J007v06n02_05
- Massachusetts Office of the Child Advocate (2018). *Office of the child advocate annual report fiscal year 2017*. <https://www.mass.gov/orgs/office-of-the-child-advocate>
- Masyn, K. E. (2013). Latent Class Analysis and Finite Mixture Modeling. In T. D. Little (Ed.), *The Oxford Handbook of Quantitative Methods* (Volume 2: Statistical Analysis, pp. 551-611). Oxford University Press.
- Matte-Landry, A. et Collin-Vézina, D. (2020). Restraint, seclusion and time-out among children and youth in group homes and residential treatment centers: a latent profile analysis. *Child Abuse and Neglect*, 109, 104702. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104702>
- McGlinn, C. (2005). *The effect of federal regulations on the physical restraint of children and adolescents in residential treatment with an analysis of client, staff and environmental variables* (Publication No. 3203023) [Thèse doctorale, Temple University]. ProQuest Dissertations et Theses Global. <https://search-proquest-com.proxy3.library.mcgill.ca/central/docview/305393479/A231896A55E4E16PQ/1?accountid=12339>
- Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles aux traumatismes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (Eds.), *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 251-272). Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000634/?etdate=DESCetsujet=contention-et-isolementetcritere=sujet>
- Pane, H. T., Farmer, E. M., Wagner, H. R., Maulsby, L. T. et Burns, B. J. (2015). Patterns of maltreatment and diagnosis across levels of care in group homes. *Child Abuse and Neglect*, 42, 72-83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.008>
- Peter, M. M. (2005). *Examining the relationship between reinforcement ratios and seclusion rates in residential treatment* (Publication No. 3196272) [Thèse doctorale, The Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations et Theses Global. <https://search-proquest-com.proxy3.library.mcgill.ca/docview/305371676?accountid=12339>
- Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, R-16 (2018). https://www.ciussc-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/dsi_protocole-utilisation-mesures-controle_r-16.pdf
- Public Health Agency of Canada (2010). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect - 2008: Major Findings*. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/CIS-2008-rprt-eng.pdf>
- Ramaswamy, V., DeSarbo, W. S., Reibstein, D. J. et Robinson, W. T. (1993). An empirical pooling approach for estimating marketing mix elasticities with PIMS data. *Marketing Science*, 12(1), 103-124.
- Roy, C., Castonguay, A., Fortin, M., Drolet, C., Franche-Choquette, G., Dumais, A., Lafortune, D., Bernard, P. et Geoffrion, S. (2019). The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. *Trauma Violence and Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838019843196>

- Ryan, J. B., Peterson, R., Tetreault, G. et Vander Hagen, E. (2007). Reducing seclusion timeout and restraint procedures with at-risk youth. *The Journal of At-risk Issues*, 13(1), 7-12.
- Schwartz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6, 461-464.
- Sourander, A., Ellila, H., Valimaki, M. et Piha, J. (2002). Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child et Adolescent Psychiatry*, 11(4), 162-167. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0274-2>
- StataCorp (2019). *Stata Statistical Software: Release 16* [Logiciel]. StataCorp LLC.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/SAMHSA_Concept_of_Trauma_and_Guidance.pdf
- Thomann, J. (2009). *Factors in restraint reduction in residential treatment facilities for adolescents* (Publication No. 3382646) [Thèse doctorale, Massachusetts School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations et Theses Global. <https://search.proquest.com/openview/5cfe8072c3aa229f266d9cf352137f6/1?cbl=18750etdiss=yetpq-origsite=gscholar>
- United States General Accountability Office (2009). *Seclusions and restraints: Selected cases of death and abuse at public and private schools and treatment centers*. <https://www.gao.gov/assets/130/122526.pdf>
- Williams, J. L. (2009). *An exploratory investigation of the relationship between selected strength -based constructs with adolescents in residential treatment* (Publication No. 3370368) [Thèse doctorale, Adler School of Professional Psychology]. ProQuest Dissertations et Theses Global. <https://proxy.library.mcgill.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/305148432?accountid=12339>