

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTIONS ET D'ISOLEMENT : LES
CONSÉQUENCES SUR LES CAPACITÉS D'ADAPTATION DES JEUNES ET
DES INTERVENANTS EN CENTRE DE RÉADAPTATION, SELON LA
THÉORIE DE CUMMINGS *ET AL.* (2000)**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ANNE-SOPHIE D'ANJOU-BARRIEAU**

JUIN 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

François-Xavier Charlebois

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

François-Xavier Charlebois

Directeur de recherche

Sabrina Bolduc

Évaluateur

Résumé

Les Centres de Réadaptation (CR), pour jeunes en difficulté d'adaptation, agissent sous la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ) pour assurer la sécurité et l'intégrité des enfants en situation de vulnérabilité. Les jeunes en CR ont, dans bien des cas, vécu des traumatismes en lien avec les violences et la négligence qu'ils ont subies, ce qui détermine leurs capacités d'adaptation et leurs comportements (Ledoux, 2012; Zelechowski *et al.*, 2013, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021; Mathieu et Geoffrion, 2021). Ces jeunes sont susceptibles de composer avec des difficultés relationnelles, une faible estime de soi, des troubles d'attachement, de trauma complexe et de présenter des comportements extériorisés tels que l'agressivité et l'opposition (Cummings *et al.*, 2006, cité dans Milot *et al.*, 2018; Dozier et Rutter, 2008; Smyke *et al.*, 2010, cité dans Bisaillon *et al.*, 2015; Colle-Plamondon, 2014). Ces comportements représentent des défis pour les intervenants qui agissent en CR. Lorsque ces comportements sont agis, les intervenants doivent intervenir dans une perspective réadaptative, tout en respectant les principes déontologiques et éthiques.

L'utilisation des mesures de contention et d'isolement (MCI), est parfois nécessaire pour assurer la sécurité des jeunes et des intervenants. Toutefois, ces mesures soulèvent des questions légales et éthiques. Malgré les balises encadrant les MCI, des études montrent qu'elles sont souvent surutilisées et qu'elles présentent des conséquences négatives sur les jeunes et les intervenants. L'objectif de cet essai consiste à discuter des conséquences de ces pratiques sous l'angle de la théorie psychodéveloppementale de Cummings *et al.* (2000), afin de mieux comprendre leurs conséquences sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants. Un total de 16 articles ont été sélectionnés dans les bases de données PsycInfo et Érudit. Les résultats sont triés et analysés à partir des quatre composantes de la théorie psychodéveloppementale; les réponses cognitives, émotionnelles, comportementales et physiologiques.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à François-Xavier Charlebois, professeur au département de psychoéducation et de travail social de l'UQTR, mon directeur de recherche, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Grâce à ton professionnalisme rigoureux, à ta patience et à tes précieux conseils, j'ai pu approfondir mes réflexions et surmonter les défis que j'ai rencontrés tout au long de la rédaction. Ce processus a représenté une source importante de stress et d'incertude pendant mon parcours de maîtrise, mais ton soutien bienveillant m'a permis d'avancer avec plus de confiance. Ton accompagnement m'a permis de grandir sur le plan académique et professionnel, et j'ai eu beaucoup de chance d'avoir été accompagnée et d'avoir pu apprendre en ta compagnie.

Je tiens à remercier mon conjoint Hugo, qui m'a soutenu émotivement à travers la rédaction de mon essai. Merci de m'avoir écouté et de m'avoir encouragé dans les différentes étapes de mon travail. Malgré tes engagements personnels et professionnels, tu a su être soutenant dans ce projet. Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenu dans la réalisation de mon essai.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements	iv
Avant-propos	iii
Introduction	1
Problématique.....	3
Le contexte spécifique des Centres de réadaptation	3
Les parcours et le profil comportemental des jeunes en Centre de réadaptation	4
Les enjeux liés à l’usage des mesures de contention et d’isolement dans les Centres de réadaptation	6
Les enjeux légaux	6
Les enjeux liés à l’intervention	7
Objectif de la recherche.....	8
Cadre conceptuel	10
La théorie psychodéveloppementale de Cummings <i>et al.</i> (2000).	10
Les mesures de contention et d’isolement (MCI).....	12
Les Centres de Réadaptation (CR)	13
Les intervenants et les jeunes en CR	13
Méthodologie	14
Mots clés.....	14
Tableau 1	14
Mots clés utilisés pour la recension des écrits	14
Résultats	16
Présentation des études	16
Présentation des données	17
Conséquences pour les jeunes	18
Cognitives	18
Émotionnelles	18
Comportementales	19

Physiologiques	20
Conséquences pour les intervenants	20
Cognitives	20
Émotionnelles	21
Comportementales	21
Physiologiques	22
Conséquences positives	22
Pour les jeunes	22
Pour les intervenants	22
Discussion	23
Conséquences sur les capacités d'adaptation pour les jeunes	23
Conséquences cognitives	23
Émotionnelles	24
Comportementales	25
Physiologiques	25
Conséquences sur les capacités d'adaptation pour les intervenants	26
Cognitives	26
Émotionnelles	26
Comportementales	27
Physiologiques	27
Conséquences positives	28
Conséquences pour les jeunes.....	28
Conséquences pour les intervenants	28
Conclusion.....	29
Forces et limites	30
Références	31
Appendice A. Extraction des articles	35
Méthode de recension pour la base de donnée <i>PsycInfo</i>	35
Méthode de recension pour la base de donnée <i>Érudit</i>	39
Diagramme de flux	42
Appendices B. Extraction des données	43
Appendice C. Catégorisation des résultats	49

Avant-propos

Mon intérêt pour le thème des mesures de contention et d'isolement est issu de ma pratique professionnelle. Avant d'entamer cette recherche, je concevais que ces mesures étaient néfastes et même traumatisantes pour les jeunes ayant un lourd vécu traumatique. Ma préconception de l'usage de ces mesures n'est donc pas neutre. À titre d'éducatrice spécialisée, j'ai travaillé dans les Centres de réadaptation, lors de mon parcours universitaire, où les mesures restrictives sont présentes au quotidien et où j'ai été témoin de plusieurs incidents critiques. Par exemple, j'ai observé une augmentation de la détresse chez les jeunes qui les subissaient. De plus, j'ai pu constater que l'application des MCI variait d'un éducateur à l'autre et qu'elles avaient un impact pour le personnel œuvrant auprès de ces jeunes. J'interprétais que parfois, les mesures restrictives étaient appliquées pour combler le sentiment de sécurité de l'intervenant, ou encore en lien avec une intention punitive, sans prendre en considération les causes sous-jacentes des comportements et les conséquences possibles pour le développement de l'enfant. C'est cet angle crucial qui retient mon attention en particulier pour cet essai.

Introduction

Au Québec, la Loi sur la Protection de la jeunesse (LPJ) régit les services qui sont offerts aux familles et qui ont comme mission d'assurer la sécurité et l'intégrité de l'enfant (Légis Québec, 2024). Au Québec, en 2024, 51,4% des enfants, dont le signalement était retenu et qui recevaient des services sous la LPJ, étaient maintenus dans leur milieu familial. Le pourcentage restant, qui inclut 48,6% des enfants suivis en LPJ, étaient soit confiés à des tiers significatifs, dans une ressource de type familiale ou étaient placés en Centre de Réadaptation (CR) (Centre Intégré de Santé et Services Sociaux de Chaudières-Appalaches, 2024). La décision de placement (en CR), basée sur la LPJ, bien qu'elle soit essentielle pour la protection de l'enfant, doit lui porter le moins de préjudice possible (Rossi et *al.*, 1999, cité dans Tourigny et *al.*, 2010). Pourtant, plusieurs auteurs rapportent que le placement lui-même ainsi que l'expérience des CR peuvent porter préjudice aux enfants, ce qui accentue les problématiques comportementales et psychologiques (Pauzé, 2000; Dozier et Rutter, 2008; Smyke et *al.*, 2010, cité dans Bisailon et *al.*, 2015).

Un de ces préjudices concerne l'utilisation des mesures de contention et d'isolement (MCI). Celles-ci sont des mesures d'exception visant à protéger la sécurité du jeune par la contrainte (Steckley et Kendrick, 2008). Elles sont nécessaires lorsque les comportements suscitent un danger imminent. Toutefois, elles peuvent porter préjudice aux enfants et aux adolescents et, en ce sens, elles soulèvent des enjeux sur le plan légal ou sur le plan de l'intervention sur lesquels je reviendrai.

La problématique sur laquelle porte cet essai est d'une criante actualité. À l'automne 2024, des reportages médiatiques ont soulevé des questions sur le respect des droits des enfants dans les milieux de réadaptation. Au Centre jeunesse de Laval, des enfants ont été blessés suite à l'utilisation de contentions (Allard, 2024; Boily et Gentile, 2024). Plusieurs objections ont été exprimées, notamment par des parents, mais aussi par le ministre responsable des Services sociaux quant à l'usage abusif des mesures d'isolement et de contention. Des enquêtes ont été ordonnées et les résultats sont toujours attendus pour faire la lumière sur ces pratiques.

Cet essai porte sur cette problématique d'actualité et vise à mieux comprendre les conséquences des MCI sur les personnes qui les subissent, ou les pratiquent. Les témoignages rapportés par les médias et les écrits scientifiques, conjugués à mon expérience en Centre de réadaptation, soulèvent des préoccupations sur les impacts psychologiques et comportementaux des MCI, non seulement sur les jeunes, mais également sur les intervenants qui doivent appliquer ces mesures. En ce sens, cet essai vise à documenter les conséquences des MCI sur les capacités d'adaptation des acteurs au cœur des Centres de Réadaptation, soit les jeunes et les intervenants.

D'abord, afin de bien comprendre la problématique de l'usage des MCI, je présenterai le contexte et le profil particulier des jeunes hébergés en CR. Puis, je soulèverai les enjeux liés à l'usage des mesures restrictives dans les milieux de réadaptation. Ce propos permettra d'identifier les raisons pour lesquelles il est indispensable de s'intéresser aux conséquences des mesures de contrôle dans ce contexte d'intervention. À la lumière de cette problématique, j'ai choisi de comprendre les conséquences des MCI sous l'angle du développement des capacités d'adaptation. La théorie psychodéveloppementale de Cummings *et al.* (2000), m'a permis d'atteindre cet objectif. Je justifierai ces choix dans la section prévue à cet effet. Dans la section suivante, je présenterai, à partir des concepts clés de la théorie psychodéveloppementale, une proposition de classification des différentes conséquences des mesures restrictives sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants. Ainsi, il sera possible, dans la section discussion, de dégager des hypothèses et des interprétations quant aux impacts des MCI sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants. Du point de vue de la théorie psychodéveloppementale, ces impacts influenceront leur fonctionnement sur le long court.

Problématique

Les prochaines sections permettront d'identifier la pertinence de la problématique de cet essai. Pour ce faire, je dresserai d'abord un portrait du contexte des Centres de Réadaptation et des particularités qui en découlent. Ensuite, j'exposerai sommairement le profil et les parcours des jeunes qui se retrouvent hébergés dans les CR. Ceux-ci sont, dans bien des cas, marqués par un vécu traumatique et complexe, et cela induit certains comportements dans les CR. La dernière section portera sur les enjeux légaux et cliniques liés à l'usage des mesures de contrôle.

Le contexte spécifique des Centres de réadaptation

Au Québec, les Centres de Réadaptation (CR) pour jeunes, sous la gouverne de la Protection de la Jeunesse, prennent en charge les enfants âgés de 6 à 18 ans moins un jour (Gouvernement du Québec, 2023). Leur mission consiste à offrir des services visant la réadaptation et la réintégration sociale de l'enfant en difficulté d'adaptation (MSSS, 2018). La plupart des jeunes pris en charge dans les CR le sont sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) et une faible proportion le sont sous la Loi sur le système de justice pénal pour adolescents (LSJPA), qui s'adresse aux jeunes ayant commis des délits. Au Québec, en mars 2024, les CR et ressources intermédiaires (RI) étaient le milieu de vie de 8,8% des jeunes qui sont sous la responsabilité des services de la LPJ, soit 3 051 jeunes. On comptait également 230 jeunes qui étaient en mise sous garde dans le cadre de la LSJPA (CISSS de Chaudières-Appalaches, 2024).

La LPJ permet d'imposer un régime de protection lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis ou à risque de l'être. Le placement en CR est une mesure exceptionnelle qui est déterminée lorsque le milieu familial n'est pas en mesure de combler les besoins de l'enfant, quand le placement en famille d'accueil n'est pas envisageable en raison de l'intensité des besoins de l'enfant, ou encore, lorsque les ressources ne sont pas disponibles (Matte-Landy et Collin-Vézina, 2021; Domullard *et al.*, 2023).

Les parcours et le profil comportemental des jeunes en Centre de réadaptation

Dans cette section, je présenterai d'abord des éléments liés au parcours des jeunes hébergés en CR et les impacts du vécu traumatique sur leurs capacités d'adaptation. Ensuite, je décrirai le profil comportemental des jeunes dans les CR.

Premièrement, le parcours de vie des jeunes hébergés en Centre de Réadaptation (CR) est souvent marqué par des expériences de violence, notamment familiale, qui ont de nombreuses conséquences sur leur développement. Effectivement, des recherches menées sur les histoires de vie des jeunes mettent en lumière la relation entre leurs antécédents de violence et de négligence, leur historique de placement et leurs enjeux d'attachement (Ledoux, 2012; Zelechowski *et al.*, 2013, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). Nous savons que les enfants âgés de 6 à 11 ans placés en hébergement cumulent généralement davantage de facteurs de risque¹ que ceux suivis par les services dans le milieu familial (Pauzé *et al.*, 2000, cité dans Bisailon *et al.*, 2015). Plusieurs auteurs suggèrent que le placement lui-même est considéré comme un facteur aggravant, puisqu'il implique une rupture avec les figures parentales de l'enfant. Certains auteurs caractérisent cette rupture comme étant traumatique, puisqu'elle peut entraîner des perturbations à la fois comportementales et physiologiques (Dozier et Rutter, 2008; Lawrence, Carlson et Egeland, 2006; Rosenfeld *et al.*, 1997; Stovall-McClough et Dozier, 2004, cité dans Bisailon *et al.*, 2015). Ainsi, les difficultés liées aux traumatismes familiaux ont de grands impacts sur les capacités d'adaptation des jeunes et de manière observable, leurs comportements (Mathieu et Geoffrion, 2021).

Les jeunes ayant été confrontés à des contextes répétitifs de violence sont sujets à souffrir de trauma complexe. Ce concept, tel que défini par Cook (2005, cité dans Milot *et al.*, 2021) renvoie à des situations de violence chroniques, prolongées, qui ont des conséquences importantes sur un ensemble de sphères de vie : neurologique, cognitive, affective et biologique (Milot *et al.*, 2021). Lorsque leur intégrité physique et psychologique est compromise, ces jeunes

¹ Un facteur de risque renvoie à la présence de caractéristiques personnelles et environnementales qui accroissent la probabilité de la personne à développer des troubles de comportements ou pathologiques, qui la place en situation de vulnérabilité (Douville et Bergeron, 2017).

développent des stratégies de survie pour s'adapter à leur environnement (van der Kolk, 2014, cité par Grisé Bolduc, 2022). Cette activation constante du système d'alerte peut causer un état d'hypervigilance. Ainsi, cet état de stress chronique nuit au développement des fonctions exécutives, essentielles à la régulation émotionnelle, à la planification et à la prise de décision (Grisé Bolduc, 2022). De plus, les situations de violence sont initiées par le donneur de soin, souvent le parent, ce qui provoque des sentiments aversifs chez l'enfant, tel un sentiment de trahison (Milot *et al.*, 2021). Ce contexte de vie entraîne des difficultés identitaires et relationnelles, une hypersensibilité à la violence et des comportements dysfonctionnels (Cummings *et al.*, 2006, cité dans Milot *et al.*, 2021).

Selon Collin-Vézina et ses collaborateurs (2011, cité dans Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021), au moins 80 % des adolescents en CR ont vécu des situations de maltraitance, tel que des abus, ou des situations de négligence. Or, la maltraitance est identifiée comme un facteur majeur menant à l'attachement désorganisé, qui peut se traduire par des comportements incohérents ou atypiques chez l'enfant (Cyr *et al.*, 2010; van IJzendoorn *et al.*, 1999, cité dans Bisaillon *et al.*, 2015). De nombreux enfants hébergés développent un attachement insécurisant envers leur milieu d'accueil, influencé à la fois par leurs antécédents de maltraitance et par leur attachement initial envers leurs propres parents (Dozier et Rutter, 2008; Smyke *et al.*, 2010, cité dans Bisaillon *et al.*, 2015). Ces expériences traumatiques expliquent en partie les comportements inadaptés observés en hébergement, tels que de l'opposition, des troubles de consommation ou de conduites (Colle-Plamondon, 2014; Conn, Szilagyi, Jee, Blumkin, & Szilagyi, 2015; DuRoss, Fallon, Black, & Allan, 2010; Engler, Sarpong, Van Horne, Greeley, & Keefe, 2022; Geoffrion & Ouellet, 2013, cité dans Talbot, 2022). Toutefois, paradoxalement, les causes de ces comportements soient peu prises en compte par les intervenants (Colle-Plamondon, 2014).

Deuxièmement, le profil comportemental des jeunes hébergés en CR reflète plusieurs défis à l'égard du développement des capacités d'adaptation. D'abord, en plus de s'adapter aux changements inhérents à l'adolescence, ces jeunes doivent s'adapter à un nouvel environnement, se distancer de leurs parents (Gaudet et Chagnon, 2003 ; Marcotte *et al.*, 2001, cité dans Simard

et al., 2023) et établir de nouvelles relations dans leur unité de vie (Simard *et al.*, 2023). Pour plusieurs, les ruptures relationnelles et les situations de violence entraînent une baisse de l'estime de soi, des sentiments de colère, de honte ou d'amertume face à leur passé, ainsi qu'un sentiment d'exclusion et de stigmatisation (Marcotte *et al.*, 2023). En plus de vivre divers défis au niveau identitaire et affectif, les jeunes vivent des difficultés sur le plan comportemental. En effet, les attitudes extériorisées constituent les principaux enjeux comportementaux en lien avec les capacités d'adaptation des jeunes en CR, puisqu'elles peuvent s'exprimer par des épisodes de violence ou de désorganisation au sein des hébergements. Les comportements exprimés par ces jeunes représentent des enjeux importants pour la pratique de l'accompagnement psychoéducatif en Centre de Réadaptation (Geoffrion et Ouellet, 2013).

Les enjeux liés à l'usage des mesures de contention et d'isolement dans les Centres de réadaptation

Dans les CR du Québec, les éducateurs sont fréquemment exposés aux comportements de violence des jeunes. Geoffrion et Ouellet (2013) rapportent que 53,9% des éducateurs participant à leur étude ont été victime de violence physique. Il semble que seulement 5,4% des éducateurs n'aient vécu aucun type de violence (Geoffrion et Ouellet, 2013). Lorsqu'ils font face à des comportements agressifs, les intervenants œuvrant auprès des jeunes peuvent avoir recours aux mesures de contention et d'isolement. Leur utilisation fait l'objet de réflexions depuis plusieurs années dans les milieux de pratique et de recherche, car elles soulèvent des enjeux d'envergure sur le plan légal et clinique.

Les enjeux légaux

Depuis les années 90, plusieurs enquêtes ont été menées à l'égard des pratiques dites restrictives (CDPDJ, 2017). Elles ont conduit à l'adoption de cadres de références pour mieux baliser leur usage (MSSS, 2013; MSSS, 2015). En ce sens, selon le cadre de référence produit par le Ministère de la Santé et des services Sociaux (2015), les mesures de contrôle peuvent être utilisées à condition de respecter deux principes directeurs : les principes juridiques et déontologiques, qui sont basés selon les lois en vigueur (LSSSS, Code civil du Québec, Charte

des droits et libertés de la personne, etc.), et les principes éthiques et cliniques, qui dictent comment elles devraient être appliquées. Il importe de prendre en compte plusieurs aspects en ce qui concerne les principes éthique et clinique. Premièrement, les MCI devraient être employées lorsqu'un comportement menace la sécurité des jeunes ou des intervenants. Elle ne devraient pas être utilisées comme punition ou correction. Deuxièmement, les mesures restrictives devraient être utilisées en dernier recours seulement. Troisièmement, si l'utilisation d'une MCI est nécessaire, il importe de choisir la moins contraignante possible pour le jeune. Quatrièmement, lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée, elle doit se faire dans le respect et la dignité de la personne, en adoptant une posture de relation d'aide. Cinquièmement, l'application des MCI doit être basée sur les procédures des établissements de soins en s'assurant de respecter le protocole en place. Finalement, une évaluation post-situation doit être faite suite à l'application d'une mesure restrictive (MSSS, 2015).

Les mesures de contrôle, pour être pratiquées en conformité avec le cadre éthique, doivent donc être utilisées de manière clinique, discernée et protocolaire. Or, certaines enquêtes révèlent que les pratiques effectives ne correspondent pas à ce cadre clinique et éthique. Des recherches ont notamment mis en lumière le fait qu'elle sont surutilisées (CDPDJ, 2017), malgré leur caractère délétère² (Franche-Choquette, 2019). Au Québec, on dénote 32 000 contentions et 23 000 isolements rapportés dans les CR et les unités de pédopsychiatrie entre 2013 et 2016 (CDPDJ, 2017, cité dans Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021). De plus, comme il en sera question dans la prochaine section, certains profils de jeunes sont plus susceptibles de subir des MCI.

Les enjeux liés à l'intervention

Pour les intervenants, il semble complexe de déterminer le concept du « dernier recours » et de départager les situations où l'usage des MCI est légitime. C'est l'éducateur qui est responsable de discerner la nécessité d'une MCI en interprétant le principe lié à la sécurité des jeunes. Dans les faits, les jeunes qui ont des comportements interprétés comme étant agressifs

² Ce thème sera l'objet de sections ultérieures.

sont plus à risque de subir des mesures restrictives que les jeunes ayant des comportements d'automutilation, par exemple (Steckley et Kendrick, 2008; Thomann, 2009, cité dans Roy *et al.*, 2019). D'autres auteurs mettent en lumière que les profils de jeunes suivants sont particulièrement susceptibles de subir des mesures de contrôle pour leur « sécurité » ou leur « protection » : des jeunes qui vivent des pertes de contrôles reliées à une surcharge d'émotion (Steckley, 2017, cité dans Roy *et al.*, 2019) et des jeunes qui composent avec un stress post-traumatique ou un trouble oppositionnel avec provocation (Thomann, 2009, cité dans Roy *et al.*, 2019). Deuxièmement, les motifs punitifs, tel que la destruction de matériel ou encore la fugue, sont le deuxième motif relevé par les intervenants pour justifier une MCI (Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021). Or, des auteurs remettent en question la légitimité de l'usage des MCI dans de telles situations, puisque l'imminence d'un comportement dangereux est ambiguë (Ferland, 2006; Steckley et Kendrick, 2008; Matte-Landry et Collin-Vézina, 2021).

Les jeunes hébergés en CR ont un parcours de vie caractérisé par de nombreux facteurs de risques et déterminé par des traumatismes familiaux. Ces facteurs de risques sont exacerbés par leur retrait du milieu familial et, *a fortiori*, par le placement en CR. Or, les Centres de réadaptation visent la réhabilitation du jeune pour lui permettre de développer des habiletés et d'user de meilleures stratégies d'adaptation afin de réintégrer son milieu familial. Pourtant, on découvre que les MCI, des mesures surutilisées, ne respectent pas les balises cliniques malgré les conséquences connues de leur utilisation. Ceci donne à penser que la finalité même des pratiques en CR, soit la réadaptation, est menacée par l'utilisation des MCI. De plus, les intervenants, qui sont des acteurs au cœur de la problématique, doivent composer avec les comportements agressifs des jeunes et semblent démunis face à la manière de faire face à ces attitudes. L'objectif de cet essai découle de ces constats.

Objectif de la recherche

Plusieurs jeunes en CR subissent des traumatismes au cours de leur histoire familiale. Tel que démontré, l'usage des MCI à leur égard est préoccupant sur le plan développemental, clinique et éthique. Il me semble indispensable, dans le cadre de cet essai, d'approfondir cette thématique au

cœur d'enjeux d'envergure pour ma discipline. Au cours du processus de recension des écrits, j'ai découvert que les intervenants subissent également des conséquences reliées à l'application des MCI. Ces données m'ont amené à modifier mon sujet de recherche initial. En ce sens, j'ai choisi de formuler cet objectif dans le cadre de cet essai : identifier quelles sont les conséquences des mesures de contention et d'isolement sur le développement des capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants dans les Centres de réadaptation.

J'atteindrai cet objectif en mobilisant la théorie psychodéveloppementale de Cummings *et al.* (2000). Cette théorie s'avère opérationnelle pour analyser mes données puisqu'elle adopte une vision du développement humain qui est en relation constante avec son environnement.

Cadre conceptuel

Dans cette section, je définirai la théorie avec laquelle j'analyserai les données recueillies dans la recension des écrits. Puis, je définirai les quatre concepts constitutifs de mon objectif de recherche qui ont balisés mon travail de recension des écrits : les mesures de contention et d'isolement, les centres de réadaptation, les jeunes et les intervenants.

La théorie psychodéveloppementale de Cummings *et al.* (2000).

Au cours de l'analyse préliminaire des données, j'ai analysé que les MCI avaient des conséquences sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants. J'ai donc choisi d'analyser ces conséquences sous l'angle psychodéveloppemental de la théorie de Cummings *et al.* (2000). Cette théorie permet d'approfondir notre compréhension d'un enjeu majeur lié à l'usage des MCI : le développement des capacités d'adaptation, appréhendées sous l'angle des interactions avec l'environnement. Ce cadre théorique permet aussi de discuter de la relation entre le parcours des jeunes et les conséquences des MCI sur le développement des capacités d'adaptation. Les principaux concepts de cette théorie seront définis dans cette section.

Cummings *et al.* (2000, cité dans Ordre des Psychoéducateurs et Psychoéducatrices du Québec, 2024) considèrent le développement humain comme un processus biopsychosocial, influencé par l'interaction de facteurs individuels (biologiques, génétiques, psychologiques), familiaux et sociaux (couple, parents, fratrie, pairs et autres personnes de l'entourage, contextes environnementaux dans lequel l'enfant grandit et évolue), ainsi que par des éléments sociétaux et environnementaux (gouvernement, économie, environnement, communauté et culture). Ces facteurs peuvent agir à titre de facteurs de risque ou de protection sur le développement de l'individu en fonction des différentes étapes de sa vie. Cummings *et al.* (2000) décrivent des « périodes critiques », comme l'enfance, où les événements vécus peuvent avoir un effet considérable sur la trajectoire développementale de la personne.

Ce modèle propose une conceptualisation des processus dynamiques qui sous-tendent le développement de l'individu, qui l'inscrivent dans une trajectoire pouvant être qualifiée comme

adaptée ou non-adaptée, ou encore normale, à risque ou pathologique. Cummings *et al.* (2000) expliquent que le contexte familial peut induire des comportements inadaptés chez l'enfant, qui peuvent s'étendre à d'autres contextes. Par exemple, le fonctionnement d'un jeune dans son milieu familial peut être similaire dans un autre milieu de vie, tel qu'une famille d'accueil. Ainsi, un état de vulnérabilité en bas âge pourrait être prédictif d'un état de vulnérabilité en âge plus avancé (Cummings *et al.*, 2000). Cette théorie invite à évaluer le développement en fonction des capacités d'intégration, de maturation et d'adaptation de l'individu en interaction avec son environnement.

Du point de vue de la théorie psychodéveloppementale, la capacité d'adaptation de l'individu face à son environnement est déterminée par quatre composantes : les cognitions, les émotions, les réactions physiologiques et les réactions comportementales (Douville et Bergeron, 2017). En ce sens, le fonctionnement psychologique de la personne est évalué selon ces quatre composantes, qui sont influencées selon ses facteurs personnels, environnementaux, familiaux et sociétaux (OPPQ, 2024). Premièrement, les réponses cognitives font référence au processus d'association des idées de la personne. Cette composante englobe les distorsions cognitives ou les différents modes de pensée qui déterminent le fonctionnement cognitif de la personne. Deuxièmement, les réactions émotionnelles renvoient aux sentiments vécus par la personne ou encore la manière dont elle ressent ses émotions. Ces composantes affectives se caractérisent également par l'affect prédominant, c'est-à-dire l'état émotionnel qui est vécu le plus souvent par l'individu. Troisièmement, les patrons comportementaux correspondent aux manifestations comportementales de la personne. Il s'agit de toutes les réactions ou stratégies d'interaction face à son environnement, c'est-à-dire la manière dont la personne réagit aux différentes situations devant lesquelles elle se trouve. Finalement, les réponses physiologiques se traduisent par la manière dont le corps réagit aux situations. En ce sens, la somatisation ou encore les sensations d'anxiété sont des réactions physiologiques aux contextes environnementaux dans lesquels la personne se retrouve (Douville et Bergeron, 2017). Les patrons de réponses, déterminés par ces facteurs, permettent de distinguer par la suite si la personne est en situation d'adaptation ou d'inadaptation, selon ces trois aspects : son intégration sociale, ses comportements intériorisés et

ses comportements extériorisés (OPPQ, 2024). La théorie inclut aussi le concept d'espace-temps, qui englobe toutes ces sphères sur un continuum de développement. En ce sens, ce concept englobe les souvenirs ou encore la manière de percevoir les situations. Chaque individu perçoit différemment les situations, influençant son développement et son fonctionnement (Douville et Bergeron, 2017).

En cohérence avec le modèle psychodéveloppemental de Cummings *et al.* (2000), le modèle développemental-écologique de Belsky et Cassidy (1994), aborde le concept d'attachement en lien avec le développement des capacités d'adaptation. Les auteurs de la théorie illustrent qu'un attachement insécurisé, et plus particulièrement de type désorganisé, accroît la vulnérabilité de l'enfant face au stress contextuel, notamment les facteurs de risque familiaux. Cette vulnérabilité se manifeste par des difficultés socioémotionnelles qui reflètent une surcharge des capacités d'adaptation de l'enfant, ainsi que des problèmes de régulation affective (Carlson et Sroufe, 1995; Rutter, 1995; van IJzendoorn *et al.*, 1999, cité dans Bisaillon *et al.*, 2015).

Bref, la théorie psychodéveloppementale me permet d'analyser et de discuter les résultats de recherche à partir de ces concepts, afin de dégager des interprétations sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants, en tenant compte de l'influence des facteurs personnel et environnementaux. Ainsi, ce cadre conceptuel est au service de l'objectif de cette recherche : comprendre les conséquences des MCI sur le développement des capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants en CR, en prenant en compte les facteurs environnementaux et le continuum de développement.

Les mesures de contention et d'isolement (MCI)

Les articles sélectionnés dans le cadre de cette recension des écrits portent sur les mesures de contention et d'isolement tel que défini dans ce paragraphe. Premièrement, selon la définition officielle produite par le Gouvernement du Québec (2023), la contention consiste à limiter, entre autres par la force physique, une personne à bouger dans l'espace. Dans les Centres de réadaptation, la pratique de contention consiste généralement à ce qu'un membre du personnel

utilise la force physique afin d'immobiliser un jeune (Pollastri *et al.*, 2016). La « contrainte physique » est définie dans les articles scientifiques francophones comme un synonyme de la contention. Deuxièmement, l'isolement consiste à maintenir la personne dans un endroit où elle ne peut pas sortir (Gouvernement du Québec, 2023). Il peut arriver qu'un retrait puisse mener à un isolement. La différence entre les deux termes est que, dans le cas d'un isolement, on interdit à la personne de sortir de la pièce assignée (Matte-Landry et Collin Vézina, 2021). Bien que le retrait ne soit pas régi par une loi gouvernementale, il peut être ressenti comme un isolement puisque le jeune est contraint dans l'espace (Desrosiers, 2005, cité dans Colle-Plamondon, 2014). La lecture des articles en anglais a permis d'identifier que les concepts « restraint » et « seclusion » étant synonyme de la contention et de l'isolement.

Les Centres de Réadaptation (CR)

Le repérage de plusieurs articles produits aux États-Unis, en Europe et en Australie a permis de conclure que les termes « Residential care » ou « Residential treatment » font référence au terme québécois de Centres de Réadaptation pour jeunes en difficultés. Les articles qui incluaient les milieux psychiatriques, les milieux scolaires et les interventions sociales dans la famille ont été retirés étant donné que ce n'est pas un milieu de vie à long terme pour ces jeunes.

Les intervenants et les jeunes en CR

Le concept d'intervenant fait référence aux éducateurs qui interviennent directement auprès des jeunes dans les CR (Geoffrion et Ouellet, 2013). Le concept d'intervenant englobe aussi celui d'agents d'intervention, puisqu'ils sont responsables d'agir lors des situations nécessitant l'utilisation de mesures de contrôle (Colle-Plamondon, 2014). Étant donné la vaste tranche d'âge (6 à 18 ans moins un jour) des jeunes hébergés dans les CR, les termes « jeunes » et « adolescents » sont utilisés dans les critères de recherche.

Méthodologie

Rappelons que l'objectif de cet essai consiste à identifier les conséquences des mesures de contention et d'isolement sur le développement des capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants dans les Centres de réadaptation. Les mots-clés utilisés pour la recension des écrits seront définis dans cette section. Puis, les méthodes de recension et d'analyse seront présentées.

Mots clés

Le tableau 1 présente les mots clés tels que définis dans la section précédente et utilisés dans les bases de données.

Tableau 1

Mots clés utilisés pour la recension des écrits

Français	Conséquences, impact, effets, répercussions	Mesures de contention et d'isolement, mesures restrictives, mesure de contrôle	Centre de réadaptation, centre jeunesse	Jeunes, enfants, adolescents	Intervenants, éducateurs
Anglais	Consequences or effects or outcomes or impact or repercussion	restraints or physical restraints or seclusion or restrictive practices	Residential treatment or residential placement or residential intervention or residential care	youth or adolescents or young people or teen or young adults	Support worker, counselor

Méthode de recension des écrits

Pour être sélectionnée, une étude devait donc porter sur les pratiques en Centre de Réadaptation et aborder les conséquences des MCI pour les jeunes ou les intervenants. Les critères d'exclusion font références à la date de parution et à la langue dans laquelle l'article a été

écrit. En effet, les articles dont la date de parution était inférieure à 2005 ont été retirés de la sélection initiale. De plus, les articles écrits dans une autre langue que l'anglais ou le français ont également été retirés. La recension a été effectuée à partir de deux bases de données différentes, soit PsycInfo pour les articles en anglais et Érudit pour les titres en français. J'ai interrogé la base de donnée PsycInfo avec ces balises entre mars et juin 2024. La fonction « *thesaurus* » a été utilisée pour élargir les concepts. J'ai utilisé les mêmes mots clés avec la base de donnée Érudit entre août et septembre 2024 afin de volumiser les résultats obtenus. J'ai construit deux tableaux afin de catégoriser les articles. Le premier tableau (Appendice A) a été utilisé pour lister les articles générés par la recension des écrits de la base de donnée PsycInfo. J'ai élaboré un code de couleur pour présenter les articles sélectionnés : le nombre d'article initial, les articles retirés sur la base de l'année et de la langue (rouge), les articles retirés sur la base du titre (bleu), les articles retirés à partir du résumé (jaune) et finalement, les articles retirés suite à la lecture complète (vert). Le même tableau a été créé pour la base de donnée Érudit.

Sur la base de ces critères, la recension des écrits menée avec la base de données PsycInfo a généré 67 articles (voir Appendice A) parmi lesquels 12 étaient pertinents à l'égard de l'objectif de cet essai. La méthode « boule de neige » a également été appliquée comme stratégie de recherche. En ce sens, plusieurs études faisaient référence à la recherche produite par Steckley et Kendrick (2008), celle-ci a été ajoutée afin d'optimiser les résultats de recherche, pour un total de 13 publications.

La recension des écrits menée avec la base de données Érudit a généré 33 articles (voir Appendice A) dont trois ont été ajoutés à la sélection. 16 articles ont donc été retenus au terme de la recension des deux bases de données. Le diagramme de flux se retrouvant en annexe (Appendice A), illustre clairement les résultats de ce processus.

Résultats

Cette section présentera les données recueillies dans le cadre de la recension des écrits. Ces données sont regroupées à partir des catégories conceptuelles du cadre théorique de cette recherche. Elles seront discutées dans la prochaine section. Il convient de rappeler que cet essai vise à identifier les effets des mesures restrictives sur le développement des capacités d'adaptation des jeunes ainsi que des intervenants œuvrant dans les Centres de réadaptation. Afin d'illustrer la méthode d'extraction des articles, pertinents à l'égard de l'objectif de recherche, j'ai créé un tableau se retrouvant en appendice (Appendice B). Pour que les données se retrouvent au tableau, elles devaient présenter une conséquence des MCI pour les jeunes ou les intervenants en Centre de réadaptation. Les études sélectionnées pour cet essai fournissent une vision riche et diversifiée des conséquences des MCI dans divers contextes et auprès de différentes populations. En abordant les perspectives des jeunes et des intervenants, elles permettent d'appréhender ces pratiques sous des angles variés.

Présentation des études

Un total de 16 articles ont été retenus pour cet essai. 12 de ces articles présentent les résultats de leur propre étude qui comptaient entre dix et 794 participants. Quatre articles sont des méta-analyses. Celle de Roy *et al.*, (2019) prend en compte 20 études aux États-Unis, et trois au Canada, en Angleterre ou en Australie. Les devis sont quantitatifs, qualitatifs et mixtes. Poitras et Geoffrion (2021) bonifient l'étude de Roy *et al.* (2019) en ajoutant six études dans leur analyse. Une autre étude (Slattoo *et al.*, 2021) porte sur 14 publications, provenant des États-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie, de l'Israël, de l'Écosse et de la Norvège. La méthodologie est qualitative, mixte et quantitative.

Les études de Roy *et al.* (2019), ainsi que Poitras et Geoffrion (2021), portent sur les facteurs qui sont liés à l'utilisation des MCI. Les travaux de Braun *et al.* (2020) et Van Dorp *et al.* (2021) explorent respectivement les processus de contention et la perception qu'en ont des intervenants aux États-Unis et aux Pays-Bas. Steckley (2012), Steckley et Kendrick (2008) et Slattoo *et al.* (2021) s'intéressent aux expériences des jeunes et du personnel face à la contention

et l'isolement. Enfin, les recherches de Franche-Choquette *et al.* (2021) et Drolet (2019) apportent un éclairage sur les facteurs liés au stress et aux comportements agressifs. Pollastri *et al.* (2016) examinent l'impact d'une approche collaborative au sein d'une organisation aux États-Unis qui a permis de diminuer les MCI envers les jeunes. Mathieu *et al.* (2020) se penchent sur les facteurs de stress qui, chez les intervenants, peuvent influencer l'utilisation des MCI. Workman (2017) met l'accent sur la perception de l'intervenant confronté aux situations de violence des jeunes. L'étude de Felver *et al.* (2017) explore une approche alternative aux MCI, en analysant le point de vue des jeunes et des intervenants. Day *et al.* (2010) mettent en relation la littérature entourant les MCI et les politiques légales gouvernementales. L'étude de Brystrynski *et al.* (2021) utilisent des données longitudinales pour analyser les facteurs pouvant prédire la contention. Boel-Studt (2017) examine l'effet de l'implantation d'une approche centrée sur le trauma dans les CR.

Présentation des données

Les types de conséquences des MCI, pour les jeunes et les intervenants, ont été catégorisé selon les quatre déterminants des capacités d'adaptation de la personne : les conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et physiologiques (Cummings *et al.*, 2000) (tableau en Appendice C). Il faut rappeler d'emblée que la recension des écrits a révélé que les intervenants, dans leur rôle bien particulier, vivent aussi des conséquences liées à l'usage des MCI (Steckley et Kendrick, 2008). Celles-ci seront présentées dans un deuxième temps. Tous les articles (16) documentent les impacts négatifs des mesures de contrôle. Trois articles, celui de Steckley et Kendrick (2008), de Workman (2017) ainsi que Pollastri *et al.* (2016), ont noté des conséquences positives des MCI du point de vue des jeunes. Cinq études rapportent quelques conséquences positives du point de vue des intervenants (Dean *et al.*, 2007 ; Petti *et al.*, 2001, cité dans Pollastri *et al.*, 2016; Workman, 2017; Krezmien, *et al.* 2015, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021).

Conséquences pour les jeunes

Rappelons que, du point de vue de Cummings *et al.* (2000), les conséquences cognitives renvoient au processus d'association des idées chez une personne. Les réponses émotionnelles concernent les sentiments éprouvés par l'individu, incluant l'affect ressenti le plus fréquemment. Par la suite, les réactions comportementales font référence aux comportements exprimés, incluant les réactions et stratégies d'interaction adoptées face aux autres. Enfin, les réponses physiologiques correspondent aux réactions du corps face aux situations vécues (Douville et Bergeron, 2017).

Cognitives

De manière significative, l'ensemble des études révèlent plus de conséquences cognitives négatives que positives. Les MCI peuvent provoquer une perception ou une sensation d'abus physique, voire sexuelle (Day *et al.*, 2010; Steckley et Kendrick, 2008; Day *et al.*, 2012). À la suite de l'application des MCI, les jeunes peuvent se représenter l'événement comme étant une perte de dignité (LeBel, 2004, cité dans Roy *et al.*, 2019). Ils peuvent percevoir davantage d'hostilité et associer la mesure de contention à un traumatisme (Smith et Bowman, 2009, cité dans Brystrynski *et al.*, 2021). La contention amène aussi un changement de point de vue des jeunes envers le personnel et une diminution de sécurité envers le milieu (Ulset et Tjelflaat, 2012, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). La contention peut amener le jeune à percevoir que les intervenants ne contrôlent pas la situation, ce qui peut diminuer leur sentiment de confiance à l'égard du personnel (Nyttingnes *et al.*, 2018, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). Le manque de contrôle peut aussi induire un état de vulnérabilité (Day *et al.*, 2010). La perception de violation de ses droits peut être une autre conséquence cognitive possible des MCI (LeBel, 2004, cité dans Roy *et al.*, 2019).

Émotionnelles

De façon quasi-totale, les réactions émotionnelles aux MCI qui sont documentées dans les différents articles sont négatives. Elle peuvent provoquer une détresse émotionnelle (Fox, 2004; Mohr, 2006; Steckley et Kendrick, 2008; Vishnivetsy *et al.*, 2013 cité dans Braun *et al.*, 2020),

comme des sentiments de colère (Steckley, 2012; Miller, 1986, cité dans Slaatto *et al.*, 2021), d'anxiété et de peur (Day, 2002, cité dans Mathieu *et al.*, 2020; Miller, 1986, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). La contention est particulièrement liée à des sentiments offensants (Ulset et Tjelflaat, 2012, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). Steckley et Kendrick (2008) identifient des émotions de déception, de dégoût ou encore d'humiliation liées au fait d'être vu par les autres jeunes lorsqu'on fait face à une mesure de contention. De plus, la haine et le dégoût peuvent être ressentis envers la personne qui a appliqué la mesure (Steckley et Kendrick, 2008). Ainsi, ceci peut causer une réduction de l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et le jeune (De Hert *et al.*, 2011, cité dans Slaatto *et al.*, 2021; Cusack *et al.*, 2003, cité dans Braun *et al.*, 2020; Steckley et Kendrick, 2008). L'utilisation des MCI causerait une diminution du niveau d'engagement du jeune et des familles, causée par la méfiance envers la gestion des comportements (LeBel *et al.*, 2010; Pollastri *et al.*, 2016). Le sentiment d'injustice, d'incompréhension et l'impression que la mesure n'est pas justifiée sont d'autres réactions possibles face aux MCI (Steckley et Kendrick, 2008; Van Dorp *et al.*, 2012; Steckley, 2012). Enfin, les mesures restrictives peuvent réactiver les traumatismes émotionnels vécus dans le contexte familial (LeBel *et al.*, 2010, cité dans Felver *et al.*, 2017).

Comportementales

D'abord, les MCI peuvent renforcer des comportements négatifs chez les jeunes (Day, 2002, cité dans Mathieu *et al.*, 2020) et même les aggraver (Van Dorp *et al.*, 2012). En effet, des interactions négatives peuvent survenir entre le jeune et l'intervenant lors des MCI, ce qui peut causer une escalade de violence (Fraser *et al.*, 2016, cité dans Mathieu *et al.*, 2020), et mener à l'augmentation des conflits physiques (De Hert *et al.*, 2011, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). Elles peuvent favoriser un sentiment d'isolement pour le jeune (Steckley et Kendrick, 2008), et peuvent conduire à une diminution du fonctionnement psychosocial (Nytingnes *et al.*, 2018, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). L'utilisation des mesures restrictives est aussi associée à des résultats de traitement inférieurs. En ce sens, les MCI peuvent avoir un effet indésirable sur la réadaptation du jeune (LeBel *et al.*, 2010, cité dans Felver *et al.*, 2017). En effet, lorsque les mesures de contrôle sont fréquemment utilisés, certains jeunes en dépendent pour gérer leurs émotions (Steckley et

Kendrick, 2008). De plus, elles peuvent mener à une lutte de pouvoir entre l'intervenant et le jeune (Miller, 1986, cité dans Slaatto *et al.*, 2021).

Physiologiques

Les conséquences physiologiques sont majoritairement négatives et peuvent avoir de graves conséquences sur les jeunes. Les MCI exposent les jeunes à de nouveaux traumatismes (Bryson *et al.*, 2017, cité dans Mathieu *et al.*, 2020). Elles sont également susceptible de raviver les traumatismes des jeunes qui ont déjà été victimes de maltraitance (Huckshorn, 2004, cité dans Boel-Studt, 2017). De plus, les jeunes peuvent souffrir de blessures physiques à la suite des MCI (Steckley et Kendrick, 2008; LeBel *et al.*, 2010, cité dans Felver *et al.*, 2017; Bryson *et al.*, 2017). Dans certains cas, ces blessures peuvent mener jusqu'à la mort ³, causée par une asphyxie ou encore par une suffocation (LeBel, 2004, cité dans Roy *et al.*, 2019; LeBel *et al.*, 2010, cité dans Felver *et al.*, 2017; Bryson *et al.*, 2017; Morh *et al.*, 2003; Nunno *et al.*, 2006, cité dans Brystrynski *et al.*, 2021).

Conséquences pour les intervenants

Au même titre que pour la section précédente, les conséquences vécues par les intervenants seront détaillées ci-bas, suivant la catégorisation déterminée par la théorie psychodéveloppementale.

Cognitives

Les recherches suggèrent la possibilité d'une dissonance cognitive et d'une confusion interne lors de l'application de MCI auprès des jeunes (Workman, 2017). En effet, les intervenants peuvent ressentir une dissonance entre l'usage de la MCI et le principe d'offrir un environnement sécuritaire dans le respect de la dignité (Steckley et Kendrick, 2008, cité dans Workman, 2017). L'intervenant peut aussi avoir la perception que l'environnement est dangereux, ce qui augmente le stress (Wells *et al.*, 2009, cité dans Workman, 2017). L'absence de réunion-bilan après un incident, combinée au sentiment que les superviseurs ne prennent pas

³ Les recherches retenues ne précisent pas les statistiques reliées à cette conséquence dramatique.

en compte les effets de la contention sur le personnel (Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017), peuvent contribuer à une baisse de moral chez les intervenants (LeBel *et al.*, 2010, cité dans Ferlver *et al.*, 2017). De plus, un sentiment de manque de soutien de la part des superviseurs, notamment après l'application d'une contention (Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017), peut exacerber le malaise ressenti par les intervenants. Ceux-ci peuvent éprouver des difficultés à surmonter leur malaise et appréhender de devoir à nouveau travailler avec le même jeune (Steckley et Kendrick, 2008).

Émotionnelles

Devoir appliquer une mesure de contrôle peut augmenter le niveau d'anxiété chez les intervenants (Day, 2002, cité dans Mathieu *et al.*, 2020). L'utilisation des MCI peut aussi les mener à un sentiment de culpabilité (Steckley et Kendrick, 2008). En ce sens, les intervenants peuvent ressentir la défaite et la frustration face à l'utilisation des MCI et le regret de ne pas avoir été en mesure d'aider le jeune autrement (Steckley et Kendrick, 2008; Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017). L'incapacité à ne pas répondre aux besoins des jeunes autrement, marquée par des difficultés de communication, s'ajoutent à cette frustration (Bonner *et al.*, 2002, cité dans Workman, 2017). Après une exposition répétée à l'application des mesures restrictives, Workman (2017) met de l'avant que les membres du personnel puissent être sujet à la fatigue et à une satisfaction moindre dans leur travail. L'intervenant peut ressentir un sentiment de désespoir, au détriment des anciens sentiments de bienveillance envers les jeunes. Des sentiments de frustration, voire de colère, peuvent survenir lors de ces situations (Workman, 2017).

Comportementales

Les conséquences comportementales vécues par les intervenants sont semblables aux données recueillies pour les jeunes. Elles n'ont donc pas été retranscrites, afin d'éviter une répétition des données.

Physiologiques

Des intervenants disent ressentir des symptômes physiques à la suite de l'application des mesures de contrôle, tels que des maux de ventre, des sueurs et des tremblements (Steckley et Kendrick, 2008). Ils peuvent également souffrir de blessures à la suite de l'utilisation de la contention (Moylan et Collinan, 2011, Vedana *et al.*, 2018, cité dans Braun *et al.*, 2020).

Conséquences positives

À travers les différents articles, la majorité des conséquences sont vécues négativement par les acteurs au cœur de la problématique. En revanche, certaines conséquences des MCI sont perçues positivement.

Pour les jeunes

Steckley et Kendrick (2008) rapportent que la contention peut aider à intérioriser des mécanismes de gestion des émotions. Ces mêmes auteurs ont dénoté des réactions émotionnelles positives aux MCI. En ce sens, une réaction émotionnelle positive à la contention consiste à s'exprimer de manière cathartique pendant la contention, facilitant la libération d'émotions intenses (Steckley et Kendrick, 2008). Finalement, les MCI peuvent provoquer un sentiment de sécurité par certains jeunes qui se sentent pris en charge par les intervenants (Day *et al.*, 2010; Steckley et Kendrick, 2008).

Pour les intervenants

D'abord, les intervenants ont la sensation que les MCI peuvent être nécessaires et humaines lorsqu'elles sont utilisées dans de bonnes conditions (Dean *et al.*, 2007 ; Petti *et al.*, 2001, cité dans Pollastri *et al.*, 2016). De plus, il devient parfois nécessaire d'utiliser des moyens de contention physique avec les individus afin de protéger leur sécurité (Workman, 2017). Finalement, des intervenants perçoivent que l'utilisation des MCI est adéquate pour contrôler les comportements des jeunes (Krezmien, *et al.* 2015, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021).

Discussion

Dans cette section, je discuterai des conséquences des MCI sur les capacités d'adaptation, à partir des repères conceptuels de la théorie psychodéveloppementale de Cummings *et al.* (2000) : cognitive, émotionnelle, comportementale et physiologique. À partir de ces composantes, Cummings *et al.* (2000) déterminent qu'il est possible d'expliquer l'adaptation ou l'inadaptation de la personne à partir de son intégration sociale, de ses comportements intériorisés et de ses comportements extériorisés. C'est à partir de ces concepts que je discuterai des résultats présentés dans la section précédente.

Conséquences sur les capacités d'adaptation pour les jeunes

Comme Cummings *et al.* (2000) le soulèvent, l'état de vulnérabilité en bas âge peut mener à une trajectoire de développement à risque ou pathologique. De plus, une multitude de situations aversives augmentent la vulnérabilité de la personne (Cummings *et al.*, 2000). Or, les jeunes en CR ont un vécu traumatique marqué par des situations familiales complexes, incluant la négligence et la maltraitance, qui entravent leur développement socio-affectif. Les enfants qui subissent des mesures restrictives sont confrontés aux conséquences documentées dans la section précédente. La recension des écrits m'amène à formuler l'hypothèse selon laquelle l'usage des MCI compromet leurs conditions de réadaptation.

Conséquences cognitives

D'abord, en cohérence avec le cadre théorique de cette recherche, un enfant ayant développé un attachement de type désorganisé envers ses figures parentales est susceptible de développer le même type d'attachement envers son milieu d'accueil (Dozier et Rutter, 2008; Smyke *et al.*, 2010, cité dans Bisailon *et al.*, 2015). À la lumière des données recueillies, il est possible de faire un lien entre le concept d'attachement et les conséquences cognitives des MCI sur l'adaptation du jeune. Je découvre que les jeunes perçoivent les mesures de contrôle comme étant traumatisantes (Smith et Bowman, 2009, cité dans Brystrynski *et al.*, 2021). Ils perçoivent aussi les intervenants et les figures d'autorité qui les utilisent comme des menaces. Cette

perception compromet la construction d'un lien d'attachement sécurisant, qui est un élément incontournable de la réadaptation.

Émotionnelles

Il semble que les mesures de contrôle aient des conséquences négatives importantes sur le plan émotionnel. En effet, les recherches citées permettent d'identifier que les MCI provoquent des sentiments de peur, de colère ou encore d'anxiété (Day, 2002, cité dans Mathieu *et al.*, 2020; Miller, 1986, cité dans Slaatto *et al.*, 2021; Steckley, 2012). Tel que défini dans la théorie de Cummings *et al.* (2000) il est possible d'interpréter que ces émotions négatives ont une incidence sur le plan identitaire. En ce sens, j'émetts l'hypothèse que l'estime de soi ou la confiance en soi peuvent être compromises par les émotions vécues lors de l'application des MCI.

De plus, rappelons que l'exposition chronique de négligence dans le milieu familial peut entraîner un trauma complexe (Milot *et al.*, 2021). Le trauma complexe peut mener à des dérégulations émotionnelles puisque l'enfant n'a pas eu de soutien externe pour faire un apprentissage sain de gestion émotionnelle. À la lumière de cette théorie et des données recueillies, il est possible d'interpréter que les MCI ne favorisent pas un apprentissage sain de la gestion des émotions. Les émotions ressenties par l'enfant lors de l'application d'une mesure restrictive sont négatives et intenses. Bien que les MCI peuvent mettre fin au comportement problématique, l'enfant n'en retire pas de stratégies efficaces et autonomes de régulation émotionnelle. Il dépend des contraintes externes pour se réguler (Milot *et al.*, 2021). De plus, l'utilisation de mesures restrictives est propre au contexte en CR et n'est pas présent dans la réalité des jeunes dans les autres milieux de vie (foyer familial, famille d'accueil, etc). En ce sens, elles ne favorisent pas la responsabilisation et l'autonomisation une fois sorti du CR (Raukis, 2016 cité dans Dumollard *et al.*, 2023). Je constate que ces mesures freinent l'autonomisation des jeunes à faire usage de stratégies d'autorégulation adéquates. Les MCI semblent se substituer aux efforts accompagnés que l'enfant doit mener pour se réguler émotionnellement. En ce sens, les MCI, puisqu'elles sont surutilisées, semblent limiter le développement de capacités adaptatives.

Comportementales

Du point de vue de l'approche psychodéveloppementale, l'analyse révèle que les MCI ont un impact sur les réactions comportementales du jeune. Les MCI sont décrites par Morrison (1993, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021) comme des mesures de « confrontation » qui renforcent des réactions d'opposition de la part des jeunes et les amènent à percevoir la violence comme une réponse adéquate. Ainsi, les mesures restrictives pourraient entraîner un cercle vicieux de réactions intenses de la part du jeune. Elles contribuent en effet à faire cesser les comportements inadéquats en CR. Toutefois, ces interventions ne permettent pas de questionner ces comportements et de tenter d'en discerner les causes en collaboration avec les jeunes (Cowles et Wasburn, 2005, cités dans Nadeau, 2009). Considérant les résultats recueillis, j'émet l'hypothèse que l'usage des MCI entrave une perspective de réadaptation, puisque ces mesures limitent la possibilité de développer des stratégies d'adaptation répondant aux besoins sous-jacents à leurs comportements.

Physiologiques

Afin de mieux comprendre les conséquences des MCI sur les capacités d'adaptation physiologiques des jeunes, il est pertinent de se rappeler leur parcours de vie. Une étude rapporte que tous les jeunes ayant répondu et qui étaient hébergés en CR avaient vécu au moins une forme de violence au sein de leur famille (Collin-Vézina *et al.*, 2011, cité dans Milot *et al.*, 2021). Dans de telles conditions, certains jeunes ont développé un trauma complexe (Grisé Bolduc, 2022) qui menace leur intégrité. Cet état d'hypervigilance peut empêcher le développement de fonctions exécutives et ainsi, freiner leur bon développement (Grisé Bolduc, 2022).

En tenant compte de la théorie psychodéveloppementale, le trauma complexe agit sur l'enfant comme facteur de risque qui menace son sain développement. Les mesures restrictives semblent agir comme un facteur de risque supplémentaire, en plus de leur historique traumatique, qui ébranlent les réactions physiologiques de l'enfant. Nous savons que les jeunes subissent de nouveaux traumatismes à cause de l'application des MCI (Bryson *et al.*, 2017, cité dans Mathieu

et al., 2020) et qu'ils peuvent raviver d'anciens traumatismes (Huckshorn, 2004, cité dans Boel-Studt, 2017). Bien que l'enfant ne soit plus dans son milieu familial, de nouvelles réactions d'hypervigilance peuvent survenir dû à l'utilisation des MCI. Le jeune peut se sentir en danger, ce qui déclenche des réactions physiques de stress, de peur et d'anxiété face aux mesures de contrôle (Day, 2002, cité dans Mathieu *et al.*, 2020; Miller, 1986, cité dans Slaatto *et al.*, 2021). J'interprète, à la lumière des données et de la théorie psychodéveloppementale, que les MCI ne contribuent pas positivement à la réadaptation des fonctions exécutives.

Conséquences sur les capacités d'adaptation pour les intervenants

Les conséquences sur les stratégies adaptatives des intervenants seront abordées ci-bas.

Cognitives

Le manque de soutien perçu par les intervenants pendant ou à la suite de l'application d'une mesure restrictive pourrait compromettre leur bien-être au travail, de par la baisse de moral qu'elle engendre (LeBel *et al.*, 2010, cité dans Ferlver *et al.*, 2017). Cette détérioration de leur état affecte leur fonctionnement adaptatif au travail et compromet leur capacité à intervenir adéquatement auprès des jeunes. De plus, nous savons que l'application d'une mesure restrictive mène à la présence de dissonance cognitive chez les intervenants (Workman, 2017). Ainsi, elle tend à montrer la présence d'ambivalence morale lorsqu'il est temps d'appliquer une MCI. Du point de vue de la théorie psychodéveloppementale, il est possible de penser que l'utilisation des MCI provoque des tensions internes, augmentant des pensées automatiques négatives chez les intervenants. Ces schémas de pensées négatifs peuvent être reliés au sentiment de culpabilité ou d'impuissance, ce qui peut diminuer leur sentiment de compétence et leur engagement dans leur rôle d'intervenant. Cela peut affecter négativement leurs patrons de pensées à l'égard des jeunes, en les percevant comme des jeunes opposants et déviants.

Émotionnelles

Tout comme les jeunes qui subissent les MCI, les données démontrent que les intervenants qui doivent en faire usage vivent des sentiments négatifs (Workman, 2017; Steckley

et Kendrick, 2008). En effet, « la peur, l'anxiété et le sentiment de vulnérabilité engendrés par le climat de violence présent dans les centres de réadaptation augmentent les symptômes liés au stress des éducateurs » (Geoffrion et Ouellet, 2013, p.266). Par ailleurs, il semble qu'une fatigue aigüe chez l'éducateur est associée de façon positive au recours aux MCI (Franché-Choquette et al., 2021). Ainsi, les situations de violence peuvent provoquer une diminution du rendement au travail ainsi qu'une altération de la qualité des services offerts (McCann et Pearlman, 1990 ; Figley, 1995 ; Kassam-Adams, 1995 ; Neumann et Gamble, 1995 ; Schauben et Frazier, 1995, cité par Geoffrion et Ouellet, 2013). En ce sens, cela peut engendrer des émotions négatives face à leur rôle d'intervenant. À partir de ces données, j'interprète que les mesures de contention et d'isolement augmentent l'état de stress des intervenants, réduisant leur sentiment d'efficacité dans leur mission principale, qui consiste à assurer la réadaptation des jeunes hébergés.

Comportementales

Les réactions comportementales des intervenants, influencées par leurs réactions émotionnelles et cognitives, suggèrent que les conséquences comportementales de ceux-ci soient similaires à celles vécues par les jeunes. Par exemple, rappelons que les mesures restrictives peuvent mener à une escalade de violence entre le jeune et l'intervenant (Fraser *et al.*, 2016, cité dans Mathieu *et al.*, 2020). Ainsi, j'interprète que les MCI affectent la relation thérapeutique entre les jeunes et les intervenants, ce qui entrave le processus de réadaptation.

Physiologiques

L'exposition des éducateurs à la violence, notamment l'agression verbale, est positivement liée à l'utilisation des mesures restrictives, réduisant leur niveau de tolérance envers les jeunes (Geoffrion *et al.*, 2020, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). Des auteurs rapportent qu'une minorité d'intervenants (19 %) sont responsables de la majorité (88 %) des MCI qui sont appliquées, ces derniers étant davantage exposés à la violence et la craignant plus que les autres intervenants (Mathieu et Geoffrion, 2023; Franché-Choquette *et al.*, 2021). Il semble que les membres du personnel développent également un état d'hypervigilance, les rendant plus sensibles à faire usage de mesures de contrôles. En effet, le stress, qui provoque des réactions physiologiques, peut entraîner une altération des fonctions exécutives et ainsi, avoir des effets

négatifs sur leur jugement clinique. (LeBlanc *et al.*, 2012, cité dans Franche-Choquette *et al.*, 2021). Les symptômes physiologiques relevés par Steckley et Kendrick (2008) soutiennent l'hypothèse que l'intervenant est en état d'alerte, ce qui limite sa capacité à utiliser des stratégies d'adaptation adéquates. Selon la théorie de Cummings *et al.* (2000), on peut interpréter que l'état d'hypervigilance inhibe l'accès aux stratégies d'adaptation présentes chez l'intervenant, ce qui peut provoquer l'usage d'une MCI.

Conséquences positives

Conséquences pour les jeunes

Steckley et Kenrick (2008) rapportent que la contention peut mener à la libération d'émotions intenses, ce qui peut permettre au jeune de libérer ses émotions dans un cadre sécuritaire. De plus, il semble que certains jeunes peuvent se sentir soulagés lorsqu'une mesure restrictive est appliquée à leur égard (Day *et al.*, 2010; Steckley et Kendrick, 2008). Cela pourrait être expliqué par le fait que ces jeunes ont besoin de connaître qu'il y a des limites claires et qu'ils seront arrêtés s'ils les dépassent, ce qui favorise la prévisibilité et donc, augmente le sentiment de sécurité (Grisé Bolduc, 2022).

Conséquences pour les intervenants

Lorsque les MCI sont appliquées en cohérence avec le cadre légal et clinique, elles peuvent répondre à la visée principale de ces mesures, soit d'assurer la sécurité des jeunes et des autres acteurs impliqués (MSSS, 2015). De plus, certains intervenants défendent que les mesures de contrôles sont adéquates pour contenir les comportements des jeunes (Krezmien, *et al.* 2015, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). Bien que perçu comme positif chez des intervenants, cet énoncé semble toutefois préoccupant. Tel que discuté, cette perception semble compromettre le développement des capacités d'adaptation chez les jeunes, puisque le contrôle des comportements vise leur arrêt sans leur permettre de développer leurs propres stratégies pour adopter des attitudes prosociales.

Conclusion

Je constate que les mesures de contrôle soulèvent d'importantes questions à l'égard de la mission première des centres de réadaptation : favoriser l'intégration sociale et l'adaptation des jeunes à leur environnement. Bien que certaines conséquences des MCI se révèlent positives, la plupart de celles-ci sont vécues de manière aversive et compromettent le fonctionnement des acteurs impliqués.

Cet essai visait à analyser les conséquences psychodéveloppementales des MCI sur les capacités d'adaptation des jeunes et des intervenants dans les Centres de Réadaptation. Ce travail m'a mené à l'élaboration d'une hypothèse : les MCI compromettent le développement des capacités d'adaptation sur les plans cognitif, émotif, comportemental et physiologique. Les données recueillies dans le cadre de cet essai donnent en effet à penser que les conséquences des mesures de contrôle affectent globalement l'adaptation des jeunes et des intervenants. L'utilisation des mesures restrictives semble compromettre la réadaptation des jeunes en fragilisant leur attachement, en renforçant des émotions négatives, en limitant leur apprentissage de stratégies d'autorégulation et en exacerbant leur état d'hypervigilance. Pour les intervenants, ces mesures sont associées à une détérioration du bien-être, à la possibilité de vivre des dissonances cognitives face aux jeunes, influençant leur capacité d'adaptation et leur jugement clinique. Il serait intéressant de mener ou de découvrir des recherches empiriques plus approfondies qui portent sur ces hypothèses.

La cueillette et l'analyse des résultats ont soulevé de profonds questionnements face à ma discipline et ma pratique. Ce travail soulève de nouvelles pistes de réflexion, telles que la nécessité de développer des approches alternatives aux MCI qui favorisent un environnement de réadaptation plus sécurisant et propice au développement des jeunes. Il est encourageant de constater que de nouvelles approches ont émergées de dilemmes éthiques et pratiques sur l'application des MCI (Pollastri *et al.*, 2016; Boel-Studt, 2017). En effet, différentes études explorent des approches alternatives aux mesures restrictives et sont documentées comme étant positives et prometteuses. Il sera intéressant de constater l'expansion et la progression de ces

approches dans les prochaines années, et ce, particulièrement dans le contexte québécois où des enquêtes sont en cours afin d'évaluer les pratiques. D'autre part, l'analyse des données recueillies soulève l'importance de mieux soutenir les intervenants afin de réduire leur stress et de leur fournir des outils adaptés pour intervenir de manière plus efficace et éthique. Enfin, ces résultats peuvent guider la formation et la pratique dans les milieux de réadaptation, en insistant sur des interventions centrées sur le développement des capacités adaptatives des jeunes, plutôt que sur des stratégies de contrôle à court terme, tout en tenant compte du passé traumatique des jeunes.

Forces et limites

Cet essai présente à la fois des forces et des limites. Parmi les défis éprouvés, la catégorisation des énoncés selon les composantes de la théorie psychodéveloppementale s'est avérée parfois arbitraire. En effet, certains résultats pouvaient être associés à plus d'une catégorie ou ne pas correspondre parfaitement aux définitions établies par Cummings *et al.* (2000). Toutefois, la richesse de cette approche réside dans sa vision multifactorielle, qui considère les facteurs de risques et de protection. Bien que la catégorisation comporte des limites concernant la catégorisation, il demeure pertinent de concevoir les conséquences des MCI comme des éléments qui sont interreliés et qui influencent, voire compromettent le développement des capacités d'adaptation chez les jeunes et les intervenants. De plus, la vision développementale s'harmonise avec la vision psychoéducative, qui est axée sur l'adaptation et le développement des capacités de la personne afin d'optimiser son fonctionnement (OPPQ, 2024). Ainsi, malgré certaines difficultés d'application, cette théorie demeure un cadre pertinent pour l'analyse et l'intervention en psychoéducation.

Références

- Allard, É.(2024). Des mesures de contrôles excessives sur des jeunes du Centre Jeunesse de Laval. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2127090/mesures-contrôle-excessives-jeunes-centre-jeunesse-de-laval>
- Bisaillon, C., Bureau, J.-F. et Moss, E. (2015). Attachement et adaptation psychosociale chez des enfants hébergés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 44(2), 269–288. <https://doi.org/10.7202/1039256ar>
- Boel-Studt, S. M. (2017). A quasi-experimental study of trauma-informed psychiatric residential treatment for children and adolescents. *Research on Social Work Practice*, 27(3). <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1049731515614401>
- Boily, D. et Gentile, D. (2024). Québec veut réduire le recours à la contention au Centre Jeunesse de Laval. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2126614/dpj-laval-contention-carmant>
- Braun, M. T, Adams, N. B., O’Grady, C. E., Miller, D. L. et Bystrynski, J. (2020). An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. *Children and Youth Service Review*. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2020.104826>
- 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.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1939-0025.2011.01128.x>
- Brystrynski, J., Braun, M. T., Corr, C., Miller, D. et O’Grady, C. (2021). Predictors of injury to youth associated with physical restraint in residential mental health treatment centers. *Child Youth Care Forum*, 511-526. <http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10566-020-09585-y>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2024). *Bilan des directrices et directeurs de la protection de la jeunesse/ directrices et directeurs provinciaux 2024*. https://www.ciassca.com/clients/CIASSCA/DPJ2020/2024/Bilan_provincial_DPJ_2024.pdf
- Colle-Plamondon, M. (2014). *Le lien intervenant-jeune en unité de réadaptation: de la relation d’aide à l’alliance thérapeutique dans un contexte d’autorité*. [Mémoire], Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10662>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2017). *Étude sur l’utilisation de l’isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CIUSSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/Etude_isolement_contention.pdf

Day, A., Daffern, M. et Simmons, P. (2010). Use of restraint in residential care settings for children and young people. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 230-244.

<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/13218710903433964>

Drolet, C. (2019). *Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec : la perception des intervenants*. [Thèse], Université de Montréal.

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22727/Drolet_Christine_2019_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Dumollard, M., Lacroix, I., Leclair-Malette, I.-A. et Vargas Diaz, R. (2023). L'autonomisation à l'épreuve du placement en centre de réadaptation : les expériences carcérales des jeunes placés en protection de la jeunesse. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(2), 181–202.

<https://doi.org/10.7202/1107883ar>

Felver, J. C., Jones, R., Killam, M. A., Kryger, C., Race, K. et McIntyre, L. L. (2017). Contemplative intervention reduces physical interventions for children in residential psychiatric treatment. *Prevention Science*, 18, 164-173.

<http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s11121-016-0720-x>

Ferland, P.-M. (2006). *Réflexion éthique sur les principaux enjeux de l'usage de la contention et de l'isolement aux Centres Jeunesse Chaudière-Appalaches*. [Mémoire], Université du Québec à Rimouski. <https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/303>

Franche-Choquette, G., Roy, C., Dumais, A., Lafortune, D., Plusquellec, P. et Geoffrion, S. (2019). Stress et fatigue chez les éducateurs en centre de réadaptation pour jeunes : influence sur leur recours aux contentions et isolements. *Revue de psychoéducation*, 50(1), 121–143.

<https://doi.org/10.7202/1077075ar>

Geoffrion, S. et Collin-Vézina, D. (2021). Vers une pratique réflexive lors du recours à la contention et l'isolement en centre de réadaptation. *Revue de psychoéducation*, 50(1), 71–74.

<https://doi.org/10.7202/1077072ar>

Geoffrion, S., Lamothe, J., Drolet, C., Dufour, S. et Couvrette, A. (2022). Exploring Reasons Motivating the Use of Restraint and Seclusion by Residential Workers in Residential Treatment Centers: A Qualitative Analysis of Official Reports. *Residential Treatment For Children & Youth*, 39(4), 416-436. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2021.1973940>

Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263. <https://doi.org/10.7202/1020996ar>

Gouvernement du Québec, (2024). *Mesures de contrôle (contention et isolement)*.

<https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/services/Information-documentation/mesures-contrôle>

Grisé Bolduc, M-È. (2022). *10 questions sur... Le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent. Mieux comprendre pour mieux intervenir*. Éditions midi trente.

Légis Québec. (2024). *Loi sur la protection de la jeunesse*.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-34.1>

Marcotte, J., Richard, M.-C., F.-Dufour, I. et Plourde, C. (2023). Les récits de vie des jeunes placés : vécu traumatique, stratégies pour y faire face et vision d'avenir. *Criminologie*, 56(1), 163–186. <https://doi.org/10.7202/1099010ar>

Mathieu, C.A. et Geoffrion, S. (2023). Individual and Environmental Characteristics of Residential Workers Using Restraint and Seclusion in Youth Treatment Centers. *Residential Treatment For Children & Youth*, 40(2), 238-260. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2022.2076761>

Mathieu, C. A., Plusquellec, P., Giguère, C.-É., Lupien, S. et Geoffrion, S. (2020). Acute and chronic stress among workers in residential treatment centers for youth: Effects on restraint and seclusion. *Children and Youth Services Review*, 118.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105411>

Matte-Landry, A. et 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>

Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2021). Le trauma complexe : un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 69–90. <https://doi.org/10.7202/1081256ar>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Cadre de référence sur les besoins de surveillance en santé publique*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour les services aux enfants et aux adolescents ayant un trouble grave de comportement*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Établissements de santé et de services sociaux*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/#cr>

Nadeau, D. (2009). Services sociaux, psychiatrie et violence adolescente : explorer l'efficacité des pratiques de réadaptation. *Psychiatrie et violence*, 9(1). <https://doi.org/10.7202/038868ar>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2024). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*.
<https://ordrepesd.qc.ca/wp-content/uploads/2024/09/Lignes-directrices-evaluation-psychoeducative.pdf>

Poitras, M. et Geoffrion, S. (2021). L'utilisation des mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes : une revue systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 50(1), 75–98. <https://doi.org/10.7202/1077073ar>

Pollastri, A.R., Lieberman, R.E., Boldt, S.L. et Ablon, J. S. (2016). Minimizing Seclusion and Restraint in Youth Residential and Day Treatment Through Site-Wide Implementation of Collaborative Problem Solving. *Residential Treatment For Children & Youth*, 33(3-4), 186-205. [10.1080/0886571X.2016.1188340](https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1188340)

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, & Abuse*, 22(2). <https://doi.org/10.1177/1524838019843196>

Simard, M.-C., Chouinard-Thivierge, S. et Tanguay, P. (2023). La réadaptation au coeur de nos préoccupations : portrait et analyse des besoins d'adolescents hébergés en centre de réadaptation et en foyer de groupe. *Criminologie*, 56(1), 215–244. <https://doi.org/10.7202/1099012ar>

Slaatto, A., Mellblom, A. V., Kleppe, L. C., Baugerud, G. A. et Kjoli, J. (2021). Conflict prevention, de-escalation and restraint in children/youth inpatient and residential facilities: A systematic mapping review. *Children and Youth Service Review*, 127. [http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2021.106069](https://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2021.106069)

Steckley, L. et Kendrick, A. (2008). Physical Restraint in Residential Childcare: The experiences of young people and residential workers. *Childhood*, 15(4), 552-569. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/0907568208097207>

Steckley (2012). Touch, physical restraint and therapeutic containment in residential child care. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 537-555. <http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1093/bjsw/bcr069>

Tourigny, M., Poirier, M.-A., Dion, J. et Boisvert, I. (2010). Recommandation de placement de l'enfant dans le contexte de la protection de la jeunesse : facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 39(2), 165–187. <https://doi.org/10.7202/1096529ar>

van Dorp, M., Nijhof, K. S., Mulder, E. A. et Popma, A. (2021). Defining seclusion: A qualitative multiphase study based on the perspectives of youth and professionals in secure residential youth care in the Netherlands. *Children and Youth Service Review*, 38(4), 404-423. [http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2021.1879710](https://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2021.1879710)

Appendice A. Extraction des articles

Méthode de recension pour la base de donnée *PsycInfo*

67 résultats Rouge : année Bleu : titre Jaune : résumé Vert : lecture complète	<p>1. Consequences or effects or outcomes or impact or repercussion</p> <p>2. Restraints or physical restraints or seclusion or restrictive practices</p> <p>3. Residential treatment or residential placement or residential intervention or residential care</p> <p>4. Youth or adolescents or young people or teen or young adults</p>	<ol style="list-style-type: none"> Roy et al., 2021: The use of restraint and seclusion in residential treatment care for youth: A systematic review of related factors and interventions. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1524838019843196 Mathieu et al., 2020: Acute and chronic stress among workers in residential treatment centers for youth: Effects on restraint and seclusion. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2020.105411 Slaatto et al., 2021: Conflict prevention, de-escalation and restraint in children/youth inpatient and residential facilities: A systematic mapping review http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2021.106069 Javdani et al., 2023: A treatment-to-prison-pipeline? Scoping review and multimethod examination of legal consequences of residential treatment among adolescents. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/15374416.2023.2178003 D'Andrea et al., 2013: Play to the whistle: A pilot investigation of a sports-based intervention for traumatized girls in residential treatment. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10896-013-9533-x Van Dorp et al., 2023: Common elements to reduce seclusion in child and adolescent residential care settings: A synthesis of literature and semi-structured interviews http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2023.107231 Brystrynski et al., 2021: Predictors of injury to youth associated with physical restraint in residential mental health treatment centers. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10566-020-09585-y Kanjadoe et al., 2023: How do group workers respond to suicidal behavior? Experiences and perceptions of suicidal female adolescents residing in secure residential youth care in the Netherlands. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1371/journal.pone.0283744 Pollastri et al., 2016: Minimizing seclusion and restraint in youth residential and day treatment through site-wide implementation of Collaborative Problem Solving. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2016.1188340 Braun et al., 2020: An exploration of youth physically restrained in mental health residential treatment centers. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2020.104826 Levesque, 2019: Commentary on 'Predictors of seclusion or restraint use within residential treatment centers for children and adolescents' by Green-Hennessy and Hennessy. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s11126-019-09634-3 Polvere, 2010: Youth in out-of-home care: The question of psychological agency. https://www.proquest.com/docview/304862897?parentSessionId=JWNiMbl3o6qlMgTpeD2vmyYuGiX6POulaletTpUOk4%3D&accountid=14725&sourceType=Dissertations%20&%20Theses Deveau et Leitch, 2015: The impact of restraint reduction meetings on the use of restrictive physical interventions in English residential services for children and young people. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/cch.12193 Hambriek et al., 2018: Restraint and critical incident reduction following introduction of the Neurosequential Model of Therapeutics (NMT).
--	---	---

		<p>http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2018.1425651</p> <p>17. Fennell, 2015</p> <p>18. Caldwell et al., 2014: Successful seclusion and restrain prevention efforts in child and adolescent programs. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.3928/02793695-20140922-01</p> <p>19. Lee-Lipkins, 2015 : The influence of selected aggression, demographic, gender role, and temperament factors on the level of physical restraint among staff in residential treatment centers for youth. https://www.proquest.com/docview/1617957013?parentSessionId=DqiAuwalsj%2FRP63q0KM6k%2BX5AZE5wu2jKNmyF5Gbc%2Fw%3D&accountid=14725&sourcetype=Dissertations%20%20Theses</p> <p>20. Bellonci et al., 2013: Concurrent reductions in psychotropic medication, assault, and physical restraint in two residential treatment programs for youth. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childvouth.2013.08.007</p> <p>21. van Dorp et al., 2021: Defining seclusion: A qualitative multiphase study based on the perspectives of youth and professionals in secure residential youth care in the Netherlands. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2021.1879710</p> <p>22. LeBel et al., 2012: Restraint and seclusion use in U.S. School settings: Recommendations from allied treatment disciplines. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1939-0025.2011.01134.x</p> <p>23. Jonhson, 2007: Respiratory assessment in child and adolescent residential treatment settings: Reducing restraint-associated risks. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1744-6171.2007.00108.x</p> <p>24. Felver et al., 2017: Contemplative intervention reduces physical interventions for children in residential psychiatric treatment. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s11121-016-0720-x</p> <p>25. Boel-Studt, 2017: A quasi-experimental study of trauma-informed psychiatric residential treatment for children and adolescents. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1049731515614401</p> <p>26. Masters et al., 2013: Should psychiatrists assist in the restraint of children and adolescents in psychiatric facilities? http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1176/appi.ps.001652012</p> <p>27. Forrest et al., 2018: Building communities of care: A comprehensive model for trauma-informed youth capacity building and behavior management in residential services. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2018.1497930</p> <p>28. Miller et al., 2013: Antipsychotic treatment patterns and aggressive behavior among adolescents in residential facilities. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s11414-012-9314-y</p> <p>29. Guerrero et al., 2021: Mental health and quality & safety of care in Czech residential institutions during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s11126-021-09912-z</p> <p>30. Steckley, 2012: Touch, physical restraint and therapeutic containment in residential child care. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1093/bjsw/bcr069</p> <p>31. Meglinn, 2006: 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.</p> <p>32. Day et al., 2010: Use of restraint in residential care settings for children and young people. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/13218710903433964</p> <p>33. Kordeck, 2005</p>
--	--	--

		<p>34. Shechory, 2005: Effects of the holding technique for restraint of aggression in children in residential care. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1515/IJAMH.2005.17.4.355</p> <p>35. Olivier-Pijpers et al., 2020: Residents' and resident representatives' perspectives on the influence of the organisational environment on challenging behaviour. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.ridd.2020.103629</p> <p>36. Kerth et al., 2009: The effects of non-contingent self-restraint on self-injury. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1468-3148.2008.00487.x</p> <p>37. Huefner et al., 2014: Reducing psychotropic medications in an intensive residential treatment center. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10826-012-9628-7</p> <p>38. Farmer et al., 2017: Would we know it if we saw it? Assessing quality of care in group homes for youth. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1063426616687363</p> <p>39. American Association of Childrens Residential Centers, 2014: Creating non-coercive environments. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1080/0886571X.2014.918436</p> <p>40. Farrow, 1999: annc</p> <p>41. Flynn et al., 2020: Human-animal-environment interactions and self-regulation in youth with psychosocial challenges: Initial assessment of the Green Chimneys model.</p> <p>42. Snyder, 2018: Implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy in juvenile detention: A practice note from the field. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/prj0000081</p> <p>43. Blau et al., 2014: Residential interventions for children, adolescents, and families: A best practice guide.</p> <p>44. Farrow, 1999: annc</p> <p>45. Berner et al., 2013: The relation of weight suppression and body mass index to symptomatology and treatment response in anorexia nervosa. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/a0033930</p> <p>46. Helin, 2008: Staff members' intentions to physically restrain adolescent residential clients.</p> <p>47. Farrow, 1999: annc</p> <p>48. Chor et al., 2012: Predicting outcomes of children in residential treatment: A comparison of a decision support algorithm and a multidisciplinary team decision model. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2012.08.016</p> <p>49. Hidalgo et al., 2016: Promoting collaborative relationships in residential care of vulnerable and traumatized youth: A playfulness approach integrated with trauma systems therapy. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s40653-015-0076-6</p> <p>50. Workman, 2017: A dynamic system: Restraints, violence, compassion satisfaction, and supervision. https://www.proquest.com/docview/1850186121?parentSessionId=61Nu9EWmUtmEbX6r%2BoTG3DHsKEBnIS9HHT3%2FrsQZUA%3D&accountid=14725&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses</p> <p>51. McDonnell et al., 2010: A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1475-3588.2010.00569.x</p> <p>52. Farrow, 1999: annc</p> <p>53. Sullivan, 2022: Letter to the editor in response to 'Mental health nurses—Are you ok?'. http://dx.doi.org/biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/jcap.12368</p> <p>54. Farrow, 1999: annc</p>
--	--	---

		<p>55. Leichtenritt, 2013: 'It is difficult to be here with my sister but intolerable to be without her': Intact sibling placement in residential care. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.childyouth.2013.01.022</p> <p>56. Hallman et al., 2014: Improving the culture of safety on a high-acuity inpatient child/adolescent psychiatric unit by mindfulness-based stress reduction training of staff. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/jcap.12091</p> <p>57. Lowe et al., 2013: Dieting in bulimia nervosa is associated with increased food restriction and psychopathology but decreased binge eating. http://dx.doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.eatbeh.2013.06.011</p> <p>58. Hidalgo et al., 2016: Erratum to: 'Promoting collaborative relationships in residential care of vulnerable and traumatized youth: A playfulness approach integrated with trauma systems therapy'. https://link-springer-com.biblioproxy.uqtr.ca/article/10.1007/s40653-015-0076-6</p> <p>59. Sanner et al., 2003: année</p> <p>60. Rooney, 2002: année</p> <p>61. Snyder, 2007: Examining the impact of crisis assessment training in the triage assessment model, on the self-efficacy of residential treatment facility staff.</p> <p>62. Peter, 2006: Examining the relationship between reinforcement ratios and seclusion rates in residential treatment.</p> <p>63. Shainbart, 1995: année</p> <p>64. Cangello, 2006: Milieu treatment with children and adolescents: A training manual for direct care staff.</p> <p>65. Dorsey et al., 1982: années</p> <p>66. Yang, 2003: année</p> <p>67. Wherry, 1986: année</p>
--	--	---

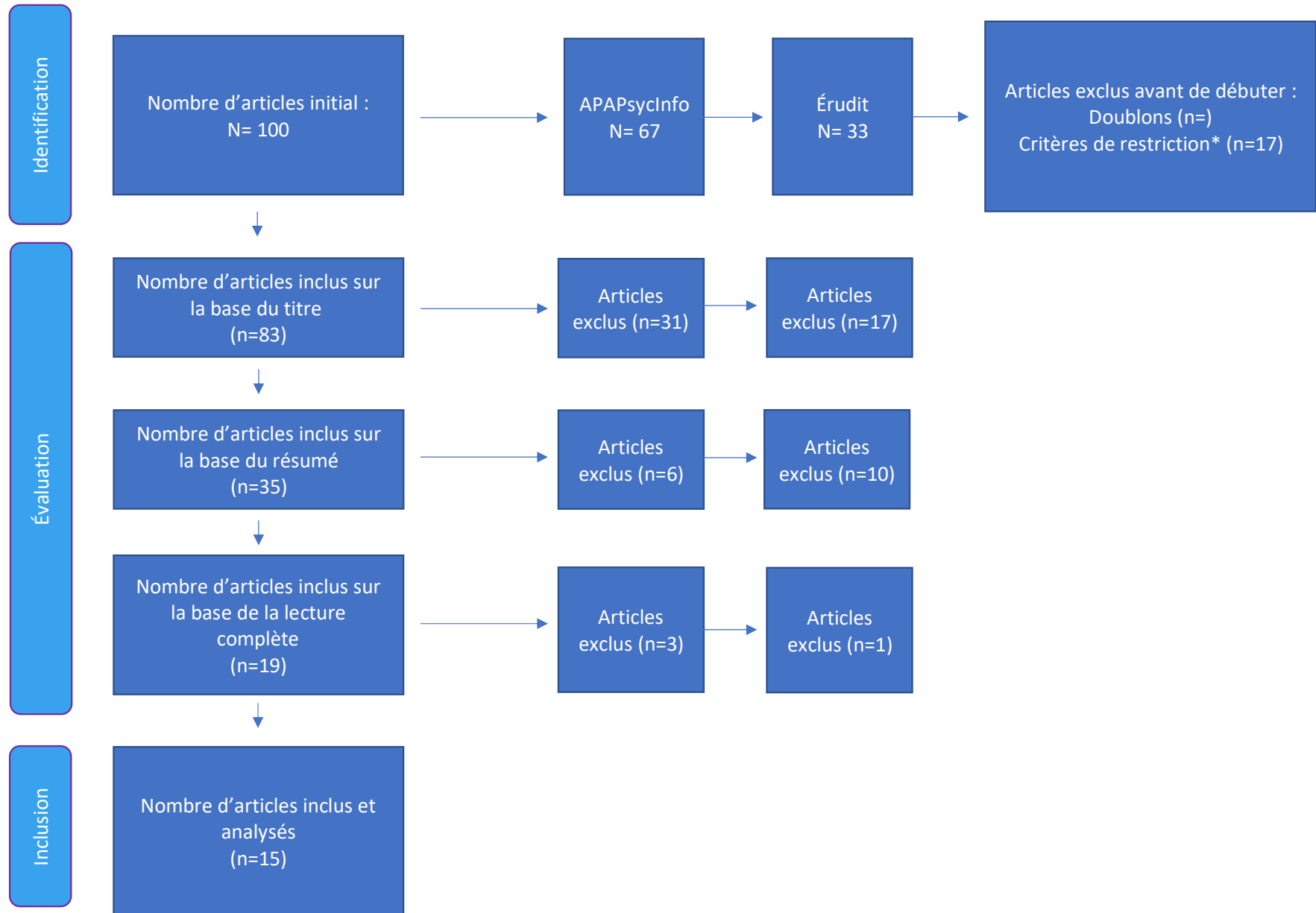
Méthode de recension pour la base de donnée Érudit

<p>33 résultats</p> <p>Rouge : année</p> <p>Bleu : titre</p> <p>Jaune : résumé</p> <p>Vert : lecture complète</p>	<p>1. Conséquences, impacts, repercussions, effets</p> <p>2. Mesure de contention et d'isolement, mesures restrictives, mesures de contrôle.</p> <p>3. Centre de réadaptation, centre jeunesse.</p> <p>4. Jeunes, enfants.</p> <p>5. Intervenants, éducateurs.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Poitras, M. & Geoffrion, S. (2021). L'utilisation des mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes : une revue systématique des facteurs associés. <i>Revue de psychoéducation</i>, 50(1), 75–98. https://doi.org/10.7202/1077073ar Franche-Choquette, G., Roy, C., Dumais, A., Lafortune, D., Plusquellec, P. & Geoffrion, S. (2021). Stress et fatigue chez les éducateurs en centre de réadaptation pour jeunes : influence sur leur recours aux contentions et isolements. <i>Revue de psychoéducation</i>, 50(1), 121–143. https://doi.org/10.7202/1077075ar Lavoie, K. (2017). L'encadrement intensif dans les centres jeunesse du Québec : l'impact de la législation sur la pratique clinique. <i>Revue de l'Université de Moncton</i>, 5–36. https://doi.org/10.7202/1043657ar Lapierre, S. & Côté, I. (2011). On n'est pas là pour régler le problème de violence conjugale, on est là pour protéger l'enfant : la conceptualisation des situations de violence conjugale dans un centre jeunesse du Québec. <i>Service social</i>, 57(1), 31–48. https://doi.org/10.7202/1006246ar Villeneuve, M. (2010). Le point de vue des intervenants œuvrant en centre jeunesse sur l'implication parentale. Thèse, Université du Québec à Chicoutimi. https://doi.org/10.1522/030124911 Talbot, M. (2022). Effets du programme Cerele de Sécurité parental sur la fonction réflexive d'éducatrices en protection de l'enfance. Thèse, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/19511/talbot_melissa_DPs_2022.pdf?sequence=7&isAllowed=y Drolet, C. (2019). Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec : la perception des intervenants. Thèse, Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22727/Drolet_Christine_2019_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y Laforge, V. (2010). Les facteurs qui facilitent ou entravent l'intervention auprès des jeunes qui présentent un ou des troubles mentaux au Centre Jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean. Thèse, Université du Québec à Chicoutimi. https://doi.org/10.1522/030147583 Franche-Choquette, G. (2018). L'influence du stress perçu et de la fatigue des éducateurs sur leurs recours aux contentions et isolements : une étude longitudinale en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. Thèse, Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21302/Franche-Choquette_Genevieve_2018_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y Magrinelli Orsi, M. (2011). Consommation de substances psychoactives, motivation et ouverture envers l'intervention des adolescents placés en centre de réadaptation. Thèse, Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5329/Magrinelli_Orsi_Mylene_2011_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y Ayotte, M.-H. (2017). L'importance de l'alliance entre des adolescents en difficultés et l'intervenant qui assure le suivi en centre de réadaptation. Thèse, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/10588/Ayotte_Marie-Helene_PhD_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y Lavoie, K. (2013). Les pratiques entourant le programme d'hébergement avec encadrement intensif : une analyse qualitative de la perception des intervenants. Thèse, Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10669/Katie_Lavoie_2013_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y Lalande, C., Gauthier, S., Bouthillier, M.-È. & Montminy, L. (2020). DIFFICULTÉS ÉTHIQUES DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE : ENJEUX LIÉS AU SIGNALEMENT DES ENFANTS
---	--	--

		<p>EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE. <i>Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social</i>, 37(1), 5–21. https://doi.org/10.7202/1069979ar</p> <p>14. Rollin, M. (2021). L'influence de la relation avec les parents sur la perception de l'alliance thérapeutique et du climat de groupe chez les adolescentes hébergées en centre de réadaptation au Québec. Thèse, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/18623/rollin_megan_MSc_2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y</p> <p>15. Lafantaisie, V., Clément, M.-É. & Coutu, S. (2013). L'isolement social des familles en situation de négligence : ce qu'en pensent les mères. <i>Revue de psychoéducation</i>, 42(2), 299–319. https://doi.org/10.7202/1061214ar</p> <p>16. Tremblay Hébert, S. (2017). L'instabilité dans le parcours de placements : associations avec les comportements, cognitions et émotions chez les adolescentes placées en centre de réadaptation. Thèse, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/9882/Tremblay_Hebert_Sophie_PhD_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y</p> <p>17. Busson, M. (2019) L'utilisation des organismes communautaires par des mères présentant une déficience intellectuelle. Thèse. Université du Québec à Montréal. https://archipel.uqam.ca/13380/1/D3650.pdf</p> <p>18. Nolet, A.-M. (2013). L'alliance thérapeutique et le sentiment d'impuissance de l'aidant : Marie_2013_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y</p> <p>19. Elmi, M. H. (2018) L'implication judiciaire des enfant victimes d'agression sexuelle et l'influence sur leur rétablissement. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21967/Elmi_Myriam_Hany_2018_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y</p> <p>20. Loiseau, C. (2014). Évaluation des retombées d'un séjour éducatif chez les étudiants en techniques d'éducation spécialisée qui accompagnaient des élèves présentant une déficience intellectuelle au Pérou selon une analyse écologique des forces https://constellation.uqac.ca/id/eprint/2915/1/Loiseau_uqac_0862N_10028.pdf</p> <p>21. Maltais, N. (2016). Outil d'encadrement et règles parentales de contrôle de l'usage des nouvelles technologies par les adolescents. Thèse, Université du Québec à Chicoutimi. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/4077/1/Maltais_uqac_0862N_10266.pdf</p> <p>22. Blanchette, A. (2014). Vous avez le droit—le processus d'élaboration et d'adoption de la Loi sur la Protection de la jeunesse (1971-1977). Thèse, Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/2572/MR49460.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> <p>23. Savard, S., Chiasson, G., Lachapelle, T. (2003). Évaluation d'implantation et des effets du programme Mobilisation Jeunesse en milieu rural. https://depot.erudit.org/id/003523da</p> <p>24. Bouchard, V. (2006). Connaissances et compétences des intervenants sociaux et des familles d'accueil des Centres Jeunesse du Saguenay--Lac-Saint-Jean sur le syndrome d'alcoolisation fœtale. https://doi.org/10.1522/24732959</p> <p>25. Dufour, S. (2019). La précision interpersonnelle : un enjeu pour le stress et l'épuisement professionnel des intervenants exerçant auprès de jeunes en difficulté ? https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/16328/Dufour_Sylvain_DPs_2019.pdf?sequence=7&isAllowed=y</p> <p>26. Parazelli, M. (1997) PRATIQUES DE «SOCIALISATION MARGINALISÉE» ET ESPACE URBAIN: LE CAS DES JEUNES DE LA RUE À MONTRÉAL (1985-1995) https://archipel.uqam.ca/4123/7/D449-1.pdf</p> <p>27. Denis, J. (2013). Être parent d'un enfant autiste https://constellation.uqac.ca/id/eprint/2749/1/030569616.pdf</p> <p>28. Hénault, C. (2022). Adaptation, implantation et évaluation d'un programme de prévention de la violence en milieu scolaire. Thèse, https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1375/1/Rapport_FINAL_CH_.pdf</p>
--	--	--

		<p>29. Tourigny, M., Trocmé, N., Hélie, S. & Larivée, M.-C. (2006). Facteurs associés à la décision de recourir au Tribunal de la jeunesse lors de l'orientation des mesures de prise en charge. <i>Criminologie</i>, 39(1), 129–150. https://doi.org/10.7202/013129ar</p> <p>30. Zuk, S. (2012). Les pratiques parentales maternelles et la symptomatologie des enfants victimes d'agression sexuelle d'âge préscolaire. Thèse. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10351/Zuk_Stephanie_2012_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y</p> <p>31. Lafrenière, C. (2012). Délinquance des filles et délinquance des garçons : différence dans les comportements ou différence dans la gestion des comportements? Une étude du point de vue des intervenants https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8348/Lafreniere_Catherine_2012_Memoire.pdf?sequence=8&isAllowed=y</p> <p>32. Apotheloz, C. (2012). La dérive des travaux communautaires/bénévoles au Québec : échec d'une alternative... ou alternative à un échec. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9744/Apotheloz_Caroline_2013_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y</p> <p>33. Trudel, J. G. (2010). Cancer du sein. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4570/Trudel_Julie_G_2010_these.pdf?sequence=3&isAllowed=y</p>
--	--	---

Diagramme de flux



Appendice B. Extraction des données

Référence	Objectif de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats reliés à la question de recherche
APAPsychInfo				
Roy et al., 2019	Déterminer les facteurs qui sont liés à l'utilisation de ces mesures et de cibler les pratiques qui peuvent aider à en diminuer l'utilisation.	Méta-analyse	23 articles retenus aux É-U, Canada, Angleterre et Australie	<ul style="list-style-type: none"> - Dommages physiques (LeBel, 2004) - Dommages psychologiques (LeBel, 2004) - Perte de dignité (LeBel, 2004) - Violation des droits de la personne (LeBel, 2004) - Mort (LeBel, 2004) - Bien que réglementée par des lois et des directives organisationnelles, la décision de recourir à une intervention plutôt qu'une autre dépend en fin de compte d'un processus multifactoriel complexe (Steckley & Kendrick, 2008) impliquant un large éventail de facteurs (Thomann, 2009).
Mathieu et al., 2020	Examiner les effets du stress aigu et chronique chez les employés en CR. Comprendre l'influence du stress aigu et chronique influence l'utilisation des MCI.	Quantitatif	70 éducateurs dans 7 unités de CR au Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Les MCI sont devenues des réponses par défaut (Day et al., 2010) - Contribuent à des interactions négatives entre les jeunes et les intervenants et peut amener une escalade de violence (Fraser et al., 2016). - Conséquences psychologiques et physiques, comme l'anxiété et le renforcement des comportements négatifs (Day, 2002). - Augmentation du niveau d'anxiété chez les travailleurs (Day, 2002). - Exposer les jeunes à de nouveaux traumatismes, des blessures ou causer la mort (bryson et al., 2017).
Slaatto et al., 2021	Les objectifs de cette étude étaient de 1) décrire et passer en revue la littérature relative aux effets des interventions visant à prévenir et à gérer l'agression et la violence dans les établissements pour patients hospitalisés et résidentiels, 2) décrire et passer en revue la littérature sur les effets des MCI et les expériences des jeunes. et le personnel, liés à la violence chez les jeunes, aux MCI, et 3) identifier les lacunes potentielles dans les connaissances sur ces questions que de futures recherches pourraient réduire ou combler.	Méta-analyse, revue systématique	320 articles	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les conflits physiques (De Hert et al., 2011) - Réduire l'alliance thérapeutique (De Hert et al., 2011) - Porte préjudices aux jeunes et au personnel - Diminution de l'engagement du jeune et des familles (LeBel et al., 2010, Pollastri et al., 2016) - L'isolement a entraîné chez les jeunes une augmentation de l'anxiété, peur, colère, hostilité, lutte de pouvoir (Miller, 1986) - La contention est vécue comme offensant, affaiblissement de la perception du jeune envers le personnel, diminution du sentiment de sécurité envers le milieu de vie (Uiset et Tjelflaat, 2012). - Expériences vécues par la contention : manque de coercition, ce qui peut amener un manque de confiance envers les parents et le personnel (Nyttingnes et al., 2018). Fonctionnement psychosocial inférieur - Expression cathartique vécues pendant la contention (Steckley, 2018). Tous vivent les impacts des MCI (Steckley, 2018).

Brystrynski et al., 2021	Cette étude a examiné plusieurs facteurs liés à l'enfant et à la retenue afin de mieux comprendre ce qui prédit la blessure d'un enfant lors d'un événement de retenue.	Données longitudinales	794 jeunes, 13 339 événements de 6 centres de traitement résidentiels du Midwest	<ul style="list-style-type: none"> - Impact négatif sur le bien-être physique et psychologique, entraîner la mort (Morh et al., 2003; Nunno et al., 2006). - Perception d'hostilité, traumatisant (Smith et Bowman, 2009) - Sentiment de honte/inconfort/colère (Vishnivetsky et al., 2013). Ceci est préjudiciable au processus thérapeutique et relation avec le personnel (Chun et al., 2016). - Davantage éprouvant pour les jeunes qui ont été victime de maltraitance. - De nombreux enfants dans les RTC ont déjà subi un traumatisme (Berry et al. 2013), et les contentions peuvent avoir des conséquences négatives durables pour les enfants qui ont subi un traumatisme en raison du risque de traumatisme cumulatif (Hodges et al. 2013). - Les jeunes qui ont des symptômes liés à des traumatismes sont susceptibles de vivre plus de contention (Thomman, 2009) - Le stress lié à contention peut avoir un impact et créer un cycle alternant entre comportement agressif et contention.
Pollastri et al., 2016	Présenter le cas d'une agence multiservice qui a réduit les taux d'isolement et de contention dans les CR et de traitement de jour pour les jeunes après avoir adopté l'approche de résolution collaborative de problèmes. Décrire l'approche de résolution collaborative de problème, décrire la mise en œuvre et les défis, rapporter les taux de MCI dans deux programmes avant et après l'approche et présenter une analyse de l'amélioration des résultats.	Évalue l'implantation de l'approche collaborative	Agence œuvrant auprès des jeunes dans différents milieux (centre de jour, etc.) en Oregon aux États-Unis. Nombre non spécifié	<ul style="list-style-type: none"> - Peut être nécessaire et humaine dans de bonnes conditions (Dean et al., 2007 ; Petti et al., 2001). - Nuisibles et aversives (Hottinen et al., 2013; Vishnivetski et al., 2013) - Pire lorsque les jeunes qui ont déjà vécu des expériences traumatisantes (Carmen et al., 1996; Rosenberg et al., 2001).
Braun et al., 2020	Explorer et décrire les processus de contention dans 6 CR dans le Midwest. Augmenter les connaissances dans le domaine de la contention.	Qualitative	800 jeunes âgés entre 7 et 21 ans.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 28% et 60% des jeunes subissent des MCI pendant leur séjour (De Hert et al., 2011). - Les contentions nuisent au processus thérapeutique (Cusack et al., 2003, Kendrick et Steckley, 2008). - Risque de blessures physiques, pouvant mener au décès (Morh et al., 2003). - Détresse émotionnelle (Fox, 2004; Mohr, 2006; Steckley and Kendrick, 2007, Vishnivetsky et al., 2013). - Effets négatifs secondaires sur ceux qui sont témoins des MCI (steckley et Kendrick, 2007). - Émotions négatives ressenties par le personnel (Hallman et al., 2014, Melchior et al., 1997, Steckley and Kendrick, 2008).

				<ul style="list-style-type: none"> - Blessures du personnel à la suite de l'utilisation de la contention (Moylan et Collinan, 2011, Vedana et al., 2018).
Van Dorp et al., 2021	Diminution durable de l'isolement. Développer une vision commune de l'isolement, définir un consensus.	Qualitative	11 jeunes et 33 intervenants (44) du Pays-Bas	<ul style="list-style-type: none"> - L'efficacité est remise en question (Day, 2002; Sailas et Fenton, 2000). - Remise en question de la valeur thérapeutique de l'isolement (Day, 2002; Finke, 2001; Van Delden, 2009) - Conséquences physiques et psychologiques pour les jeunes et intervenants (Fisher, 1994; Haugom et al., 2019; LeBel et al., 2010) - Les intervenants ont parfois recours à l'isolement à titre de punition (Engström et al., 2020; De Valk et al, 2019). - Les résultats montrent qu'il n'y a pas de définition claire selon l'organisme, différent d'un à l'autre. - Selon les jeunes ayant été interrogés, l'isolement peut aggraver le comportement problématique. Il peut avoir une incidence sur le lien thérapeutique. Sentiment d'être punis sans pouvoir discuter avec quelqu'un. - Parfois nécessaire (ex : isoler un jeune qui se mutile du groupe). - Endroits pour isolement non définis (chambre, autre pièce), le temps, être seul, in/volontaire.
Felver et al., 2017	Évaluer la relation quantitative entre la pratique contemplative et l'utilisation de procédures d'intervention physique en réponse à un comportement agressif.	Quasi-expérimental	10 jeunes qui ont reçu 12 séances de <i>Mindful Life : School</i> aux États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse du moral du personnel, résultats de traitement inférieur, traumatisme émotionnel, blessures physiques, mort (LeBel et al., 2010).
Boel-Studt, 2017	Examiner l'efficacité d'une approche tenant compte des traumatismes et adaptée au traitement résidentiel psychiatrique (PRT) pour les enfants âgés de 5 à 17 ans.	Quasi-expérimental	205 jeunes, aux États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> - Susceptible de retraumatiser des jeunes déjà été victimes de maltraitance (Huckshorn, 2004).
Steckley, 2012	Éclairer la relation entre la contention et le toucher. L'objectif de l'étude était d'explorer les points de vue et les expériences des enfants, des jeunes et du personnel en matière de contention physique dans les centres d'accueil pour	Qualitative	78 entretiens 37 jeunes et 40 membres du personnel en Angleterre	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes identifiées la colère lorsqu'ils sont retenus contre leur gré. - Ont l'impression que les MCI sont injustifiées. - Certains jeunes identifient des émotions positives, comme l'impression d'être pris en charge, en sécurité et diminution de comportement. Voir Kendrick et Steckley, 2008. - Toucher de manière thérapeutique le jeune pendant situation de MCI comporte des risques, faut connaître le jeune, ne pas être seul.

	enfants en Écosse afin d'éclairer les politiques et les pratiques.			
Day et al., 2010	Passer en revue la littérature entourant les MCI pour les jeunes dans les Centres d'accueil afin d'améliorer les pratiques.	Quantitatif	Incidents de contention dans les Centres de traitement résidentiel	<ul style="list-style-type: none"> - Perception d'abus physique, voir sexuel. - La contrainte forcée devient une couche supplémentaire de traumatisme (Morh, p.1329) - Les jeunes qui subissent les MCI ont une vision plus négative de celles-ci que ceux qui ne les vivent pas (Martinez et al., 1999). Sentiment de perte de contrôle, vulnérabilité, senti pris en charge - 5 thèmes de Kendrick et Steckley, 2008.
Workman, 2017	Examiner les effets de la violence, des agressions et restriction à la satisfaction de compassion parmi les travailleurs qui travaillent dans les Centres pour jeunes	Approche multimodale	N=131 178 sondages envoyés	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de danger face à l'environnement, augmentation du stress (Wells et al., 2009). - Interaction aversive envers les jeunes (Newbill et al., 2010) - Sentiment de doute, de défaite et de honte (Steckley et Kendrick, 2008) - Sentiment de ne pas être soutenu par superviseur à la suite de l'application d'une contention (Steckley, 2010) - Pas de réunion-bilan à la suite de l'incident. Sentiment que les superviseurs ne sont pas soucieux des effets de la contention sur le personnel (Steckley, 2010) - Frustration de ne pas avoir été capable d'aider les jeunes autrement (Steckley, 2010) - Sentiment de dissonance d'offrir un environnement sûr et dans le respect de la dignité (Steckley et Kendrick, 2008) - Sentiment de frustration face à l'incapacité à ne pas répondre aux besoins des jeunes et difficultés de communication (Bonner et al., 2002)
Steckley et Kendrick, 2008	L'étude met en lumière l'expérience des jeunes face au recours à la contention physique dans les Centres de Réadaptation en Angleterre. L'étude vise à prendre en compte le point de vue des intervenants et des jeunes pour mieux comprendre le contexte entourant ces mesures. Différents enjeux sont à considérer, tel que les droits des enfants ou encore la sécurité.	Qualitatif	37 jeunes âgés entre 10 et 17 ans (26 garçons et 11 filles), et 41 intervenants (17 hommes et 24 femmes) en ont participé à l'étude, total de 78. 20 établissements	<p>Les jeunes peuvent ne ressentir aucunes émotions vis-à-vis ces mesures et ne s'en souviennent pas de l'application de celles-ci. Les auteurs de l'étude pensent que c'est peut-être parce que ces jeunes vivaient un inconfort ou des souvenirs douloureux face à ces expériences.</p> <p>Les mesures de contention sont vécues par la plupart des participants de manière négative. Un jeune rapporte avoir ressenti de la déception, du dégoût et de l'humiliation d'être vu par les pairs. Sentiment d'être abusé et même violé. Les intervenants peuvent avoir l'impression de ne pas avoir été capable de prévenir la crise, menant à l'utilisation de la contention et un sentiment de défaite ou de culpabilité. L'intervenant ajoute que les Centres de Réadaptation devraient être un environnement de confiance pour le jeune et que l'utilisation de la contention peut avoir des conséquences puisqu'ils ne souhaitent pas revivre des situations de contrainte physique. Perçoivent que ces situations sont horribles. Les intervenants rapportent</p>

			<p>ont participé à l'étude. De ces établissements, on compte des centres de réadaptation, des foyers de groupe et établissements sécuritaires</p> <p>En Écosse</p>	<p>des conséquences sur le plan physique, comme des sueurs, des maux de ventre et des tremblements.</p> <p>Certains jeunes ont rapporté vivre un sentiment de « catharsis » face aux mesures de contention. Un jeune perçoit que les contentions qu'il a vécues sont sa faute, dû à ses comportements reliés à la consommation. Il mentionne vivre un grand sentiment de colère car les intervenants demeurent près de lui et qu'il ne ressent pas de contrôle dans la situation. Un autre jeune rapporte que à la suite d'une contention physique, les émotions négatives qui ont été évacuées lui permettent de se sentir mieux. Aucun membre du personnel rapporte une expérience positive reliée à la contention. Cependant, un intervenant rapporte que parfois, un jeune peut avoir besoin de cette intervention pour libérer les émotions négatives, mais ce n'est pas vécu positivement par les intervenants. Ces différents éléments sont perçus par les auteurs comme inquiétants. En ce sens, les jeunes pourraient se retrouver à avoir besoin de la contrainte physique pour gérer leurs émotions. Une autre possibilité, cependant, est que la contrainte physique soit vécue par les jeunes comme aidant à intérioriser leurs propres mécanismes d'adaptation à des émotions.</p> <p>Les relations de confiance positives jeunes-intervenants ont un impact important sur l'utilisation des mesures de contention. Un jeune explique avoir construit une relation de confiance avec un intervenant et qu'un jour, il a dû appliquer une contention physique car il détruisait des objets. Le jeune a verbalisé qu'il ne voulait pas que cet intervenant le contienne, parce qu'il a bâti une relation positive avec lui. D'autres jeunes rapportent aucun effet de l'utilisation de la contention sur la relation, ils mentionnent qu'eux comme les intervenants n'aiment pas les appliquer.</p> <p>Les jeunes et les intervenants rapportent des effets négatifs de l'utilisation des contentions sur leurs relations entre eux. En ce sens, un intervenant rapporte qu'il peut y avoir de la haine ou encore de dégoût ressenti envers la personne qui à appliquer la mesure. De plus, un jeune rapporte qu'il a l'impression que l'application de la contention peut favoriser un sentiment d'isolement. Le jeune rapporte qu'il aimait bien un intervenant et qu'après avoir reçu une contention de sa part, il ne voulait « plus le connaître ».</p>
--	--	--	--	--

				<p>L'intervenant peut avoir peur ou encore être en colère. De plus, il mentionne qu'il a vécu des regrets, ou encore de la difficulté à surmonter la situation et d'anticiper devoir travailler à nouveau avec ce jeune.</p> <p>À la lumière de ce thème, il semble que ce n'est pas seulement la contention elle-même qui est à prendre en compte, mais le contexte l'entourant pour comprendre l'impact sur les jeunes et les relations avec les intervenants. Un intervenant verbalise que les jeunes peuvent, à l'inverse des autres révélations nommées plus-haut, remercier de les avoir contraints physiquement. En effet, ils peuvent comprendre que l'intervention a été nécessaire pour être arrêté, et demeureront respectueux envers les intervenants pour ceci. Un jeune confie qu'il s'est senti en sécurité pendant une mesure de contention. Un intervenant mentionne que le jeune peut percevoir qu'il ne sera pas abandonné par les intervenants, qu'ils seront là pour le protéger lorsqu'il se met en danger et qu'il peut y avoir des jeunes qui ont « besoin » d'être restreint.</p>
Érudit				
Poitras et Geoffrion, 2021	Mettre à jour et bonifier les facteurs recensés par Roy et al. (2019) en incorporant les études de 2017 à 2020.	Revue systématique	6 études	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du niveau d'hostilité (cité dans Matte-Landry et Collin-Vézina, 2020). - Perceptions que l'utilisation des MCI est adéquate pour contrôler les comportements des jeunes (Krezmien, et al. 2015). - Augmentation de la violence et agressivité (Hallet et al., 2014) - Exacerbation des symptômes traumatiques.
Franche-Choquette et al., 2021	Examiner les liens entre le niveau de stress perçu, de fatigue aiguë, de fatigue chronique ainsi que la récupération des éducateurs et leurs recours aux MCI.	Prospectif longitudinal	155 participants En CR au Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquences physiques et psychologiques. Aucun bénéfice à long terme (Day, 2002). - Sentiment d'humiliation, traumatisme (Davidson et al., 2005; Day et Daffern, 2009; Huckshorn, 2004).
Drolet, 2019	Explorer les motifs justifiant le recours aux MCI selon la perception des intervenants.	Qualitatif	Analyse de 632 articles provenant de 21 unités au Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune preuve qu'elles aident le développement de stratégies d'autorégulation prosociaux (Day et al., 2010). - Augmentation des comportements agressifs (Fryer et al., 2004). - Entraîne une escalade de violence, qui impact la réadaptation des jeunes (Fraser et al., 2016). - Les intervenants ressentent de l'inconfort, du stress (McLean, 2015). - Impact sur la relation avec le jeune (McLean, 2015).

Appendice C. Catégorisation des résultats

Types de conséquences	Jeunes	Intervenants
Cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Perception d'abus physique, voir sexuel (Day et al., 2010) - Sentiment d'abus physique/sexuel (Steckley et Kendrick, 2008; Day et al., 2012). - Perte de dignité (LeBel, 2004, cité dans Roy et al., 2019). - Perception d'hostilité, perception de traumatisme (Smith et Bowman, 2009, cité dans Brystrynski et al., 2021). - Violation des droits de la personne (LeBel, 2004, cité dans Roy et al., 2019). - La contention amène un changement de perception envers le personnel et une diminution de sécurité envers le milieu (Ulset et Tjelflaat, 2012, cité dans Slaatto et al., 2021). - Diminution du niveau d'engagement du jeune et des familles (LeBel et al., 2010; Pollastri et al., 2016, cité dans Slaatto et al., 2021). 	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de danger face à l'environnement, augmentation du stress (Wells et al., 2009, cité dans Workman, 2017). - Pas de réunion-bilan à la suite de l'incident. Sentiment que les superviseurs ne sont pas soucieux des effets de la contention sur le personnel (Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017) - Baisse du moral (LeBel et al., 2010, cité dans Ferlver et al., 2017) - Sentiment de ne pas être soutenu par superviseur à la suite de l'application d'une contention (Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017) - Sentiment de dissonance d'offrir un environnement sûr et dans le respect de la dignité (Steckley et Kendrick, 2008, cité dans Workman, 2017). - Difficulté à surmonter la situation et anticiper devoir travailler à nouveau avec ce jeune (Steckley et Kendrick, 2008).
Émotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de colère (Steckley, 2012) - Anxiété (Day, 2002, cité dans Mathieu et al., 2020) - L'isolement amène des sentiments d'anxiété, de peur, de colère et de lutte de pouvoir (Miller, 1986, cité dans Slaatto et al., 2021). - La contention amène des sentiments offensants (Ulset et Tjelflaat, 2012, cité dans Slaatto et al., 2021). - Déception, dégoût, humiliation d'être vu par les autres jeunes (Steckley et Kendrick, 2008) - Haine et dégoût envers la personne qui a appliqué la mesure (Steckley et Kendrick, 2008) - Sentiment d'injustice, non compréhension de l'application de la mesure, impression que la mesure n'est pas justifiée (Steckley et Kendrick, 2008; Van Dorp et al., 2012; Steckley, 2012) - Sentiment de perte de contrôle, vulnérabilité, sentiment d'être pris en charge (Day et al., 2010) - Sentiment de honte, d'inconfort et de colère (Vishnivetsky et al., 2013, cité dans Brystrynski et al., 2021). - Détresse émotionnelle (Fox, 2004; Mohr, 2006; Steckley et Kendrick, 2007, Vishnivetsky et al., 2013, cité dans Braun et al., 2020) - Traumatisme émotionnel (LeBel et al., 2010, cité dans Felver et al., 2017) - Sentiment d'humiliation, traumatisme (Davidson et al., 2005; Day et Daffern, 2009; Huckshorn, 2004, cité dans Franche-Choquette et al., 2021). - Réactivation des traumatismes émotionnels vécus dans le contexte familial (LeBel et al., 2010, cité dans Felver et al., 2017). 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du niveau d'anxiété (Day, 2002, cité dans Mathieu et al., 2020). - Sentiment de culpabilité (Steckley et Kendrick, 2008). - Sentiment de défaite et de frustration face à l'utilisation des MCI et de ne pas avoir été en mesure d'aider le jeune autrement (Steckley et Kendrick, 2008; Steckley, 2010, cité dans Workman, 2017) - Regrets (Steckley et Kendrick, 2008). - Sentiment de frustration face à l'incapacité à ne pas répondre aux besoins des jeunes et difficultés de communication (Bonner et al., 2002, cité dans Workman, 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'alliance thérapeutique (De Hert et al., 2011, cité dans Slaatto et al., 2021; Cusack et al., 2003, Kendrick et Steckley, 2008, cité dans Braun et al., 2020) - Impact sur la relation avec l'intervenant, lien thérapeutique (Steckley et Kendrick, 2008; Van Dorp et al., 2012; Chun et al., 2016, cité dans Brystrynski et al., 2021) - La contention peut amener un sentiment de vulnérabilité, ce qui peut diminuer le sentiment de confiance à l'égard des parents et du personnel car il peut avoir l'impression que la situation n'est pas prise en charge (Nyttingnes et al., 2018, cité dans Slaatto et al., 2021). 	
Comportementales	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des comportements négatifs (Day, 2002, cité dans Mathieu et al., 2020) - Favorise un sentiment d'isolement pour le jeune (Steckley et Kendrick, 2008) - Augmentation des conflits physiques (De Hert et al., 2011, cité dans Slaatto et al., 2021). - Diminution du fonctionnement psychosocial (Nyttingnes et al., 2018, cité dans Slaatto et al., 2021) - Résultat de traitement inférieur (LeBel et al., 2010, cité dans Felver et al., 2017). - MCI peut aggraver le comportement problématique (Van Dorp et al., 2012) - Avoir besoin de la contrainte physique pour gérer les émotions (Steckley et Kendrick, 2008). - Lutte de pouvoir entre l'intervenant et le jeune (Miller, 1986, cité dans Slaatto et al., 2021) - Interaction négative entre le jeune et l'intervenant, ce qui peut causer une escalade de violence (Fraser et al., 2016, cité dans Mathieu et al., 2020). - Augmentation du niveau d'hostilité (Matte-Landry & Collin-Vézina, 2020, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). - Augmentation de la violence et agressivité (Hallet et al., 2014, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). 	<ul style="list-style-type: none"> - Interaction négative entre le jeune et l'intervenant, ce qui peut causer une escalade de violence (Fraser et al., 2016, cité dans Mathieu et al., 2020). - Interactions aversives envers les jeunes (Newbill et al., 2010, cité dans Workman, 2017).
Physiologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Susceptible de retraumatiser des jeunes qui ont déjà été victimes de maltraitance (Huckshorn, 2004, cité dans Boel-Studt, 2017) - Exposition à des nouveaux traumatismes (Bryson et al., 2017, cité dans Mathieu et al., 2020) - Exacerbation des symptômes traumatiques (Poitras et Geoffrion, 2021). - Blessures physiques à la suite des MCI (Steckley et Kendrick, 2008; LeBel et al., 2010, cité dans Felver et al., 2017; Bryson et al., 2017). - Mort causée par une asphyxie ou encore par une suffocation dans certains cas (LeBel, 2004, cité dans Roy et al., 2009; LeBel et al., 2010, cité dans Felver et al., 2017; Bryson et al., 2017; Morh et al., 2003; Nunno et al., 2006, cité dans Brystrynski et al., 2021). 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes physiques : maux de ventre, sueurs, tremblements (Steckley et Kendrick, 2008). - Blessures du personnel à la suite de l'utilisation de la contention (Moylan et Collinan, 2011, Vedana et al., 2018, cité dans Braun et al., 2020).
Conséquences positives	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à interioriser ses mécanismes de gestion des émotions (Steckley et Kendrick, 2008) - Expression cathartique vécues pendant la contention, libération d'émotions intenses (Steckley et Kendrick, 2008). - Sentiment de sécurité, d'être pris en charge pendant une contention (Steckley et Kendrick, 2008). - Sentiment de prise en charge (Day et al., 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceptions que l'utilisation des MCI est adéquate pour contrôler les comportements des jeunes (Krezmien, et al. 2015, cité dans Poitras et Geoffrion, 2021). - les MCI peuvent être nécessaires et humaines lorsqu'elles sont utilisées dans de bonnes conditions (Dean et al., 2007 ; Petti et al., 2001, cité dans Pollastri et al., 2016). - Parfois nécessaire d'utiliser des moyens de contention physique avec les individus afin de maintenir leur sécurité. (Workman, 2017).