

# Le fournisseur de soins qui fait preuve de réticence ou de résistance

## Considérations

À titre de clinicien, vous rencontrerez inévitablement des fournisseurs de soins qui soit ne seront pas en mesure de donner suite aux suggestions faites durant l'intervention comme celles de fouiller la maison pour trouver s'il s'y trouve du matériel combustible, de restreindre l'accès aux sources de matériel combustible et/ou d'accroître la surveillance de l'enfant, soit qui seront réticents à le faire. Dans ces cas, il importe de chercher à établir avec le fournisseur de soins les raisons pour lesquelles il refuse de faire les exercices proposés ou de mettre en œuvre les recommandations qui lui sont faites ou pour lesquelles il est réticent à le faire.

À titre d'exemple, si le fournisseur de soins est réticent à mettre en œuvre les recommandations qui lui sont faites au sujet du traitement parce qu'il n'a pas la motivation voulue, trouvez des façons de l'intéresser au traitement et de l'aider à comprendre l'importance de la sécurité-incendie.

De la même façon, il se peut que certains fournisseurs de soins ne soient pas convaincus de la nécessité d'une intervention particulière dans le cas de leur enfant ou de leur maison. En discutant ouvertement de la question avec le fournisseur de soins, vous pourrez peut-être dissiper ainsi tout malentendu qu'il aurait au sujet du comportement incendiaire.

D'autres fournisseurs de soins peuvent avoir l'impression qu'il ne sert à rien d'essayer une intervention parce qu'ils croient que leur enfant refusera de collaborer ou parce qu'ils n'ont pas les ressources voulues pour répondre à certaines des exigences du traitement.

Les fournisseurs de soins disent aussi souvent ne pas avoir le temps ou l'énergie voulu(e) pour mettre en œuvre certaines interventions.

Les parents des enfants qui ont un comportement incendiaire disposent souvent de ressources limitées pour satisfaire aux besoins de la vie quotidienne et se sentent dépassés par les événements. Le fait de leur demander d'accomplir d'autres tâches ménagères et parentales (comme celles de vérifier s'il se trouve du matériel combustible dans la maison et d'accroître la

surveillance exercée sur l'enfant) peut souvent pousser à bout un parent déjà surmené. Une partie du travail du clinicien consiste à faire appel aux ressources internes du fournisseur de soins et à l'aider à avoir accès à des ressources externes qui lui permettront de mettre en œuvre les interventions nécessaires. Le simple fait de demander au fournisseur de soins s'il connaît quelqu'un qui peut l'aider à mettre en œuvre les mesures qui lui sont recommandées est souvent le point de départ de l'établissement avec lui d'un plan de sécurité-incendie.

## Modifications des interventions

Il est parfois difficile aux parents qui travaillent d'assurer la surveillance de leur enfant en fin d'après-midi entre le moment où l'enfant rentre de l'école et celui où ils rentrent du travail. Le clinicien pourrait amener le fournisseur de soins à rechercher avec lui des solutions à ce problème en lui proposant divers moyens d'assurer la surveillance de l'enfant en fin d'après-midi. Il pourrait notamment lui suggérer de faire appel à des membres de sa famille élargie, à des amis ou à des voisins ou d'inscrire son enfant à un groupe qui se réunit après l'école ou à des activités structurées.

Le clinicien peut aussi suggérer au fournisseur de soins de créer dans la maison une aire « sûre » où l'enfant peut jouer même s'il n'est pas sous la surveillance directe d'un adulte. Il importe que l'aire « sûre » ne contienne pas de matériel combustible ni aucune autre source de danger pour que le fournisseur de soins puisse s'occuper d'autres tâches à la maison pendant que l'enfant s'amuse seul.

Le clinicien devra chercher à amener le fournisseur à collaborer avec lui pour comprendre les raisons de sa résistance ou de sa réticence, pour décomposer le problème ou l'obstacle en éléments gérables et pour trouver une approche permettant d'élaborer des stratégies en vue de mettre en œuvre les interventions nécessaires.

Outre les avantages directs que présentent les interventions de sécurité-incendie elles-mêmes, le simple fait de mettre en œuvre ces interventions transmet un

important message à l'enfant ou à l'adolescent, à savoir que la famille attache de l'importance à la sécurité-incendie. Le fournisseur de soins peut aussi de cette façon montrer à l'enfant ce qu'est un comportement favorisant la sécurité-incendie.

Pour essayer de prévenir les obstacles qui pourraient empêcher la participation du fournisseur de soins (ou de l'enfant) au programme et pour accroître les chances de succès de la famille, il importe de continuellement demander l'avis du client, en particulier en ce qui touche sa capacité de pouvoir mettre en œuvre les interventions suggérées. Il est en effet possible d'adapter en conséquence le traitement recommandé.

## Pratiques religieuses, spirituelles et culturelles liées à l'utilisation du feu

### Considérations

De nombreuses familles peuvent avoir des pratiques religieuses, spirituelles ou culturelles liées à l'utilisation du feu. Dans le cadre de ces pratiques, la famille peut faire brûler de façon régulière ou pour des périodes prolongées des bougies, de l'herbe douce, de l'encens ou d'autres matériaux.

Ce genre de pratiques augmente le risque de comportement incendiaire chez l'enfant parce qu'elles exigent que la famille dispose de matériel combustible et les matériaux qui sont brûlés peuvent même servir de matériel combustible.

En outre, les familles qui s'adonnent à ces pratiques depuis de nombreuses années ou qui l'ont fait à de nombreuses reprises sans difficulté peuvent ne pas se rendre compte immédiatement qu'elles présentent des risques. Les fournisseurs de soins peuvent aussi supposer à tort que les enfants n'utiliseraient jamais à mauvais escient du matériel de grande valeur ou du matériel sacré.

Le feu est dangereux quel que soit le sens qu'on lui attribue et doit être utilisé avec soin.

### Modifications des interventions

Il importe de tenir compte dans le processus d'intervention des pratiques religieuses, spirituelles et culturelles liées à l'utilisation du feu. Ces pratiques devraient être considérées comme des utilisations positives du feu.

Les fournisseurs de soins peuvent profiter de ces pratiques pour expliquer à l'enfant les mesures de sécurité-incendie qu'ils prennent et lui montrer comment adopter des attitudes et un comportement favorisant la sécurité-incendie. En outre, si ces pratiques s'accompagnent d'enseignements positifs se rapportant au feu, les fournisseurs de soins peuvent en faire part aux enfants s'ils le jugent bon.

Les fournisseurs de soins devraient être encouragés à mettre en œuvre leurs pratiques religieuses, spirituelles et culturelles en adoptant des pratiques présentant un minimum de risques. À titre d'exemple, les bougies qui doivent brûler pendant de longues périodes doivent être solides et mises dans des chandeliers ininflammables placés dans des endroits où ils sont en sécurité. Les fournisseurs de soins voudront peut-être obtenir les conseils des professionnels des services d'incendie locaux sur la façon de mener ces pratiques sans qu'elles comportent de risques.

Étant donné qu'il n'est pas probable qu'on puisse complètement éliminer les situations où l'enfant pourrait avoir accès à du matériel combustible si l'utilisation du feu fait partie des pratiques religieuses, spirituelles et culturelles de la famille, il est particulièrement important que l'enfant fasse l'objet d'une surveillance étroite.

Les enfants ne devraient jamais être laissés sans surveillance lorsque du matériel brûle. Les enfants devraient cependant être encouragés à participer aux pratiques religieuses ou culturelles liées au feu lorsque les mesures de sécurité-incendie voulues ont été prises et lorsque ces activités se déroulent sous la surveillance d'un adulte.

# Collectivités rurales et éloignées

## Considérations

Dans les collectivités rurales et éloignées, il se peut que les enfants soient davantage exposés à des activités comportant l'utilisation du feu comme le fait de faire brûler des déchets, d'allumer des brasiers et d'utiliser des poêles à bois pour chauffer la maison.

Il se peut aussi que les enfants dans ces collectivités aient davantage accès au feu, à du matériel combustible ainsi qu'à des accélérateurs. Il se peut aussi qu'on s'attende à ce qu'ils utilisent de façon courante le feu ou le matériel combustible dans le cadre de leurs responsabilités ménagères et on peut aussi leur enseigner à avoir sur eux des allumettes ou des briquets pour des raisons de sécurité ou de survie.

Les fournisseurs de soins et les autres membres de la collectivité peuvent considérer la notion de vouloir limiter l'accès au matériel combustible comme étant irréaliste et même impossible étant donné l'importance de ce matériel dans la vie courante et le fait qu'il est possible de se procurer facilement ce matériel dans la collectivité.

## Modifications des interventions

Le fait de limiter l'accès au matériel combustible constitue un élément fondamental de toute intervention en vue d'atténuer le comportement incendiaire chez les enfants et les adolescents.

Il convient de chercher à obtenir la collaboration des parents afin d'établir un plan de restriction de l'accès au matériel combustible qui soit *réalisable* par la famille. S'il est improbable qu'il soit possible de limiter l'accès de l'enfant au matériel combustible, en particulier dans la collectivité, il peut alors être nécessaire de voir avec la famille comment il est possible d'exercer une surveillance étroite sur les enfants.

Il peut être tout particulièrement important que la famille obtienne l'aide d'autres adultes de la collectivité afin d'établir un plan efficace. En outre, il peut être nécessaire de prévoir des activités éducatives à l'échelle communautaire pour amener la collectivité à modifier ses attitudes à l'égard de la restriction de l'accès au matériel combustible.

Bien qu'il convienne d'insister sur la nécessité de restreindre l'accès au matériel combustible à court terme, il importe également de trouver des moyens de faire prendre conscience à la collectivité de ses responsabilités en matière de sécurité-incendie dès que c'est possible. Cela devrait être fait de façon planifiée et sous surveillance.

Le clinicien doit se familiariser au besoin avec les ressources disponibles dans la collectivité de la famille.

## Foyers de groupe et établissements résidentiels

### Considérations

Les foyers de groupe et les établissements de traitement résidentiels présentent tant des avantages que des inconvénients pour ce qui est d'aider les enfants et les adolescents ayant déjà eu un comportement incendiaire à modifier leur comportement. De nombreux établissements sont en mesure d'exercer un contrôle rigoureux sur le matériel combustible auquel ont accès les enfants et les adolescents qui y vivent. En outre, ils sont susceptibles d'offrir aux enfants et aux jeunes des activités positives favorisant la sécurité-incendie. Enfin, ils peuvent intégrer les mesures visant à modifier le comportement incendiaire à des plans qui visent déjà à modifier d'autres comportements.

Comme les enfants atteints de graves problèmes développementaux sont plus susceptibles d'avoir déjà eu un comportement incendiaire, il est fort possible que plus d'un enfant ayant ce problème vive dans le même établissement. Ces enfants et ces adolescents peuvent unir leurs efforts pour échapper aux mesures mises en place pour les amener à cesser leur comportement incendiaire et peuvent s'encourager les uns les autres. Ils peuvent persister dans leurs croyances et leurs attitudes anti-sociales liées au feu et s'unir pour s'opposer aux efforts en vue de les amener à adopter des croyances, des aptitudes et des comportements favorisant la sécurité-incendie.

À ces difficultés s'ajoute le fait que le personnel de ces établissements est souvent jeune et peu expérimenté et ne possède pas une grande expérience clinique. Certains membres du personnel peuvent eux-mêmes avoir des

croyances et des attitudes inadéquates au sujet de la sécurité-incendie et des comportements incendiaires. À titre d'exemple, on nous a rapporté le cas d'un employé de foyer de groupe qui avait montré à un adolescent comment faire exploser des aérosols dans un feu de camp. On a aussi rapporté le cas d'employés de foyers de groupe qui ne prenaient pas les exercices d'incendie au sérieux, qui fumaient avec les résidents, qui montraient aux résidents comment faire des tours avec un briquet et qui laissaient le matériel combustible accessible aux résidents.

## Modifications des interventions

Toutes les interventions conçues pour être mises en œuvre dans les résidences familiales peuvent aussi être mises en œuvre dans les foyers de groupe et les établissements résidentiels. Si l'enfant rend visite à sa famille la fin de semaine ou si l'enfant doit retourner vivre dans la famille, les interventions devraient aussi être mises en œuvre dans la résidence familiale.

Les pratiques favorisant la sécurité-incendie bénéficieront à tous les enfants vivant dans un établissement et pas seulement aux enfants ayant un comportement incendiaire.

Le personnel des foyers de groupe devrait suivre une formation mettant l'accent sur l'importance et la mise en œuvre des procédures de sécurité-incendie. Ces procédures doivent être suivies de façon régulière et être expliquées à chaque nouveau résident et employé dès leur arrivée dans l'établissement et pas seulement aux enfants et aux adolescents qui ont un comportement incendiaire.

Dans les foyers de groupe, le matériel combustible devrait toujours être rangé sous clé sauf lorsque ce matériel est utilisé par le personnel ou les résidents sous la surveillance directe du personnel. Cela comprend les cigarettes étant donné que des cigarettes allumées peuvent servir à allumer d'autres types de matériel combustible.

Les foyers de groupe devraient établir une politique s'appliquant aux employés et aux résidents qui fument et tous les employés devraient savoir comment mettre en œuvre cette politique. Il convient de retirer les briquets des véhicules utilisés par les résidents des foyers de groupe.

Il convient aussi d'examiner toutes les responsabilités et les tâches confiées aux résidents pour s'assurer

qu'on ne leur donne pas accès volontairement ou involontairement à du matériel combustible comme de l'essence pour la tondeuse ou des produits de nettoyage inflammables.

Les comportements favorisant la sécurité-incendie comme ceux qui consistent à s'assurer que le plan d'évacuation d'urgence soit affiché et mis en pratique, que les alarmes à incendie fonctionnent et que les sorties ne soient pas obstruées doivent être intégrés aux tâches courantes et récompensés par des louanges et d'autres mesures de renforcement adéquates.

Les comportements qui sont contraires à la sécurité-incendie comme ceux qui consistent à posséder du matériel combustible ou à fournir ce matériel à autrui doivent figurer dans les plans de gestion du comportement et faire l'objet de conséquences appropriées.

Les enfants et les adolescents qui ont déjà allumé des feux ne devraient pas se retrouver seuls entre eux sans surveillance.

## Troubles comorbides

### Considérations

Le comportement incendiaire accompagne le plus souvent d'autres psychopathologies ou difficultés. Par conséquent, il est essentiel que non seulement le comportement incendiaire des enfants et des adolescents fasse l'objet d'une évaluation complète, mais aussi leurs besoins de santé mentaux généraux.

En outre, le comportement incendiaire peut n'être que l'un des nombreux problèmes de comportement de nature perturbatrice ou antisociale qu'un enfant peut manifester.

Les enfants et les adolescents qui manifestent un comportement incendiaire ont souvent du mal à maîtriser leur impulsivité. Dans des cas plus rares, ce comportement peut constituer un aspect d'un trouble de l'humeur et/ou de la pensée. Le feu est parfois utilisé comme moyen d'automutilation. Le comportement incendiaire peut aussi parfois se constater dans le contexte de troubles envahissants du développement ou de retards intellectuels. À l'issue d'un feu particulière-

ment grave, un enfant ou un adolescent peut aussi développer des symptômes de stress post-traumatique.

## Modifications des interventions

Même si d'autres difficultés ou états se manifestent chez un enfant ou un adolescent, il continue d'être essentiel de limiter son accès au matériel combustible ainsi que d'améliorer la surveillance dont il fait l'objet. Les fournisseurs de soins peuvent ainsi assurer la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent et s'occuper de ses autres besoins de santé mentale, ce qui devrait permettre de réduire les probabilités d'une autre manifestation du comportement incendiaire. Il convient de diriger le client vers des traitements additionnels, le cas échéant.

Lorsque le comportement incendiaire a causé un grave traumatisme à l'enfant, il peut être nécessaire de réduire, de retarder ou d'éliminer certaines des composantes de son traitement. Il importe cependant d'offrir aux fournisseurs de soins toutes les composantes du traitement.

## Enfants d'âge préscolaire

### Considérations

Le feu est plus susceptible de blesser ou de tuer des enfants d'âge préscolaire que des enfants plus âgés, des adolescents et des adultes.

Parce qu'ils comprennent mal les conséquences du feu, les enfants d'âge préscolaire sont susceptibles de ne pas savoir comment échapper à un feu et de ne pas pouvoir y résister en raison de leur taille et de la plus grande sensibilité de leur peau.

Les enfants d'âge préscolaire peuvent jouer avec des allumettes ou du feu dans des espaces clos (sous leur lit, derrière un canapé ou dans un placard, par exemple) où les risques qu'un feu commence et se répande rapidement sont plus grands et où il est plus difficile d'échapper au feu.

En outre, les fournisseurs de soins peuvent sous-estimer la capacité d'un enfant d'âge préscolaire de trouver et d'utiliser du matériel combustible parce qu'ils le considèrent trop jeune pour cela. Il importe donc de considérer le comportement incendiaire d'un enfant

d'âge préscolaire comme un comportement présentant des risques particulièrement élevés et comme un comportement particulièrement préoccupant exigeant une attention immédiate.

## Modifications des interventions

Accent accru sur les interventions parentales.

Les fournisseurs de soins doivent être conscients du fait que les jeunes enfants qui ont un comportement incendiaire sont davantage susceptibles de subir des blessures; ils doivent par conséquent prendre des mesures immédiates et exhaustives pour faire cesser ce comportement. Il faudra peut-être rappeler aux fournisseurs de soins des enfants d'âge préscolaire qu'on ne peut pas vraiment s'attendre à cette étape du développement d'un enfant qu'il ne touche pas à du matériel combustible qui lui serait accessible dans son milieu. Il est absolument essentiel que les fournisseurs de soins assument la responsabilité d'empêcher que l'enfant ait accès à du matériel combustible.

Étant donné que les enfants d'âge préscolaire ne sont pas souvent seuls dans la collectivité, c'est le plus souvent à la maison qu'ils ont accès à du matériel combustible. La mise en œuvre de stratégies en vue de restreindre l'accès au matériel combustible à la maison peut donc vraiment aider à éliminer le comportement incendiaire.

Étant donné que les enfants d'âge préscolaire peuvent jouer avec le feu dans des espaces clos, il peut être nécessaire de proposer des interventions inhabituelles comme celles qui consistent à enlever la porte du placard, à vider les placards, à installer un système de détection de fumée dans le placard (ou dans les autres endroits où l'enfant joue avec le feu) ou à installer un verrou sur la porte de la pièce où se trouve l'appareil de chauffage ou du sous-sol.

Il se peut que les enfants qui allument des feux pour préparer de la nourriture ne fassent pas l'objet d'une surveillance suffisante de la part du fournisseur de soins. Dans de tels cas, le clinicien devrait essayer d'établir si l'enfant manifeste d'autres comportements dangereux. Il peut s'agir pour l'enfant de s'éloigner de la maison, de grimper sur des objets dangereux, d'avaler des produits chimiques, des médicaments ou des poisons et de jouer avec des objets dangereux comme des couteaux. Il faut souvent dans ces cas-là faire intervenir les services de protection de l'enfance.

Lors de l'établissement d'un plan d'évacuation d'urgence, il convient de tenir compte du fait que les enfants d'âge préscolaire comprennent mal les conséquences du feu et ont une mobilité et des capacités physiques réduites. Le fournisseur de soins doit assumer la responsabilité d'établir un plan d'évacuation approprié permettant une évacuation sans risque des enfants d'âge préscolaire en cas d'incendie. Les professionnels des services d'incendie peuvent contribuer à l'établissement d'un tel plan.

Il faut insister davantage auprès des enfants d'âge préscolaire pour qu'ils appliquent les mesures proposées

Étant donné que les risques qu'un enfant d'âge préscolaire se blesse gravement ou meure lors d'un incendie sont élevés, il importe que l'enfant sache que le fournisseur de soins participe aux interventions en vue de l'amener à cesser son comportement incendiaire.

Il peut être nécessaire de faire intervenir les services de protection de l'enfance si le fournisseur de soins ne veut pas ou ne peut pas mettre en œuvre les mesures recommandées pour amener son enfant à cesser son comportement incendiaire.

Simplification ou élimination de l'intervention auprès de l'enfant

Selon le niveau de développement de l'enfant, il peut être nécessaire de grandement réduire et/ou d'éliminer l'intervention destinée à l'enfant. À titre d'exemple, il ne vaut sans doute pas la peine d'essayer de mettre en œuvre la composante du traitement dans le cas d'un enfant de trois ans. Le travail des fournisseurs de soins est d'autant plus important lorsque l'enfant est aussi jeune.

## Adolescents

Bien que nous ayons fait remarquer que ce manuel convient davantage aux enfants d'âge scolaire, nous avons constaté au fil des ans que les méthodes d'intervention proposées peuvent aussi être utiles et donner d'assez bons résultats avec les adolescents. Divers facteurs doivent cependant être pris en compte lorsqu'on travaille avec des adolescents.

## Considérations

Parmi les facteurs cliniques dont il convient de tenir compte lorsqu'on traite avec des adolescents plutôt qu'avec des enfants, mentionnons le fait que les adolescents font preuve d'une plus grande résistance aux interventions, ont un niveau de maturité et un besoin d'indépendance plus grand, font l'objet de moins de surveillance, ont davantage accès au matériel combustible à l'extérieur de la maison, subissent davantage les influences et les pressions de leurs pairs et doivent parfois avoir des allumettes et des briquets parce qu'ils fument.

En outre, il importe de constater que de nombreux adolescents ayant un comportement incendiaire manifestent aussi d'autres comportements antisociaux et ont déjà eu des démêlés avec la justice.

## Modifications des interventions

Contrairement aux enfants plus jeunes, les adolescents semblent au départ plus réticents face aux interventions. En prenant les mesures générales suivantes, on peut cependant souvent réduire la réticence initiale d'un adolescent face à la participation au programme et l'inciter à cesser son comportement incendiaire.

1. S'assurer que l'adolescent comprend que l'intervention n'est pas un châtement et vise à l'aider à ne plus se mettre dans le pétrin.
2. Préciser les facteurs qui devraient motiver l'adolescent à cesser son comportement incendiaire.
3. Veiller à ce que les stratégies d'intervention et les exemples de cas signifient quelque chose pour lui.
4. Établir une relation de collaboration avec l'adolescent et encourager sa participation et sa contribution au traitement.

Étant donné que la plupart des adolescents jouissent d'une plus grande liberté, font l'objet d'une surveillance moins étroite et ont davantage accès au matériel combustible que les enfants, il est particulièrement important d'essayer de les motiver à modifier leur comportement incendiaire.

Amener un adolescent à participer à son traitement présente certains défis. Lorsqu'il apprend à connaître l'adolescent au début du programme, le clinicien devrait essayer d'établir les facteurs qui motivent le plus

l'adolescent. À titre d'exemple, de nombreux adolescents en ont assez de se mettre dans le pétrin en raison de leur comportement et veulent éviter d'avoir à nouveau des démêlés avec la justice. D'autres veulent assurer leur sécurité et celle de leur famille. La première étape, et parfois la plus difficile à franchir avec les adolescents qui ont un comportement incendiaire, est de les amener à comprendre qu'ils pourront peut-être atteindre certains objectifs (comme celui de ne plus se mettre dans le pétrin) s'ils modifient leur comportement incendiaire.

Le clinicien voudra adapter le programme SNAP™ pour pouvoir l'utiliser avec des personnes plus âgées et ayant atteint un niveau de maturité plus élevé. À titre d'exemple, il conviendrait sans doute dans le cas des adolescents d'insister davantage sur la recherche de solutions aux problèmes. Les vignettes hypothétiques présentées aux adolescents pour les amener à s'exercer à régler des problèmes au cours des séances devraient être adaptées à leurs besoins individuels ou à leur expérience de vie.

Les scénarios utilisés peuvent comporter des situations où des pairs exercent des pressions sur l'adolescent pour l'amener à participer à un groupe ayant un comportement incendiaire, et traiter du maniement du matériel combustible à l'extérieur de la maison (p. ex., dans les magasins) et de questions pertinentes dans le cas des adolescents qui fument (p. ex., l'adolescent peut demander à quelqu'un d'allumer sa cigarette ou emprunter un briquet au lieu d'en avoir un lui-même).

Il importe d'encourager les adolescents à suggérer des interventions au cours du traitement et de collaborer avec eux. À titre d'exemple, si un adolescent fait remarquer qu'une intervention n'est pas réaliste ou qu'il n'est pas d'accord avec une recommandation, il importe d'en discuter avec lui.

Les adolescents qui fument se plaignent souvent qu'on leur recommande de ne pas avoir des allumettes ou des briquets sur eux pour allumer leur cigarette. Ils font souvent valoir qu'il s'agit d'une demande excessive et inutile. Une stratégie qui a donné d'assez bons résultats consiste à amener les adolescents à voir comment cette contrainte peut leur être utile. À titre d'exemple, bon nombre de ces adolescents ont dit avoir été blâmés à tort par le passé pour des délits qu'ils n'ont pas commis. Ils comprennent aussi qu'ils sont plus susceptibles d'être soupçonnés d'avoir allumé un feu en raison de leur comportement incendiaire antérieur. Dites-leur que s'ils

n'ont jamais sur eux des allumettes ou des briquets (et n'ont pas recours à d'autres matériels combustibles), ils sont moins susceptibles d'être soupçonnés d'avoir allumé d'autres feux dans le quartier.

À titre de clinicien, vous pouvez cependant tenir beaucoup à une recommandation à laquelle l'adolescent continue de s'opposer. Il demeure cependant important que l'adolescent ait un mot à dire sur son traitement et ait l'impression qu'on l'écoute et qu'on le respecte.

Il convient souvent de permettre aux adolescents de participer à certaines pratiques approuvées comportant l'utilisation du feu. Le clinicien devra juger quelle est la surveillance nécessaire dans ce cas. À titre d'exemple, des adolescents peuvent aider à allumer un feu de camp sous la surveillance du fournisseur de soins ou à faire de la cuisine au moyen d'un poêle ou d'un barbecue. Ce genre d'activités comportant l'utilisation du feu devraient être planifiées et approuvées par le fournisseur de soins.

Si une famille compte un adolescent qui a un comportement incendiaire, il importe que le clinicien travaille directement avec l'adolescent pour l'amener à changer son comportement. Il convient cependant aussi de faire participer le fournisseur de soins de l'adolescent à son traitement. Bien que certains fournisseurs de soins disent ne pas pouvoir exercer beaucoup de contrôle sur le comportement de leur adolescent et sur son accès à du matériel combustible à l'extérieur de la maison, ils peuvent tout de même lui transmettre le message expliquant que le comportement incendiaire est un comportement grave et que la famille attache de l'importance à la sécurité-incendie.

En outre, lorsqu'un clinicien travaille avec des fournisseurs de soins qui disent ne pas pouvoir surveiller leur adolescent parce qu'il refuse de se conformer aux attentes parentales (p. ex., rester à la maison ou près de la maison ou communiquer régulièrement avec le fournisseur de soins lorsqu'il est sans surveillance dans la collectivité), il importe de discuter de ce problème avec le fournisseur de soins. Lorsque les fournisseurs de soins disent que l'enfant ou l'adolescent quitte la maison sans permission (ou sans que le fournisseur de soins le sache), cela indique souvent que le fournisseur de soins a besoin d'aide à cet égard. À titre d'exemple, le clinicien peut sans doute obtenir de l'aide des services de probation (s'ils interviennent auprès de l'adolescent), des organismes de protection de l'enfance ou, le cas échéant, de la police locale. De cette façon, on aidera le

fournisseur de soins à assurer la sécurité de l'adolescent ainsi que sa surveillance ou à faire en sorte que ses allées et venues soient surveillées par le fournisseur de soins ou par un autre adulte.

Il est particulièrement important de revoir les limites de la confidentialité avec les adolescents au début de chaque séance pour qu'ils comprennent bien que les renseignements qu'ils communiquent au clinicien peuvent être transmis à leur fournisseur de soins.

## Services de protection de l'enfance

### Considérations

Il faut considérer le comportement incendiaire d'un enfant ou d'un adolescent comme étant une question très grave. Les fournisseurs de soins que ce comportement alarme ont souvent du mal à trouver des façons appropriées de gérer le comportement incendiaire de leur enfant, particulièrement si ce comportement se poursuit en dépit des mesures disciplinaires qu'ils peuvent avoir prises. Par conséquent, les fournisseurs de soins peuvent réagir au comportement incendiaire de leur enfant en adoptant des stratégies inappropriées. Voici certains exemples de ces stratégies :

1. punir durement l'enfant pour son comportement incendiaire ou le maltraiter;
2. menacer d'exposer l'enfant à la chaleur ou au feu; à titre d'exemple, forcer un enfant à poser sa main sur la cuisinière lorsqu'elle est allumée pour lui faire « comprendre » les risques d'un comportement incendiaire; et
3. enfermer un enfant qui a un comportement incendiaire dans sa chambre pour l'empêcher de sortir de la maison la nuit ou d'adopter d'autres comportements. L'enfant peut avoir caché du matériel combustible dans sa chambre. Si un incendie commence dans la chambre quand la porte est verrouillée, l'enfant aura du mal à sortir de la maison.

Rien ne prouve que l'emploi de ce genre de stratégies par un fournisseur de soins permette d'éliminer le comportement incendiaire. En revanche, il existe des preuves abondantes montrant que le fait de châtier sévèrement un enfant qui a un comportement antisocial ne l'aide généralement pas à cesser ce comportement.

Il est souvent nécessaire que les services de protection de l'enfance interviennent lorsque le fournisseur de soins réagit de cette façon au comportement incendiaire.

Voici d'autres cas où il peut être nécessaire de consulter les services de protection de l'enfance :

1. le comportement incendiaire vise les frères et les sœurs de l'enfant ou de l'adolescent;
2. le fournisseur de soins ne donne pas suite aux recommandations qui lui sont faites comme celles de priver l'enfant ou l'adolescent d'avoir accès à du matériel combustible et/ou à la possibilité de passer du temps sans surveillance dans la collectivité; et
3. le fait pour le fournisseur de soins de se retirer du programme ou de cesser d'y participer.

### Modifications des interventions

Les cliniciens doivent se préparer à l'avance à ce que certains fournisseurs de soins aient ce genre de réaction. Il faut notamment veiller à ce que les fournisseurs de soins et les enfants soient conscients des limites de la confidentialité et sachent que le clinicien doit communiquer certains renseignements aux services de protection de l'enfance.

En outre, il convient pour le clinicien de connaître les services de protection de l'enfance locaux pour qu'il lui soit facile de faire appel à leur aide en cas de besoin.

Il importe que les professionnels de la santé mentale et des services de protection de l'enfance collaborent à veiller à ce que les intérêts des enfants et des familles soient protégés.

Ces mesures devraient aider à faire en sorte que les familles continuent de participer de façon valable et efficace au programme de traitement.