



Cadre de référence clinique



Mai 2008



Le Centre jeunesse du
Saguenay-Lac-Saint-Jean



Le Centre jeunesse du
Saguenay-Lac-Saint-Jean

LE CADRE DE RÉFÉRENCE
SUR
LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE

au

Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean

Direction des services professionnels

Adopté par le comité de direction

Le 15 avril 2008

Remerciement

Nous tenons à souligner tout le travail qui a été réalisé pour supporter et élaborer le cadre de référence sur le processus d'intervention clinique.

Nous remercions toutes les personnes qui ont travaillé de près ou de loin à la réalisation de ce document. L'engagement de chacun, leur expertise et leur sens critique ont favorisé grandement la qualité de la réflexion et ont permis d'enrichir le contenu de ce document.

Nous voulons donc mentionner la participation de :

Élaboration et la coordination

Madame Moïsette Tremblay, conseillère au développement professionnel

Collaboration

Madame Sandra Cantin, agente de planification

Madame Doris Carrier, conseillère au développement organisationnel

Madame Dominique Dufour, agente de relations humaines

Madame Louise Harton, conseillère au développement organisationnel

Madame Mireille Imbeault, agente de relations humaines

Consultation

Comité de direction

Chefs de service : psychosociaux, LPJ, réadaptation externe, LSJPA/toxicomanie

Comité de gestion direction des services professionnels

Support technique, mise en page et traitement de texte

Madame Guylaine Bouchard, agente administrative

Madame Brigitte Savaria, attachée cadre à la direction générale

Table des matières

SECTION 1. L'INTERVENTION CLINIQUE AU CENTRE JEUNESSE DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN.....	3
1.1 SES FONDEMENTS	3
1.2 PARTICULARITÉ DE L'INTERVENTION EN CENTRE JEUNESSE	6
1.3 LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LA FAMILLE (PCF)	9
1.4 L'APPROCHE PAR PROGRAMME	13
SECTION 2. LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE	15
2.1 RÉCEPTION DE LA DEMANDE ET ACCUEIL.....	18
2.2 ÉVALUATION DE LA SITUATION.....	19
2.2.1 LA COLLECTE DES DONNÉES POUR DÉCISION.....	19
2.2.2 LA COLLECTE DE DONNÉES MULTIDIMENSIONNELLE.....	21
2.2.3 L'ANALYSE	23
2.3 LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION	27
2.3.1 APPROPRIATION, MISE À JOUR ET ANALYSE DES DONNÉES	28
2.3.2 L'ACTUALISATION DU PLAN D'INTERVENTION	37
2.3.3 LA RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION.....	39
2.4 LA FIN DE L'INTERVENTION	40
SECTION 3. LA PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PSI ET DU PSII	45
3.1 DÉFINITIONS.....	45
3.2 LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSI / PSII.....	46
3.2.1 LE PROCESSUS CLINIQUE.....	46
3.2.2 LE PROCESSUS OPÉRATIONEL.....	53
SECTION 4. LA RÉDACTION DES RAPPORTS CLINIQUES.....	59
CONCLUSION	63
LEXIQUE DES ACRONYMES.....	65
RÉFÉRENCES.....	67
LISTE DES ANNEXES.....	69

«Si vouloir devenir plus compétent peut apparaître au départ comme un devoir, cette volonté doit, peu à peu, devenir un besoin, un appétit, un intérêt et finalement, un plaisir... Le plaisir de la qualité »

Jean-Marie Lalande

Préambule

Depuis quelques années déjà s'impose à nous comme intervenants et gestionnaires du Centre jeunesse Saguenay–Lac-St-Jean, la nécessité d'un cadre de référence sur le processus d'intervention clinique structuré servant d'assise à l'intervention.

L'affirmation dans l'offre de service « Programme Jeunes en difficultés » du niveau de services 2^e ligne pour notre établissement, l'agrément, les visites d'appréciation du MSSS, les orientations stratégiques (2007-2010) du plan d'organisation de l'établissement, nous convient à **définir** notre projet clinique.

L'élaboration d'un cadre théorique a pour objectif d'assurer à l'ensemble des jeunes et de leurs parents qui reçoivent les services du Centre jeunesse, quel que soit le point de service, l'accès au bon service au bon moment avec des professionnels outillés en fonction des problématiques spécifiques à chacune des étapes de l'intervention et de développer pour les intervenants des références cliniques communes.

L'établissement en a fait une priorité et la direction du développement professionnel et organisationnel est responsable de l'élaboration du cadre de référence, de l'implantation et du suivi de chacun des processus cliniques.

C'est dans ce contexte que le comité de direction a décidé, en juillet 2007, de formaliser le processus d'intervention clinique afin de soutenir la rigueur professionnelle, de consolider l'expertise, d'harmoniser les pratiques, d'ordonner la séquence et la pertinence des activités au **Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean (CJSLSJ)**. La DDPO en a fait une priorité ainsi que les autres directions qui ont été mises à contribution dans toute cette démarche.

SECTION 1. L'INTERVENTION CLINIQUE AU CENTRE JEUNESSE DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

1.1 SES FONDEMENTS

➤ Les fondements légaux

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) constitue la loi cadre régissant l'organisation et l'administration des établissements en regard de l'ensemble des activités cliniques qu'ils dispensent aux usagers. Les dispositions législatives de la LSSSS consacrent le droit du jeune et de sa famille à participer au processus d'intervention. À cet effet, nous présentons à l'annexe 1 les principales dispositions législatives de la LSSSS et ses règlements d'application qui doivent être considérés dans le cadre de la participation de l'utilisateur aux services qu'il reçoit, que ce soit en protection, délinquance, toxicomanie, adoption, retrouvailles et expertise à la Cour supérieure.

De plus, la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., P34.1) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (2002 ch. 1) encadrent, quant à elles, les pratiques de l'établissement en regard des services cliniques dispensés aux usagers (RTS, évaluation/orientation, révision, hébergement en famille d'accueil, en ressource intermédiaire et en unité de réadaptation en internat; évaluation, sanction extrajudiciaire et suivi des peines (LSJPA art. 42.2).

➤ La mission du Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean

Dans le cadre de ses mandats d'intervention de deuxième ligne et de protection, le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean définit ainsi sa mission :

« Protéger les enfants, c'est intervenir, le temps requis, dans les situations où le milieu ne peut assurer à un enfant un milieu de vie stable, sécurisant, qui le protège et favorise son développement. Nos services s'adressent aux enfants négligés, abusés ou abandonnés et à leur famille. Ils s'adressent également aux enfants qui présentent des troubles de comportement ou commettent des actes délinquants. Nos interventions visent à développer leurs habiletés et leur capacité à s'adapter et à intégrer de façon responsable leur milieu ». ¹

¹ Plan d'organisation – février 2007

➤ Valeurs et principes sous-jacents à l'intervention

Les valeurs concernant le jeune et sa famille²

- I Le jeune est au cœur des préoccupations de la famille;
- I Les parents sont les premiers responsables de la sécurité, du développement et de la satisfaction (réponse) des besoins de leur enfant;
- I Le jeune a besoin d'une réponse à ses besoins essentiels aux plans physiologique, social, intellectuel et psychoaffectif;
- I La famille, dans ses nombreuses mutations et ses formes multiples, demeure le milieu privilégié de socialisation et de sécurité pour le jeune; tous les enfants ont le droit d'avoir une famille;
- I La responsabilité des parents est d'assurer au jeune un milieu de vie stable et permanent par des conditions appropriées à ses besoins et à son âge.

Les valeurs concernant l'intervention dans un contexte d'aide contrainte

- I Le jeune et sa famille sont les premiers impliqués par l'intervention;
- I L'intervention vise à mobiliser le jeune et ses parents dans un contexte d'aide contrainte;
- I Le jeune et sa famille participent activement à l'élaboration du plan d'intervention;
- I Les interventions psychosociales et de réadaptation sont des outils privilégiés pour répondre aux besoins de la clientèle. Elles sont continues, personnalisées, cohérentes et, le cas échéant, faites en collaboration avec d'autres services;
- I L'intervention vise la responsabilisation du jeune face à ses comportements et en respect de ses besoins, la protection de la société;
- I L'intervention vise à travailler avec les parents le développement d'attitudes et d'habiletés pour répondre aux besoins de leur enfant;
- I L'intervention vise à assurer à l'enfant un milieu de vie stable et permanent, autant dans la famille que dans un milieu substitut;

² Plan d'organisation – février 2007

- | L'intervention doit tenir compte de la mobilisation concertée des ressources du milieu et des différents partenaires, lorsque requis (PSI);
- | L'intervention concertée démontre l'importance de l'interdépendance;
- | L'incapacité des parents à assumer leurs responsabilités, nous avons le devoir de fournir aux enfants une stabilité qui se rapproche le plus possible de celle d'une vie familiale.

Les principes en découlant

En conclusion, les principales valeurs du Centre jeunesse visent à promouvoir :³

- | Le respect des intérêts et de l'intégrité du jeune;
- | La mobilisation des parents et du jeune dans un contexte d'aide contrainte;
- | La continuité de l'intervention;
- | La stabilité et la permanence du milieu familial ou substitut;
- | La rigueur et la qualité des services;
- | La responsabilisation de la communauté.

Au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, le jeune sera accueilli avec respect et ouverture. Ses besoins seront évalués avec rigueur et professionnalisme. Il sera traité avec égards et constance. L'enfant et ses parents recevront tout le soutien et les services nécessaires pour que celui-ci puisse se développer harmonieusement au sein de sa famille.

Notre ambition est que tout le personnel travaille ensemble à mettre en œuvre les conditions nécessaires pour protéger les enfants et leur permettre de se développer dans un milieu de vie stable et permanent. Notre projet clinique doit être développé et orienté pour y répondre.

³ Plan d'organisation – février 2007

1.2 PARTICULARITÉ DE L'INTERVENTION EN CENTRE JEUNESSE

➤ L'intervention en contexte d'aide contrainte

Il est important de rappeler que la majorité des interventions effectuées au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean le sont dans un contexte d'aide contrainte, en vertu de mesures volontaires ou d'ordonnances prononcées par la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en matière de protection, de contrevenance ou d'adoption, ainsi que dans les services spécialisés de dépendance et de réadaptation.

Ce contexte légal particulier fait en sorte que, dans l'exercice de ses responsabilités, l'intervenant peut se retrouver en conflit avec son double mandat : comme aidant et comme agent de protection. Comme aidant, l'intervenant apporte aide, conseil et support à l'enfant et ses parents. Il travaille à obtenir la reconnaissance des difficultés et la motivation à travailler pour un changement. Comme agent de protection, l'intervenant doit être guidé en premier lieu par l'intérêt et le respect des droits de l'enfant et de l'adolescent. À défaut d'obtenir le consentement du jeune et de ses parents, l'intervenant aura recours au tribunal afin d'obtenir des mesures ordonnées pour assurer la sécurité des enfants en protection ou celle du public en matière de contrevenance.

L'intervenant doit reconnaître et accepter la double responsabilité dans laquelle il se retrouve : protéger l'enfant ou la société, aider les familles et maintenir leur cohésion.

Cependant le pouvoir conféré par l'ordonnance du tribunal, ne nous donne pas d'emblée un pouvoir d'influence puisque même si le jeune et ses parents doivent respecter l'ordonnance émise par la Cour, nous ne pouvons les obliger à effectuer des changements.

La manière d'exercer l'autorité légale qui nous est déléguée joue un rôle important dans l'établissement d'une relation de confiance auprès du jeune et de ses parents. L'usage exclusif de l'autorité légale risque de ne susciter chez ceux-ci qu'une conformité apparente pour éviter les désagréments, tels la comparution au tribunal ou le placement.

Au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, nous privilégions avant tout l'intervention de coopération qui favorise de véritables changements intégrés qui pourront se maintenir même après que les services se soient retirés. Lorsque l'intervenant fait preuve de transparence, de congruence, de respect et de rigueur dans son intervention, il exerce auprès du jeune et de ses parents une autorité de compétence.

Par ses attitudes (savoir-être) l'intervenant fait reconnaître ses compétences, c'est-à-dire sa connaissance de la problématique concernée (savoir) et ses habiletés d'intervention (savoir-faire).

C'est l'autorité de compétence et l'intervention de coopération qui sont le plus susceptibles d'éveiller chez le jeune et ses parents la motivation au changement et la volonté de collaborer à l'intervention. Ils peuvent alors accepter que l'intervenant évalue leur situation et y propose des modifications; c'est une première étape cruciale pour l'établissement de la relation d'aide.

Afin de pouvoir accompagner efficacement le jeune et ses parents, l'intervenant doit être sensible à différents phénomènes souvent vécus dans les situations de relation d'aide. La **résistance**, la **résonance**, le **transfert** et le **contre-transfert** sont très présents et doivent être pris en considération dans un contexte d'aide contrainte.

La résistance :

La ***résistance*** est un terme qui sert à décrire le fait que les membres de la famille ne se montrent pas disposés à participer au processus d'intervention. La résistance est un phénomène normal dans les situations qui impliquent un changement. En contexte d'aide contrainte, ce phénomène peut être amplifié, car il existe des menaces réelles pour la famille liées au pouvoir de l'intervenant : judiciariser la situation, retirer un enfant de sa famille, etc. L'intervenant arrive à composer et à travailler avec cette résistance en canalisant l'énergie vers l'intérêt du jeune et sa famille, en respectant l'autodétermination du jeune et de ses parents, en démontrant de l'empathie, en reflétant, en expliquant son rôle et ses obligations, en identifiant et soutenant les forces de la famille, en confrontant avec doigté les contradictions et en utilisant la coercition que lorsque c'est absolument nécessaire, c'est-à-dire, lorsque la protection du jeune ou du public l'exige.

Rappelons qu'il n'est pas rare de constater que, ***dans certaines situations***, l'utilisation de la coercition, dans une attitude ferme mais respectueuse, n'empêche pas le jeune ou ses parents de reconnaître après coup le bien-fondé du jugement de l'intervenant. Surtout lorsque la relation d'aide est bien établie avec ceux-ci.

La résonance :

La relation d'aide confronte aussi l'intervenant avec le phénomène de la ***résonance***, c'est-à-dire l'effet sur lui-même de l'écart qui existe entre sa vision du monde, ses valeurs morales et éducatives et celles du jeune et de ses parents, en particulier lorsqu'il travaille avec des personnes d'un milieu culturel, d'une ethnie et d'une religion différentes des siennes. Une attitude de respect, d'empathie, d'ouverture, d'écoute et de non-jugement permet un recul nécessaire pour reconnaître la présence de la résonance et en tenir compte dans ses décisions. C'est l'intervenant qui a la responsabilité de connaître la culture de la famille et d'ajuster ses interventions en lien avec celle-ci.

Le transfert :

Dans la théorie psychanalytique, chaque individu reproduit sans le savoir des émotions et des scénarios installés au cours de l'enfance et refoulés. La thérapie amène à réactualiser ces mouvements psychiques anciens en transférant les affects positifs ou négatifs, associant amour et haine, sur l'intervenant. Le processus est très complexe, ne s'opère pas sans résistances de telle sorte que selon Freud l'analyse du transfert est d'abord celle de ces résistances.

Le transfert c'est quand le *client* attribue inconsciemment au *thérapeute* une attitude qu'un membre de son entourage a eue avec lui et qui avait généré de la douleur ou du manque. Cela engendre de sa part une réaction envers le *thérapeute*. Cette réaction peut s'exprimer par de l'amour, de la colère ou de la haine envers l'intervenant.

Le contre-transfert :

Le **contre-transfert**, c'est quand le *thérapeute* croit que ce message lui est adressé personnellement. Si le thérapeute a lui-même des zones fragiles ou des blessures non résolues, il risque alors inconsciemment d'attribuer les attitudes de son propre entourage passé à son client. Le *thérapeute* réagit alors par rapport à son histoire personnelle et cesse d'accompagner son client dans son histoire qui est la sienne. Il n'a plus de recul et l'intervenant personnalise la situation. Il n'est plus en mesure de prendre ses distances.

Par exemple, un client qui serait en colère envers son père, pourrait transférer cette colère sur le thérapeute et de son côté, le thérapeute pourrait réagir à cette colère comme si c'était lui qui était visé.

Ces phénomènes doivent être connus par l'intervenant et faire l'objet d'un support clinique. Ceux-ci sont souvent inconscients et difficiles à percevoir.

Dans ce contexte et quel que soit le niveau de volontariat dans lequel s'effectue l'intervention, l'implication du jeune et ses parents est recherchée dans tous les cas. Les changements souhaités et nécessaires pour que l'enfant et le public soient protégés ont plus de chance d'être actualisés et durables lorsque la famille est sollicitée dans ses forces et ses capacités, en tenant compte de son rythme et en favorisant sa contribution active au processus d'intervention. Notre intervention, rappelons-le, s'appuie sur la reconnaissance qu'une famille, avec l'aide des intervenants, a du pouvoir sur sa situation, selon sa compréhension et ses capacités. Tout au long du processus d'intervention clinique l'intervenant doit développer et maintenir la collaboration avec le jeune et ses parents.

1.3 LA PRATIQUE CENTRÉE SUR LA FAMILLE (PCF)

Le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean privilégie la PCF comme philosophie d'intervention. Celle-ci préconise que l'intervention réalisée auprès des jeunes en besoin de protection, des adolescents contrevenants et des familles en grande difficulté doit favoriser la participation des parents, de la famille élargie et de la communauté, incluant les organismes du milieu.

La pratique centrée sur la famille consiste à :

- | Dispenser des services adaptés à chaque famille;
- | Renforcer les liens familiaux;
- | Permettre de répondre à leurs besoins et de trouver des solutions à leurs problèmes;
- | Assurer la bienveillance des enfants et la responsabilisation des adolescents contrevenants;
- | Prendre en considération la culture de la famille.

Les valeurs et les principes de la pratique centrée sur la famille sont les fondements incontournables qui guident nos actions, nos conduites, nos interventions auprès des familles en difficulté. Les valeurs de l'intervention auprès de la famille sont intégrées à notre pratique et sont de l'ordre de l'éthique professionnelle. Les voici donc :

1. Protéger le droit de la famille à l'autodétermination, c'est-à-dire à son choix de recevoir ou non des services, ce qui peut parfois nécessiter l'intervention du tribunal;
2. Reconnaître et respecter le caractère unique de chaque personne;
3. Respecter le droit de la famille à vivre selon les valeurs, les normes et les croyances conformes à son environnement et à son héritage culturel, et ce, dans le respect de la communauté.

En ce qui concerne les principes de la Pratique Centrée sur la Famille, ceux-ci découlent des différentes lois déjà mentionnées ainsi que des documents de référence utilisés dans l'intervention (LPJ, LSJPA, « Rapport Gendreau Tardif », Mission des CSSS) L'intervenant, selon son mandat, respecte ces cadres légaux.

Voici donc les principes de la PCF :

- I Préoccupation pour le vécu des enfants et des adolescents : Pour assurer à l'enfant la sécurité, le bien-être et la permanence, les intervenants doivent dans leur vision s'assurer du respect des droits des enfants et des adolescents et demeurer guidés par leur intérêt.
- I Renforcement de la famille : rechercher conjointement des moyens pour assurer la sécurité et la réponse aux besoins de l'enfant et de l'adolescent : l'intervenant doit s'ajuster au vécu du jeune et de ses parents, tenir compte de leurs capacités, les aider à définir leurs objectifs et mettre en œuvre leurs projets.
- I Collaboration active avec la famille : L'intervenant doit tout au long du processus d'intervention solliciter la participation active et la collaboration du jeune et de ses parents. Les interventions sont partagées et faites avec ceux-ci, l'intervenant travaille à ce que la famille y adhère.
- I Rôle de l'intervenant : facilitateur et accompagnateur. Le rôle premier de l'intervenant est d'être un agent facilitateur dans le processus d'intervention et un accompagnateur qui supporte la famille dans le développement de leurs capacités et dans la reconnaissance de ses compétences.
- I Intervention dans une perspective du développement : Le processus de développement des jeunes et de leurs parents est continu. Ceux-ci ont des forces et des compétences qui leur permettent de grandir et de se développer tout au long de leur vie. Une perspective axée sur le développement tient compte aussi des limites ou des déficits de la famille en particulier lorsque ceux-ci entravent le bien-être du jeune. Cette perspective soutient qu'avec des interventions et des services adaptés, des changements positifs peuvent se produire.
- I Compétence culturelle de l'intervenant : L'intervenant doit connaître et tenir compte des caractéristiques culturelles dans sa prise de décision et en faire un emploi judicieux.
- I Permanence de l'enfant : L'intervenant réaffirme l'importance de la permanence pour l'enfant et s'assure de tout mettre en œuvre pour la lui offrir. La permanence est un concept qui n'est pas simple en soi et qui est le lien entre le passé, le présent et le futur. Ce n'est pas toujours évident de préciser pour chaque enfant quel est le lieu et quelles sont les personnes qui lui offriront cette stabilité et cette permanence des liens. La planification de la permanence est un processus visant une planification complète et continue de la situation.

- **Modèle écosystémique.** Dans la PCF, l'intervention doit se baser sur un cadre et un modèle *écosystémique* du fonctionnement familial. Celle-ci intègre la théorie systémique (Epstein, Bishop, Ryan, Miller et Keitner, 1993, 2003, 2005; Garbarino et Abramowitz, 1992; Walsh, 1993) et la théorie écologique du développement de l'enfant (Bronfenbrenner, 1986; Garbarino et Barry, 1997; Garbarino et Collins, 1999). Nous en ferons donc un point précis.

Le modèle écosystémique

Étant donné que le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean favorise et privilégie la pratique centrée sur la famille, il va de soi que le modèle d'intervention préconisé et adopté soit inspiré d'un cadre écosystème qui prend en considération le contexte personnel, professionnel et organisationnel du fonctionnement de la famille (Bilodeau, 2005).

L'utilisation de l'approche écosystémique est une façon d'appliquer concrètement le principe de la PCF et de la participation active du jeune et de sa famille au processus d'intervention clinique.

Dans une perspective écosystémique, travailler avec la famille c'est favoriser sa compréhension de l'interaction des facteurs qui contribuent à l'apparition et au maintien des difficultés. Ce modèle mentionne à la fois des dimensions intrafamiliales de fonctionnement, et aussi des facteurs familiaux, individuels et environnementaux qui facilitent le fonctionnement de la famille ou y font obstacle. (Brousseau 2006).

Ce modèle d'intervention confère à la famille les propriétés d'un système en interaction constante entre ses propres éléments et son environnement. Les différents systèmes sociaux interdépendants interagissent d'une manière dynamique, souvent complexe et chacun de ces systèmes apporte un éclairage sur la famille.

Tous les intervenants impliqués auprès du jeune et de ses parents doivent avoir une vision commune de la situation, des problèmes et de la finalité à poursuivre pour atteindre des résultats et ramener la famille à un fonctionnement plus adéquat.

Comme tout système, la famille cherche par son organisation à maintenir son équilibre, que ce dernier soit sain (réponse au besoin de développement des membres au fur et à mesure de leur évolution) ou malsain (mode de fonctionnement négligent, violent, abusif ou délinquant). Le modèle écosystémique définit la notion de crise comme un moment où le système est en déséquilibre, que ce soit par des changements dans l'organisation familiale (naissance d'un nouvel enfant, deuil, séparation...), par une différenciation de l'un de ses membres (début de la fréquentation scolaire, entrée dans l'adolescence...), par un événement qui vient

heurter le mode de fonctionnement du système (un signalement en négligence, en violence, en abus, une plainte policière, une convocation au tribunal...) ou par une nouvelle politique ou organisation sociale.

Dans la majorité des cas, la famille arrive à retrouver son équilibre en réajustant ou modifiant son fonctionnement. Mais, bien souvent, dans le cas des familles qui éprouvent des difficultés de fonctionnement et auprès desquelles nous intervenons, le système n'arrive pas à ajuster ses règles de fonctionnement et demeure en déséquilibre. La crise, le déséquilibre, du point de vue écosystémique, sont des indicateurs d'un changement qui doit s'opérer. L'intervention écosystémique ne cherchera donc pas à étouffer la crise ou à empêcher le déséquilibre, mais à les utiliser afin de permettre la circulation de nouvelles informations à l'intérieur du système, en vue d'un réajustement vers l'équilibre.

Inévitablement le déséquilibre créé par la crise engendre l'apparition de symptômes, tels les troubles de comportement qui ont généralement pour fonction de tenter de maintenir l'équilibre du système (déménager, changer d'école, placer l'enfant chez un membre de la famille, promettre des changements dans les pratiques parentales, fuguer, augmenter la consommation, etc.) Du point de vue écosystémique, la crise est donc un moment charnière dans l'intervention. Puisque le système est en déséquilibre, il peut être plus accessible pour regarder et modifier son organisation. L'intervenant est ainsi amené à considérer les « **problèmes** » présentés par les enfants ou les parents comme le reflet d'une situation familiale en difficulté. L'intervention devra se centrer à la fois sur la famille, le « patient désigné » et les autres systèmes environnants porteurs de ce qui semble être le problème.

La famille est aussi en contact avec d'autres systèmes : la famille élargie, le quartier, le village ou la ville, l'école, les services auxquels la famille a accès, le milieu de travail, les amis, etc. Les intervenants, dans l'observation, l'analyse et l'intervention, prennent en compte les relations du jeune et de sa famille, avec les systèmes qui les entourent, ces rapports pouvant représenter des facteurs de risque ou de protection, selon le cas. Le modèle écosystémique contribue à élargir le champ d'observation pour que soit inclus le contexte et l'environnement dans lesquels la situation problème se produit. ⁴ (voir annexe 5 – Modèle écosystémique du fonctionnement familial)

Le modèle écosystémique auprès de la famille implique la mobilisation des forces de la famille dans la recherche de solutions à sa situation problématique. Elle fait appel à sa capacité à définir elle-même une bonne partie du problème, du déséquilibre vécu, et à s'investir dans l'élaboration d'un équilibre qui lui convient, tout en assurant la sécurité et le développement des enfants, et la protection de la société. Ainsi, si la famille fait partie du problème, la solution doit inévitablement venir de la famille. **Le rôle de l'intervenant n'est pas de prendre en charge le problème du système**

⁴ Le fonctionnement familial Brousseau, Simard et Paquette, 2004-2006

mais plutôt de prendre en charge le processus de résolution de problème du système.⁵

1.4 L'APPROCHE PAR PROGRAMME⁶

Le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean a adopté une démarche continue de développement des programmes d'intervention clinique en fonction des problématiques spécifiques et travaille à son actualisation.

Un programme d'intervention clinique est un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités cliniques réalisées simultanément ou successivement dans le but d'atteindre des objectifs ciblés en rapport avec une problématique précise pour une population définie.

Il s'appuie sur une revue de littérature exhaustive, les besoins de la clientèle et les pratiques reconnues. L'instrumentation clinique est standardisée et validée. Le programme fait l'objet d'une évaluation d'implantation et d'efficacité par la Direction du développement professionnel et organisationnel.

Au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, les différentes problématiques présentées par le jeune ou ses parents sont les suivantes:

- | Abandon et risque de délaissement;
- | Négligence;
- | Violence familiale : Abus physiques, abus sexuels, mauvais traitement psychologique;
- | Troubles graves du comportement, délinquance et dépendances;
- | Santé mentale, transversalement à travers les autres problématiques.

Les programmes d'intervention clinique guident, encadrent et soutiennent les intervenants dans la collecte de données, l'analyse des problématiques, la formulation des objectifs à poursuivre, le choix des moyens et des activités cliniques à réaliser, en fonction des besoins de l'utilisateur et du mandat légal qui leur est confié. Les services à la clientèle du Centre jeunesse tout en offrant des services spécifiques selon leur mission et leur clientèle cible, sont organisés de façon à produire les activités cliniques prévues aux programmes et nécessaires à la mise en œuvre des plans d'intervention.

⁵ Définition de l'approche écosystémique, Robert Pauzé

⁶ L'offre de service générale du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean

SECTION 2. LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE

Le processus d'intervention clinique est l'enchaînement ordonné et rigoureux des étapes et des activités cliniques à réaliser du début à la fin de l'intervention pour tous les intervenants et dans toutes les problématiques.

Il identifie la suite logique et continue d'opérations constituant la manière de faire avec le *jeune et sa famille* pour évaluer, analyser et traiter la situation problématique selon notre mandat et finaliser l'intervention.

Le processus d'intervention clinique devrait toujours être mis en œuvre et réalisé **par l'intervenant avec le jeune et sa famille**. Nous favorisons ainsi la pertinence et la planification de l'intervention.

Ces étapes et activités cliniques sont :

- La réception de la demande et accueil;
- L'évaluation de la situation se subdivisant en 3 étapes :
 - La collecte de données pour décision;
 - La collecte de données multidimensionnelle;
 - L'analyse des données recueillies;
- La planification de l'intervention qui inclut :
 - L'appropriation de la situation;
 - L'élaboration du plan d'intervention;
 - L'actualisation du plan d'intervention, c'est-à-dire le traitement proprement dit;
 - La révision du plan d'intervention;
- La fin de l'intervention qui englobe :
 - La fermeture;
 - La référence vers d'autres services;
 - L'intervention terminale.

Le processus d'intervention clinique doit être intégré par tous les intervenants impliqués auprès *du jeune et de sa famille*, ces derniers doivent **obligatoirement** participer à toutes les étapes du processus puisqu'ils en sont les premiers acteurs.

Le processus d'intervention clinique permet d'évaluer, d'identifier correctement les besoins et problèmes et d'aider *le jeune et sa famille* à mieux comprendre leur situation. Il permet aussi de reconnaître les forces et compétences de la famille et de son environnement. Au-delà des manifestations comportementales symptomatiques, il permet de trouver et mettre en place des solutions adaptées à la situation.

Ce processus permet de distinguer les situations de risque, de danger, de crise, d'urgence et de protection. Il évite ainsi à l'intervenant d'être en réaction aux situations et d'être guidé par les émotions qu'elles soulèvent. Il lui permet de mieux planifier et organiser ses interventions.

Les étapes et activités du processus d'intervention clinique sont réalisées en interdisciplinarité parfois en co-intervention, parfois en complémentarité. Elles sont réalisées tantôt par les services RTS, E/O et AM en protection; les services en LSJPA (délinquance); les services en réadaptation, en toxicomanie, en adoption, expertise à la Cour supérieure et les collaborateurs tels que sont les RTF ou RI. La planification de l'intervention assure la continuité, la cohérence et la convergence entre les différents intervenants.

D'autres acteurs sont appelés à jouer un rôle de support au processus d'intervention clinique, ce sont : les chefs de service, l'intervenant aux ressources, le réviseur, les intervenants de l'équipe 2^e niveau en suicide et santé mentale.

Nous présenterons d'abord un schéma du processus d'intervention clinique (tableau 1), ensuite nous expliquerons chacune des étapes, les activités et les acteurs concernés.

Il est important de prendre en considération que l'étape réception et accueil ne se retrouve qu'en début de processus mais que pour la prise de contact, chaque intervenant s'assure de renouveler cet élément, c'est-à-dire qu'à chacune des étapes du processus d'intervention clinique, il s'avère nécessaire de faire une prise de contact avec le jeune et ses parents et ceci afin de créer la relation d'aide. Le premier contact de l'intervenant avec le jeune et ses parents est important. Il doit être empreint de respect et doit être établi le plus rapidement possible.

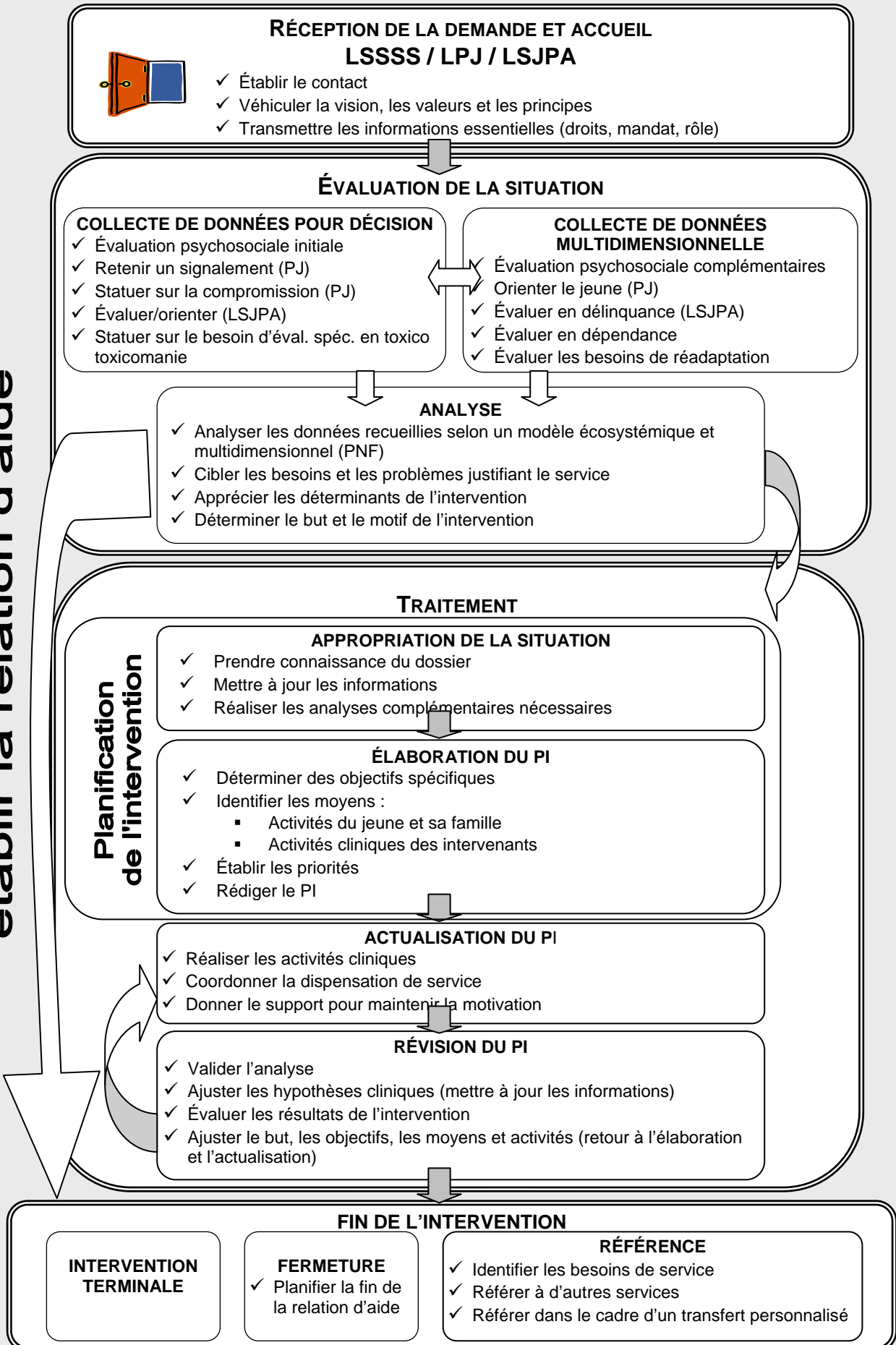
En ce qui concerne l'étape de l'analyse, celle-ci doit être faite, à une échelle plus restreinte, lors de la collecte de données pour décision et de façon plus exhaustive après une collecte de données multidimensionnelle.

Schéma du Processus d'Intervention Clinique

AVEC LE JEUNE ET SA FAMILLE

Prise de contact
établir la relation d'aide

AVEC LE JEUNE ET SA FAMILLE



AVEC LE JEUNE ET SA FAMILLE

2.1 RÉCEPTION DE LA DEMANDE ET ACCUEIL

Au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, les demandes de service et l'accueil du *jeune et de ses parents* se font dans le cadre :

- I D'un signalement en protection de la jeunesse;
- I D'une référence en délinquance ou d'une évaluation sommaire et RPD;
- I D'une demande de service en vertu de la LSSSS pour des services de 2^e ligne (dépendance, réadaptation, placement);
- I D'une demande de service en vertu de la LSSSS en adoption, antécédents retrouvailles et expertise à la Cour supérieure.

Nous devons également souligner l'importance que chaque intervenant de notre organisation lors du premier contact avec *le jeune et ses parents*, peu importe l'étape et le service, s'assure de transmettre la vision, les valeurs et les principes véhiculés par le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, tout en faisant les liens avec son rôle spécifique et son mandat précis. Chaque intervenant a la responsabilité de remettre au jeune et à ses parents les dépliants d'information pertinents.

L'intervenant est conscient que le premier contact est significatif pour l'établissement de la relation d'aide. En travaillant majoritairement dans un contexte d'aide contrainte avec des jeunes et leurs parents, l'intervenant se doit de maintenir une attitude d'accueil respectueuse, d'écoute et d'empathie. Celle-ci favorise le lien de confiance et confirme l'importance de leur opinion et de leur participation à toutes les étapes du processus d'intervention clinique. L'intervenant communique ainsi au jeune et à ses parents que leur participation à toutes les phases de l'intervention sera sollicitée très activement. Il réitère que toutes les décisions seront prises avec eux en tenant toujours compte *des besoins et de l'intérêt du jeune, et de la protection du public*.

L'intervenant réitère que tout en s'assurant de la sécurité du jeune et de la protection de la société, il vise la stabilité et la permanence du jeune avant tout dans sa famille sinon dans un milieu substitut qui se rapproche le plus de son milieu d'origine.

2.2 ÉVALUATION DE LA SITUATION

2.2.1 LA COLLECTE DES DONNÉES POUR DÉCISION

La collecte des données consiste à recueillir toutes les informations pertinentes et nécessaires pour statuer sur la légitimité de notre intervention dans la situation du jeune en protection, en délinquance ou en dépendance ou tout autre service dans le cadre de la LSSSS.

Cette collecte de données est recueillie selon diverses sources d'information tels que :

- La consultation des dossiers antérieurs;
- L'observation directe lors des rencontres avec le jeune et sa famille;
- La collecte des observations et informations détenues par des collaborateurs internes, particulièrement dans le cas d'un hébergement dans une ressource de type familiale ou intermédiaire, une unité d'observation ou de détention préventive en centre de réadaptation;
- La collecte des informations auprès des collaborateurs externes;
- L'utilisation d'outils cliniques pertinents aux problématiques présentées.

➤ Protection

Réception et traitement du signalement (RTS)

L'intervenant recueille les données nécessaires pour établir l'existence ou non d'une présomption de compromission. L'intervenant, avec l'assistance du système de support à la pratique (SSP), appuiera sa décision de rétention sur :

- La concordance des faits avec un alinéa de l'article 38 de la LPJ;
- La gravité des faits signalés;
- La vulnérabilité de l'enfant;
- La capacité de prise en charge par les parents ou le milieu;
- Le degré de mobilisation des parents dans la protection de leur enfant;
- La crédibilité du déclarant.

Évaluation

L'intervenant du service E/O débute l'évaluation psychosociale initiale en recueillant des données supplémentaires en vue de statuer sur la compromission. Il vérifie, selon l'art 38.2 de la LPJ (annexe 6: Grille d'analyse de l'évaluation psychosociale initiale) :

- La matérialité des faits;
- La vulnérabilité de l'enfant;
- Les capacités parentales minimales pour corriger la situation;
- Les ressources du milieu pour supporter l'enfant et sa famille.

Lorsqu'il y a un risque au niveau de la sécurité, l'intervenant doit décider d'une mesure de protection immédiate et recueillir les informations nécessaires.

➤ **Délinquance (contrevenance)**

Lorsque le Procureur Poursuite Criminelle et Pénale (PPCP) réfère le jeune au service psychosocial en extrajudiciaire, l'intervenant a à produire une évaluation portant sur :

- La nature et la gravité de l'infraction commise;
- Le degré de reconnaissance des faits par l'adolescent;
- Sa situation actuelle personnelle, scolaire et sociale;
- Son profil délinquantiel probable;
- Sa volonté de réparer les torts causés;
- L'encadrement parental et leur capacité de prévention de la récidive.

À la suite de cette évaluation, il oriente la situation du jeune en optant entre :

- L'arrêt des procédures;
- Le renvoi au PPCP pour une judiciarisation;
- Une sanction extrajudiciaire via un OJA partenaire.

➤ **Services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation**

En ce qui concerne la **dépendance**, que ce soit une demande issue de la protection, de la délinquance ou de la LSSSS, l'intervenant demandeur doit compléter le DEP-ADO afin d'évaluer le besoin de service en toxicomanie (résultat rouge) pour être ensuite acheminé au service de dépendance.

Lorsque l'intervenant en dépendance reçoit une demande d'évaluation en toxicomanie:

- I Fait l'évaluation initiale et complète l'IGT;
- II Statue sur le besoin d'intervention spécialisée en dépendance.

En ce qui concerne les services de **réadaptation**, l'intervenant demandeur doit acheminer sa demande au chef de service de réadaptation externe de son secteur. Celui-ci analyse la demande et complète la grille de besoin de service en réadaptation et accepte ou refuse la demande.

2.2.2 LA COLLECTE DE DONNÉES MULTIDIMENSIONNELLE

Tous les intervenants doivent développer une vision écosystémique de la situation du jeune et de ses parents. L'évaluation psychosociale doit donc être multidimensionnelle. En protection, lorsque l'intervenant a statué sur la compromission à l'étape évaluation, une collecte de données exhaustive sur la situation familiale du jeune est nécessaire afin d'identifier les forces et les difficultés du jeune et de ses parents et lui offrir les services requis par sa situation. En délinquance, une collecte des données exhaustive se fait suite à une demande de rapport prédécisionnel (RPD) par un juge de la Chambre de la jeunesse en LSJPA. Que ce soit dans les services en protection, en délinquance, en dépendance ou de réadaptation, cette collecte de données s'effectue auprès de professionnels qui vont bonifier et enrichir l'évaluation de la situation.

Cette étape permet de vérifier si la situation nécessite une évaluation spécialisée du jeune et de ses parents (psychiatrie, neuropsychologie, toxicomanie, capacités et compétences parentales, développement de l'enfant, etc.)

Protection, l'utilisation des instruments de collecte des données offerts par le SSP, par le PNF et autres instruments des programmes cliniques développés au Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean permet aux intervenants d'étoffer l'évaluation.

Délinquance, l'utilisation de « *l'Inventaire Jesness* » est souhaité et **la grille d'évaluation des risques et des besoins liés aux facteurs criminogènes** doit être complétée dans toutes les évaluations en vue de produire un RPD ou d'effectuer une évaluation différentielle avant le suivi à la suite d'une décision du tribunal sans demande de RPD.

Services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation:

l'utilisation de l'IGT (indice de gravité d'une toxicomanie) doit être complété dans toutes les situations en toxicomanie et l'utilisation du protocole d'évaluation d'une toxicomanie pour adolescent GSM/PAC (profil autonome de consommation) est souhaitée.

L'intervenant en réadaptation évalue le développement de l'enfant, observe le lien d'attachement et les compétences parentales.

L'intervenant selon son mandat et son champ de pratique collecte et organise les informations recueillies à cette étape et prépare son rapport d'évaluation de la situation selon **un modèle multidimensionnel**.

➤ **Le modèle multidimensionnel selon une vision écosystémique**

Bien que la situation signalée, les délits commis ou une demande de service de 2^e ligne désignent un jeune, les données à recueillir pour comprendre la situation doivent inclure multiples dimensions de sa réalité et de son entourage. Les dimensions à documenter sont :

- | *Le jeune* : son histoire, son niveau de développement, son comportement, son fonctionnement, ses forces, ses habiletés...
- | *Les parents en tant qu'individus* : Le modèle familial transgénérationnel, leur histoire, leur vécu, leur niveau de développement, leur fonctionnement en tant qu'individus, leur fonctionnement en tant que couple, leurs forces, leurs compétences.
- | *Les relations familiales* : l'attachement parents-jeune, les liens entre les membres de la famille, les rôles parentaux, le fonctionnement de la famille...
- | *Les relations avec la famille élargie* : les relations avec les grands-parents, frères, sœurs, l'entraide...
- | *Les relations avec le milieu social* : le fonctionnement social du jeune, l'environnement social, les pairs, les activités, le soutien disponible dans l'entourage; l'histoire et le fonctionnement scolaire...
- | *La relation avec le réseau de services* : les résultats des mesures et services antérieurs, leur effet sur la situation, l'accès aux services, leur perception des services, leur relation avec les intervenants sociaux et scolaires, leur motivation à recevoir des services....

Pour tous les enfants placés ainsi que pour tous les enfants de 0-5 ans, l'intervenant doit compléter la grille de dépistage d'abandon et de délaissement.

La complexité des difficultés auxquelles sont confrontées les familles requiert l'apport d'expertises externes diverses (réseau de la santé, social, réadaptation, communauté, etc.).

Les données issues des diverses sources de collecte de données (d'observation et des instruments d'évaluation) fournissent un portrait de l'ensemble de la situation d'un jeune et de sa famille à un moment précis. Cette collecte n'est jamais complète et définitive et certains aspects auront à être examinés plus en profondeur tout au cours du processus d'intervention clinique. De plus, la situation évolue, et génère des données nouvelles.

Rappelons-nous que l'évaluation de la situation familiale n'est pas statique mais plutôt dynamique. Le développement des familles et des membres de cette famille est un processus continu influencé par les facteurs personnels, relationnels et environnementaux.

Ajoutons que lorsqu'une situation est à nouveau signalée, sanctionnée ou référée par un autre établissement, la collecte des données doit tenir compte des données et analyses effectuées antérieurement et s'intéresser à l'évolution de la situation pour en comprendre le sens.

2.2.3 L'ANALYSE

Tel qu'il sera précisé dans chacune des trajectoires de service, l'intervenant se fait une opinion clinique écosystémique du fonctionnement du jeune et de sa famille. Pour ce faire, chaque intervenant en lien avec son mandat, utilise les outils cliniques appropriés. L'analyse doit tracer un portrait le plus exact et le plus complet possible de la situation, des capacités parentales, du développement de l'enfant et du pronostic de changement.

➤ Une analyse selon une vision écosystémique

Lorsque l'intervenant intervient selon une pratique centrée sur la famille, le modèle d'intervention privilégié est le modèle écosystémique.

L'analyse de l'ensemble des données recueillies vise à nous éclairer sur la structure de fonctionnement de la famille en termes de la clarté des rôles, des règles de fonctionnement et des frontières, et de la qualité de la communication entre les membres de la famille. Cette analyse permet de différencier le rôle du symptôme (les conduites négligentes chroniques, les conduites violentes répétées, les conduites abusives, les mauvais traitements, les troubles de la conduite...) dans la recherche du maintien de l'équilibre familial, équilibre souvent précaire qui compromet la sécurité et le développement des enfants ou la sécurité du public.

À partir de cette analyse, l'intervenant pose une hypothèse sur le fonctionnement de la famille selon les données disponibles. Les besoins identifiés à partir de cette hypothèse serviront de base pour élaborer le plan d'intervention, en sollicitant, tel que mentionné, la participation du jeune et de ses parents. Cette hypothèse continuera à être validée tout au long du processus à chaque révision du plan d'intervention et sera ajustée selon les changements accomplis et les données additionnelles recueillies.

Les déterminants de l'intervention

L'analyse doit faire ressortir certains aspects déterminants pour la suite de l'intervention :

- I Le **degré de gravité** de la situation et l'impact sur le développement du jeune;
- I La **capacité** du jeune en lien avec son âge et son développement, et de ses parents à s'impliquer dans les changements nécessaires pour que cesse la compromission ou la conduite délinquante (présence de limites qui entravent le changement);
- I Le **niveau de reconnaissance** du jeune et de ses parents de la situation de compromission ou de délinquance, de sa gravité et de la nécessité pour eux de mettre fin à cette situation;
- I Le **degré de motivation** à changer la situation, la **disposition** à s'engager, à collaborer à l'application de moyens pour corriger la situation.

Le choix du type d'accompagnement auprès du jeune et de ses parents dépend à la fois du niveau de gravité de la problématique, du niveau de développement du jeune et de ses parents (leur capacité), de leur reconnaissance de la situation et de leur motivation à apporter des changements à leur situation.

Notre intervention de traitement en centre jeunesse a comme objectif de permettre la restauration de la situation. Il est donc important de baliser l'intensité d'intervention en lien avec la gravité de la situation et les besoins de l'enfant et de ses parents. Une grille d'intensité est élaborée pour guider les intervenants pour l'élaboration du plan d'intervention. Les fréquences d'intervention auprès du jeune et de ses parents sont proposées en tenant compte du type d'accompagnement. (Tableau 2 et grille d'intensité requise au traitement, annexe 1).

Tableau 2

TYPES D'ACCOMPAGNEMENT

ACCOMPAGNEMENT	ENCADREMENT	INTENSITÉ
Faire à la place de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se substituer aux parents dans certains de leurs rôles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quotidiennement et continue auprès du jeune ▪ Moyenne auprès des parents
Faire avec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner et superviser le jeune et sa famille dans leurs démarches et moyens ▪ Aide et assistance directe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyenne et élevée (surtout en début de processus)
Faire faire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indiquer les moyens et démarches à réaliser ▪ Conseil et aide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible et moyenne
Laisser faire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être témoin et soutenir ponctuellement ▪ Conseil sur demande 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très faible

Analyse en fonction des mandats :

En **protection**, l'intervenant présente cette analyse à la **table d'orientation**. Lors de cette rencontre, les autres intervenants:

- I Partagent et valident l'analyse qui est faite de la situation et l'orientation qu'ils souhaitent privilégier;
- I Déterminent **le but** et **le motif d'intervention**, de façon à susciter l'implication de tous dans la recherche de moyens pour améliorer la situation;
- I Décident du régime (volontaire ou judiciaire) et des mesures (art. 54 & 91) que nécessite la situation.

Le but poursuivi et le motif d'intervention découlent de l'analyse présentée et sont consignés de façon explicite dans le rapport d'orientation. Le dossier est ensuite transféré au service approprié.

En **délinquance**, l'intervenant délégué rencontre le jeune et ses parents (bien entendu, selon l'ouverture des acteurs à collaborer à une telle rencontre), afin de leur communiquer l'analyse qui a été faite de la délinquance ainsi que la mesure qu'il entend recommander au tribunal. Exceptionnellement, la communication aura lieu lors de la procédure judiciaire de comparution au tribunal.

En **services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation**, l'intervenant présente cette analyse lors d'une rencontre en concertation avec les autres intervenants impliqués, le jeune et ses parents;

➤ **Le but de l'intervention**

En protection :

- Est la protection du jeune en lui assurant, à la fin de l'intervention, un milieu de vie qui garantit sa sécurité et son développement; c'est le résultat visé par l'intervenant et clairement partagé avec le jeune et ses parents.

En délinquance :

- Est la réinsertion et le maintien de l'adolescent dans la communauté ou société et le retour à une fonctionnalité sociale, quel que soit le milieu de vie de celui-ci à la fin de l'intervention.
- Est de favoriser la protection durable du public.

En services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation :

- Est le développement et le renforcement des compétences chez l'adolescent et l'atteinte d'un mode de vie plus satisfaisant.
- Est le développement et le renforcement des compétences parentales et la poursuite du développement de l'enfant.

Il y a sept buts possibles dans l'intervention afin d'identifier le milieu de vie du jeune dans lequel il sera maintenu le temps de l'intervention peu importe notre mandat et ceci pour lui assurer stabilité et permanence:⁷

1. Le maintien du jeune dans sa famille d'origine;
2. La réunification du jeune avec sa famille d'origine lorsqu'il a dû être placé;
3. Le placement à long terme auprès d'une personne significative;
4. L'adoption;
5. Le placement dans une famille qui assurera la tutelle ou la garde légale;
6. Le placement dans une famille d'accueil jusqu'à sa majorité et stabilisé dans cette famille;
7. L'autonomie du jeune ou l'émancipation.

⁷ Cadre de référence application des mesures, janvier 2007, p. 8

➤ **Le motif d'intervention**

Lorsque le but est déterminé, on précise le motif d'intervention.

Le motif d'intervention :

Concerne la situation qui fait l'objet de l'intervention. Il est en lien avec les éléments, en fonction de la sécurité, du développement de l'enfant ou de la protection de la société. L'objectif général est lié à la problématique principale de la situation à traiter et à l'analyse qui en a été faite. Il concerne donc des situations de :

- | Négligence sur le plan physique, de la santé, éducatif :
- | Mauvais traitements psychologiques, abus sexuels et abus physiques;
- | Troubles de comportement sérieux du jeune;
- | Abandon et risque de délaissement;
- | Conduite délinquante;
- | Dépendance (alcool, drogue et jeux).

La formulation du motif d'intervention, dans une perspective écosytémique, implique que c'est la situation qui doit changer et non pas uniquement le jeune ou les parents. La formulation permet de comprendre que c'est tout le système familial et parfois les systèmes environnants qui seront engagés dans les changements à apporter à la situation. Voir tableau à l'annexe 2.

2.3 LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

Le processus d'intervention clinique prend tout son sens dans la **planification de l'intervention**. L'atteinte du but nécessite que le jeune et ses parents s'engagent à agir et à poser des gestes concrets et de manière continue pour modifier et cesser la situation problématique en lien avec le motif d'intervention. L'intervenant doit aussi offrir du support et de l'aide en concordance avec les actions et gestes du jeune et de ses parents. Il s'agit d'un **engagement mutuel**.

La planification de l'intervention permet de réaliser cette continuité des actions et gestes posés de part et d'autre. Les interventions ponctuelles, non planifiées, aussi pertinentes et nécessaires soient-elles dans des situations graves et urgentes, bien qu'elles permettent de diminuer les symptômes, ne suffisent pas à modifier la situation et régler les problèmes réels ou les causes des comportements inadéquats.

L'intervenant à l'É/O en protection effectue la jonction (constitue un moment charnière) entre les deux étapes en présentant la situation du jeune à l'équipe traitement par le biais de la **table d'orientation**. Il complète les sections I (synthèse de la situation) et II (opinion professionnelle, forces et préoccupations) du PI et détermine le but poursuivi en lien avec la stabilité et la permanence de l'enfant. À ce stade-ci du processus d'intervention clinique, un intervenant d'une des équipes traitement, prend le relais et poursuit le processus amorcé. C'est donc un nouvel intervenant pour le jeune et ses parents. Dans toutes les situations possibles, l'intervenant É/O fera un transfert personnalisé (voir définition p. 48) afin de présenter au jeune et ses parents le nouvel intervenant impliqué. En prenant contact avec ceux-ci, ce nouvel intervenant, et tous les autres collaborateurs qui se joignent à eux, communiquent leur souci de tenir compte des interventions déjà réalisées et réaffirment l'importance accordée à leur opinion et à leur participation dans la suite du processus. De plus, l'intervenant s'assure auprès du jeune et de ses parents de la bonne compréhension de l'information reçue et complète si nécessaire. Ces démarches témoignent du principe de continuité de l'intervention et la recherche de la participation active du jeune et de ses parents.

2.3.1 APPROPRIATION, MISE À JOUR ET ANALYSE DES DONNÉES

L'appropriation du dossier signifie prendre connaissance de l'ensemble de la situation vécue par le jeune et sa famille. Cette étape évite que le jeune et ses parents n'aient à répéter leur situation et vise à comprendre les problèmes, les enjeux et les forces du système familial. Elle comporte les activités suivantes :

- I Lire et bien saisir le contenu du dossier (rapports, suivis d'activité, etc.);
- I Établir un premier contact avec le jeune et ses parents;
- I Faire une première rencontre (transfert personnalisé) avec l'intervenant É/O, le jeune et ses parents dans toutes les situations possibles.⁸

Cette étape peut aussi être nécessaire lorsqu'il y a un changement d'intervenant en cours de traitement. Afin de s'assurer de la continuité, tout professionnel de l'établissement doit d'abord s'approprier les informations cliniques disponibles dans le dossier de l'utilisateur. Ensuite, lors de ses premiers contacts avec le jeune et ses parents, l'intervenant responsable s'informe de l'évolution de la situation (tout au long du processus la famille continue d'évoluer, positivement ou négativement) et de l'évolution des conditions de l'intervention :

- I Le degré de gravité;
- I La capacité à changer la situation;

⁸ Cadre de référence, application des mesures, janvier 2007, p. 17

- I Le niveau de reconnaissance de la situation et sa gravité;
- I Le niveau de motivation à changer la situation ainsi que la disposition à collaborer.

Le jeune et ses parents doivent sentir que leur situation est connue, malgré la compartimentation des étapes ou la multiplicité des intervenants. Pour mieux cerner la problématique ou évaluer la présence de problématiques associées, l'intervenant utilise les instruments d'évaluation adoptés dans les programmes d'intervention en lien avec la problématique identifiée. Il collecte les nouvelles informations auprès des collaborateurs ; si le jeune est placé, il avise la ressource d'hébergement (CSR, RI, RTF) et vérifie auprès d'elle l'évolution de la situation.

L'intervenant responsable poursuit l'analyse réalisée à l'étape précédente. Il valide et précise l'hypothèse que l'intervenant des autres services a émise en lien avec le rôle du symptôme dans l'équilibre familial, le fonctionnement de la famille et les principaux besoins du jeune. L'hypothèse a essentiellement pour fonction de guider l'intervention, de confirmer ou d'infirmer le sens donné au symptôme et d'ajuster si nécessaire. L'hypothèse n'est jamais définitive et doit être revalidée tout au cours du processus d'intervention, puisque tout au long du processus les personnes impliquées auprès de la famille collecte continuellement de l'information. L'évaluation de la situation familiale est dynamique et non statique. Ex. : Un enfant négligé peut s'avérer en risque de délaissement ou un adolescent présentant des troubles de comportement peut dévoiler des abus. Lors de la révision du PI :

1. L'intervenant responsable partage les informations avec les intervenants collaborateurs pour susciter une compréhension et une analyse communes de la situation qui **tiennent** compte des données et observations mises à jour et des résultats des évaluations.
2. Ensuite, l'intervenant responsable et les collaborateurs partagent avec le jeune et ses parents cette compréhension de leur situation et s'assurent de leur niveau d'adhésion au but et au motif d'intervention déterminés auparavant. Sinon, il recherche un consensus en lien avec la compréhension et l'analyse de la situation **faite** par le jeune et ses parents.
3. Après ce partage, l'intervenant peut ensuite procéder à l'élaboration du PI avec le jeune et sa famille, en concertation avec les intervenants impliqués auprès d'eux.

➤ **Élaboration du plan d'intervention**

Le **plan d'intervention** est :

Un outil de planification et de coordination qui permet aux intervenants de déterminer **avec** le jeune et ses parents les moyens à prendre et les activités à réaliser selon un échéancier prévu pour atteindre le but de l'intervention.

Le jeune et ses parents sont toujours sollicités et encouragés à participer activement à l'élaboration du plan d'intervention, à son actualisation et à sa révision périodique. Ce plan doit être le plus complet possible, en lien avec l'évaluation actuelle et notre mandat (PJ, LSJPA, LSSSS). Afin de faire vivre des succès, l'intervenant propose des moyens et un échéancier réaliste.

Le plan d'intervention découle du but qui lui-même est déterminé en lien avec la collecte des données et l'analyse de la situation. Ce n'est qu'exceptionnellement, à ce moment du processus, qu'un complément d'information et d'analyse peut amener l'intervenant à modifier le but identifié à l'étape précédente.

Il précise avec le jeune, ses parents et les intervenants impliqués les objectifs, les moyens à prendre par le jeune et ses parents ainsi que les activités cliniques à réaliser par les intervenants pour les atteindre. L'intervenant doit tenir compte des conditions personnelles et conjoncturelles pour la réussite de l'intervention. Celles-ci sont identiques à celles mentionnées dans un PSI (p. 58-59). Il identifie aussi des stratégies d'intervention à mettre en œuvre pour déterminer le type d'accompagnement et atteindre les objectifs.

Un **objectif** est :

Un énoncé qui décrit un résultat, un changement désiré bien précis. Cela peut être un type de comportement à cesser ou à apprendre, une attitude à modifier ou à adopter, une connaissance à acquérir ou une habileté à développer. Il est rédigé de manière à présenter la **photo finale** que l'on veut voir apparaître et qui mettra fin à la compromission en assurant le développement et la sécurité (LPJ) du jeune, protégera le public et contribuera à l'intégration et la participation sociale (LSJPA) du jeune ou atténuera la gravité de la situation et les difficultés (LSSSS) du jeune et des parents.

Les objectifs concernent les facteurs qui contribuent aux problèmes et à l'émergence des symptômes (les comportements problématiques) présentés par le jeune et ses parents. Un objectif a avantage à être formulé positivement. Il arrive, en protection de la jeunesse et en délinquance, que la formulation par la négative soit plus claire pour les clients, puisque dans beaucoup de cas il s'agit de cesser des attitudes et gestes nocifs, réduire les effets de ces gestes et de les remplacer par des attitudes et gestes plus adéquats.

Les objectifs sont directement reliés au but et au motif d'intervention poursuivis. Si le but et le motif d'intervention changent au cours du processus, les objectifs changeront aussi, et une révision du PI s'avère nécessaire.

Caractéristiques des objectifs

Il est important de préciser que le PI est élaboré en collaboration avec le jeune et ses parents, donc les objectifs sont avant tout **conjointes**. Les différents intervenants doivent s'entendre avec le jeune et ses parents sur les objectifs tout en respectant leur mandat et leur spécifique (psychosocial, réadaptation, toxicomanie).

Ils doivent être :

- S** **écificiques**, précis et concrets
- M** **esurables** par des critères discernables par le sens ou par l'énumération et l'observation de comportements
- A** **justés** aux capacités de la famille et à la situation problématique
- R** **éalistes**, atteignables par les moyens accessibles au jeune et à sa famille
- T** **emporels**, c'est-à-dire situés dans le temps ou pouvant être raisonnablement atteints à l'intérieur d'un échéancier précis.

L'élaboration du plan d'intervention est sous la responsabilité de l'intervenant et se fait lors de rencontres avec le jeune, ses parents et les intervenants qui participent à l'actualisation du plan d'intervention. La rencontre se divise en deux temps :

❶ Établir les objectifs

Dans un premier temps, on partage l'analyse écosystémique en faisant ressortir les forces ainsi que les problèmes visés dans les changements à réaliser. Il ne s'agit pas de nommer tous les comportements dysfonctionnels qui sont le reflet des difficultés de la famille et de chacun de ses membres mais ceux qui doivent être modifiés. On traduit ces éléments dynamiques en objectifs caractérisés selon la méthode SMART énoncée plus haut. Ils précisent pour tous, ce qui est attendu pour atteindre le but, ce qu'il est primordial de corriger pour que la sécurité et le développement ne soient plus compromis, que la protection de la société soit assurée ou que le degré de gravité soit amoindri. Il y aura autant d'objectifs que de difficultés identifiées à résorber.

Il est essentiel de brosser un tableau clair et complet de la situation, des attentes et des changements qui doivent apparaître pour corriger la situation. Puisqu'il n'est pas réaliste d'envisager les changements tous en même temps, nous devons prioriser les objectifs en lien avec l'importance et l'urgence de chacun.

❷ Déterminer les moyens et les activités cliniques reliés aux objectifs

Dans un deuxième temps, l'intervenant et les collaborateurs identifient et déterminent avec le jeune et ses parents les moyens et les activités cliniques qu'ils utiliseront pour l'atteinte de chaque objectif retenu afin d'apporter les changements désirés.

Un **moyen** :

Des actions que le jeune et ses parents identifient et s'engagent à réaliser pour atteindre un objectif.

Exemple : un service à fréquenter, une action ou une suite d'actions à réaliser, un geste à poser qui remplace un geste inapproprié, un apprentissage à réussir, une habileté à pratiquer.

La formulation de moyens dépend beaucoup des déterminants de l'intervention identifiés lors de l'analyse et tient compte du niveau de développement du jeune et de ses parents. Elle précise si le jeune et les parents agissent par eux-mêmes, en « laisser faire », s'ils suivent les conseils ou les directives d'un intervenant lors de l'actualisation du moyen choisi, en « faire faire », ou s'ils sont supervisés ou accompagnés, en « faire avec ». Finalement, « faire à la place de » entre dans la catégorie qui suit, soit celle des activités cliniques.

Une **activité clinique** :

Est le moyen offert par les intervenants en rapport avec l'objectif concerné, soit pour supporter les moyens pris par le jeune et ses parents, soit pour offrir des services dont le client a besoin pour atteindre l'objectif visé.

Les activités cliniques réalisées par les intervenants sont en lien avec les programmes d'intervention retenus pour intervenir efficacement dans la problématique spécifique. *Elles seront détaillées dans chaque programme d'intervention.*

Certaines activités peuvent être offertes par des partenaires externes, en complémentarité ou en co-intervention et elles le sont dans le cadre d'un PSI/PSII (section 3) qui devra être élaboré avec tous les partenaires impliqués, le jeune et ses parents.

Des moyens et activités cliniques précis

Ils sont élaborés en s'assurant d'y inclure les précisions suivantes :

Qui, parmi les membres de la famille ou des intervenants **est responsable** de l'utilisation ou la réalisation de chacun des moyens choisis?

Quoi dans le sens de **quel** moyen sera utilisé pour atteindre l'objectif?

Quand le moyen ou l'activité doivent-ils avoir lieu? Selon quel **échéancier**?

Où le moyen ou l'activité a-t-il eu lieu?

Comment? Y a-t-il une **suite d'actions** à accomplir pour atteindre l'objectif?

Une fois élaboré, le plan d'intervention devient l'engagement mutuel du jeune, de ses parents et des intervenants utilisant les moyens choisis et les activités cliniques prévues. En conséquence, les moyens et les activités cliniques déterminés doivent être estimés réalisables par tous et chacun. Même lorsqu'il y a plus d'un intervenant du Centre jeunesse Saguenay–Lac-St-Jean (LPJ, LSJPA, réadaptation, dépendance) impliqué auprès du jeune et de ses parents, il n'y a qu'un **seul PI élaboré** pour chaque usager.

Tous les intervenants impliqués doivent se concerter, partager l'analyse de la situation et s'entendre sur le même but, c'est-à-dire, où le jeune vivra le temps de l'intervention.

Idéalement toutes les personnes concernées doivent être présentes lors de la rencontre de l'élaboration du PI avec le jeune et ses parents. Ils partagent une compréhension commune de la situation et, de cette façon, nous évitons de travailler en solo.

Établir les priorités

Les objectifs, moyens et activités devront être priorisés en déterminant l'importance et l'urgence des problèmes à régler ou besoins à combler, des moyens ou activités à mettre en place. Le modèle de lecture des besoins s'inspire du modèle de Maslow, représenté par une pyramide montrant l'importance de répondre à certains besoins avant d'autres. Lorsqu'il y a une carence dans la réponse à un besoin et que cela compromet la sécurité du jeune ou de la société, c'est à ce niveau que devra conséquemment porter l'intervention pour avoir une chance de régler le problème soulevé.

En ce qui concerne l'*importance*, l'intervenant se pose la question suivante : **Quel sera le pire résultat possible si je ne pose aucune action?**

En ce qui concerne l'*urgence*, l'intervenant se pose la question suivante: **Quel pourrait être le pire résultat si l'action n'est pas faite dans les meilleurs délais?**

Application du processus d'intervention clinique :
LPJ, LSJPA, Services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation

Élaboration du plan d'intervention

Par tous les intervenants concernés

- Déterminer lors d'une rencontre avec le jeune, ses parents et tous les intervenants, les objectifs visés
- Préciser les **moyens** à réaliser par le jeune et ses parents
- Préciser les **activités cliniques** à effectuer par les différents intervenants
- Prioriser les objectifs, les moyens et les activités
- Déterminer avec le jeune, ses parents et les intervenants concernés la date de la prochaine révision du PI
- Rédiger le plan d'intervention dans PIJ; le faire parvenir au jeune et à ses parents.

Tous les intervenants concernés en collaboration avec le jeune et ses parents :

➤ **Lors de la table d'accès pour un placement en CSR ou foyer de groupe :**

- I Identifient les pistes possibles d'intervention;
- I S'assurent d'une compréhension commune de la situation;
- I Planifient la rencontre bilan pour l'élaboration du PI.

➤ **Lorsqu'un service en dépendance est impliqué :**

- I L'intervenant en dépendance détermine avec le jeune les objectifs et les moyens en lien avec le problème de dépendance et les intègre au PI.

➤ **Lorsqu'un service de réadaptation est impliqué :**

- I L'éducateur détermine avec le jeune et l'intervenant social les objectifs et les moyens concernant la réadaptation et ceux-ci sont intégrés au PI;
- I L'éducateur concrétise dans la vie quotidienne du jeune les objectifs, les moyens et les activités cliniques identifiés.

➤ **Lorsqu'une RI/RTF est impliquée :**

- I Les observations faites par la ressource intermédiaire et la ressource de type familial sont recueillies au préalable de la rencontre par l'intervenant social ou de réadaptation pour élaborer les objectifs et les moyens concernant la RI/RTF;
- I L'intervenant responsable précise à la RI/RTF les besoins du jeune placé, les objectifs visés par le placement et le rôle qu'on attend d'elle auprès du jeune concerné;
- I L'intervenant responsable s'associe et consulte la RI/RTF, fait participer le jeune, dépendamment de ses capacités, au choix des moyens à mettre en œuvre pour réaliser les acquisitions souhaitées pendant le placement;
- I La section du PI à l'intention de la famille d'accueil est inscrite dans un ou des objectifs dans le PI du système PIJ par l'intervenant responsable et remise à la famille d'accueil et à l'intervenant ressource de la famille d'accueil (le secrétariat en fait une copie qui respecte les règles de confidentialité, cette partie du PI est équivalente au PIFA).

- **Lorsque le jeune est en situation de placement suite à une référence en LSSSS (CSSS ou autres organismes)**

Dans ce cas, l'élaboration du plan d'intervention se fait dans le cadre d'un PSI. Le processus clinique et le processus opérationnel d'élaboration et de collaboration à un PSI, sont présentés à la section 3.

SCHÉMA RÉCAPITULATIF DE L'ÉLABORATION DU PLAN D'INTERVENTION

JEUNE/PARENTS/INTERVENANTS CONCERNÉS

But de l'intervention

Milieu de vie qui, à la fin de l'intervention, assurera à l'enfant la stabilité, la permanence et le développement

1. Maintien dans sa famille d'origine
2. Réunification avec sa famille après un placement
3. Placement permanent chez une personne significative
4. Adoption légale
5. Tutelle et garde légale
6. Famille d'accueil jusqu'à la majorité en travaillant à la permanence dans ce milieu
7. Vie autonome c'est-à-dire, préparer le jeune à la vie adulte et en appartement

Description de la problématique et du motif d'intervention

La situation à corriger, la problématique en cause

- Négligence physique corporelle, physique environnementale ou émotionnelle
- Violence familiale : mauvais traitements psychologiques, abus sexuels ou abus physiques
- Risque d'abandon ou de délaissement
- Troubles de comportement, conduite délinquante, dépendance

Objectifs conjoints (élaborés avec le jeune et ses parents)

S pécifiques, précis et concrets

M esurables par le sens

A justés aux capacités des clients, compris par tous, univoques

R éalistes et atteignables

T emporels, selon un échéancier

Activités cliniques de l'intervenant

Qui : intervenant qui réalise l'activité?

Quand a lieu l'activité?

Quoi? Quelle activité?

Où a lieu l'activité?

Comment? Échéancier

Moyens du client

1. **Qui** dans la famille prend le moyen?
2. **Quand** a lieu le moyen? Selon quel échéancier?
3. **Quel** moyen?
4. **Où** a lieu le moyen
5. **Comment?** Y a-t-il une suite d'actions à accomplir?

2.3.2 L'ACTUALISATION DU PLAN D'INTERVENTION

Les **services à la clientèle** du Centre jeunesse sont organisés en fonction des problématiques et offrent les activités cliniques de base et les activités cliniques spécialisées définies dans les guides de pratiques et les programmes. Il appartient à chacun des services de faire converger l'observation, l'analyse, la programmation de base et l'utilisation du vécu quotidien partagé (le cas échéant) vers la réalisation des objectifs de l'intervention. Les intervenants des différents services actualisent les activités cliniques prévues au plan d'intervention pour permettre au jeune et sa famille l'atteinte des objectifs identifiés.

Les activités cliniques que les intervenants réalisent dans leur service respectif pour actualiser le plan d'intervention sont aussi en lien avec le type d'accompagnement que l'intervenant doit effectuer soit :

- I Les rencontres régulières individuelles, parentales et familiales « faire faire »;
- I Les rencontres d'accompagnement en réadaptation « faire avec »;
- I Les activités d'apprentissage et de développement en groupe, destinées aux jeunes comme aux parents;
- I Les activités cliniques spécifiques à un programme d'intervention.

Les **programmes d'intervention** guident les intervenants dans l'utilisation de ces activités cliniques pour en augmenter l'efficacité en rapport avec la problématique identifiée à traiter.

- I Le programme d'intervention en NÉGLIGENCE offre aux familles en grande difficulté un ensemble d'interventions qui visent l'amélioration des capacités du système familial à répondre aux besoins de leur enfant, cherchant à réduire les conduites d'omission, caractéristiques de cette problématique. Le travail en concertation intersectorielle avec les organismes partenaires dans la communauté est la pierre angulaire du programme, compte tenu de la lourdeur de la problématique et des meilleures pratiques;⁹
- I Le programme d'intervention en TROUBLES DE COMPORTEMENT, CONDUITE DÉLINQUANTE ET DÉPENDANCE offre des activités susceptibles d'amener les adolescents contrevenants à abandonner la délinquance et à développer leurs capacités de fonctionnement au plan individuel (psychologique et comportemental), familial et social (intégration sociale), dans le respect des cadres légaux et des normes sociales. La typologie de la gravité

⁹ Cadre de référence, application des mesures, p. 5 (3)

différentielle et les stratégies afférentes servent de cadre dans l'intervention auprès des jeunes;

- I Le programme d'intervention en ABANDON ET RISQUE DE DÉLAISSEMENT permet de dépister les situations de jeunes abandonnés ou à risque de délaissement. Il offre au jeune et à leur famille (le cas échéant) et aux familles les accueillant, un ensemble d'activités visant à réduire au minimum la durée de privation d'un lien d'attachement et la fréquence des ruptures du lien ainsi qu'à leur assurer un projet de vie. L'implication des parents naturels dans l'évaluation de leurs capacités et de leurs compétences, la reconnaissance du risque de délaissement et la primauté de l'intérêt de l'enfant à pouvoir s'attacher à un milieu qui répond à ses besoins, sont cruciales dans cette problématique et commandent une intensité optimale dans l'intervention. Celle-ci tient compte de la notion de temps chez l'enfant et de sa vulnérabilité en manque d'opportunités d'attachement;
- I Le programme d'intervention en DÉPENDANCE offre des services d'évaluation et planifie des interventions spécialisées pour les jeunes ayant des problèmes importants de dépendance (consommation de drogue et d'alcool, aux jeux). L'intervention aide le jeune à mieux connaître ses besoins, à les exprimer et à y répondre sans l'aide de psychotropes. Le programme privilégie le développement et le renforcement de compétences chez le jeune, améliore son estime et ses capacités. Il donne au jeune le pouvoir de faire des choix éclairés et d'atteindre un mode de vie plus satisfaisant. Il favorise l'approche motivationnelle.
- I Le programme d'intervention en VIOLENCE FAMILIALE vise à faire cesser les conduites de violence et d'abus au sein du système familial. Il vise également à restaurer les capacités et les compétences parentales, à répondre aux besoins des enfants sans menacer leur intégrité physique ou psychologique et à outiller le jeune pour se protéger.

Les activités sont définies et décrites dans les « *Répertoires d'activités cliniques* » des programmes d'intervention. Les objectifs, l'organisation, les conditions de réalisation, le mode d'animation ainsi que les stratégies sont précisés et assurent la rigueur de leur utilisation.

Ces activités des programmes d'intervention clinique complètent les interventions de base d'évaluation, d'aide et assistance, d'éducation, de réadaptation (accompagnement quotidien, vécu partagé, vie de groupe...) et de réinsertion produites dans le cadre de chacun de services à la clientèle. Cette combinaison assure la qualité et la richesse des interventions auprès de la clientèle.

Tout au long de l'actualisation du plan d'intervention, les intervenants sociaux, les éducateurs et leurs collaborateurs se communiquent leurs observations sur l'utilisation des moyens convenus et leur pertinence; ils donnent le support nécessaire pour maintenir la motivation du jeune et de ses parents, à persister dans

l'utilisation des moyens qu'ils ont choisis, ou à les modifier lorsque nécessaire. Les intervenants sociaux et les éducateurs utilisent aussi d'autres sources d'information (écoles, partenaires, aidants naturels), en accord avec le jeune et ses parents, pour s'assurer de leur engagement dans l'accomplissement des moyens prévus.

2.3.3 LA RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION

Le plan d'intervention est révisé périodiquement. Pour les jeunes vivant dans leur milieu familial, le PI est révisé aux 3 ou 6 mois dépendamment des besoins et de la situation, et aux 3 mois lorsque le jeune est hébergé en CSR, RI ou RTF. Lors d'une rencontre avec le jeune et ses parents, les intervenants impliqués font un bilan de l'atteinte des objectifs poursuivis pour la période visée par le plan d'intervention, mais également une validation de l'analyse antérieure. Ils déterminent ensuite si le but est maintenu et si les objectifs, moyens et activités sont atteints, reconduits ou modifiés. Cette rencontre peut être précédée par des rencontres individuelles avec les différents acteurs concernés qui permettent à chacun de préparer la révision du PI.

➤ **Validation de l'analyse**

Les impacts des réalisations, ou des échecs, sur le fonctionnement de la famille et l'amélioration de la situation sont partagés et analysés avec le jeune, ses parents et les collaborateurs afin de permettre de valider l'analyse antérieure et maintenir une vision dynamique commune de la situation. Cette analyse permet de préciser si de nouveaux objectifs ou moyens et activités cliniques doivent être ajoutés.

➤ **Révision du PI**

La révision du plan d'intervention concerne l'atteinte des objectifs, l'efficacité des moyens et les activités cliniques qui ont été élaborés.

Le bilan des réalisations et l'analyse de la situation amènent parfois à questionner le but de l'intervention. C'est le cas lorsque l'on constate que la situation stagne, ne s'améliore pas et que les facteurs qui contribuent à la gravité de la situation ne se résorbent pas. Il devient indiqué de modifier le but lorsque son maintien risque d'entraîner pour le jeune des conséquences négatives en regard de ses besoins de sécurité, de stabilité et de développement. Les parents et le jeune sont toujours impliqués dans les discussions et, si possible, dans cette décision.

En **protection**, la révision du PI coïncide parfois avec la révision statutaire en LPJ. L'évaluation de l'atteinte des objectifs permet de déterminer si la sécurité et le développement sont encore compromis, si la situation exige encore une intervention encadrée légalement et si le but poursuivi est maintenu pour la suite de l'intervention.

La révision du but et du motif d'intervention demeure la prérogative de l'intervenant dans l'exercice de ses responsabilités de protection du jeune et d'élaboration du PI. L'intention de modifier le but de l'intervention doit faire **obligatoirement l'objet d'une révision PJ**, suivie, le cas échéant, par de nouvelles mesures de protection, volontaires ou judiciaires.

Lorsque la situation nécessite la modification du but, l'intervenant doit nécessairement réviser le PI et élaborer de nouveaux objectifs en grande partie différents du précédent.

En **délinquance**, le but demeure le même pendant l'ordonnance. Le plan d'intervention doit être cependant révisé et présenter de nouveaux objectifs ou moyens en fonction de l'évaluation et évolution du jeune.

2.4 LA FIN DE L'INTERVENTION

La fin de l'intervention est un acte professionnel qui se planifie. L'intervenant doit prévoir de 6 à 8 semaines vers la fin de l'intervention pour préparer le jeune et ses parents. Il est important de préciser que cette étape peut aussi survenir après l'une ou l'autre des étapes soit : la collecte de données, l'analyse ou la révision.

À cette étape, les personnes impliquées lors du bilan de la situation font l'évaluation des progrès effectués, des améliorations réalisées et de l'atteinte des objectifs. L'intervenant se doit de rencontrer le jeune et ses parents.

En protection, le processus d'intervention clinique se termine lorsqu'il n'y a plus d'élément de compromission. Lorsque le but et les objectifs sont atteints, la fin de l'intervention dans le cadre légal va de soi, puisque l'enfant est protégé et a repris son développement. L'intervenant doit alors prévoir, vers la fin de son mandat, d'identifier, s'il y a lieu, avec le jeune et ses parents leurs besoins de services pour la poursuite de l'intervention clinique et les référer aux organismes appropriés. Lorsque les activités cliniques spécialisées (dépendance et réadaptation) sont nécessaires pour terminer l'intervention prévue, celle-ci peut se poursuivre en LSSSS, à moins que le jeune et ses parents ne s'y objectent. L'intervenant s'assure de leur disponibilité et leur accessibilité et accompagne le jeune et ses parents dans cette démarche.

Lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant n'est plus compromis, l'intervenant doit classer le dossier et s'assurer que l'information nécessaire et pertinente soit consignée au dossier. Il doit aussi prévoir si une demande devra être faite au tribunal, Chambre de la jeunesse afin de prolonger la période de conservation de l'information. Cette situation doit être utilisée pour des motifs exceptionnels et pour une période déterminée.

« Lorsque le directeur ou le tribunal décide que la sécurité ou le développement d'un enfant n'est plus compromis, le directeur doit conserver l'information contenue au dossier de cet enfant pour une période de cinq ans à compter de cette décision ou jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 18 ans, selon la période la plus courte.

Le tribunal peut prolonger la période de conservation de l'information contenue au dossier de l'enfant pour des motifs exceptionnels et pour la période qu'il détermine. (LPJ 2007, art 37.4) »

En délinquance, le processus d'intervention clinique se termine avec la fin de l'ordonnance, et ce, que le but soit atteint ou non. Lors de la rencontre du bilan de l'intervention, l'intervenant identifie et recommande des services offerts par des organismes de la communauté qui sont susceptibles de compléter et de consolider les acquisitions réalisées et ainsi prévenir la récidive. Le jeune et ses parents peuvent décider d'y recourir ou non.

Dans le cas où la sécurité et le développement du jeune délinquant apparaissent compromis, l'intervenant signale la situation à la RTS qui analysera la recevabilité du signalement. Pour la poursuite du traitement, dans le mandat protection, l'intervenant en contrevenance fera un transfert personnalisé à l'intervenant en protection.

En services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance, réadaptation, placement, le processus d'intervention clinique se termine avec l'atteinte des objectifs du PI ou lorsque le jeune et ses parents ne désirent plus poursuivre, qu'il n'y a pas d'élément de compromission et que la sécurité et le développement du jeune sont assurées.

À cette étape, si la situation le requiert, l'intervenant doit informer le jeune et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès. L'intervenant doit obtenir le consentement écrit du jeune de 14 ans et plus ou des parents de l'enfant de moins de 14 ans pour transmettre toute information concernant les données nominatives et pertinentes à la situation.

Référence

Lorsque la situation du jeune nécessite d'autres services que ceux offerts par le centre jeunesse dans le cadre de la LPJ, LSJPA ou services spécialisés de 2^e ligne, l'intervenant impliqué auprès du jeune et de ses parents, avec le consentement de ceux-ci, achemine une référence à un autre établissement ou organisme (CRDI, CSSS, organisme communautaire, etc.) le plus apte à leur venir en aide. L'intervenant transmet l'information nécessaire et pertinente sur leur situation ou seulement l'information que le jeune de 14 ans et plus et ses parents permettent de

divulguer. Toujours avec leur consentement, l'intervenant priorise le transfert personnalisé et les accompagne lors de la 1^{re} rencontre avec l'autre intervenant.

Transfert personnalisé

Le transfert personnalisé, qu'il s'effectue à la fin d'une évaluation, d'un comité d'accès ou d'une rencontre de transfert est la jonction entre deux étapes d'intervention, deux intervenants, deux services ou deux établissements. C'est un moment charnière où s'effectue un transfert d'information en présence du jeune, des parents et des intervenants concernés. Dans le cadre d'un transfert personnalisé, on échange sur la situation du jeune et de sa famille, on précise les attentes de chacun et on élabore des pistes d'action. Ce transfert permet une transition souple pour le client, une occasion d'échanger un maximum d'information pour les intervenants et de s'entendre sur l'analyse de la situation et les orientations.

Le transfert personnalisé doit être favorisé dans toutes les situations. Il peut arriver, lors d'un départ précipité de l'intervenant, que le transfert personnalisé ne puisse se faire. Nous favoriserons alors le transfert par une personne qui connaît le jeune et ses parents ou qui sont connus par cette personne. Afin de faciliter le changement d'intervenant et d'éviter que le jeune et les parents n'aient à répéter leur histoire. La tenue de dossier (à jour) et la lecture de celui-ci préparent le nouvel intervenant.

Intervention terminale

En protection de la jeunesse, il existe à l'étape orientation la possibilité du recours à l'intervention terminale. Elle est appliquée par l'intervenant qui a évalué la situation de compromission. Cette pratique, souscrit aux principes relatifs de la participation active des parents et de l'enfant.

L'intervention terminale en protection de la jeunesse est une intervention applicable lorsque l'intervenant à l'évaluation/orientation aura statué que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, et ce, à partir des facteurs d'analyse indiqués à l'article 38.2 de la LPJ. Elle se réalise dans un contexte volontaire et vise à modifier rapidement la situation d'un enfant dont la sécurité ou le développement est compromis. L'intervention terminale a pour objectif de mettre fin à l'intervention du DPJ, à court terme (délai de 60 jours), et de référer l'enfant et ses parents à d'autres services, si cela s'avère requis (référence et transfert personnalisé).

Il apparaît important de baliser l'intervention terminale à partir de certaines conditions d'utilisations.

- I Les faits sont établis mais ne présentent pas une chronicité importante;
- I Les parents et l'enfant possèdent un potentiel de responsabilisation et de mobilisation qui peut engendrer rapidement un changement de la situation;

- | Un réseau d'aide, tant familial que communautaire, peut être rapidement mobilisable dans le milieu si nécessaire;
- | Les parents et l'enfant de 14 ans et plus, reconnaissent le problème et acceptent de s'impliquer pour apporter les correctifs nécessaires;
- | Les conditions, gestes ou attitudes nécessaires à la correction de la situation sont connus et acceptés par les parties.

Le but de l'intervention terminale doit être clairement établi et doit viser un changement significatif.

Le changement portera sur des faits, des comportements et des conditions de vie précises à l'origine de la compromission.

- | Le suivi des activités au dossier devra consigner les interventions effectuées;
- | Les parties sont informées des suites possibles de cette intervention, à savoir : fermeture ou, à défaut de résultats significatifs, reprise de l'orientation selon les modalités habituelles;
- | Les résultats obtenus qui justifient la fermeture sont consignés au rapport d'orientation;
- | Les décisions prises et les conclusions sont saisies dans le système PIJ. ¹⁰

¹⁰ Orientation des DPJ sur l'intervention terminale en protection de la jeunesse, Association des centres jeunesse du Québec

SECTION 3. LA PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PSI ET DU PSII

3.1 DÉFINITIONS

Le PSI est :

Un outil partagé de coordination et d'intégration des services offerts par des intervenants provenant d'établissements différents.

Le PSII est :

Un outil de coordination des actions qui servent à répondre aux besoins des élèves handicapés ou en difficulté en vue de favoriser leur réussite scolaire. C'est un PSI qui regroupe des intervenants de différentes écoles ou établissements. L'entente MSSS-MEQ prévoit qu'une concertation qui répondra à l'ensemble des besoins d'un jeune portera le nom de PSII.¹¹

Les objectifs d'un PSI ou d'un PSII sont :¹²

- De mettre à la disposition du jeune et de sa famille le bon service, au bon moment, par les bonnes personnes, pour la bonne durée et au bon endroit;
- De se doter d'un processus clinique et d'un outil de planification, de coordination et d'intégration permettant de répondre plus adéquatement et efficacement aux besoins du jeune et de ses parents.

Le PSI/PSII s'élabore à partir d'une démarche réalisée avec le jeune et ses parents qui comprend :

- Une lecture commune des capacités et des besoins du jeune et de ses parents;
- L'identification des besoins qui feront l'objet d'intervention selon la situation et les indicateurs de résultats attendus;
- Des stratégies d'intervention à mettre en place;
- La durée prévisible des services et la date de révision du PSI/PSII;

¹¹ Cadre de référence clinique

¹² Afin d'éviter d'alourdir le texte, lorsque nous parlerons du PSI, nous devons aussi comprendre que cela inclut le PSII si le milieu scolaire est impliqué

- I L'identification du responsable de la coordination ainsi que de la réalisation et de l'évaluation du plan, des indicateurs de résultats attendus.

Au plan légal (LSSSS), deux conditions sont prévues pour justifier la mise en place d'un PSI/PSII :

- ☞ La présence d'intervenants d'établissements différents;
- ☞ La nécessité d'une intervention d'une durée prolongée.

Au plan clinique, la nécessité d'élaborer un PSI s'impose le plus souvent lorsque le jeune en difficulté et ses parents ont besoin de l'expertise de plusieurs établissements (sociaux-PSI ou scolaires-PSII) pour répondre à la complexité de leurs besoins.

La participation du Centre jeunesse au PSI est guidée par les mêmes valeurs et principes qui soutiennent notre processus d'intervention clinique. Soulignons, entre autres, la valeur de respect des partenaires, de leurs responsabilités, de leur façon de voir, des moyens qu'ils préconisent pour arriver à offrir des services de qualité et du travail en partenariat pour l'organisation des services complémentaires et continus autour du jeune et de ses parents.

La réalisation du PSI se fait à travers les divers plans d'intervention de chacun des établissements (sociaux et scolaires—PSII) qui y participent.

3.2 LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSI/PSII

3.2.1 LE PROCESSUS CLINIQUE

Le PSI étant un instrument de planification clinique, de coordination et d'intégration des services, il s'adresse d'abord et avant tout au jeune et à sa famille. Cet outil doit se présenter systématiquement **sous une forme écrite** afin d'assurer une continuité de services au jeune et ses parents. Dans certains cas, cette participation peut exceptionnellement être adaptée pour tenir compte de la réalité d'une situation particulière.

Les différentes étapes qui composent le processus d'élaboration d'un PSI sont :

- I. Étapes préalables au PSI;
- II. Étapes de l'élaboration du PSI avec le jeune et ses parents;
- III. Étapes d'application du PSI.

I. Étapes préalables à l'élaboration du PSI

Il importe de souligner que certaines étapes précèdent l'élaboration du PSI et relèvent de chaque organisation. Il s'agit :

- ◆ *Du cheminement de la demande de service menant à un PSI;*
- ◆ *De la rencontre exploratoire.*

Le cheminement de demande de service menant à un PSI

Cette première étape en vue de la réalisation d'un PSI est initiée par la demande de service d'un jeune et de ses parents qui sont déjà dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans le réseau scolaire, dans un centre de la petite enfance ou autre et pour lesquels l'intervention semble ne pas répondre aux multiples besoins. Lors de cette demande, la situation est évaluée par un intervenant que l'on appelle l'intervenant demandeur (voir ses fonctions plus bas) lequel peut être issu de différents réseaux (santé, scolaire, petite enfance). **Le PSI doit être envisagé :**

- ☞ *Quand la situation est complexe et nécessite les services de plus d'un établissement;*
- ☞ *Quand une intervention à moyen ou long terme est requise.*

Le besoin de PSI doit être étudié le plus tôt possible dans le processus d'intervention clinique. L'intervenant du service É/O, lorsqu'il constate à l'étape orientation la nécessité de joindre des partenaires externes à l'intervention, doit en faire part au jeune et ses parents et les mobiliser à y recourir dans le cadre d'un PSI. La table d'orientation confirme avec le jeune et ses parents et les intervenants, la nécessité d'élaborer un PSI. L'intervenant au traitement initie la démarche d'élaboration du PSI (voir plus bas), à laquelle se greffe l'élaboration du PI qui découle du PSI convenu avec le jeune, ses parents et les intervenants partenaires.

Par ailleurs, la pertinence d'élaborer un PSI peut apparaître plus tard dans le processus d'intervention et c'est l'intervenant responsable qui en initie la démarche à la suite d'une révision du PI.

Une autorisation du jeune de 14 ans et plus et de ses parents est requise pour partager l'information. L'intervenant doit faire valoir la pertinence et les avantages du partage de l'information dans la réalisation du PSI et motiver le jeune et sa famille en ce sens. Si le jeune et la famille acceptent de donner l'autorisation de partager l'information, la démarche d'élaboration d'un PSI s'enclenche. Dans le cas contraire un PI, ou un PI révisé, se réalise à l'intérieur de l'organisme de l'intervenant demandeur. Le fait de ne pas obtenir le consentement du jeune ou de ses parents compromet la possibilité d'établir un PSI et d'offrir des services par un autre établissement.

Lorsque la demande de PSI provient du Centre jeunesse, l'intervenant demandeur du PSI devient généralement l'intervenant responsable de l'élaboration du PSI. Dans les secteurs où il y a présence d'un réseau intégré jeunesse, dans les situations complexes et litigieuses, c'est le coordonnateur du réseau intégré jeunesse qui sera responsable du PSI.

L'intervenant a donc la responsabilité de convoquer les partenaires, le jeune et ses parents (ou son représentant, ex. : famille substitut) à une rencontre PSI et le processus clinique s'amorce alors en lien avec le processus opérationnel décrit plus loin. La tâche de convoquer par écrit ou par téléphone les différentes personnes relève de la responsabilité du service administratif.

La rencontre exploratoire

Dans certaines circonstances, il peut être utile que les partenaires se rencontrent pour s'échanger des informations, clarifier les rôles entre eux, faire les arrimages organisationnels nécessaires ou encore occasionnellement identifier les scénarios et hypothèses cliniques. **Lorsque la demande provient du Centre jeunesse, c'est généralement l'intervenant responsable de l'élaboration du PI qui organise cette rencontre lorsqu'elle est nécessaire, qui explique le processus, qui anime la démarche, qui coordonne le PSI, qui rédige le PSI, qui retourne le tout à la famille et aux partenaires.**

Lors de la rencontre exploratoire, les modalités peuvent être définies : quels intervenants sont essentiels à l'élaboration du PSI avec le jeune et ses parents, qui sera présent lors de l'élaboration du PSI.

Cette rencontre n'est pas celle de l'élaboration du PSI avec la famille. Il faut se rappeler que l'élaboration du PSI se fait avec le jeune, sa famille et les personnes désignées selon les modalités organisationnelles établies.

II. Étapes d'élaboration du PSI

Les étapes d'une rencontre d'élaboration du PSI avec le jeune, ses parents et les collaborateurs constituent l'essence clinique du PSI. Ces étapes qui visent principalement à donner une vision commune aux divers intervenants impliqués sont les suivantes :

- ◆ L'analyse commune de la situation (lecture commune des besoins du jeune et de sa famille);
- ◆ L'analyse et la priorisation des besoins (motif clinique);
- ◆ Le motif d'intervention;
- ◆ Les conditions de l'intervention;
- ◆ Les stratégies d'intervention;
- ◆ Les objectifs spécifiques inclus dans le PI de chaque établissement.

L'analyse commune de la situation

La demande de service est le motif qui amène le jeune et ses parents à accepter de recevoir des services. Elle traduit la perception qu'ils ont de leurs besoins et doit être distinguée de leurs attentes et perceptions. La demande de service arrive souvent suite à un événement particulier, un facteur précipitant, un déclencheur qui peut être intrafamilial (une crise quelconque, un débordement inhabituel) ou extrafamilial (référence de l'école, du centre de santé, arrestation par la police, signalement à la DPJ). Elle peut aussi être motivée par la volonté d'intervenir dans une situation difficile chronique qui nécessite le travail en concertation de plusieurs intervenants.

À la lumière des informations recueillies lors de la demande de service et après avoir reçu le consentement du jeune et ses parents pour l'échange d'information, on reprend collectivement avec ceux-ci l'analyse de la situation.

L'analyse et la priorisation des besoins

Cette étape sert à identifier les besoins du jeune et de ses parents. L'analyse des besoins se fait à partir des informations recueillies auprès du jeune, de ses parents et de chacun des partenaires. L'intervenant du Centre jeunesse s'inspire de l'analyse qui a été faite de la situation et le partage avec les intervenants partenaires, le jeune et sa famille. Il est suggéré de dresser un tableau le plus complet possible des données disponibles sur tous les membres de sa famille, en regard de plusieurs aspects (physique, cognitif, affectif, social) sans oublier l'état des relations entre eux et de faire la synthèse des forces, des difficultés et des besoins du jeune et ses parents. Cette collecte d'information et l'analyse qui en résulte permettent de bien déterminer et circonscrire le motif clinique d'intervention.

Le modèle de lecture des besoins s'inspire du modèle de Maslow, représenté par une pyramide montrant l'importance de répondre à certains besoins avant d'autres, connu de la plupart des intervenants et facile à comprendre pour le jeune et ses parents. Il permet d'identifier ce qui, sous le symptôme, provoque, fait durer ou génère la situation. Lorsqu'il y a une carence dans la réponse à un besoin, c'est à ce niveau que devra conséquemment porter l'intervention pour avoir une chance de régler le problème soulevé.

Le motif d'intervention

Cette étape, fort importante, vise la formulation d'un objectif général partagé par le jeune, ses parents et les partenaires présents. La formulation de l'objectif général est cruciale pour le choix des objectifs spécifiques qui en découleront. **Si le PSI se fait dans le cadre d'une intervention en protection ou en délinquance, l'objectif général commun à tous est celui qui concerne la situation à modifier, pour protéger le jeune ou la société, donc découlant du but et du motif de l'intervention tels que défini au Centre jeunesse.**

Le motif d'intervention à poursuivre par l'ensemble des intervenants, le jeune et ses parents impliqués dans le PSI se formule en une proposition synthèse claire, formulée sur l'essentiel de ce qui doit être atteint dans le cadre de l'intervention. Cet énoncé servira ensuite de référence aux divers intervenants impliqués pour préciser les objectifs spécifiques qu'ils chercheront à atteindre pour en assurer la réalisation.

Les conditions de l'intervention

La lecture et l'intégration des données disponibles pour faire l'évaluation commune des besoins permettent de disposer du matériel requis pour passer à l'étape suivante, soit celle de l'analyse des conditions conjoncturelles et personnelles de l'intervention. Le fait d'en tenir compte ouvre une possibilité de réussite nettement plus motivante pour le jeune et ses parents, l'intervenant et les réseaux de services. Cette analyse ressemble à l'analyse des déterminants de l'intervention dans le processus d'intervention clinique du Centre jeunesse. On identifie six conditions de l'intervention, trois dites personnelles et trois conjoncturelles (ces conditions peuvent aussi être nécessaires dans la réalisation du PI) :

Les conditions *personnelles* sont :

1. Les limites personnelles des parents risquent de rendre plus complexe l'intervention ou la coordination des services. Certaines sont incontournables;
2. La relation entre les conjoints. C'est aussi un élément important à prendre en compte, surtout lorsqu'il y a une séparation;
3. L'histoire des ruptures vécues par le jeune va inévitablement conditionner sa croyance en la possibilité de s'en sortir et fonder sa motivation.

Ces trois variables sont relativement stables et propres à chaque personne. Elles ne se modifient que lentement, quand elles peuvent l'être. Il faut compter avec elles pour planifier l'intervention et en prévoir la durée ou l'intensité. Elles facilitent aussi l'estimé des conditions conjoncturelles d'intervention qui vont permettre d'en fixer les stratégies susceptibles de les rendre plus efficaces.

Les conditions *conjoncturelles* sont :

4. La reconnaissance et acceptation de sa contribution à la situation problématique pour le jeune et les parents;
5. La motivation du jeune et ses parents à régler ses problèmes conditionne toute la variabilité de l'intervention;
6. La collaboration avec les services et l'histoire des collaborations antérieures permettent de préciser le niveau d'encadrement extérieur qui sera requis pour réussir l'intervention.

Ces trois dernières variables peuvent et vont évoluer au fil de l'intervention et elles la rendront plus ou moins facile, selon le cas. Elles seront, au besoin, objets directs de l'intervention et partie intégrante de sa planification.

Cette étape de la prise en considération des conditions particulières d'une situation aura une influence sur l'ordre de priorité des interventions. L'examen de ces conditions permettra en outre d'estimer la situation clinique spécifique du jeune, de sa famille et de son environnement, et conséquemment, les obstacles ou les assises à prendre en compte lors de l'intervention pour avoir plus de chances de réussir et de réussir rapidement.

Les stratégies de l'intervention

Les stratégies de l'intervention regroupent les choix qui président à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés (celles-ci se retrouvent aussi dans la réalisation de la réussite du PI) :

L'encadrement prévisible, c'est-à-dire le type d'accompagnement que l'intervenant devra mettre en place :

Encadrement minimal (le laisser faire) – très peu intervenir, aide ponctuelle;
Encadrement souple (le faire faire) – fonction conseil;
Encadrement moyen (le faire avec) – fonction assistance;
Encadrement maximal (faire à la place de) – fonction contrôle et surveillance accrue.

Celle-ci sera guidée par la capacité d'apprentissage du jeune et de ses parents et de leur développement. Ces éléments vont nous permettre de se prononcer sur le pronostic de réussite.

Le potentiel du parent à répondre aux besoins de l'enfant est-il?

Très faible
Faible
Moyen
Fort

Le développement du jeune et de ses parents se situe-t-il au niveau de la pensée abstraite ou concrète?

Les moyens et les activités utilisées devraient-elles être au niveau du :

Savoir (cognitif) acquisition et développement des connaissances
Savoir-faire (comportemental) amélioration des compétences, modification des comportements, acquisition et développement de ses habiletés

| Savoir-être (affectif) changement, amélioration dans ses attitudes et aptitudes

Mentionnons que plusieurs jeunes et leurs parents requièrent une intervention à plusieurs niveaux. Il faut aussi souligner qu'à défaut de planifier adéquatement les stratégies d'intervention, les intervenants pourraient se retrouver dans une situation où ils utiliseraient des moyens et activités jugées pertinentes mais dont l'effet pourrait être mitigé si leur adaptation à la réalité du client est inadéquate.

Les objectifs spécifiques du PSI

À cette étape, chaque intervenant identifie les besoins qu'il visera avec le jeune et ses parents. Il doit être en lien avec l'analyse commune, la synthèse de l'évaluation, la priorisation des besoins établie précédemment. Les objectifs spécifiques à définir doivent résulter en énoncés décrivant un changement désiré, donc positif. Ils sont choisis selon des critères précis et rédigés de façon à être compris de tous.

Ces objectifs se traduiront par la mise en œuvre du plan d'intervention (PI) de chacun des établissements ou organismes, élaboré avec le jeune et ses parents et selon une chronologie établie lors de l'élaboration du PSI.

III. Étapes d'application du PSI

Le PSI se réalise en trois étapes :

- ◆ Actualisation du PSI et le PI de chaque établissement ou organisme;
- ◆ La révision du PSI;
- ◆ La fin de l'intervention.

L'actualisation PSI et le PI de chaque établissement ou organisme

L'application et l'actualisation du PSI se font en tenant compte de tous les objectifs spécifiques élaborés. Le PI de chaque établissement sert à réaliser le PSI conjointement élaboré par le jeune, ses parents et les intervenants.

Pour les intervenants au Centre jeunesse, les objectifs spécifiques déterminés lors de cette démarche sont aussi en concordance avec le but et le motif d'intervention du PI qui ont été déterminés avec le jeune et ses parents. Les activités cliniques produites pour atteindre ces objectifs sont décrites dans les programmes et guides de pratique des processus cliniques en lien avec chacune des problématiques.

La révision du PSI

Exigée par la loi, la révision du PSI est déterminante pour garantir la validité de tout le processus. Elle a lieu à la date convenue lors de l'élaboration du PSI. Elle permet de vérifier : 1) l'atteinte des objectifs, 2) les résultats atteints par le jeune et ses

parents et les intervenants concernés, 3) l'impact des actions posées par chacun, 4) le partage de la vision du jeune et de ses parents quant aux objectifs visés et aux moyens employés pour y parvenir, 5) le réajustement si nécessaire des services en fonction de l'évolution des besoins et 6) la redéfinition des objectifs selon la situation.

Elle doit être synchronisée avec une révision du PI et une révision PJ, le cas échéant. Cela permet au jeune et ses parents de mieux participer à la révision du PSI et évite au jeune et aux parents d'avoir à se présenter à différentes rencontres.

Le processus de révision n'est pas fondamentalement différent de celui de la planification des services. Le déroulement de la rencontre de révision est semblable à celui de la rencontre d'élaboration du PSI. Le travail accompli, ou le cas échéant, le développement des difficultés particulières par le jeune et ses parents pourrait modifier les conditions de l'intervention ou certains éléments de la stratégie. Ces nouveaux éléments pourront obliger une rectification des objectifs spécifiques ou de leur priorisation, l'ajout d'un nouveau collaborateur ou la fin de l'intervention d'un acteur spécifique.

La fin du processus du PSI

La révision du PSI mène éventuellement les acteurs concernés, les intervenants, le jeune et ses parents, à constater que l'objectif général poursuivi et les résultats attendus dans le cadre du PSI sont atteints, même si l'intervention se continue dans le cadre d'un PI à l'intérieur d'un établissement.

3.2.2 LE PROCESSUS OPÉRATIONNEL

La partie précédente a décrit le processus clinique d'élaboration du PSI. Cette nouvelle partie traduit ce processus dans une démarche opérationnelle. Le PSI fait appel à l'intersectorialité. La réalisation d'un PSI demande de mobiliser les expertises d'intervenants issus d'organismes différents. La motivation du jeune et de ses parents, la validation de la demande ainsi que sa coordination exigent l'apport d'expertises complémentaires pour que la démarche réussisse. Situer et hiérarchiser les acteurs, leurs rôles et leurs responsabilités sont incontournables et constituent un préalable à l'application de la démarche. Ainsi, tant les CSSS que les établissements régionaux et les partenaires intersectoriels doivent s'en inspirer dans l'implantation et la mise en œuvre du PSI.

A) **Rôle des acteurs ESSENTIELS pour que le processus PSI/PSII prenne place**

Tous les acteurs nommés ci-contre sont essentiels à différents niveaux pour que le processus PSI prenne place. De plus, tous ces acteurs interagissent dans un processus dynamique. Certains auront un rôle très actif tandis que d'autres s'assureront de la mise en place du PSI et de PSII

ACTEURS DU PROCESSUS PSI	LE JEUNE ET SES PARENTS (ou son représentant, ex. : famille substitut)
	▪ L'intervenant demandeur*
	▪ Les intervenants collaborateurs
	▪ Le coordonnateur PSI/PSII
	▪ Le supérieur immédiat des intervenants
	▪ Le gestionnaire responsable du PSI/PSII dans son établissement *
	▪ Les directions des établissements *

* **Ceux-ci ont un rôle de contrôle et de surveillance.**

Le jeune et ses parents ou son représentant

En congruence avec les valeurs énoncées au préalable dans l'ensemble du document, en lien avec la pratique centrée sur la famille et en visant les meilleures pratiques, on favorise la présence active du jeune et de ses parents dans le respect de leur réalité et les capacités de ceux-ci à :

- I Vouloir ou devoir changer une situation;
- I Participer activement à l'élaboration, à l'actualisation et à la révision de leur PSI/PSII;
- I Informer le coordonnateur du PSI/PSII lors de changements dans leur situation;
- I Connaître leurs droits et obligations.

L'intervenant doit susciter la participation du jeune et de ses parents à l'élaboration du PSI. Cette motivation à la participation au PSI démontre que l'on croit en :

- I Leurs compétences;
- I Leur capacité d'autodétermination.

Croire en la compétence et la capacité d'autodétermination, c'est reconnaître que le jeune et ses parents puissent :

- I Être partenaires à part entière;
- I Prendre la parole;
- I Partager leur lecture de la réalité;
- I Demander du soutien;
- I Écouter les conseils;
- I S'approprier du pouvoir;
- I Faire des choix;
- I Prendre des décisions;
- I Prendre leurs responsabilités;
- I Trouver leurs propres solutions;
- I Planifier et coordonner leurs actions;
- I Demander la révision du PSI.

Il est important de savoir que, d'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le jeune et ses parents peuvent à tout moment demander la révision du PSI.

Cette vision dépasse de beaucoup la simple présence physique du jeune et de ses parents lors de la rencontre PSI. Elle influence toute interaction qu'aura l'intervenant avec le jeune et ses parents dès la demande de service.

B) Support clinique

Il est essentiel de souligner que dans certaines situations un intervenant peut cumuler plus d'un des rôles identifiés ci-après. De plus le rôle d'animation lors du processus de l'élaboration du PSI peut être tenu par l'une ou l'autre de ces personnes également dans la mesure où la personne qui assumera ce rôle d'animation doit être dûment formée à la démarche. Le support clinique auprès des intervenants devient donc indispensable.

L'intervenant demandeur

L'intervenant qui constate que l'étendue et la complexité des besoins du jeune et de ses parents dépassent la compétence de son établissement et que la complexité des besoins nécessite l'apport d'autres partenaires, devient nécessaire pour répondre globalement aux besoins du jeune et de ses parents, doit penser PSI. Il se concerta avec son supérieur immédiat sur la pertinence de tenir ce PSI. Il initie la démarche en utilisant les mécanismes définis dans son réseau local. Son rôle consiste à :

- I Faciliter la participation du jeune et de ses parents et obtenir l'autorisation du jeune et de ses parents après avoir éclairé ces derniers sur la raison d'être de la démarche;
- I Convoquer à la rencontre d'élaboration du PSI, les parents, le jeune et les intervenants concernés;
- I Compléter les outils cliniques pertinents à la rencontre. Chaque partenaire peut avoir ses propres outils cliniques, mais il est préférable que des outils communs soient employés par l'ensemble des partenaires;
- I Actualiser les objectifs sous sa responsabilité;
- I Participer à la révision du PSI;
- I S'assurer que la fonction d'animation ou de coordination soit assumée.

Lorsque la demande de PSI provient du Centre jeunesse, l'intervenant demandeur est généralement l'intervenant responsable de l'élaboration du PSI.

Les intervenants collaborateurs au PSI

Le rôle des intervenants collaborateurs consiste à :

- I Apporter les informations nécessaires pour la rencontre selon les outils développés;
- I Participer activement à la rencontre à la lumière des informations qu'ils possèdent;
- I Actualiser les objectifs sous leurs responsabilités (PI);
- I Participer à la révision du PSI.

Au Centre jeunesse, lorsque la demande d'élaboration d'un PSI provient d'un intervenant d'un établissement partenaire, demande de service en LSSSS, l'intervenant du Centre jeunesse sera collaborateur au PSI.

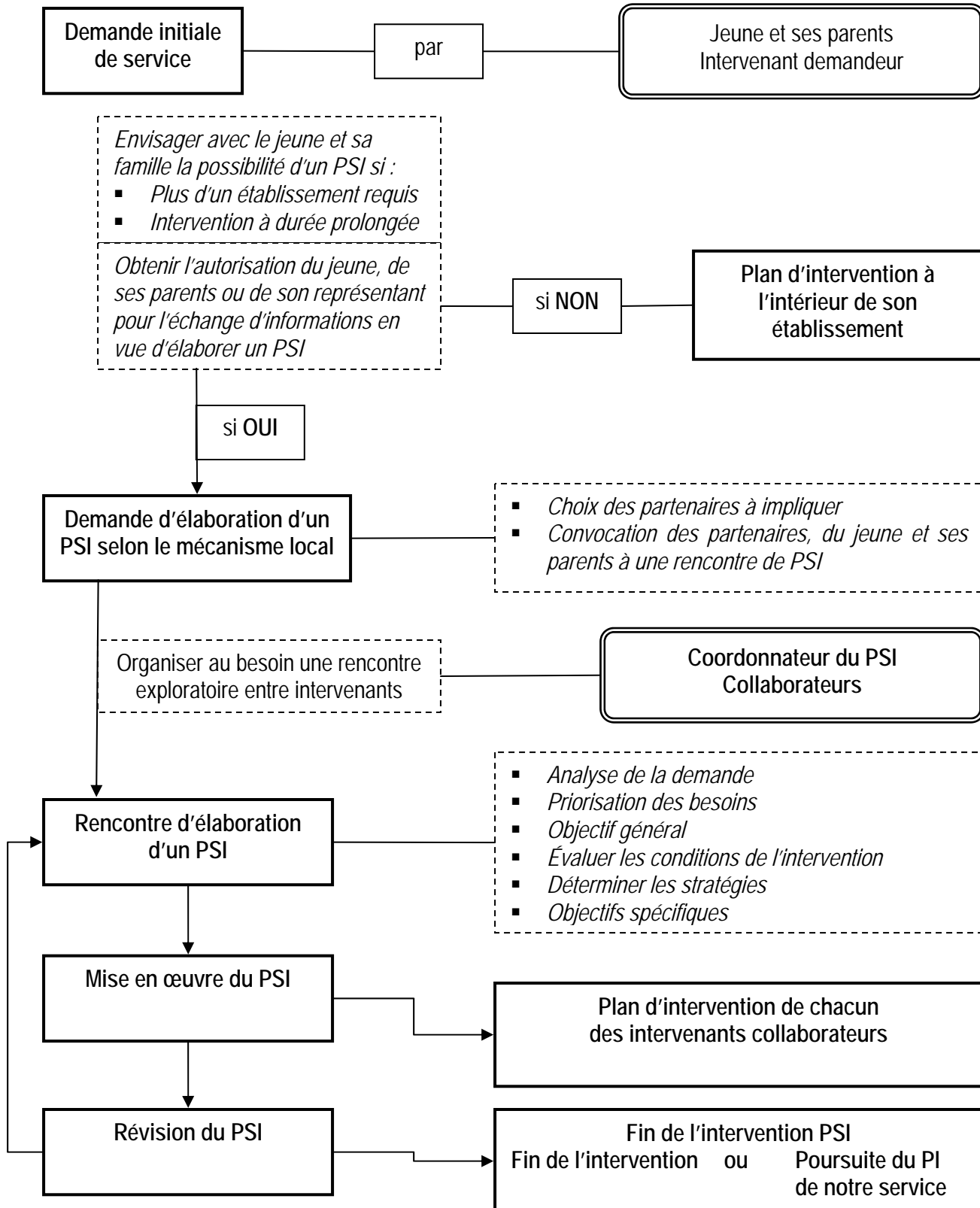
Le coordonnateur du PSI

De façon générale, le PSI est coordonné par l'intervenant demandeur à moins qu'il existe dans le cadre du réseau intégré jeunesse un coordonnateur. Son rôle est de :

- | Voir à la cohérence, la continuité et à la complémentarité des services;
- | Favoriser la concertation entre les intervenants;
- | S'assurer que les services dispensés atteignent les résultats attendus;
- | Rédiger le PSI et s'assurer de le diffuser à la famille et aux partenaires;
- | Fixer la date de révision du PSI;
- | Informer le supérieur immédiat en cas de litige. Ce dernier pourra discuter de la situation litigieuse avec les différents gestionnaires partenaires selon les modalités de concertation prévues.

Lorsque l'intervenant du Centre jeunesse coordonne le PSI, c'est généralement l'intervenant responsable du dossier qui le fait.

Schéma d'élaboration d'un PSI



SECTION 4. LA RÉDACTION DES RAPPORTS CLINIQUES

À diverses étapes du processus d'intervention clinique, des rapports sont nécessaires pour faire état de la situation du jeune et de sa famille.

La rédaction des rapports est dans le prolongement de l'intervention et vient refléter l'essentiel de celle-ci. C'est un acte de réflexion qui permet de tirer un portrait de la situation et servir d'instrument d'information pour toutes les personnes concernées. La rédaction du rapport devient l'occasion privilégiée de faire le point et d'orienter son action avec plus d'assurance et de clarté.

Leur structure doit être cohérente avec les prescriptions légales et leur contenu avec nos programmes d'intervention clinique. Les procédures relatives au dossier de l'usager précisent les normes générales de production des rapports et du suivi d'activités et stipulent que la rédaction du contenu d'un rapport est la responsabilité de l'intervenant tandis que sa mise en forme est la responsabilité du secrétariat de service.

Des modèles de rapports existent en lien avec les mandats LPJ, LSJPA et services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation et en lien avec les différentes étapes : évaluation de la situation, révision, fin de l'intervention.

En **protection**, un rapport doit être rédigé lors de :

- La réception traitement du signalement;
- L'évaluation;
- L'orientation;
- La consultation clinique impliquant plusieurs services;
- La révision.

En **contrevenance** :

- Évaluation sommaire;
- Rapport prédécisionnel;
- Réexamen et rapport complémentaire.

En **services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation** :

- Rapport d'évaluation de la demande;
- Rapport d'observation;
- Rapport de révision.

Il y a des informations et des éléments importants à retrouver dans un rapport d'évaluation de la situation peu importe le mandat dans lequel nous intervenons (évaluation en protection, RPD en LSJPA ou autres).

- I Vérification des éléments du signalement plainte ou demande, c'est-à-dire des problèmes vécus par le jeune et sa famille;
- I Description et analyse du fonctionnement du jeune;
- I Description et analyse du fonctionnement de la famille, capacités et compétences parentales;
- I Capacité du milieu environnant;
- I Opinion professionnelle;
- I Conclusion et recommandation.

Lorsque l'on parle du fonctionnement du jeune, il est important d'y retrouver les aspects suivants :

Physique : Facteur périnatal, santé, caractéristiques physiques, propreté, alimentation, habitudes de vie (drogue, alcool, sexualité, etc.).

Intellectuel : Développement intellectuel, niveau de langage retard, rendement scolaire, capacité de concentration.

Affectif : Modèle d'attachement, âge de développement affectif, âge au moment de l'apparition des troubles de la conduite, tempérament du jeune, estime de soi, niveau d'impulsivité, contrôle de soi, capacité à gérer le stress et la colère, habileté à résoudre un problème, victime d'abus physique, négligence, abus sexuels, événements de la vie qui ont pu marquer le jeune.

Social : Compétences sociales (empathie, habileté à écouter, à communiquer), type de valeurs (prosociales ou asociales), relations interpersonnelles (relations amoureuses, amitiés, pairs), moral ou niveau de maturité (pour les adolescents).

Moral : Moral ou maturité du jeune.

Il est important de noter que différents outils peuvent être utilisés pour recueillir et classer les informations concernant le développement et le fonctionnement du jeune. On doit faire ressortir dans le rapport l'âge chronologique mais aussi l'âge affectif et social.

En ce qui concerne le rapport de révision, nous devrions retrouver au moins les éléments suivants :

- | L'évolution de la situation depuis le dernier rapport;
- | Le fonctionnement du jeune et de la famille;
- | La collaboration avec les services;
- | L'opinion clinique;
- | Les recommandations.

Celui-ci doit se conformer aux exigences légales lorsque requise.

CONCLUSION

Le processus d'intervention clinique tel que rédigé, nous servira de balise pour offrir aux jeunes et à leurs parents des services de qualité avec toute la rigueur professionnelle attendue. L'intervenant doit s'appuyer sur des connaissances probantes afin d'offrir ces services de qualité tout au long du processus d'intervention clinique, et la participation active du jeune et de ses parents doit nécessairement s'y inscrire.

Chaque intervenant doit se sentir impliqué et engagé. Nous souhaitons que la réalisation des activités cliniques découlant du processus d'intervention soit le reflet des valeurs et des principes reconnus dans le plan d'organisation du Centre jeunesse et du code d'éthique, peu importe le service ou le mandat dans lequel nous intervenons : adoption antécédents/retrouvailles, expertise, toxicomanie, ressources, en protection LSJPA ou LSSSS).

Nous croyons également que ce cadre de référence favorisera la cohérence des interventions et la complémentarité entre les intervenants dans le meilleur intérêt des usagers.

En terminant, rappelons que le processus d'intervention clinique est indissociable de la participation active du jeune et de ses parents à chacune de ses étapes.

LEXIQUE DES ACRONYMES

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CJSLSJ	Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean
CSR	Centre de services de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
É/O	Évaluation/orientation
IGT	Indice de gravité en toxicomanie
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OJA	Organisme de justice alternative
PCF	Pratique centrée sur la famille
PI	Plan d'intervention
PIFA	Plan d'intervention à l'intention des familles d'accueil
PNF	Programme national de formation
PPCP	Procureur aux poursuites criminelles et pénales
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de service individualisé intersectoriel
RI	Ressource intermédiaire
RPD	Rapport prédécisionnel
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réception/traitement des signalements
SSP	Système de support à la pratique

RÉFÉRENCES

Cadre de référence pour l'étape application des mesures, ACJQ, janvier 2007

Ensemble pour le jeune et ses parents. Programme d'intervention en troubles de la conduite. Comité de développement du Programme d'intervention en troubles de la conduite, CJM, Direction des services professionnels, mars 2002.

Ensemble pour les familles. Le P.A.I.N. Programme d'aide Intersectoriel en Négligence. Marcel Bonneau, Serge Gauthier, Comité de développement d'intervention en négligence, CJM, Direction des services professionnels, mars 2001.

Epstein, N.B., D.S. Bishop, C. E. Riyan, I.W. Miller et G.I. Keitner (2003). « The McMaster model : A view of healthy family functioning ». Dans F. Walsh, éd., *Normal Family Processes*, 3^e édition. New York : Guilford Press, p. 581-607.

Epstein, N.B., D.S. Bishop, C. E. Riyan, I.W. Miller et G.I. Keitner (1993). « The McMaster model : View of healthy family functioning ». Dans F. Walsh, éd., *Normal Family Processes*, 2^e édition. New York : Guilford Press, p. 138-160.

Garbarino, J. et R.H. Abramowitz (1992). « The family as a social system ». Dans J. Garbarino, éd., *Children ans Families in the Socaial Environment*. New York : Aldine de Gruyter, p. 71-98.

Garbarino, J. et F. Barry (1997). « The community context of child abuse and neglect ». Dans J. Garbarino et J. Eckenrode, éd., *Understanding Abusive Families : An Ecological Approach to Theory and Practive*. San Francisco : Jossey-Bass, p. 57-85.

Garbarino, J. et C. Collins (1999). « Child neglect : The family with a hole in the middle ». Dans H. Dubowitz, *Neglected Children : Research, Practive, and Policy*. Thousand Oaks, London et New Delhi : Sage, p. 1-23.

Guide terrain pour le bien-être des enfants, Volume I et Volume II.

Implantation des modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse, Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, novembre 2007.

Le processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie, 8 février 2005

Le plan d'intervention et la plan de services individualités : cadre de référence et modèle de pratique. Direction des services professionnels, CJM, mars 1996.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, L.C. 2002, c.1.

Loi sur la protection de la jeunesse (modification).

Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Groupe de travail sur la révision du Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse, Québec, Gouvernement du Québec, 1998.

Offre de service, le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, direction du développement professionnel et organisationnel, février 2006

Programme National de Formation. Tronc commun réseau. 6 jours (1^e et 2^e partie). Compétences génériques pour intervenir auprès des familles en difficultés. ACJQ, 2004.

Plan d'organisation Centre jeunesse du Saguenay–Lac-St-Jean, direction du développement professionnel et organisationnel, février 2007

Ryan, C.E., N.B. Epstein, G.I. Keitner, G.I. Keitner, I.W. Miller et D.S. Bishop (2005). *Évaluating and Treating Families : The McMaster Approach*. New York et Hove : Routledge, 340 p.

Trocmé, N. (1996). « Le rôle des facteurs de classe et de genre dans la sélection de stratégies de recherche, d'intervention et de prévention de la maltraitance des enfants ». Dans *Violences dans les relations affectives : représentations et interventions*, sous la direction de F. Ouellet et M. Clément, Actes du colloque tenu à Chicoutimi le 23 mai 1994 dans le cadre du 63^e congrès de l'ACFAS. Montréal et Québec : CRI-VIFF, collection Réflexions, no 4. 7-33.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 Grille d'intensité requise au traitement
- Annexe 2 Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA et LSSSS
- Annexe 3 Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA et services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation
- Annexe 4 Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA, services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation
- Annexe 5 Modèle écosystémique du fonctionnement de la famille
- Annexe 6 Grille d'analyse de l'évaluation psychosociale initiale

ANNEXE 1

GRILLE D'INTENSITÉ REQUISE AU TRAITEMENT

Présentation de la grille

Notre intervention de traitement en centre jeunesse a comme objectif de permettre la restauration de la situation d'un enfant et sa famille, tout en lui assurant continuité et stabilité. Baliser l'intensité d'intervention est un aspect parmi d'autres pour y parvenir.

La grille présentée est un repère pour répartir cette intensité d'intervention selon les besoins du jeune et de sa famille, en lien avec la gravité de leur situation. Elle se veut cohérente à l'égard de nos principes cliniques d'intervention et s'y intègre.

La grille guidera les intervenants pour l'élaboration du plan d'intervention, ainsi que le chef de service pour équilibrer les charges de travail. Elle pourra également indiquer aux gestionnaires la possibilité de faire des regroupements de charges de travail selon l'intensité de service requise et ainsi donner des dossiers présentant des intensités différentes.

Les fréquences d'intervention proposées, selon l'intensité de service, sont établies pour les différents professionnels de notre établissement impliqués dans le plan d'intervention, selon un seuil minimal. Ces fréquences sont atteignables lorsque certaines conditions organisationnelles et de partenariat sont présentes : assignation d'un nombre de dossiers respectant les normes de pratique, programmation et activités cliniques accessibles et adaptées aux besoins de la clientèle, support et encadrement professionnel, services offerts par les partenaires.

Il importe de se rappeler que toute grille demeure un outil en support au jugement clinique et organisationnel des professionnels.

Chicoutimi, le 22 février 2008

Niveau de gravité de la situation	PROFIL FAMILIAL	TYPE DE DOSSIER	TYPE D'INTERVENTION	FRÉQUENCE
<p>1 - Léger (sans hébergement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de fragilités, mais aussi de forces actualisables dès maintenant dans certains secteurs de compétences parentales ou sphères de développement chez l'enfant. ▪ L'enfant n'est pas en arrêt de développement. ▪ Capacité d'insight du parent est présente. 	<p>Problématiques : Toutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier de collaboration dont on assume seulement le suivi des parents, sans la délégation. ▪ Dossier « rendre compte » au DPJ. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeune et sa famille se retrouvant à quelques mois de la fin de l'intervention et les progrès sont manifestes. 	<p>Intervention de maintien : occasionnelle. ⇒ <i>Faire faire. Laisser faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conscientisation parentale ▪ Prévention de récurrence <p>Services et activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement positif ▪ Support ▪ Conseil ▪ Recadrage ▪ Vérification auprès de partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 intervention directe ou indirecte par mois.
<p>2 – Modéré (sans hébergement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forces personnelles, mais besoin de support pour actualiser certaines compétences parentales. ▪ Enfant éprouve des difficultés dans certaines sphères, mais est capable d'un certain contrôle. ▪ Maintien de l'enfant dans sa famille n'est pas remis en question. ▪ Capacités du milieu environnant. 	<p>Problématiques : Négligence, troubles de comportement, violence familiale, toxicomanie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveau dossier dont les changements sont déjà amorcés. ▪ Jeune et sa famille en continuité d'une intervention intensive. ▪ Parents mobilisés avec reconnaissance de la problématique. ▪ Problématique situationnelle. 	<p>Intervention modérée : régulière, continuité de l'int. intensive. ⇒ <i>Faire faire. Faire avec</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de quelques compétences parentales <p>Services et activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement positif ▪ Accompagnement de l'enfant et du parent ▪ Contacts réguliers avec partenaires ▪ Activités de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 interventions directes par mois. ▪ 2 interventions indirectes par mois.
<p>3 – Sévère (sans hébergement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de fragilités personnelles importantes chez le parent. ▪ Difficultés dans plusieurs sphères de la vie familiale. ▪ Relation parents/enfant détériorée. ▪ Parent dépassé. ▪ Risques d'exclusion de l'enfant : famille, école, etc. ▪ L'enfant présente des retards de développement. ▪ Capacités du milieu environnant sont faibles. 	<p>Problématiques : Toutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Début d'intervention. ▪ Problématique complexe. ▪ Risque de rupture avec le milieu familial. ▪ Risque de placement. ▪ Situation de crise. ▪ Risque d'abus ou blessure pour l'enfant. ▪ Enfant 0-5 ans : prévention au placement. 	<p>Intervention intensive : régulière et soutenue. ⇒ <i>Faire avec. Faire à la place de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de compétences. ▪ Reprise et maintien du développement de l'enfant. ▪ Substitution partielle ou occasionnelle du rôle parental ▪ Résorption/traitement de la crise. ▪ Surveillance et contrôle pour la sécurité de l'enfant. <p>Services et activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide et assistance directe. ▪ Supervision. ▪ Vérification non annoncée au milieu parental (prévue au PI). ▪ Contacts réguliers avec partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 interventions directes par mois. ▪ 4 interventions indirectes par mois.

Niveau de gravité de la situation	PROFIL FAMILIAL	TYPE DE DOSSIER	TYPE D'INTERVENTION	FRÉQUENCE
<p>4 - Sévère ou urgent : avec intervention de retrait du milieu (0-30 jours)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence de danger pour la sécurité physique ou affective de l'enfant. ▪ Absence de ressources actualisables à court terme. ▪ Besoin de distanciation parent/enfant. ▪ Besoin de protection de l'enfant contre lui-même ou contre son entourage. ▪ Incapacité temporaire des parents à prendre soin de leur enfant. ▪ Situation de crise (extrême ou imprévisible). 	<p>Problématiques : Toutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peut survenir en tout temps dans le processus d'intervention, pour tout âge et toute situation. ▪ Retrait de l'enfant et placement d'urgence. ▪ Adolescent en toxicomanie, hébergé. ▪ CRAT (évaluation 24 / 48 h). ▪ Situation de crise. ▪ Parent hospitalisé ou incarcéré. ▪ Parent sans ressource du milieu environnant. 	<p>Intervention intensive : régulière et soutenue. ⇒ <i>Faire avec. Faire à la place de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protection de l'enfant. ▪ Dépistage obligatoire du risque de délaissement. ▪ Rechercher le maintien des sphères fonctionnelles. ▪ Résorption/traitement de la crise. <p>Services et activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement. ▪ Planification et supervision de contacts. ▪ Observation comportements. ▪ Contacts réguliers et concertation majeure entre intervenants et partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 interventions directes par mois. ▪ 8 interventions indirectes par mois.
<p>5.1 - Sévère : placement temporaire avec risque élevé de non-retour ou placement fragilisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout enfant âgé entre 0-5 ans qui est hébergé (à cause du délai). ▪ Tout enfant 6-18 ans ayant un pronostic sombre. ▪ Difficultés importantes des parents ou de l'enfant. ▪ Présence d'un faible potentiel de changement : pronostic négatif. ▪ Besoin de redéfinir la relation parent/enfant. ▪ Cristallisation d'une relation problématique entre le parent et l'enfant. ▪ Apparition de difficultés majeures chez l'enfant, à risque de compromettre le placement. ▪ Milieu substitut dépassé ou en situation de crise. ▪ Adolescent en démarche d'intégration sociale. 	<p>Problématiques : Toutes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parent ayant des problèmes personnels, importants qui perdurent. ▪ Situation de crise identitaire chez l'enfant. ▪ Impasse familiale. ▪ Risque de délaissement (abandon). ▪ Risque de déplacement. ▪ Adolescent près de la majorité, sans milieu stable ou substitut, ayant des troubles de comportement. ▪ Adolescent placé à majorité (FA ou CR) ayant des troubles de comportement. 	<p>Intervention intensive: régulière et soutenue. ⇒ <i>Faire avec. Faire faire. Faire à la place de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance constante du risque de délaissement. ▪ Restauration des compétences parentales ou constat d'échec. ▪ Responsabilisation du parent ou de l'enfant. ▪ Clarification de projet de vie. ▪ Développement de l'autonomie sociale de l'adolescent. ▪ Restauration de la relation parent/enfant ou processus de deuil. ▪ Reprise ou maintien du développement de l'enfant. ▪ Traitement. <p>Services et activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement. ▪ Planification et supervision de contacts. ▪ Programme de qualification des jeunes. ▪ Démarche de clarification du projet de vie. ▪ Accompagnement des RTF. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 interventions directes par mois. ▪ 4 interventions indirectes par mois.
<p>5.2 -Sévère placement temporaire avec perspective de retour dans milieu familial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'un potentiel actualisable à moyen terme qui permet d'entrevoir la réussite d'une réinsertion : pronostic positif. ▪ Difficultés importantes des parents ou de l'enfant. ▪ Besoin de distanciation parent/enfant. 	<p>Problématiques : Négligence, troubles de comportement, toxicomanie, violence familiale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant placé à moyen terme. 	<p>Intervention modérée : régulière, continuité de l'int. intensive. ⇒ <i>Faire faire. Faire avec</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance constante du risque de délaissement. ▪ Préparation du retour de l'enfant en milieu familial ou substitut. ▪ Traitement. ▪ Reprise ou maintien du développement de l'enfant. ▪ Responsabilisation et restauration des compétences parentales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 interventions directes par mois. ▪ 2 interventions indirectes par mois.

Niveau de gravité de la situation	PROFIL FAMILIAL	TYPE DE DOSSIER	TYPE D'INTERVENTION	FRÉQUENCE
ou substitut		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant a des besoins d'hébergement en réadaptation. ▪ Parent a besoin de renforcer certaines compétences et de solutionner des problèmes personnels. ▪ Enfant en réintégration de milieu familial ou substitut (incluant fin thérapie au Havre du Fjord). 	Services et activités : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement. ▪ Planification et supervision de contacts. 	
5.3 - Sévère : Actualisation du projet de vie (confié à des personnes significatives, adoption, tutelle, placement à majorité)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence du potentiel actualisable chez les parents. ▪ Cristallisation de la problématique. ▪ Projet de vie en cours d'actualisation en dehors du milieu de vie naturel. ▪ Besoins spécifiques reliés à l'enfant. 	Problématique : abandon <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confié à une personne significative. ▪ Enfant en démarche <ul style="list-style-type: none"> ○ d'adoption ○ de tutelle ○ de placement à majorité ▪ Adolescent en démarche d'autonomie, sans trouble de comportement. 	Intervention intensive : régulière et soutenue ⇒ <i>Faire avec</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse aux besoins de services de l'enfant. ▪ Stabilité et continuité. Services et activités : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil, référence et support au milieu substitut. ▪ Intervention sporadique auprès du parent. ▪ Intervention intensive auprès du milieu substitut. ▪ Évaluation et pairage des milieux substitués. ▪ Processus de deuil. ▪ Accompagnement vers l'autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 interventions directes en présence par mois. ▪ 2 interventions indirectes par mois.
6 - Sévère : placement à majorité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence du potentiel actualisable chez les parents. ▪ Cristallisation de la problématique. ▪ Projet de vie actualisé en dehors du milieu de vie naturel. ▪ Besoins spécifiques reliés à l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant placé à majorité qui est bien intégré. ▪ Enfant en fin de processus de tutelle ou d'adoption. 	Intervention légère : certaine régularité, mais peu soutenue. ⇒ <i>Faire à la place (parent). Faire faire (milieu substitut et enfant)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilité et continuité. ▪ Réponse aux besoins de services de l'enfant. Services et activités : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil, référence et support au milieu substitut. ▪ Intervention sporadique auprès du parent. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 intervention directe dans le milieu de l'enfant aux deux mois. ▪ 1 intervention indirecte dans le milieu de l'enfant aux deux mois.

NOTIONS D'INTERVENTION POUR L'INTERVENANT EN TRAITEMENT:

Directe : intervention ou entrevue en présence de l'enfant, son parent ou son milieu substitut ; entrevue téléphonique avec l'enfant, son parent ou son milieu substitut; participation à une activité en groupe prévue dans une programmation est incluse dans le nombre d'interventions directes.

Indirecte : intervention auprès d'un partenaire interne ou externe; téléphone avec l'enfant, son parent ou son milieu substitut.

ANNEXE 2

**APPLICATION DU PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE
À LA LPJ, LSJPA ET LSSSS**

Collecte des données et analyse

Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA et LSSSS

Collecte des données et analyse

LPJ	LSJPA	Services spécialisés de 2 ^e ligne en LSSSS dépendance réadaptation
<p><u>Traitement du signalement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retenir ou non le signalement à l'aide du SSP ▪ Rédiger le rapport RTS dans PIJ <p><u>Évaluation de la compromission et Orientation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Statuer si la sécurité et le développement sont compromis, à l'aide du SSP ▪ Rédiger le rapport d'évaluation dans PIJ <p>COLLECTE DE DONNÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulter les dossiers antérieurs ▪ Observer, recueillir les informations auprès des collaborateurs internes et externes ▪ Utiliser des instruments proposés par le SSP ICBE ou par les programmes d'intervention clinique ▪ Organiser les données selon le modèle multidimensionnel <p>ANALYSE</p> <p>Avec l'aide du SSP et en coll. avec les interv. impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser les interactions des membres du système familial entre eux et avec le milieu social, en regard des rôles, des règles, des frontières, des modes de communication ▪ Émettre une hypothèse sur le sens des symptômes dans le maintien de l'équilibre (sain ou malsain) dans la famille ▪ Évaluer les déterminants de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> ○ Degré de gravité ○ Capacité ○ Reconnaissance ○ Motivation ▪ Choisir entre une intervention terminale, un transfert à l'application des mesures ou au service de 1^{re} ligne ▪ <u>Table d'orientation</u> : partager l'analyse et établir avec le jeune, ses parents et les intervenants impliqués le BUT et le motif d'intervention ▪ Déterminer avec eux si l'élaboration d'un PSI est pertinente à ce moment de l'intervention (section IV) ▪ Rédiger le rapport d'orientation dans PIJ ▪ Débute si nécessaire l'intervention selon les modalités établies lors de la table d'orientation 	<p><u>Demande d'évaluation d'éligibilité (PPCP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'éligibilité à une sanction extrajudiciaire ▪ Choisir entre a) l'arrêt des procédures b) le renvoi au PPCP pour une judiciarisation c) une sanction extrajudiciaire (OJA) ▪ Rédiger le rapport d'évaluation/orientation dans PIJ <p><u>Demande de rapport précédecisionnel (RPD) (tribunal)</u> (Intervenant responsable de l'évaluation)</p> <p>COLLECTE DES DONNÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulter les dossiers antérieurs et le registre judiciaire ▪ Observer, recueillir les informations auprès des collaborateurs ▪ Utiliser le Jesness et la fiche criminométrique, évaluation différentielle, grille des risques et des besoins ▪ Organiser les données selon le modèle multidimensionnel spécifique au programme délinquance <p>ANALYSE</p> <p>En collaboration avec les acteurs impliqués</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir le profil délinquantiel ▪ Analyser les interactions des membres du système familial entre eux et avec le milieu social, en regard des rôles, des règles, des frontières, des modes de communication et du sens de la délinquance. ▪ Émettre une hypothèse systémique sur le sens de la délinquance de l'adolescent dans l'équilibre de la famille. ▪ Évaluer les déterminants de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> ○ Degré de gravité ○ Capacité ○ Reconnaissance ○ Motivation ▪ Recommander une mesure; établir le motif d'intervention et le niveau d'intensité souhaité ▪ Rédiger le RPD dans PIJ 	<p><u>Accueil – demande</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À partir du DEP – ADO (dépendance) ▪ Complète la grille de priorisation (réadaptation) <p><u>Évaluation de la demande</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Statue sur le besoin d'intervention spécialisée <p><u>Collecte de données</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulte les dossiers antérieurs ▪ Recueille les informations auprès des collaborateurs internes et externes ▪ Utilise des instruments proposés <ul style="list-style-type: none"> ○ Dépendance IGT, GSM ○ Réadaptation GED, échelle Harvey, grille de maturité ▪ Organise les données selon le modèle multidimensionnel <p><u>Analyse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse les interactions des membres de la famille entre eux et avec le milieu social ▪ Émet des hypothèses cliniques ▪ Évalue les déterminants de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> ○ Degré de gravité ○ Capacité ○ Reconnaissance ○ Motivation ▪ Partage l'analyse et établit avec le jeune, ses parents et les autres intervenants impliqués le but et le motif d'intervention ▪ Détermine avec eux si l'élaboration d'un PSI est pertinente ▪ Rédige le rapport

ANNEXE 3

***APPLICATION DU PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE
À LA LPJ, LSJPA ET SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE EN LSSSS
DÉPENDANCE ET RÉADAPTATION***

Appropriation, mise à jour des données et analyse complémentaire

Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA et services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS
dépendance et réadaptation

Appropriation, mise à jour des données et analyse complémentaire

LPJ	LSJPA	Services spécialisés de 2 ^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation
<p><u>L'intervenant au suivi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'approprier les informations cliniques au dossier de l'usager : signalement, services antérieurs, rapport d'évaluation, rapport d'orientation ▪ Vérifier l'évolution de la situation et l'état actuel des déterminants de l'intervention (gravité, capacité, reconnaissance, motivation) ▪ Recueillir les informations auprès des collaborateurs ▪ Utiliser les instruments d'évaluation préconisés par les programmes d'intervention ▪ Élaborer une hypothèse sur le rôle du symptôme et la dynamique de la dysfonction familiale ▪ Susciter et valider avec le jeune, ses parents et les collaborateurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une compréhension commune de la situation ○ Une compréhension commune du BUT et du motif d'intervention déterminés à la table d'orientation ▪ Élaborer le PI, en lien avec l'analyse ▪ Initier la démarche d'élaboration d'un PSI dans certains cas 	<p><u>L'intervenant au suivi des mesures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'approprier les informations cliniques au dossier de l'usager : services antérieurs, rapport prédécisionnel ▪ Si absence de RPD, effectuer l'évaluation différentielle (un RPD sans mesure recommandée) (rapport dans PIJ) ▪ Vérifier l'évolution de la situation et de l'état actuel des déterminants de l'intervention (gravité, capacité, reconnaissance, motivation) ▪ Recueillir les informations auprès des collaborateurs ▪ Compléter l'hypothèse émise dans le RPD ▪ Susciter et valider avec le jeune, ses parents et les collaborateurs <ul style="list-style-type: none"> ○ Une compréhension commune de la situation ○ Une compréhension commune du sens de la mesure ordonnée ○ Une compréhension commune du motif d'intervention indiqué dans RPD ou le rapport de profil délinquantiel ▪ Initier la démarche d'élaboration d'un PSI dans certains cas 	<p><u>L'intervenant ou l'éducateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'approprier les informations cliniques au dossier de l'usager ▪ Vérifier l'évolution de la situation et l'état actuel des déterminants de l'intervention (gravité, capacité, reconnaissance, motivation) ▪ Recueillir les informations auprès des collaborateurs ▪ Utiliser les instruments d'évaluation préconisés par son programme d'intervention tel que GSM (grille de la satisfaction et de la motivation (dépendance)) ▪ Compléter une hypothèse sur le rôle du symptôme ▪ Susciter et valider avec le jeune, ses parents et les collaborateurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une compréhension commune de la situation du BUT et de motif d'intervention ▪ Initier la démarche d'élaboration d'un PSI dans certains cas

Le transfert personnalisé est un bon moyen pour s'approprier la situation du jeune et de ses parents.

N.B. Les intervenants au traitement se doivent d'appliquer les activités cliniques prévues dans les programmations et contenus dans le PI ou le PSI.

ANNEXE 4

**APPLICATION DU PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE
À LA LPJ, LSJPA ET SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE EN LSSSS
DÉPENDANCE ET RÉADAPTATION**

Révision du plan d'intervention

Révision du PI Application du processus d'intervention clinique à la LPJ, LSJPA,
services spécialisés de 2^e ligne en LSSSS dépendance et réadaptation

Révision du plan d'intervention

LPJ / LSSSS

N.B. : souvent en coïncidence avec la révision PJ

Au préalable, le cas échéant, effectuer :

- Un bilan avec la famille d'accueil ou la ressource intermédiaire
- Des rencontres individuelles avec le jeune et les parents pour préparer la révision du PI (et PJ)

Ensuite, lors d'une rencontre (inviter les intervenants impliqués) :

- Faire un bilan commun des réalisations avec le jeune et sa famille
- Valider l'analyse antérieure de la situation

Révision du PI :

Option A) Maintien du But

- Réviser les objectifs
- Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille
- Préciser les activités cliniques offertes par les intervenants
- Après la rencontre, rédiger le *Plan d'intervention révisé* dans PIJ; le faire parvenir au jeune, à la famille et aux intervenants
- Le cas échéant :
Réviser la contribution de la famille d'accueil et inscrire dans le PI les objectifs en lien avec leur contribution
Rédiger le rapport de révision si la révision PJ a lieu en même temps
Rédiger le rapport *d'évolution* si une nouvelle comparution au tribunal est requise

Option B) Modification du But

- Procéder obligatoirement d'abord à une révision PJ (si LPJ)
- Procéder à la réalisation des objectifs et des moyens
- Inscrive dans PIJ le PI révisé

LSJPA

* Le PI n'est pas révisé dans le cas de mesures de moins de 6 mois, sauf dans les cas de mise sous garde et de surveillance

Au préalable, le cas échéant, effectuer :

- Un bilan avec l'éducateur CR
- Des rencontres individuelles avec le jeune et les parents pour préparer la révision du PI

Ensuite, lors d'une rencontre (inviter les intervenants impliqués) :

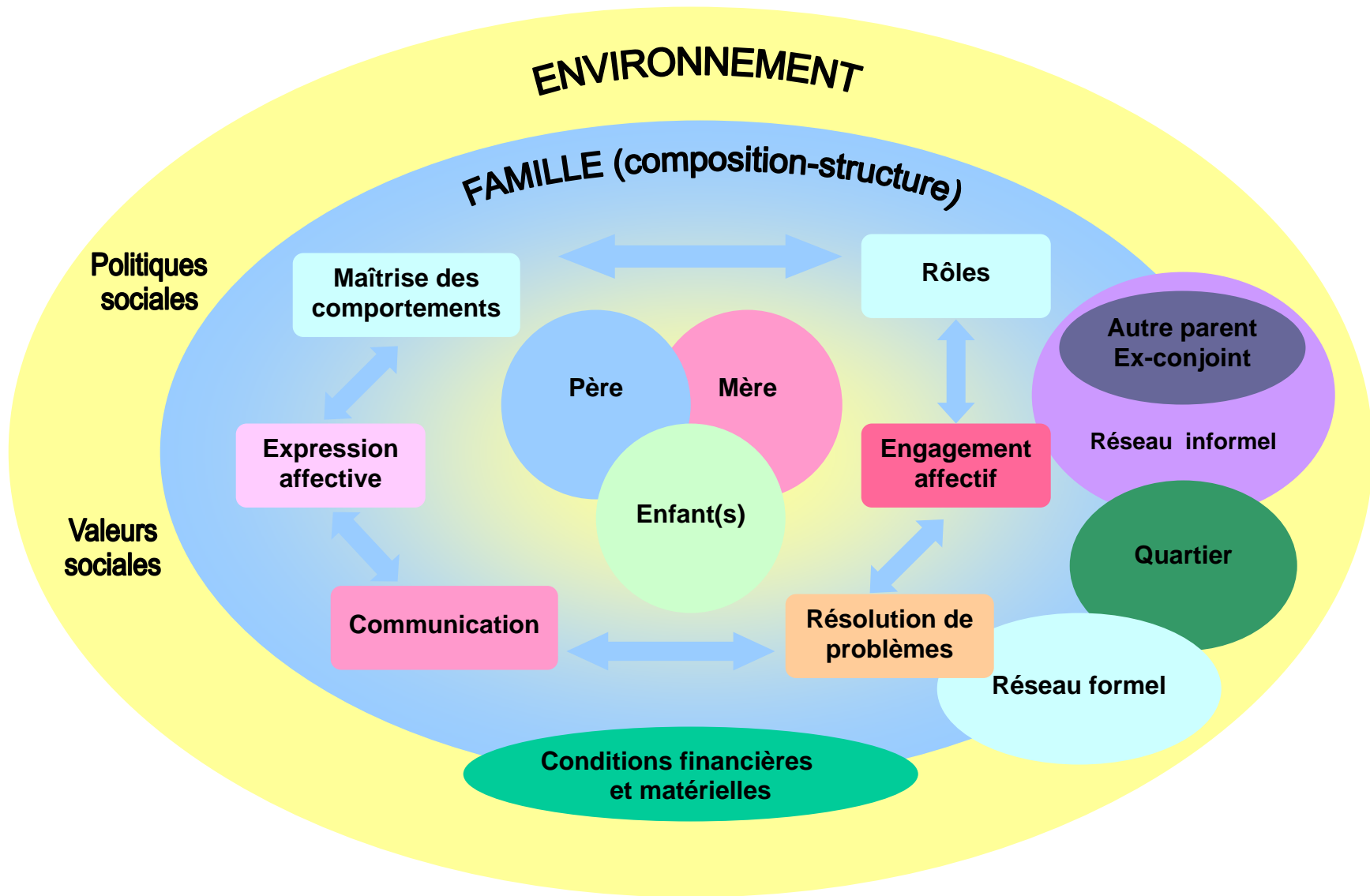
- Faire un bilan commun de réalisation avec le jeune et sa famille
- Valider l'analyse antérieure de la situation
- Réviser les objectifs
- Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille
- Préciser les activités cliniques offertes par les intervenants
- Rédiger le *Plan d'intervention Révisé* dans PIJ; le faire parvenir au jeune et à la famille et aux intervenants

Dans le cas d'une mesure plus légère qui s'ajoute, on révisé le PI, on modifie le but ou ajuste les objectifs à atteindre

ANNEXE 5

MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE DE FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Modèle écosystémique de fonctionnement familial



Source : M. Brousseau, M. Simard et M.-C. Paquette (2004a, 2004b). *Le fonctionnement familial : Qu'en disent les parents? Une étude auprès de parents négligents et non négligents.*

ANNEXE 6

GRILLE D'ANALYSE DE L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE INITIALE

Grille d'analyse de l'évaluation psychosociale initiale

Faits signalés

- La nature
- La gravité
- La chronicité
- La fréquence

Caractéristiques personnelles de l'enfant

- Son âge
- Son degré d'autonomie
- Ses capacités affectives, physiques, intellectuelles
- Sa capacité à se protéger, à réagir

Capacités des parents

- La reconnaissance des faits
- La capacité à mettre fin à la situation de compromission
- La volonté
- La motivation

Capacités du milieu (facteurs de compensation)

- Les ressources familiales et communautaires
- Les ressources professionnelles disponibles dans la communauté
- Les ressources spécialisées

