



Centre jeunesse
de la Montérégie

*L'expertise au service
de la jeunesse.*

> PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE

AU CJM

Avec le jeune et sa famille

*Le Centre jeunesse
de la Montérégie
a le mandat spécifique
d'intervenir quand
la sécurité du jeune
ou celle de la société*





Centre jeunesse
de la Montérégie

PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE AU CJM

Service du développement des programmes
Direction des services professionnels

**Adopté par le Comité de direction
le 19 octobre 2010**

Des exemplaires de ce document peuvent être obtenus en contactant :

Centre jeunesse de la Montérégie
Centre de documentation
600, rue Préfontaine
Longueuil (Québec) J4K 3V6

Citation suggérée :

Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). **Processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2010

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et archives nationales du Canada, 2010

ISBN : 978-2921695-21-3

La reproduction totale ou partielle du document est autorisée à la condition de mentionner la source.
Le masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien le féminin.

N/Réf. : 082-070

SERVICE DU DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES

Rédaction :

☀ *Linda Grégoire, DSP, APPR, développement des programmes*

Collaboration à la rédaction :

☀ *Denis Adam, adjoint à la DSJF*

☀ *Chloé Gaumont, APPR, conseillère à l'évaluation des programmes*

Sous la coordination:

☀ *Danielle Pelletier-Basque, coordonnatrice du développement des programmes*

Ce document a fait l'objet de consultations auprès de :

☀ *Focus group (intervenants et chefs)*

☀ *Conseillers en développement professionnel*

☀ *Conseil multidisciplinaire*

☀ *Équipe de développement des programmes*

☀ *Intervenants et chefs des différentes coordinations clientèle sur des points précis (DSJF, DPJ)*

Nous remercions :

☀ *Membres du comité interdirections*

qui ont généreusement accepté de lire et de commenter ce document, en tout ou en partie.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
INTRODUCTION	3
SECTION I – L’INTERVENTION CLINIQUE AU CJM	5
1.1 SES FONDEMENTS.....	5
1.2 SES CARACTÉRISTIQUES	10
1.2.1 UNE INTERVENTION EN CONTEXTE D’AUTORITÉ	10
1.2.2 UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE	11
1.2.3 UNE INTERVENTION PSYCHOÉDUCATIVE.....	13
SECTION II – LE PROCESSUS D’INTERVENTION CLINIQUE	17
2.1 L’ACCUEIL.....	19
2.2 LA COLLECTE DE DONNÉES	20
2.3 L’ANALYSE	23
2.4 LA PLANIFICATION DE L’INTERVENTION	28
2.4.1 EN GÉNÉRAL	28
2.4.2 SELON LES PARTICIPANTS.....	34
2.5 LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D’INTERVENTION	38
2.6 LA RÉVISION DU PLAN D’INTERVENTION	39
2.7 LA FIN DE L’INTERVENTION	40
SECTION III – LA RÉDACTION DES RAPPORTS DANS LE SYSTÈME PIJ	41
3.1 NORMES DE RÉDACTION	41
3.2 LA DÉMARCHE À SUIVRE	43
SECTION IV – LA PARTICIPATION À L’ÉLABORATION D’UN PSI	44
4.1 INFORMATION GÉNÉRALE SUR LE PSI.....	44
4.2 AIDE-MÉMOIRE	46
CONCLUSION	49

ANNEXE 1 : Dispositions réglementaires	51
ANNEXE 2 : Processus clinique de référence sur les projets de vie	53
ANNEXE 3 : Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence.....	55
ANNEXE 4 : Étapes de la médiation en protection de la jeunesse	57
ANNEXE 5 : Grille d'analyse multidimensionnelle.....	59
ANNEXE 6 : L'intervention minimale terminale	63
ANNEXE 7 : Application du processus d'intervention clinique	65
ANNEXE 8 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA	67
ANNEXE 9 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA	69
ANNEXE 10 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA	71
ANNEXE 11 : L'accès aux modèles	73
ANNEXE 12 : Guide de rédaction PSI initial.....	75
RÉFÉRENCES.....	83

LEXIQUE

ACJQ :	Association des centres jeunesse du Québec
A/M :	Application des mesures
CDP:	Conseiller en développement professionnel
CJM:	Centre jeunesse de la Montérégie
CSRE:	Centre de services de réadaptation externes
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DSJF :	Direction des services aux jeunes et à leur famille
DSP	Direction des services professionnels
DSRI:	Direction des services de réadaptation en internat
EIJ :	Équipe intervention jeunesse
E/O :	Évaluation / Orientation
OJA:	Organismes de justice alternative
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
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
PI :	Plan d'intervention
PIJ :	Projet intégration jeunesse
PIC :	Processus d'intervention clinique
PIFA :	Plan d'intervention à l'intention de la famille d'accueil
PJ :	Protection jeunesse
PNF :	Programme national de formation
PPCP :	Procureur aux poursuites criminelles et pénales
PSI :	Plan de services individualisé
RIFA :	Rapport à l'intention de la famille d'accueil
RPD :	Rapport prédécisionnel
RTF :	Ressource de type familial
RTS :	Réception / traitement des signalements
SIRTF :	Service d'information des ressources de type familial
SPG :	Substitut du procureur général
SSP :	Système de support à la pratique

PRÉAMBULE

Le Comité de direction du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) adoptait en 2005a le *Processus d'intervention clinique* (PIC). Ce document met en évidence les principales étapes de l'intervention vécues avec le jeune et sa famille. Cette première version met en lumière la notion de processus où l'implication du système familial est sollicitée à toutes les étapes de l'intervention. Elle insiste sur la complémentarité et la continuité des services offerts au jeune et à sa famille dans la recherche de solutions à leurs difficultés. Elle situe le plan d'intervention comme un outil de planification et de coordination qui permet aux intervenants de déterminer avec le système familial les moyens à prendre et les activités à réaliser pour atteindre le but et l'objectif général de l'intervention. L'apport du PIC, en termes de soutien clinique et professionnel aux divers intervenants du CJM, a été concret et précieux.

Les amendements apportés à la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) en juin 2006, leur entrée en vigueur en juillet 2007, l'adoption d'un *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* (CJM, 2007a), la *Politique relative à la continuité des services* (CJM) adoptée en 2007d, le *Cadre de référence en matière de projet de vie* (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ]) en 2008a, les travaux qui progressent sur les PI-PSI et l'implication du CJM dans l'application de l'approche médiation en protection de la jeunesse, nous incitent à revoir notre *Processus d'intervention clinique* (PIC).

C'est dans ce contexte que le Comité de direction a confié à la Direction des services professionnels le mandat de réviser le *Processus d'intervention clinique*.

INTRODUCTION

La pratique clinique au CJM se veut l'application d'une intervention spécialisée. Les interventions sont ciblées en fonction des problématiques rencontrées et font partie d'une démarche clinique cohérente. La mission spécifique du CJM est de protéger et de traiter. Sa mission complémentaire est de prévenir et de contribuer à la compréhension des difficultés psychosociales des jeunes et de leur famille.

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, le CJM a adopté diverses mesures favorisant la rigueur des activités cliniques proposées et réalisées avec le jeune et sa famille. La démarche d'implantation du PI-PSI (CJM) a débuté en 1996, le *Plan de relance PI-PSI – phase II* (CJM) en 1999a et la formation continue des nouveaux employés à l'élaboration des PI est en cours depuis 2001. En 2005, la modification de l'appellation « Cadre de référence PI-PSI » pour celle de « Processus d'intervention clinique » voulait souligner que notre intervention clinique se situe dans une démarche qui implique le jeune et sa famille, et dans laquelle les PI-PSI sont des outils de planification et de coordination des activités réalisées.

De plus, le CJM adoptait en octobre 2007d, une *Politique relative à la continuité des services*. Trois volets précisent la définition de la continuité : la continuité d'approche, la continuité informationnelle et la continuité relationnelle.

La seconde version du *Processus d'intervention clinique* s'inscrit dans cette continuité clinique. Elle réitère l'importance de l'implication du jeune et de sa famille, et soutient l'utilisation du PI et du PSI comme outils de planification et de coordination de l'intervention clinique réalisée avec eux. Elle supporte la continuité de services dans les 3 volets suivants : continuité d'approche, continuité informationnelle et continuité relationnelle.

La première section rappelle les fondements des différents programmes et les types d'interventions cliniques retenus au CJM. Nous abordons entre autres le projet de vie, le *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* (CJM, 2007a), les valeurs et les principes du CJM, l'intervention en contexte d'autorité, l'approche systémique et l'intervention psychoéducative.

La deuxième section décrit le processus d'intervention clinique, incluant la séquence des activités cliniques à réaliser.

La troisième section présente la rédaction des rapports dans le système PIJ (Projet intégration jeunesse) en précisant les balises de rédaction, la démarche à suivre et l'accès aux modèles informatisés.

La dernière section explique les étapes de l'élaboration d'un PSI en Montérégie avec nos différents partenaires.

Les annexes présentent les dispositions réglementaires et législatives qui nous concernent, le processus de référence sur les projets de vie, la *Grille de soutien à la prise de décision de retrait en situation d'urgence* (CJM, 2007c), les étapes de la médiation, la *Grille d'analyse multidimensionnelle* (CJM, 2002b) les modalités de l'intervention terminale, les applications du processus sous forme de tableaux, l'accès aux modèles de rapport et le guide de rédaction du PSI initial.

La révision du *Processus d'intervention clinique* permet d'adapter notre pratique aux changements législatifs, aux normes ministérielles et choix organisationnels et se veut avant tout, un moyen d'augmenter la qualité des services que nous offrons aux jeunes et à leur famille.

SECTION I – L'INTERVENTION CLINIQUE AU CJM

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.

De plus, la *Loi sur la protection de la jeunesse* (L.R.Q., ch. P-34.1) et la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (L.C. 2002 ch. 1.) régissent, quant à elles, les interventions de l'établissement en regard des services cliniques dispensés aux usagers (réception/traitement des signalements [RTS], évaluation/orientation [E/O], application des mesures [A/M], révision, hébergement en famille d'accueil, en ressource intermédiaire et en unité de réadaptation en internat; évaluation, placement sous garde et suivi en délinquance).

Les modifications apportées à la LPJ en 2007 confirment le caractère essentiel pour tout jeune de vivre dans un milieu qui lui apporte la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie nécessaires pour s'enraciner, se développer et s'épanouir. C'est pourquoi nous apportons des précisions sur le projet de vie et le retrait du milieu familial.

UN PROJET DE VIE (ACJQ, 2008a)

L'importance du projet de vie pour un enfant est directement liée à ses besoins fondamentaux sur les plans physique, intellectuel, social et affectif. En effet, la formation d'une identité positive exige que l'enfant ait accès à une figure d'attachement et d'identification la plus stable possible. Le développement de l'identité commence dès la première année de vie et il est étroitement lié à la qualité des soins reçus de ses parents selon le cadre de référence de l'ACJQ (2008a). L'expression « projet de vie » est de nature clinique, elle ne se retrouve pas dans la LPJ. Toutefois, l'article 4 de la Loi introduit les paramètres légaux de cette notion.

Toute décision prise en vertu de la présente Loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial.

" Lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, le retour dans son milieu familial n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge de façon permanente. "

ACJQ, 2008a, p. 17.

Donc, tous les jeunes que le DPJ prend en charge doivent pouvoir compter sur un projet de vie qui leur assure continuité, stabilité et permanence. Cette permanence vise à la fois le plan physique (milieu de vie et lien d'appartenance) et le plan dynamique (personne avec qui l'enfant vit et avec qui il peut développer un lien d'attachement durable).

Un projet de vie peut prendre différentes formes. Chaque projet de vie a ses caractéristiques, ses avantages et ses inconvénients. Il est possible qu'en réponse aux besoins du jeune, plusieurs types de projets s'offrent à lui. Il faut opter pour le projet le plus approprié à ses besoins et le critère ultime pour faire ce choix demeure l'intérêt du jeune. Ce projet devient le but de l'intervention pour celui-ci.

Le projet de vie privilégié pour un jeune est de vivre avec ses parents. Tout doit être mis en œuvre pour que les services requis à cette fin soient rendus au moment opportun et en intensité suffisante pour permettre le maintien ou un retour rapide du jeune chez ses parents. Si aucune de ces solutions n'est possible, un projet de vie alternatif doit être mis en place dans les délais prescrits. Concrètement, il faut planifier un projet de vie alternatif en même temps que l'on travaille sur le projet de vie privilégié, afin d'éviter que le jeune ne se retrouve dans un vide. Nous parlons alors de planification concurrente.

Des durées maximales d'hébergement ont été introduites dans la LPJ pour établir un projet de vie le plus rapidement possible dans la vie du jeune, pour lui permettre de créer des liens significatifs, pour lui assurer la stabilité et pour éviter les déplacements à répétition. Ces durées maximales d'hébergement visent les jeunes hébergés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation. Ces durées sont les suivantes (LPJ art 53.0.1 et 91.1) :

- 12 mois, si le jeune a moins de 2 ans ;
- 18 mois, si le jeune est âgé de 2 à 5 ans ;
- 24 mois, si le jeune est âgé de 6 ans et plus.

Le risque qu'un jeune ne puisse pas avoir un projet de vie chez ses parents est présent dès qu'il y a retrait. Il y a tout lieu, dès lors, d'agir avec diligence afin de clarifier le projet de vie. À cet effet, le rythme des révisions est plus fréquent pour les jeunes placés. Ce rythme vient encadrer l'obligation d'intervenir de façon intensive et d'élaborer dans les délais prescrits un projet de vie actualisable à court terme pour chaque jeune.

Compte tenu de ce qui précède, l'intervenant se doit d'être transparent avec les parents et nommer les enjeux. La maîtrise des techniques d'intervention reconnues (savoir-faire) et la manière de les actualiser en maintenant la qualité de la relation (savoir-être) importent grandement.

L'élaboration d'un projet de vie est un processus clinique constitué de la clarification, de la détermination et de l'actualisation du projet de vie. L'Annexe 2 illustre le processus clinique de référence sur les projets de vie.

CADRE DE RÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE RETRAIT DU MILIEU FAMILIAL (CJM, 2007a)

En 2005, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) énonçait les normes de pratique en matière de retrait du milieu familial préconisées pour les établissements et les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux (Boudreau et Laforest, 2005). En janvier 2007, le Comité de direction du CJM adoptait son propre document : « *Le cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* » (CJM, 2007a).

Dans le cadre de l'intervention auprès des familles, nous faisons souvent le constat de la complexité des problématiques présentées. Lorsque les difficultés vécues par les jeunes et les familles ont un impact sur le développement du jeune et qu'elles sont à ce point graves que le support professionnel que nous apportons ne peut garantir la sécurité de celui-ci, nous devons envisager un retrait du milieu familial.

Le retrait d'urgence est autorisé uniquement lorsque le jeune, de façon immédiate ou imminente, est en danger ou représente un danger pour son entourage, et qu'aucune mesure de protection ne peut assurer la sécurité du jeune ou de son entourage.

Le retrait d'un jeune de son milieu familial est une mesure dont les conséquences sont considérables pour le jeune et pour ses parents. Il peut entraîner des bouleversements chez les jeunes et les parents, ce qui contribue à accentuer leur niveau de stress. Ce moyen, parfois inévitable pour répondre aux besoins du jeune, doit s'appuyer sur une analyse rigoureuse de la situation. Le retrait doit être planifié, réalisé à un moment judicieux, et s'insérer dans un ensemble d'interventions visant à répondre aux besoins du jeune et de sa famille. Une *Grille de soutien à la prise de décision de retrait en situation d'urgence* (CJM, 2007c) se trouve à l'Annexe 3.

Le retrait du milieu familial, qu'il soit en urgence ou planifié, doit être précédé d'une collecte de données et la décision doit être entérinée par le chef de service. Dans le cas d'une mesure d'hébergement en vertu de l'article 79 de la LPJ lors de l'application des mesures, c'est le réviseur qui donne le mandat au contentieux du CJM. Le jeune, ses parents et la ressource d'hébergement doivent être préparés. La séparation peut provoquer un sentiment de perte et un processus de « deuil de relation » peut s'amorcer. L'intervenant psychosocial, soucieux de ces impacts possibles, accompagne et présente le jeune et sa famille au nouveau milieu de vie et procure un suivi à ceux-ci. Il utilisera le déséquilibre provoqué par le placement pour favoriser les changements souhaités.

LA MISSION DU CJM (CJM, 2005b)

« Le CJM a pour mission spécifique de :

Protéger

Nous devons intervenir quand la sécurité du jeune ou celle de la société est mise en cause et quand les conditions minimales au développement de l'enfant ne sont pas rencontrées.

Traiter

Nous devons traiter des problèmes d'adaptation psychosociale sévères, complexes et persistants, qui nécessitent une intervention clinique spécialisée et soutenue. »

CJM, 2005b, p. 3.

« Le CJM a pour mission complémentaire de :

Contribuer à la promotion et à la prévention

Nous devons prévenir la répétition et l'aggravation des problèmes d'adaptation sociale en intervenant tôt et avec pertinence. Des interventions ciblées, un partage d'expertises et de compétences avec nos partenaires en plus d'une collaboration à leurs actions supportent la prévention des problèmes auprès de certains groupes à risque.

Contribuer à la compréhension des problèmes psychosociaux

Nous devons échanger avec nos partenaires nos connaissances respectives sur les problématiques et les moyens d'intervention. La collaboration avec les milieux de recherche et d'enseignement permet de développer nos connaissances et nos expertises.

CJM, 2005b, p. 3.

VALEURS ET PRINCIPES QUI GUIDENT NOS INTERVENTIONS

A) VALEURS FACE À NOTRE CLIENTÈLE, AU PERSONNEL DU CJM ET À NOS PARTENAIRES

Cinq valeurs fondamentales guident l'essentiel de nos actions : il s'agit du **respect**, de l'**engagement**, de la **confiance**, de l'**intégrité** et du **professionnalisme**.

- **Le respect** : Tous nos gestes et nos décisions sont inspirés et imprégnés au quotidien du respect. Cela se traduit par une attitude de courtoisie, de bienveillance et de justice. Nous sommes conscients du pouvoir que confèrent nos mandats et les exerçons de manière appropriée. Nous nous assurons de l'intégrité physique et psychologique du jeune auprès de qui nous intervenons.
- **L'engagement** : Il s'agit d'un engagement quotidien dans chacun des gestes du personnel. Nous soutenons le jeune et sa famille avec persévérance même dans les situations où les résultats ne sont pas apparents. Nous cherchons à comprendre les raisons qui expliqueraient l'absence d'implication d'un jeune ou de sa famille dans la démarche afin de leur proposer de nouvelles modalités de collaboration.

- **La confiance:** Nous avons la conviction que chaque être humain possède les forces nécessaires pour développer son potentiel. Nous reconnaissons les forces, les talents et l'expertise du jeune et de sa famille. Nous les encourageons à développer au maximum leurs capacités et nous suscitons leur participation active aux décisions les concernant. Nous agissons pour inspirer et maintenir la confiance dans la relation d'aide.
- **L'intégrité :** Nous partageons avec le jeune et sa famille toute l'information pertinente à leur situation. Les échanges se font avec honnêteté, transparence et franchise. Nous présentons notre rôle et notre mandat d'intervention dans un langage accessible. Nous communiquons avec le jeune et sa famille à toutes les étapes de l'intervention et transmettons les informations relatives aux services qui les concernent.
- **Le professionnalisme :** Nous effectuons les interventions requises avec rigueur et intervenons dans le respect des lois, des politiques et des règlements de l'établissement. Notre personnel se distingue par ses compétences et l'utilisation des meilleures pratiques.

De ces valeurs fondamentales découlent des principes d'action qui doivent guider notre pratique.

B) PRINCIPES

- Nous dispensons des services sociaux spécialisés, continus et personnalisés aux plans scientifique, humain et social.
- Nous nous assurons que les besoins fondamentaux des jeunes soient répondus.
- Nous travaillons à assurer la sécurité et le développement des enfants et des adolescents, la croissance du sens des responsabilités chez les jeunes délinquants et nous tentons d'assurer à l'enfant un milieu de vie permanent où il aura l'opportunité de construire des liens significatifs d'attachement.
- Nous sollicitons, encourageons et valorisons l'implication active des parents et des jeunes dans les services qui les concernent.
- Nous offrons aux jeunes référés dans nos ressources, un milieu de vie pouvant leur permettre de mieux réguler leurs émotions, développer leurs compétences et trouver l'équilibre émotif et affectif ou pour échapper aux situations d'abus ou d'abandon.
- Nous nous préoccupons de la cohérence de nos interventions et des services.
- Nous supportons l'action du personnel auprès des jeunes, dans un climat empreint de confiance mutuelle, de valorisation de l'interdisciplinarité et du partenariat.

1.2 SES CARACTÉRISTIQUES

1.2.1 UNE INTERVENTION EN CONTEXTE D'AUTORITÉ

Il est important de rappeler que la majorité des interventions effectuées au CJM le sont dans un contexte d'autorité, en vertu de mesures volontaires ou d'ordonnances prononcées par la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en matière de protection, de délinquance et d'ordonnances en adoption.

Ce contexte légal particulier fait en sorte que, dans l'exercice de ses responsabilités, l'intervenant doit être guidé en premier lieu par l'intérêt et le respect des droits du jeune, et non par le consentement de celui-ci ou de sa famille aux services que nous dispensons. Le fait de traiter le jeune et ses parents avec considération, équité et compréhension, dans le respect de leur dignité et de leur autonomie permet à la famille de ne pas se sentir accusée et facilite l'intégration à un système de collaboration. D'ailleurs, la plupart des modifications apportées à la LPJ en 2006 ont pour but de promouvoir la participation active du jeune et de ses parents aux décisions et aux choix des mesures et de favoriser la recherche de mesures consensuelles. À défaut d'obtenir le consentement du jeune et de sa famille, l'intervenant aura recours à la Chambre de la jeunesse afin d'obtenir des mesures ordonnées pour assurer la sécurité des jeunes en protection, ou celle de la société en matière de délinquance.

Dans un tel contexte, pour accompagner efficacement le jeune et sa famille, l'intervenant doit être sensible à deux phénomènes souvent vécus dans les situations de relation d'aide : la **résistance** et la **résonance**.

La **résistance** est une manifestation normale dans les situations qui impliquent des changements de comportements ou d'attitudes. La résistance a généralement pour but inconscient de permettre à la famille de conserver un équilibre déjà fragilisé. Le contexte d'autorité amplifie par le fait même cette résistance chez le jeune et sa famille. L'intervenant doit décoder cette résistance en la traduisant en besoins non répondus, en accompagnant le jeune et sa famille dans une vision différente de leur situation, en misant sur leurs compétences et leurs ressources plutôt que sur leurs difficultés pour trouver leurs propres solutions. Cependant, il peut arriver que l'intervenant ait à être prescriptif en l'absence de réponses à ses demandes de collaboration.

La relation d'aide confronte aussi l'intervenant avec le phénomène de la **résonance**. La résonance est le phénomène qui survient lorsque l'intervenant se rend compte de l'impact de son vécu, de son histoire personnelle et relationnelle dans sa relation avec le système thérapeutique. Le système thérapeutique est le système que forment l'intervenant et la famille en situation de relation d'aide. Plus simplement, les observations et les interventions de l'intervenant sont teintées par les croyances issues de ses expériences relationnelles et peuvent avoir un impact sur le contenu émotionnel de la relation d'aide. Les échanges entre collègues, les consultations auprès du conseiller en développement professionnel (CDP) et la supervision offerte par le supérieur immédiat favorisent et assurent le recul nécessaire pour reconnaître les situations où la distance thérapeutique est à risque d'être plus précaire.

Les phénomènes transférentiels (transfert et contre-transfert) se vivent à des degrés variables dans toutes les relations. Ils doivent être connus et gérés par l'intervenant et doivent faire l'objet, comme la résonance, d'un support clinique continu auprès de l'intervenant.

Ces deux notions sont empruntées à la cure psychanalytique. Le transfert est le processus selon lequel un individu reproduit ce qu'il a vécu antérieurement (conflits ou autres) dans sa relation avec l'intervenant. Il s'agit d'une « répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marquée » (Laplanche et Pontalis, 1967). Concrètement, cela se traduit par des réactions du jeune ou de ses parents à la personne de l'intervenant, comme s'il était la personne avec qui il a eu des conflits dans son passé relationnel. Ce processus est inconscient.

Le contre-transfert est l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve l'intervenant en réaction aux sentiments inconscients (transfert) ressentis par le jeune ou ses parents. La conscience de ces phénomènes permet à l'intervenant de ne pas prendre personnellement les attaques ou les compliments de séduction et permettre au jeune et à sa famille de vivre l'expérience de nouveaux schémas relationnels.

Dans ce contexte et quel que soit le niveau de volontariat dans lequel s'effectue l'intervention, **l'implication du jeune et sa famille est recherchée** dans tous les cas. Les changements souhaités et nécessaires pour que le jeune et la société soient protégés ont plus de chances d'être actualisés et durables lorsque la famille est sollicitée dans ses forces et ses capacités, en tenant compte de son rythme et en sollicitant 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.

1.2.2 UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE¹

Au CJM, nous avons adopté un modèle d'analyse inspiré de la théorie des systèmes. L'approche systémique est reconnue au plan clinique comme une manière différente de regarder les demandes d'aide. Dans une perspective systémique, travailler avec la famille, c'est s'intéresser au fonctionnement de l'organisation de la famille, c'est-à-dire de tenir compte du mode de fonctionnement, des rôles, des règles, des frontières, du type de communication ainsi que sur les interrelations entre les différents sous-systèmes (fratrie, parents), et entre les systèmes (famille, école, etc.) plutôt que de focaliser sur le porteur du symptôme. Cette analyse permet de donner un sens aux difficultés soulevées et sur ce qui fait qu'elles perdurent.

Une des spécificités de l'approche systémique est de resituer un problème dans son contexte et d'essayer de voir quelles sont les interrelations qui ont engendré ce problème. Ainsi, dans une perspective systémique, le symptôme présenté par un jeune a une fonction et joue un rôle dans le maintien de l'équilibre du système familial. En travaillant dans une approche systémique, l'intervention première vise à faire circuler l'information, c'est-à-dire de regarder et de comprendre les phénomènes interactionnels dans l'ensemble du système, plutôt que de se centrer sur le pourquoi de tel ou tel comportement chez un sujet donné.

¹ Le *Tronc commun aux programmes d'intervention clinique* (CJM, 2010) consacre un chapitre à l'approche systémique et l'intervention qui en découle. Nous référons le lecteur à ce document qui paraîtra sous peu.

L'intervention systémique 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 et du déséquilibre vécu, de sorte qu'elle peut s'investir dans l'élaboration d'un équilibre qui lui convient, tout en assurant la sécurité et le développement de ses membres, surtout les plus vulnérables. 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 familial, mais plutôt de prendre en charge le processus de résolution de problèmes du système.** Il s'agit d'un travail de « *circularisation* » de l'information qui se conclut par la prise en charge de la situation par la famille, avec l'espoir qu'à l'avenir, elle n'aura plus besoin d'un intervenant.

Les cliniciens systémiques proposent différentes interventions pour activer le processus. Nous en énumérons quelques-uns :

- Faites circuler l'information qui est pertinente : celle qui vient de la famille et y retourne.
- Refusez toute disqualification, blâme ou jugement.
- Posez des questions inhabituelles, elles permettent de modifier la perspective de la famille sur ses problèmes.
- Demandez à la famille de nous aider, cela modifie leurs habitudes avec les intervenants, un regard circulaire nous indiquera qui peut nous aider.

De cette approche conceptuelle s'est développée une multitude de modèles d'intervention qui visent à favoriser chez la famille une reprise de pouvoir sur sa vie, l'expérimentation de nouveaux modes de communication et la découverte d'alternatives aux difficultés rencontrées. Un de ces modèles est la médiation. La plupart des théories en médiation familiale sont basées sur l'approche systémique, ses valeurs et ses principes (Filion, 2006).

Afin de permettre au système familial de mieux gérer ses conflits et de mettre fin à la situation de compromission, le CJM entreprenait en 2006 de former ses intervenants à la médiation en contexte de protection. L'intervention en médiation dans le cadre de la protection de la jeunesse est un processus systématique ayant pour but de soutenir la famille dans la recherche de solutions. Cela permet de mobiliser la famille pour la protection de ses enfants et de voir avec elle comment elle peut mieux répondre aux besoins de ses membres. L'intervenant reste le gardien de la sécurité et du développement du jeune.

Comme nommé dans la théorie systémique, l'intervenant qui utilise la médiation en contexte de protection tient compte des compétences et des ressources de la famille, tant au niveau de l'analyse de la situation de compromission que de la recherche de solutions. Il utilise le conflit comme une source d'opportunité. L'intervenant est garant de la qualité de la communication et des règles de fonctionnement. Il guide et dirige le processus dont les étapes sont :

- L'accueil et la mise en contexte de l'intervention.
- La négociation sur intérêts, c'est-à-dire décoder, nommer et valider les besoins de chacun, repérer les besoins communs et prioriser les besoins de chacun. Ensuite, suit l'énumération des options, la discussion sur celles-ci et le choix d'une ou des options qui satisfont toutes les parties, incluant l'intervenant.
- Le résultat est une entente sur les options retenues à mettre en place.

Dès le début de l'intervention, tous les membres de la famille sont interpellés. L'accueil se fait dans un contexte neutre, sans blâmes, ni préjugés pour tous.

Les besoins de tous les membres de la famille sont nommés. Lors de litiges, les personnes en cause ont tendance à blâmer autrui, le rôle de l'intervenant est de reformuler les blâmes en besoins. Il valide ces derniers auprès de la famille et quand il le peut, il valorise les compétences de chaque membre de la famille.

Une fois les besoins nommés, validés et priorisés, la famille et l'intervenant dressent une liste d'options. Ensemble, ils vont prioriser ces options et fixer des objectifs précis, réalistes et limités dans le temps.

Finalement, une entente est convenue afin de répondre à leurs besoins et de mettre fin à la situation de compromission. Les compétences de chaque membre de la famille sont bien identifiées dans les rédactions avant de noter les difficultés.

Le processus de médiation en contexte de protection peut être répété lors des différentes étapes, selon les situations rencontrées. L'esprit de collaboration et de concertation s'observe tout au long du processus d'intervention clinique et les techniques d'intervention issues de la médiation sont utilisées. L'Annexe 4 schématise les étapes de la médiation en contexte de protection.

1.2.3 UNE INTERVENTION PSYCHOÉDUCATIVE²

L'intervention psychoéducatrice est une intervention spécialisée utilisant le milieu d'intervention d'un jeune aux prises avec des difficultés spécifiques d'adaptation en l'accompagnant et le soutenant dans une démarche vers un meilleur équilibre face à lui-même et face à son entourage. Selon cette approche, le rôle de l'intervenant consiste essentiellement à utiliser le milieu d'intervention de manière à ce que toutes ses composantes favorisent la mobilisation du jeune dans une démarche de réadaptation.

Le milieu d'intervention, qu'il soit naturel ou institutionnel, dépasse le lieu physique. C'est un système dynamique dans lequel toutes les composantes interagissent et s'alimentent mutuellement pour susciter des opportunités d'apprentissage. En ce sens, toute modification à l'une des composantes a des répercussions sur toutes les autres et sur l'ensemble lui-même. Voici les dix composantes qui définissent le cadre dans lequel s'inscrit l'intervention psychoéducatrice.

² Nous remercions Madame Chloé Gaumont du service d'évaluation des programmes pour sa participation à cette section.

COMPOSANTES :

Le sujet	Chaque jeune engagé dans une démarche de réadaptation constitue la raison d'être de l'intervention psychoéducatrice. C'est autour de ses besoins, en lien avec son niveau de développement, que s'organiseront les autres éléments. Dans le cadre d'une intervention psychoéducatrice, le sujet doit être considéré à la fois dans son individualité et dans son appartenance à un groupe.
Les animateurs	L'animateur est un élément-clé qui interagit avec les autres composantes du système selon sa connaissance des besoins du sujet (savoir), ses techniques aptes à proposer des expériences différenciées (savoir-être) et ses compétences dans la façon d'utiliser les expériences visant le développement du sujet (savoir-faire). Il devient ainsi son propre outil pour interpeller le potentiel des sujets.
Les buts et les objectifs	Les buts et les objectifs représentent des résultats concrets et mesurables à atteindre dans un délai fixé. Ils sont déterminés à partir des besoins identifiés et doivent représenter un défi réaliste et raisonnable. Ces objectifs peuvent à la fois être spécifiques à l'activité, ou entretenir des visées plus générales dans la problématique de chaque jeune. Il s'agit d'objectifs proposés et entérinés par le jeune et sa famille.
Le programme	Le programme représente le contenu systématisé de l'intervention et se définit comme l'ensemble des activités structurées permettant aux jeunes de vivre des expériences constructives contribuant à provoquer les changements souhaités. Intégré dans le quotidien du milieu de vie, il devient la chaîne des activités permettant le développement de la relation psychoéducatrice.
Les moyens de mise en interaction	L'être humain développe ses capacités cognitives, physiques et psychosociales par l'interaction avec l'environnement physique et l'environnement social. Les moyens de mise en relation sont les techniques d'interventions et les activités cliniques visant à mettre les personnes en relation entre elles ou avec les éléments de la réalité, ou encore avec elles-mêmes dans la poursuite des objectifs d'actualisation de soi.
Le contexte temporel	Le contexte temporel représente le moment où prend place la séquence d'intervention. Au-delà du temps objectif définissant la durée, le moment de la journée et l'horaire, le contexte temporel implique aussi la considération du temps subjectif propre à chacun. Dans la planification de l'intervention, l'animateur doit donc également reconnaître le rythme individuel des sujets.
Le contexte spatial	Le contexte spatial est le lieu où se déroule l'intervention. L'espace comprend les installations où prennent place les activités et doit tenir compte de considérations matérielles nécessaires à la réalisation de l'intervention. L'espace subjectif, c'est-à-dire la manière dont le jeune et l'éducateur perçoivent l'endroit, sa symbolique, ses représentations, doit aussi être considéré.
Le code et les procédures	Le code et les procédures représentent l'ensemble des règles de conduite déterminant, pour les sujets et l'animateur, la façon appropriée de se comporter. Ces règles forment un tout cohérent traduisant les valeurs que le milieu privilégie pour maintenir un environnement favorable à la réadaptation.
Le système de responsabilités	Le système de responsabilités représente l'ensemble des rôles et des tâches de chacune des personnes du milieu; les jeunes, les éducateurs et les autres acteurs doivent l'assumer pour le bon fonctionnement de l'unité ou de l'activité.
Le système d'évaluation et de reconnaissance	Le système d'évaluation et de reconnaissance repose sur les outils et mécanismes mis en place permettant le suivi, l'évaluation, l'autoévaluation et la communication de la progression du jeune, mais aussi la vérification de l'atteinte des objectifs ciblés initialement.

À ces dix composantes connues, les plus récents travaux de Gilles Gendreau (2001) ont permis d'enrichir la structure d'ensemble. Trois nouvelles composantes s'ajoutent pour alimenter la compréhension des interrelations de cette structure. Ce sont le « *groupe de pairs* », les « *parents* » et les « *autres professionnels* ».

L'influence du groupe de pairs sur le milieu de vie et sur l'intervention ne fait aucun doute. Le groupe de pairs a une influence continuelle sur chacun des membres du système constitué par l'unité de vie. Le groupe de pairs sera utilisé par l'équipe éducative pour supporter les échanges entre les jeunes, travailler la coopération et favoriser l'apprentissage d'habiletés sociales.

Les parents sont en soutien de la démarche du sujet voire même partenaires de l'accompagnement de celui-ci. Leur coopération contribue au travail des éducateurs. Leur soutien est essentiel à l'atteinte des objectifs.

Les autres professionnels sont fréquemment impliqués et apportent leurs contributions dans la démarche psychoéducative. Ils assument des rôles, des responsabilités particulières dans la démarche du sujet et permettent un travail interdisciplinaire.

L'intervention psychoéducative consiste, pour les intervenants, à nouer des relations avec les jeunes pour développer la confiance nécessaire en vue d'obtenir leur adhésion aux changements proposés. Cette relation psychoéducative s'actualise à travers les interactions quotidiennes, engendrées à la fois par les besoins fondamentaux des jeunes et par la programmation des activités planifiées. Le travail de l'éducateur est donc de saisir et d'exploiter, dans « l'ici et maintenant » le potentiel éducatif des situations susceptibles de devenir des opportunités d'apprentissage. C'est en donnant un sens à ce que vit le sujet dans l'interaction et en l'accompagnant dans la compréhension de ses expériences, que ces apprentissages pourront ensuite être généralisés à d'autres contextes.

À l'intérieur du processus de réadaptation, une série d'attitudes « schèmes relationnels » doivent être adoptées par les intervenants pour favoriser l'établissement d'une relation d'aide avec le jeune. Il s'agit des outils nécessaires à la base du savoir-être de l'éducateur. En voici l'énumération :

- la confiance ;
- la congruence ;
- la considération ;
- la disponibilité ;
- l'empathie ;
- la sécurité.

Un des postulats de l'intervention psychoéducative est que l'individu est un être en développement que l'on accompagne dans la découverte de ses forces. Le vécu partagé comprend l'ensemble des expériences que l'intervenant planifie, organise, vit et utilise avec le jeune dans le but de l'amener à reconnaître ses forces et à se mobiliser pour une meilleure adaptation personnelle et sociale. Huit opérations professionnelles sont autant de facettes de l'intervention dans ce contexte et réfèrent au savoir-faire de l'intervenant. Les voici :

L'observation	Consiste à centrer son attention sur les phénomènes sans vouloir les modifier. Les intervenants exercent différents types d'observations : l'observation participante, l'observation engagée et l'observation méthodique.
L'évaluation diagnostique	Consiste à apprécier les comportements observés, à leur donner un sens, ou à formuler des hypothèses sur ces comportements en fonction d'un cadre de référence donné.
La planification	Consiste à déterminer les objectifs à poursuivre et les moyens de les atteindre. La planification peut être effectuée concurremment ou préalablement à l'intervention.
L'organisation	Complémentaire à la planification, cette opération consiste à mettre en place, à concrétiser les activités et les composantes nécessaires aux individus engagés dans un processus d'évolution.
L'animation	L'intervenant met en relation l'organisation du milieu et les besoins du jeune en vue de lui faire vivre de nouvelles expériences à travers des défis stimulants, réalistes et pertinents à son développement.
L'utilisation	L'intervenant aide le jeune à prendre conscience des éléments de réalité impliqués dans la situation, puis à généraliser la conduite nouvellement acquise à d'autres situations.
L'évaluation postsituationnelle	Dégage les forces et les limites de l'intervention relevant du sujet, de l'intervenant, de l'environnement ou des interactions entre ces composantes. Permet d'évaluer l'efficacité ou la portée de l'intervention et d'effectuer des réajustements ponctuels.
La communication	Cette opération permet d'échanger avec les personnes concernées. Les éléments pertinents se rapportant à la séquence d'intervention dans un but <u>formatif</u> permettant les remises en question, et <u>fonctionnel</u> assurant la transmission de l'information.

Les programmes d'intervention clinique et principalement les répertoires d'activités cliniques servent de support à l'élaboration d'activités cliniques selon le modèle psychoéducatif où le milieu de vie et la relation deviennent le levier d'une démarche réadaptative.

SECTION II – LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE

*Le **processus d'intervention clinique** est la séquence d'activités cliniques à réaliser du début de l'intervention, à la fin de l'intervention **avec** le jeune et sa famille afin de corriger la situation problématique.*

CJM, 2005a, p. 21.

Cette séquence d'activités cliniques est : l'accueil, la collecte de données, l'analyse, la planification de l'intervention (appropriation, mise à jour des données, analyse complémentaire, élaboration d'un plan d'intervention), la mise en œuvre du plan d'intervention, sa révision périodique et la fin de l'intervention.

Les séquences du processus se succèdent logiquement et de façon circulaire plutôt que linéaire. Les phases se suivent, s'imbriquent les unes dans les autres et il est possible de revenir sur une étape antérieure parce que de nouveaux éléments apparaissent et qu'ils modifient la situation.

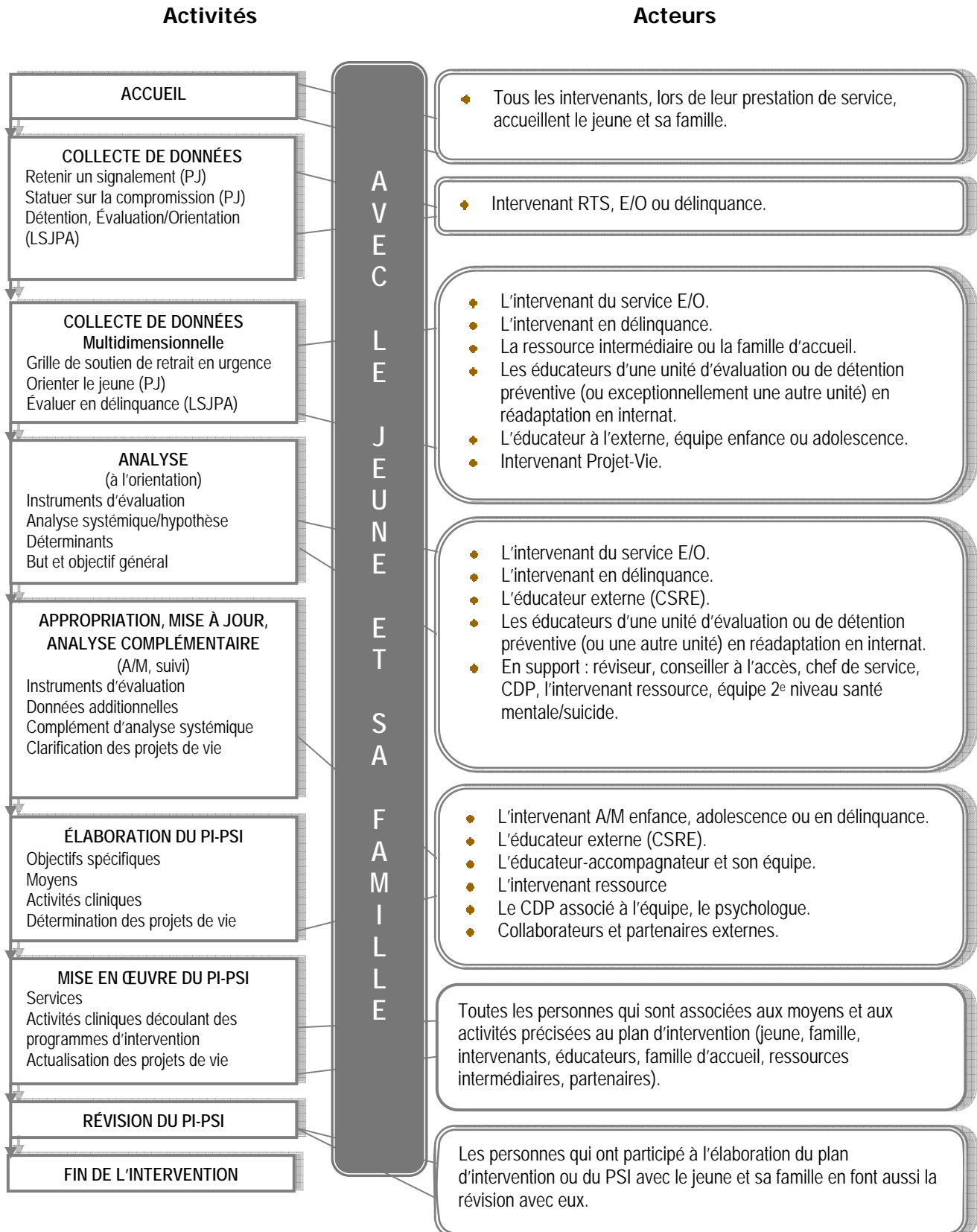
Le processus d'intervention clinique est **assumé conjointement par l'intervenant social, l'éducateur lorsque la réadaptation est impliquée, et le jeune et sa famille qui demeurent les premiers acteurs du processus**. La rigueur de l'intervention est garantie par la planification des interventions qui doit assurer la continuité, la cohérence et la convergence entre les intervenants sociaux et ceux de la réadaptation. Lorsque pour une période déterminée des services sont dispensés par des intervenants de plusieurs établissements ou organismes, un PSI est requis. L'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui désigné après concertation entre eux, doit élaborer le PSI. Le PSI génère autant de plans d'intervention qu'il y a d'établissements différents et s'actualise grâce à la mise en œuvre concertée de ces plans d'intervention.

Les activités du *Processus d'intervention clinique* sont réalisées par plusieurs personnes qui interviennent auprès du jeune et sa famille, en complémentarité et parfois en cointervention, notamment : les intervenants des services RTS, E/O, A/M et délinquance, les familles d'accueil et les familles de permanence, les ressources intermédiaires, les éducateurs en réadaptation en internat et à l'externe. D'autres acteurs jouent un rôle au cours du processus d'intervention : le chef de service, le CDP, l'intervenant affecté au suivi des ressources, le réviseur, le conseiller à l'accès, le psychologue et l'équipe santé mentale/suicide deuxième niveau. Les responsabilités de ces acteurs sont précisées dans la *Politique relative à la continuité des services* (CJM, 2007d).

Le tableau qui suit présente chacune des étapes du processus en identifiant les actions à réaliser. Nous présentons d'abord un schéma du processus d'intervention clinique en identifiant les acteurs à chacune des étapes qui sont décrites par la suite, et nous terminons en présentant un tableau synthèse de l'application du processus d'intervention clinique aux cadres légaux.

Tableau 1

Schéma du processus d'intervention clinique



2.1 L'ACCUEIL

Le premier contact du jeune et sa famille avec le CJM se fait dans le cadre d'un signalement en protection de la jeunesse, d'une référence en délinquance ou d'une demande de services en LSSSS (PSI jeunesse). Tout en tenant compte du contexte d'urgence ou de crise dans lequel s'effectue souvent ce premier contact, l'intervenant³ (psychosocial et/ou réadaptation) maintient une attitude d'accueil, c'est-à-dire d'empathie, d'écoute et de courtoisie. Il tient compte du stress provoqué par la séparation suite au retrait du milieu s'il y a lieu, et des conséquences possibles d'une telle séparation. C'est dès cette étape qu'il communique au jeune et sa famille que leur opinion, leur perception des solutions et leur lecture des enjeux sont essentielles et que leur participation à toutes les phases de l'intervention sera sollicitée très activement. Il est également essentiel à cette étape que l'intervenant manifeste au jeune et à sa famille sa croyance en leurs capacités et réitère que c'est par ces forces qu'ils peuvent eux-mêmes apporter des changements pour améliorer la situation, même si les difficultés actuelles apparaissent importantes.

L'intervenant explique son mandat, clarifie les rôles et les attentes des différents acteurs. Il leur traduit que le travail des intervenants vise à soutenir leurs efforts et leur développement mais ce, tout en demeurant responsable de la sécurité et du développement des enfants et de la protection de la société.

L'accueil se fait à chacune des étapes du processus d'intervention clinique, à chaque fois que le jeune et sa famille rencontrent un nouvel intervenant. Cela se produit à l'étape RTS, à l'évaluation-orientation (E/O), à la Table d'orientation, à l'application des mesures (A/M), à la révision en protection de la jeunesse et en réadaptation. En délinquance, l'agent de liaison à la Chambre de la jeunesse, l'intervenant qui évalue l'admissibilité aux sanctions extrajudiciaires, celui qui rédige le rapport prédécisionnel et celui qui assure le suivi des mesures ordonnées accueillent aussi le jeune et sa famille. Le principe de continuité d'approche, de relations et d'informations s'applique à toutes ces étapes, s'il y a un nouvel intervenant dans la vie de la famille, ce dernier, prend connaissance de toutes les informations disponibles afin que la famille n'ait pas à répéter son histoire.

L'accueil a un impact déterminant pour la suite de l'intervention. De celui-ci, découle une collaboration harmonieuse ou laborieuse. Ce premier contact avec le système familial sert de base à la création du lien thérapeutique qui permettra à la famille d'adhérer et de participer activement au processus d'intervention clinique. Les interventions d'affiliation sont utilisées à cette étape; se mettre au niveau de la famille, parler le même langage qu'elle, s'associer à l'organisation et au style de la famille puisque l'intervenant devient dès lors une partie du système. L'affiliation, comme technique d'intervention, permet la création d'un lien avec la famille, d'un contact qui permettra dans un second temps de travailler sur les changements souhaités.

³ Dans le but d'alléger le texte et faciliter la compréhension du processus d'intervention clinique, l'utilisation du terme intervenant inclut les intervenants psychosociaux et ceux en réadaptation (éducateurs) à moins de spécification contraire.

2.2 LA COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données consiste à recueillir tous les renseignements nécessaires et pertinents à la compréhension de la situation qui fait l'objet d'une intervention en protection ou en délinquance. Elle débute dès la réception et le traitement du signalement ou la référence en délinquance, et se poursuit tout au long du processus d'intervention. Pour les situations LSSSS, la collecte de données commence dès la réception de la demande par le comité d'accès où le conseiller à l'accès du CJM reçoit les documents pertinents à cette demande. La collecte de données se poursuit pendant toute la durée de l'implication du CJM auprès de la famille.

Certaines étapes, telles RTS et l'évaluation, tant en protection de la jeunesse qu'en délinquance, nécessitent une collecte de données succincte et ciblée. D'autres comme l'orientation et les rapports destinés au Tribunal, commandent une collecte d'information plus exhaustive.

Au CJM, les programmes d'intervention clinique ciblent les dimensions à documenter et les outils cliniques propres à chacune des problématiques rencontrées. Ces outils cliniques sont des outils validés soit par consensus d'experts ou par validation scientifique. Certains outils sont obligatoires et d'autres sont obligatoires dépendamment des situations rencontrées. Il y a des outils de collecte de données et des outils de mesure des problématiques. À cet effet, le CJM a adopté en 2006b, un *Plan d'implantation (2006-2009) des outils cliniques obligatoires*. Ce document identifie les outils cliniques obligatoires à tous les programmes cliniques et ceux obligatoires en présence d'une problématique associée⁴. Par exemple, les outils mesurant l'intensité de la problématique de toxicomanie sont utilisés uniquement lorsqu'il y a une consommation que l'on soupçonne abusive.

Par ailleurs, le *Tronc commun aux programmes d'intervention clinique* (CJM, 2010) explique le développement de l'enfant et de l'adolescent permettant à l'intervenant de situer le niveau de développement du jeune aux plans physique, psychoaffectif, intellectuel, social et psychosexuel dans la grille et ainsi mieux saisir les besoins du jeune selon son développement.

A) EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

L'article 38.2 de la LPJ précise les facteurs à considérer lors de la réception et du traitement du signalement, ainsi que pour l'évaluation du signalement.

38.2 Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants :

- a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;*
- b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;*
- c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;*
- d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.*

⁴ Ce document sera révisé au cours de l'année 2010.

- À l'étape RTS, l'intervenant utilise le système de support à la pratique (SSP). À l'aide du SSP, il décide de la rétention ou non du signalement en fonction d'un alinéa de l'article 38 de la LPJ.
- À l'étape évaluation, l'intervenant utilise le SSP en vue d'analyser et de décider si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis.

Si la situation le nécessite, l'intervenant complète la *Grille de soutien à la prise de décision de retrait en situation d'urgence* (CJM, 2007c). Cette grille est utilisée dès que l'intervenant psychosocial est convaincu qu'il existe un danger immédiat, un risque sérieux que le jeune subisse des torts s'il est maintenu dans son milieu familial. À l'étape RTS et évaluation-orientation (E/O), l'intervenant bénéficie, via les tutoriels de SSP, d'une grille supportant le retrait en situation d'urgence. On retrouve cet outil sous le bouton PROTECTION IMMÉDIATE.

Une collecte de données exhaustive (les cinq axes de la *Grille d'analyse multidimensionnelle*) (CJM, 2002)⁵ est complétée en protection lorsque la compromission est établie, que nous devons orienter le jeune et participer à l'élaboration du plan d'intervention.

- À l'étape orientation, l'intervenant psychosocial du service E/O analyse, avec l'aide de SSP et de ses partenaires (famille et collaborateurs), les données recueillies afin de convenir du régime (volontaire ou judiciaire), ainsi que du choix et de la durée des mesures requises pour mettre fin à la situation de compromission. Le but de l'intervention et l'objectif général sont alors fixés.

Cette collecte de données exhaustive s'effectue selon :

- La consultation des dossiers antérieurs et actuels.
- Les rencontres avec le jeune et sa famille.
- Le recueil des observations et informations détenues par des collaborateurs internes, particulièrement dans le cas d'un hébergement dans une famille d'accueil, une ressource intermédiaire, une unité d'observation ou de détention préventive.
- Le recueil des informations auprès des collaborateurs externes.
- L'utilisation des outils de collecte de données offerts par le SSP.
- Les outils prévus aux programmes cliniques et retenus par le CJM.

B) EN DÉLINQUANCE

Dans certains cas, une collecte de données succincte est réalisée. Le PPCP (Procureur aux poursuites criminelles et pénales) doit référer certaines infractions qui sont prévues au *Programme de mesures de rechange* au Directeur provincial (DP) afin que celui-ci procède à l'évaluation/orientation, et pour d'autres infractions, il dispose de la discrétion de transmettre ou non le cas de l'adolescent au DP pour fin d'évaluation.

⁵ La *Grille d'analyse multidimensionnelle* (CJM, 2002), version révisée en 2010 est présentée à l'Annexe 5 et est disponible sur Intranet sous l'onglet OUTILS CLINIQUES.

Cette évaluation porte sur :

- La nature et la gravité de l'infraction commise.
- Le degré de reconnaissance des faits par l'adolescent.
- Sa situation personnelle, scolaire et sociale.
- Son degré d'engagement dans la délinquance et si possible la typologie qui s'y rattache.
- Sa volonté de réparer les torts causés.
- L'encadrement parental et la capacité des parents de prévenir la récidive.

Le délégué à la jeunesse, qui représente le Directeur provincial, opte ensuite pour l'arrêt des procédures, le renvoi au PPCP, ou propose une sanction extrajudiciaire au jeune. Si ce dernier refuse la proposition, le dossier est alors retourné au PPCP. L'entente cadre sur le programme des mesures de rechange vient baliser le rôle de chacun des partenaires (PPCP, Centre jeunesse et Organisme de justice alternative).

Une collecte de données exhaustive se fait suite à une demande de rapport prédécisionnel par un juge de la Chambre de la jeunesse en LSJPA, ou suite à l'ordonnance d'une peine de suivi probatoire. L'article 40 (2) de la LSJPA balise le contenu du rapport prédécisionnel.

LA COLLECTE DE DONNÉES

Bien que la situation signalée ou les délits commis désignent le jeune, les données à recueillir pour comprendre la situation doivent toucher diverses dimensions de sa réalité et de son entourage. Toutes ces dimensions ont un impact sur l'apparition de la situation problématique et sur le maintien de celle-ci. Les dimensions à documenter sont :

- **Le jeune** : Son histoire, les événements marquants de sa vie, son niveau de développement physique, intellectuel, affectif et social, son comportement, ses habitudes de vie (alcool, drogues, sexualité, jeux, armes), son fonctionnement, ses forces, ses habiletés, ses relations interpersonnelles, son type d'attachement, etc.
- **Les parents** : Leur histoire, leur vécu, leur fonctionnement en tant qu'individus, leur fonctionnement en tant que couple, leur niveau socio-économique, leurs forces, leurs compétences, leurs habitudes de vie, leurs valeurs, etc.
- **Les relations familiales** : L'attachement parents-jeune, l'engagement du parent (lien affectif), les liens entre les membres de la famille, les rôles parentaux, le fonctionnement de la famille, les types de pratiques éducatives, etc.
- **Les relations avec le milieu social** : Le fonctionnement social du jeune, l'intégration sociale, l'environnement social, les pairs, les activités, la présence de la famille élargie, le soutien disponible dans l'entourage, l'histoire et le fonctionnement scolaire, la culture, l'ethnie, etc.
- **Les relations avec le réseau de services** : Les résultats des mesures et services antérieurs, leurs effets sur la situation, l'accès aux services, leur perception des services, leur relation avec les intervenants sociaux et scolaires, etc.

Pour supporter la collecte de données nous utilisons la *Grille d'analyse multidimensionnelle* (CJM, 2002). Dans le but de respecter la particularité des différentes problématiques rencontrées, chaque programme d'intervention du CJM souligne les éléments spécifiques à observer et documenter, et précise les outils d'évaluation et ceux qui servent de support à l'intervention.

Les données recueillies à cette étape serviront à produire la synthèse des données lors de la rédaction du PI initial. La **synthèse des données** met en lumière la problématique spécifique à partir des faits ayant engendré la situation de compromission. Elle présente les éléments significatifs des cinq dimensions et les lie dans un ensemble cohérent. Elle rapporte les observations et résultats d'évaluations réalisées, nomme les besoins communs validés par la famille, l'intervenant et tout autre acteur significatif pour la famille, et spécifie les forces et compétences du système familial.

Les données obtenues à partir des diverses sources d'information et des outils d'évaluation utilisés, fournissent un portrait de l'ensemble du système dans lequel évoluent le jeune et sa famille à un moment particulier. Rappelons-nous que cette collecte n'est jamais complète et définitive et que certains aspects auront à être examinés de manière plus exhaustive tout au cours du processus d'intervention clinique. De plus, la situation évolue, elle n'est pas statique et génère des données nouvelles de façon continue. Ajoutons que lorsqu'une situation est à nouveau signalée ou sanctionnée, la collecte de données doit, tel que mentionné, tenir compte des données et analyses effectuées antérieurement et s'intéresser à l'évolution de la situation pour en comprendre le sens. À cet effet, le CJM a, en 2007, adopté une *Politique relative à la continuité des services* (CJM, 2007d). Cette dernière est définie par ses trois volets, la continuité d'approche, la continuité informationnelle et la continuité relationnelle.

2.3 L'ANALYSE

L'étape de l'analyse succède à la synthèse des données recueillies. Une analyse est une « *étude faite en vue de discerner les différentes parties d'un tout, de déterminer ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres* » (Larousse, 2005, p. 83).

L'étape de l'analyse de données recueillies permet d'établir les assises sur lesquelles l'intervenant, en concertation avec la famille et ses collègues, peut s'appuyer pour justifier le choix de régime et des mesures. C'est l'identification des forces, limites et besoins de la famille qui permettront l'équilibre, mais également la reprise du développement de l'enfant et de mettre fin à la situation de compromission. Elle est à la base des objectifs spécifiques et du choix du type d'accompagnement nécessaire pour mobiliser la famille à mettre fin à la situation de compromission.

Les programmes d'intervention clinique supportent l'intervenant dans son analyse en soulignant les éléments importants spécifiques à chaque programme.

À partir de l'analyse clinique, l'intervenant relie les différents éléments retenus afin de donner un sens aux symptômes présentés. C'est le moment d'émettre une opinion clinique.

L'**opinion clinique** met en relation les éléments de l'analyse afin de donner un sens et de dégager les éléments de compromission. Elle explique la situation en fonction des faits actuels et antérieurs. Elle met en perspective les besoins respectifs qui ont été validés par le jeune et sa famille, en tenant compte des besoins de protection. Écrite dans un langage clair, simple, respectueux et adapté à la compréhension de la famille, elle ne rapporte aucun fait nouveau. C'est une hypothèse systémique, une explication sur le sens des symptômes présentés. Elle fournit aussi une appréciation des déterminants de l'intervention.

LES DÉTERMINANTS DE L'INTERVENTION

Les déterminants de l'intervention sont :

- La **capacité** du jeune et sa famille à s'impliquer dans les changements nécessaires pour que cesse la compromission ou la conduite délinquante.
- Le **niveau de reconnaissance** de la situation de compromission ou de délinquance, de sa gravité et de la nécessité pour les parents et le jeune de mettre fin à cette situation. Le niveau de reconnaissance des besoins essentiels du jeune non comblés adéquatement et de l'importance d'y répondre.
- Le **degré de motivation** du jeune et de sa famille à négocier et à changer la situation, la **disposition** à s'engager, à collaborer à l'application de moyens choisis pour corriger la situation.

L'appréciation de ces déterminants supporte le choix du régime de protection (volontaire ou judiciaire) et permet de préciser le type d'accompagnement à mettre en place pour supporter le jeune et sa famille dans les changements à apporter à leur situation.

Le choix du type d'accompagnement auprès du jeune et de sa famille dépend à la fois du niveau de gravité de la situation rencontrée, du niveau de développement de la famille (leurs capacités), de leur reconnaissance de la situation et de leur motivation à apporter des changements.

Le tableau 2 présente les types d'accompagnement que l'on retrouve au CJM.

Tableau 2			Types d'accompagnement		
ACCOMPAGNEMENT	ENCADREMENT		INTENSITÉ		
Faire à la place de	Se substituer aux parents dans certains de leurs rôles.		Quotidienne et continue auprès du jeune. Moyenne auprès des parents.		
Faire avec	Accompagner et superviser le jeune et sa famille dans leurs démarches et moyens. Aide et assistance directe.		Moyenne et élevée (surtout en début de processus).		
Faire faire	Indiquer les moyens et démarches à réaliser. Conseil et aide.		Faible et moyenne.		
Laisser faire	Être témoin et soutenir ponctuellement. Conseil sur demande.		Très faible.		

On peut s'attendre à ce que le type d'accompagnement évolue avec le temps, mais il arrive que la situation demeure stable. L'intensité de l'accompagnement doit s'ajuster au développement des habiletés du jeune et de sa famille.

Une fois que la collecte de données est réalisée et que l'analyse de ces données est terminée, le processus continue.

Dans le cadre de **la protection de la jeunesse**, l'intervenant psychosocial et la famille participent à une rencontre lors de la **Table d'orientation**, assise importante de la cohérence et de la continuité du processus d'intervention clinique. Elle réunit tous les acteurs concernés (réviseur, conseiller à l'accès, éducateur, intervenant A/M, etc.) pour assurer la cohérence et la continuité des services et de l'intervention.

Lors de cette rencontre :

- Les intervenants E/O rendent compte de l'analyse de la situation faite avec la famille et de l'orientation (des options) qu'ils privilégient.
- Les participants revalident et priorisent les besoins de chacun afin de donner un sens à la situation de compromission. Cette démarche permet de déterminer **le but** et **l'objectif général** de l'intervention.
- Les participants discutent des options possibles. Cette démarche permet de décider du régime (volontaire ou judiciaire) et des mesures qui seront appliquées à la situation.
- Le chef E/O détient l'autorité décisionnelle à la Table d'orientation.

La Table d'orientation favorise la continuité. Elle permet la transmission d'informations en présence du jeune et de sa famille, ce qui en facilite la validation, évite les répétitions et permet de partager une même compréhension de la situation. De plus, le jeune et ses parents voient ensemble l'intervenant qui a évalué la situation et celui qui en assumera la prise en charge. Ils peuvent alors constater l'appui, la complicité et la continuité entre les personnes et les services.

La discussion à la Table d'orientation permet d'identifier les objectifs spécifiques. L'analyse clinique, issue du rapport d'orientation qui a été bonifié par les renseignements émanant de la Table d'orientation, sert de base au plan d'intervention initial.

L'intervenant E/O, dans certains cas et selon certains critères, peut décider d'orienter le jeune et sa famille vers une « intervention terminale » (présentée brièvement à l'Annexe 6).

En **délinquance**, une évaluation différentielle se fait à partir du modèle d'intervention différentielle et de l'analyse systémique du fonctionnement de la famille. Le délégué interprète les outils cliniques utilisés et met en lien ces résultats avec les informations déjà recueillies auprès du système familial et des collaborateurs.

Il propose une hypothèse expliquant le fonctionnement du jeune et de la famille, ainsi que le sens de la délinquance, hypothèse qu'il valide auprès des membres de la famille. Il échange avec eux sur la mesure qu'il entend recommander au tribunal. Exceptionnellement, la communication aura lieu lors de la procédure judiciaire de comparution au tribunal.

LE BUT DE L'INTERVENTION

Il y a **huit** buts possibles dans l'intervention en protection⁶ :

- L'enfant sera maintenu dans sa famille d'origine et celle-ci sera soutenue.
- L'enfant retournera dans sa famille dans les plus brefs délais.
- L'enfant sera confié/placé dans la famille élargie ou chez un tiers significatif.
- L'enfant sera adopté.
- L'enfant sera confié à une personne qui exercera la tutelle.
- L'enfant sera placé dans sa famille d'accueil de façon permanente.
- L'enfant sera autonome pour vivre de façon indépendante.
- L'enfant sera placé dans une ressource offrant des services spécifiques.

Ces buts peuvent se modifier au cours du processus d'intervention clinique. Sans être dissociés des ordonnances légales qui prévalent dans un cas donné, ils ne sont pas limités par la durée de la mesure légale, mais ils sont liés à l'intervention qui, elle, peut se continuer au-delà de la mesure légale PJ (par exemple : LSSSS).

Le **but** de l'intervention en **délinquance** est :

- Le jeune assumera ses responsabilités et mettra fin à sa conduite délictueuse.

Le **but** de l'intervention en **LSSSS** est :

- L'enfant retournera dans sa famille dans les plus brefs délais.

Les buts de l'intervention se retrouvent dans le menu déroulant sous l'onglet BUT et aucun autre but ne peut être suggéré.

⁶ Il y a maintenant concordance entre les buts de l'intervention à inscrire au PI et les différents plans de vie. L'hébergement dans une ressource offrant des services spécifiques cible essentiellement les services de réadaptation physique et intellectuelle, de même que les services spécialisés en santé mentale. Exceptionnellement, l'hébergement en centre de réadaptation interne au centre jeunesse peut représenter un but de l'intervention pour des adolescents présentant des troubles de comportement sévères.

L'OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'INTERVENTION

Lorsque le but de l'intervention est déterminé, on fixe l'objectif général de l'intervention. L'objectif général est appelé RÉSULTAT(S) ULTIME(S) VISÉ(S) par le PI dans le système PIJ et SITUATION SOUHAITÉE dans le format Word.

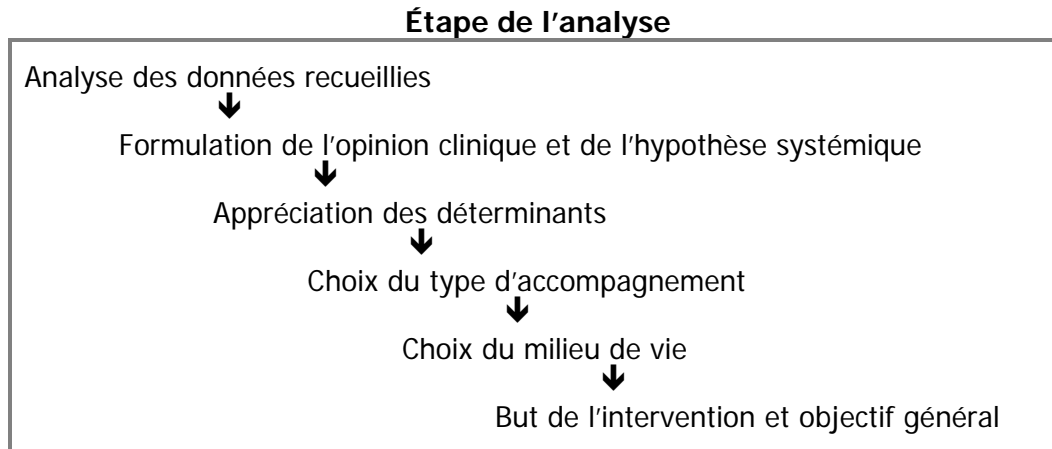
L'objectif général concerne la situation qui fait l'objet de l'intervention. Il est en lien avec les motifs de l'intervention, en fonction de la sécurité, du développement de l'enfant ou de la protection de la société. L'objectif général est lié à la problématique principale de la situation à traiter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

- *Risque de délaissement ou d'abandon.*
- *Négligence sur le plan physique, sur le plan de la santé, sur le plan éducatif.*
- *Mauvais traitements physiques, psychologiques, abus sexuels.*
- *Conduite dysfonctionnelle d'un jeune dans sa famille et son milieu.*
- *Inadaptation reliée à un problème de santé mentale.*
- *Conduite délinquante distinctive et dysfonctionnalité sociale.*

La formulation de l'objectif général, dans une perspective systémique, 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 qui est visé et qui sera engagé dans les réponses aux besoins et aux changements à apporter à la situation. Voici le type de questionnement qui peut servir à l'élaboration de l'objectif général :

- Que fera le système familial (tous les membres selon leurs capacités) pour répondre aux besoins de sécurité physique, environnementale ou émotionnelle du jeune?
- Que fera le système familial (tous les membres selon leurs capacités) pour mettre fin aux mauvais traitements physiques, psychologiques ou sexuels du jeune?
- Que fera le système familial (tous les membres selon leurs capacités) pour que cessent les conduites dysfonctionnelles du jeune?
- Que fera faire le système familial (tous les membres selon leurs capacités) pour mettre fin à la conduite délinquante du jeune?
- Que fera le système familial (tous les membres selon leurs capacités) pour que le jeune réintègre son milieu d'origine?

En résumé, voici de façon schématique l'étape de l'analyse.



L'Annexe 7 présente les étapes du processus d'intervention et identifie les actions à réaliser par chacun des acteurs en lien avec la collecte de données et l'analyse.

2.4 LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

2.4.1 EN GÉNÉRAL

La planification de l'intervention comporte les étapes de l'appropriation et de la mise à jour des données et l'élaboration du plan d'intervention. Ce dernier contient les objectifs spécifiques ainsi que les moyens à prendre par la famille. Il comprend aussi les activités cliniques à dispenser par les intervenants psychosociaux et en réadaptation pour les atteindre.

L'atteinte du but et de l'objectif général nécessite que le jeune et sa famille s'engagent à agir et à poser des gestes concrets et de manière continue pour modifier la situation problématique. Les intervenants doivent aussi offrir du support et de l'aide continue en concordance avec les actions et gestes du jeune et de sa famille. Il s'agit d'un engagement mutuel. La planification de l'intervention permet de réaliser cette complémentarité des actions et gestes posés de part et d'autre.

Au CJM, c'est un intervenant psychosocial de la DSJF qui prend le relais de l'intervention en protection et assure la suite du processus. C'est donc un nouvel intervenant pour le jeune et sa famille. La première rencontre a généralement lieu à la Table d'orientation. L'intervenant psychosocial et tous les collaborateurs tiennent compte des interventions déjà réalisées (le principe de continuité de l'intervention), de l'importance accordée à l'opinion des jeunes et des parents et à leur participation dans la suite du processus. Le changement d'intervenant n'est pas une rupture dans la prise en charge, puisque l'information ainsi que le sens du travail à faire ont été transmis et qu'ils constituent la base de l'élaboration du système d'intervention.

APPROPRIATION ET MISE À JOUR DES DONNÉES

L'intervenant psychosocial et les éducateurs doivent d'abord s'approprier les informations cliniques disponibles dans le dossier de l'usager. Ensuite, lors de ses premiers contacts avec le jeune et sa famille, l'intervenant psychosocial s'informe de l'évolution de la situation (tout au long du processus, la famille continue d'évoluer) et de l'évolution des déterminants de l'intervention, c'est-à-dire la capacité à changer la situation, le niveau de reconnaissance de la situation et de sa gravité, le niveau de motivation à changer la situation ainsi que la disposition à collaborer.

Cette mise à jour de l'information ne constitue pas une nouvelle analyse de la situation, mais sert à valider les informations provenant de la Table d'orientation et constitue une façon de s'affilier à la famille. Les interventions d'affiliation mentionnées à l'étape de l'accueil sont à utiliser; se mettre au niveau de la famille, parler le même langage, adhérer à son organisation dans le but de créer une première alliance pour travailler en complémentarité. C'est également une façon d'inciter le jeune et sa famille à s'approprier leur cheminement.

L'intervenant psychosocial poursuit l'analyse réalisée à l'étape précédente. Avec la famille, il valide et précise l'hypothèse émise à l'étape évaluation. L'hypothèse a essentiellement pour fonction de guider l'intervention, de confirmer ou d'infirmer le sens donné au symptôme et de réajuster l'opinion clinique et ainsi, l'intervention clinique. Elle n'est jamais définitive et doit être revalidée tout au cours du processus d'intervention clinique, notamment lors de la révision périodique du PI.

L'intervenant psychosocial partage ensuite les informations et l'analyse avec les intervenants collaborateurs à l'interne dans le but de favoriser une intervention cohérente et continue. Lorsque des informations sont nécessaires et pertinentes à communiquer ou à obtenir de nos collaborateurs externes, l'intervenant s'assure d'avoir les autorisations requises.

L'étape qui suit est l'élaboration du plan d'intervention 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 et à la famille d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser, les activités à réaliser et l'échéancier prévu.*

L'élaboration du plan d'intervention, sous la responsabilité de l'intervenant psychosocial, est réalisée en collaboration avec le service de réadaptation lorsque celui-ci est impliqué. En 1999b, le CJM adoptait le *Règlement relatif à la gestion des plans d'intervention et des plans de services individualisés*. Il y est stipulé que le plan d'intervention doit être élaboré et déposé au dossier du jeune dans un délai maximum de 45 jours après le début ou le renouvellement d'une convention de service en LSSSS, d'une mesure, ou d'une ordonnance en protection ou en délinquance.

L'élaboration se fait lors d'une rencontre avec le jeune, sa famille et les intervenants qui participent à la mise en œuvre du plan d'intervention. La rencontre comporte deux volets : la détermination des objectifs spécifiques et la détermination des moyens et activités cliniques reliés aux objectifs spécifiques.

Le jeune et sa famille sont sollicités à participer activement à l'élaboration du plan d'intervention, à sa mise en œuvre et à sa révision périodique. Le plan se doit d'être réalisable dans le délai déterminé, afin d'éviter l'apparition de sentiment d'échec au moment où il est révisé.

Au-delà de l'obligation légale, le plan d'intervention représente une occasion de développer et de consolider la relation de confiance de la famille avec l'intervenant. Ces moments d'échanges servent aussi à expliquer à la famille que les changements à apporter font partie d'une séquence de modifications qui se feront petit à petit, que l'échéance ou la révision du plan d'intervention ne met pas automatiquement un terme à l'intervention clinique.

Le plan d'intervention devient aussi un moyen pour la famille d'accroître son autonomie et de retrouver son pouvoir sur sa situation.

Le plan d'intervention précise les objectifs spécifiques ainsi que les moyens à prendre par le jeune et sa famille, et les activités cliniques à réaliser par les intervenants pour les atteindre.

*Un **objectif spécifique** est un énoncé qui décrit un résultat, un changement désiré précis. Cela peut être un type de comportement à apprendre ou à rectifier, une attitude à modifier ou à adopter, une connaissance à acquérir, une habileté à développer en lien avec les besoins à satisfaire.*

Les objectifs spécifiques concernent les facteurs qui ont contribué à l'apparition des problèmes et à l'émergence des symptômes (les comportements problématiques) présentés par le jeune et sa famille. Ils réfèrent aussi aux besoins non répondus qui contribuent à la situation de compromission. Un objectif spécifique est formulé positivement, c'est le résultat attendu que nous voulons atteindre avec chacun des membres de la famille par rapport à la situation qui nous préoccupe. Il importe que les objectifs soient peu nombreux afin d'être réalisables selon un échéancier prévu.

Les objectifs spécifiques sont directement reliés à l'objectif général poursuivi.

1. ÉTABLIR LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques sont élaborés lors de la rencontre avec la famille. 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. Ce sont des symptômes. Les objectifs spécifiques sont établis à partir des besoins non répondus de la famille en lien avec la situation de compromission. Il importe de valider avec la famille notre compréhension de ses propos, tout comme sa compréhension des termes utilisés par l'intervenant.

Les besoins de l'intervenant pour assurer la sécurité et le développement de l'enfant doivent faire partie des besoins énoncés. Les objectifs spécifiques s'appuient sur le potentiel et les forces du jeune et de sa famille.

On traduit ces éléments en objectifs spécifiques caractérisés selon la méthode CSMART énoncée ci-après. Les objectifs spécifiques précisent, pour tous ce qui est attendu pour atteindre l'objectif général de l'intervention, ce qui est primordial de corriger pour que la sécurité et le développement ne soient plus compromis, que la protection de la société soit assurée ou, pour les familles recevant des services sous LSSSS, favoriser le retour du jeune dans sa famille. Les objectifs spécifiques concernent les individus et les sous-systèmes de la famille.

À titre d'exemple, voici des questions à se poser pour préciser les objectifs spécifiques :

- Que peuvent faire les parents pour répondre au besoin de sécurité physique du jeune?
- Que peut faire la mère pour contribuer à mettre fin aux mauvais traitements physiques du jeune?
- Que peut faire le père pour que le jeune fonctionne dans le respect des règles sans se mettre en danger?
- Que peut faire le jeune pour adopter un comportement conforme aux lois et exigences de la société?

Cette façon de déterminer les objectifs spécifiques s'appuie sur le fait que l'on ne peut demander au jeune et à sa famille de tout réaliser en même temps. De plus, l'approche par petits changements progressifs vise à faire vivre des réussites au jeune et à sa famille. Le fait de reprendre du pouvoir sur leur situation peut permettre à la famille de développer du pouvoir dans d'autres sphères de leur vie. Il s'agit du processus d'*empowerment*.

Voici les caractéristiques favorisant la clarté des objectifs spécifiques :

CARACTÉRISTIQUES DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Conjoints, doivent être convenus avec la famille.

Spécifiques, précis, concrets et univoques.

Mesurables par des critères discernables par les sens.

Ajustés aux **capacités** de la famille.

Réalistes, atteignables par les moyens accessibles au jeune et à sa famille.

Temporels, c'est-à-dire situés dans le temps et pouvant être raisonnablement atteints à l'intérieur d'un échéancier précis.

La méthode CSMART est un outil pour nous aider à établir des objectifs concrets et faire en sorte d'avoir un langage commun et simple. La compréhension commune des objectifs contribue à l'adhésion de tous vers l'atteinte d'objectifs réalisables.

2. DÉTERMINER LES MOYENS ET LES ACTIVITÉS CLINIQUES RELIÉS AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Dans un deuxième temps, l'intervenant psychosocial accompagne le jeune et sa famille dans leur recherche de solutions. Ensemble, ils identifient et déterminent quels moyens le jeune et ses parents utiliseront et quelles activités cliniques les intervenants réaliseront pour atteindre chaque objectif spécifique établi. Cela permet au jeune et à sa famille de s'approprier leur situation.

*Un **moyen** indique les actions que le **jeune et sa famille** identifient et s'engagent à prendre pour atteindre un objectif spécifique.*

Cela peut être un service à fréquenter, une action ou une suite d'actions à faire, un geste à poser qui en remplace un ou en prévient un autre, un apprentissage à réussir, une habileté à pratiquer.

La formulation des moyens dépend beaucoup des déterminants de l'intervention identifiés lors de l'analyse et tient compte du niveau de développement du jeune et de sa famille. Les types d'accompagnement « faire faire » et « laisser faire » sont de l'ordre des moyens que le système familial s'engage à prendre. L'accompagnement de type « faire à la place » relève de l'intervenant et celui de type « faire avec » sont des activités cliniques qui relèvent des intervenants et de la famille.

*Une **activité clinique** est le moyen offert par **les intervenants** en rapport avec l'objectif spécifique concerné, soit pour supporter les moyens pris par le jeune et sa famille, soit pour offrir des services dont le client a besoin pour atteindre l'objectif visé.*

Les activités cliniques réalisées par les intervenants sont présentées dans le répertoire des activités cliniques de chaque programme d'intervention. Les activités cliniques supportent les apprentissages du jeune et de sa famille. Ils pourront utiliser ce qu'ils ont appris dans leur quotidien afin de progresser dans leur cheminement. Les activités peuvent être des rencontres familiales, individuelles, de couple, des rencontres d'accompagnement, des activités de groupe, etc.

Lorsque des activités sont offertes par des partenaires externes, elles le sont en complémentarité ou en cointervention dans le cadre d'un PSI (voir section IV).

DES MOYENS ET ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉCIS

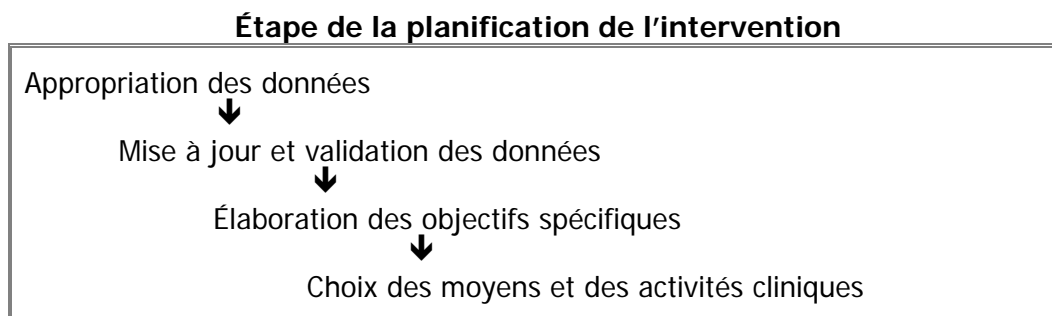
- **Qui**, parmi les membres de la famille, **est responsable** de l'utilisation ou la réalisation du moyen choisi?
- **Quel** intervenant réalise l'activité clinique?
- **Quand** le moyen ou l'activité doit-il avoir lieu? Selon quel échéancier?
- **Où** le moyen ou l'activité a-t-il lieu?
- **Quelle** action doit être posée?
- Y a-t-il une **suite d'actions** à accomplir pour atteindre l'objectif spécifique?

La réponse à ce type de questions permet de déterminer des moyens et activités mesurables. L'observation d'éléments concrets reliés à ces questions sert à apprécier l'évolution de la situation. Il s'agit d'indicateurs de mesure. Voici quelques exemples d'indicateurs de mesure : la présence aux rendez-vous, la ponctualité, l'absence de certaines personnes lors des visites, absence de menaces, régularité des repas, les expulsions scolaires, la participation à des activités de loisirs, etc.

Une fois élaboré, le plan d'intervention devient un engagement mutuel selon lequel le jeune et sa famille utilisent les moyens choisis et les intervenants réalisent les activités cliniques prévues. En conséquence, les moyens et les activités cliniques déterminés doivent être estimés comme réalisables par tous et chacun.

La rédaction du plan d'intervention se fait dans un langage et une forme accessibles au jeune et à sa famille. Des images, des pictogrammes ou des photos peuvent être utilisés afin de faciliter la compréhension et l'appropriation du plan d'intervention. Le plan d'intervention est signé par le jeune (s'il a 14 ans et plus) et sa famille ainsi que par la réadaptation, s'il y a lieu. C'est l'intervenant psychosocial qui a la responsabilité de saisir les informations dans le système PIJ.

En résumé, voici de façon schématique l'étape de la planification de l'intervention :



L'Annexe 8 présente les étapes du processus d'intervention et identifie les actions à réaliser par chacun des acteurs en lien avec l'appropriation et la mise à jour des données. L'Annexe 9 présente le même processus en lien avec l'élaboration du plan d'intervention.

2.4.2 SELON LES PARTICIPANTS

Des modalités particulières peuvent être requises selon les participants impliqués. Voici quelques précisions :

LORSQU'UN SERVICE DE RÉADAPTATION EST IMPLIQUÉ

Dans les cas où il y a deux intervenants du CJM impliqués auprès de la famille, on retrouve un seul plan d'intervention. Il est élaboré **conjointement** avec l'éducateur de la réadaptation sous la responsabilité et la **coordination** de l'intervenant psychosocial. Le jeune et sa famille ne sont pas considérés séparément, même si le jeune est suivi en réadaptation. Il faut éviter que les symptômes manifestés par le jeune se traitent séparément du sens et de la fonction qu'ils ont par rapport à la famille.

Le plan d'intervention comprend un objectif général commun et des objectifs spécifiques distincts au psychosocial et à la réadaptation. Il s'agit du PI intégré.

EN RÉADAPTATION EN INTERNAT

Dans un premier temps, l'intervenant psychosocial et l'éducateur-accompagnateur conviennent d'une compréhension commune de la situation. Le support du CDP ou la tenue d'une étude de cas peut être demandée au besoin. Une rencontre familiale est organisée rapidement afin d'élaborer le plan d'intervention. Les efforts de tous serviront à ce que le jeune soit en mesure d'intégrer un milieu de vie autre que l'internat, qui garantit sa sécurité et son développement (LPJ) ou le retour à une fonctionnalité sociale lui permettant de se maintenir dans la communauté (LSJPA).

Dans le cas où un jeune est dirigé vers l'encadrement intensif, les objectifs du PI en cours sont temporairement suspendus. De nouveaux objectifs en lien avec les mesures intensives d'encadrement dynamique et statique auxquels fait appel la programmation de réadaptation dans une unité d'encadrement intensif sont établis. Il est possible qu'une révision du PI régulier soit effectuée mais ce n'est pas un automatisme.

EN RÉADAPTATION EXTERNE AU CSRE

La Table de référence pour les services de réadaptation externe est le lieu qui sert à la préparation du plan d'intervention. L'intervenant social, l'éducateur et le CDP y participent. Ils échangent sur la collecte de données et conviennent d'une compréhension commune de la situation (analyse et hypothèse clinique). Ils établissent les rôles et les tâches de chacun dans la distribution des services.

Une rencontre familiale, à laquelle participent l'intervenant et l'éducateur, permet de s'approprier la compréhension commune de la situation et de préciser les objectifs spécifiques, les moyens et les activités cliniques à réaliser. La participation active du jeune et de sa famille à l'élaboration du plan d'intervention est porteuse de résultats efficaces.

EN RÉADAPTATION EXTERNE ENFANCE

L'intervenant social, l'éducateur, le chef de service et le CDP analysent la collecte de données et conviennent d'une compréhension commune de la situation problématique.

Lors de la première rencontre familiale, l'intervenant psychosocial, l'éducateur en externe et la famille conviennent d'une compréhension commune de la situation problématique et établissent les objectifs spécifiques, les moyens et les activités cliniques pour résoudre cette situation.

LORSQU'UN INTERVENANT EN PROTECTION ET UN INTERVENANT EN DÉLINQUANCE SONT IMPLIQUÉS

Une rencontre entre l'intervenant psychosocial et le délégué doit se faire le plus rapidement possible afin de partager l'information pertinente et de convenir d'une compréhension commune de la situation. Ils travaillent de concert au maintien de la cohérence et de la continuité des objectifs.

Ils doivent identifier clairement les rôles et responsabilités de chacun ainsi que leurs zones de collaboration. Lors d'une rencontre familiale ils expliqueront le travail de chacun et la complémentarité de leur mandat.

LORSQU'UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) EST IMPLIQUÉE

L'intervenant psychosocial, l'intervenant affecté au suivi des ressources intermédiaires et un intervenant délégué par la RI conviennent d'une compréhension commune de la situation. Lors d'une rencontre, ils élaborent le plan de réadaptation conjointement avec le jeune et sa famille. Ils établissent les objectifs spécifiques, ainsi que les moyens et les activités cliniques à réaliser par chacun des intervenants auprès du jeune et sa famille.

Cette rencontre est convoquée par l'intervenant ressource et la personne déléguée par la RI. La portion du plan de réadaptation est écrite par l'intervenant affecté aux RI et transmise par une agente administrative à l'intervenant usager qui inscrit l'information au système PIJ. L'intervenant usager achemine ensuite une copie du plan d'intervention (incluant le plan de réadaptation) à la RI.

L'intervenant ressource assure le suivi du plan de réadaptation au sein de la RI. Il conseille et assiste les intervenants de la RI afin de concrétiser dans la vie quotidienne du jeune les objectifs, les moyens et les activités cliniques identifiées.

LORSQU'UNE FAMILLE D'ACCUEIL EST IMPLIQUÉE

L'intervenant psychosocial, en collaboration avec l'intervenant ressource de la famille d'accueil, précise les objectifs visés par le placement et le rôle attendu de la famille d'accueil auprès du jeune.

L'intervenant psychosocial, la famille d'accueil et l'intervenant ressource de la famille d'accueil élaborent le plan d'intervention à l'intention de la famille d'accueil (PIFA). Le PIFA comporte les objectifs du jeune et sera intégré au plan d'intervention, qui lui, touche la famille. Le jeune, dépendamment de ses capacités, prend une part active dans l'élaboration concrète des moyens à mettre en œuvre pour réaliser les acquisitions souhaitées pendant le placement.

L'intervenant psychosocial s'assure de la compréhension du jeune et de la famille quant à la démarche et à ses implications.

L'intervenant ressource convoque une rencontre pour élaborer le PIFA. Cette rencontre se fait avec l'intervenant usager, la famille d'accueil et le jeune. C'est l'intervenant usager qui anime la rencontre et qui saisit les informations dans le système PIJ. L'intervenant usager achemine ensuite une copie du PIFA à la famille d'accueil.

LORSQUE LE JEUNE EST EN SITUATION DE PLACEMENT SUITE À UNE RÉFÉRENCE EN LSSSS

Dans ce cas, l'élaboration du plan d'intervention se fait dans le cadre d'un PSI avec les établissements concernés. Le processus clinique et le processus opérationnel d'élaboration et de collaboration à un PSI, très similaires au processus du CJM, sont présentés à la section IV.

Le tableau 3 présente la synthèse de l'élaboration du plan d'intervention.

Tableau3 Schéma récapitulatif d'élaboration du plan d'intervention



2.5 LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'INTERVENTION

Les **services clientèle** du CJM s'assurent d'offrir les activités cliniques spécialisées nécessaires à la réalisation du plan d'intervention. Il appartient à chacun des services de contribuer par l'observation, l'analyse, la programmation de base et l'utilisation du vécu quotidien partagé (le cas échéant) à la réalisation des objectifs.

Les activités cliniques sont :

- Les rencontres régulières individuelles, parentales et familiales.
- La rencontre d'accompagnement en réadaptation.
- Les activités d'apprentissage et de développement en groupes, destinées aux jeunes comme aux parents, c'est-à-dire les rencontres de groupes sur la gestion de la colère, les habiletés sociales, etc.

Les différents **programmes d'intervention** guident les intervenants dans l'utilisation de ces activités cliniques.

Les activités sont définies et décrites dans les **répertoires d'activités cliniques**. 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 complètent les interventions d'évaluation, d'aide et assistance, d'éducation, de réadaptation (accompagnement quotidien, vécu partagé, vie de groupe, etc.) et de réinsertion produites par les services à la clientèle. D'ailleurs, le *Cadre de référence pour l'étape application des mesures* vient baliser les pratiques à cette étape de traitement. Cette combinaison assure la qualité et la richesse des interventions auprès de la clientèle. Elles font l'objet de notes dans les suivis d'activités du dossier de l'utilisateur. Le modèle de rédaction de ces notes est présenté dans le *Guide d'animation sur les suivis d'activités – Écrire, c'est intervenir* (Giard, 2004), disponible via Lotus Notes.

Tout au long de la mise en œuvre du plan d'intervention, l'intervenant psychosocial, les éducateurs et leurs collaborateurs internes et externes se communiquent leurs observations sur l'utilisation des moyens et des activités convenus et leur pertinence. La rétroaction du jeune à sa famille par l'intervenant est essentielle à la poursuite de leur cheminement dans le processus d'intervention. A cet égard, la discussion de reconsidération de la ressource d'hébergement est un exemple de collaboration et de cohésion de toutes les personnes concernées par la situation du jeune et de sa famille. L'utilisation des expériences aptes à provoquer les changements désirés dans le système permettent également de conserver la motivation du jeune et de sa famille.

L'intervenant et les éducateurs utilisent aussi d'autres sources d'informations (écoles, partenaires, aidants naturels) convenues avec le jeune et sa famille pour s'assurer de leur engagement dans la réalisation des moyens prévus.

2.6 LA RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION

La révision du plan d'intervention comprend le bilan de l'atteinte du but de l'intervention, des objectifs poursuivis et des moyens actualisés, de la présence ou non d'éléments cliniques nouveaux. L'intervenant peut émettre des recommandations et documenter une conclusion. Il s'agit toujours du même plan d'intervention qui est révisé tant que l'intervention continue.

Le plan d'intervention est révisé périodiquement. En compagnie du jeune et de sa famille, les intervenants impliqués font le point sur l'actualisation des moyens prévus et sur les résultats obtenus, en lien avec la situation de compromission et valident l'analyse antérieure. En d'autres termes, ils identifient les besoins répondus et ceux qui restent non répondus en lien avec la situation de compromission. Ils déterminent ensuite les objectifs spécifiques, moyens et activités cliniques pour la période à venir.

Cette rencontre doit être précédée par des rencontres individuelles qui permettent à chacun de préparer la révision du PI. L'Annexe 10 présente les étapes du processus d'intervention et identifie les actions à réaliser par chacun des acteurs pour la révision du plan d'intervention.

BILAN DE RÉALISATION

La révision du plan d'intervention concerne les objectifs spécifiques, les moyens et les activités cliniques. Le PI doit être révisé aux trois mois si le jeune est hébergé ou s'il reçoit des services de réadaptation, et aux six mois s'il reçoit uniquement des services psychosociaux.

La révision du PI coïncide parfois avec la révision statutaire en LPJ. La révision du PI prépare et influence la révision PJ. L'évaluation de l'atteinte des objectifs et la réponse aux besoins du jeune permettent de déterminer si la sécurité et le développement sont encore compromis, si la situation exige encore une intervention encadrée légalement, et si le but et l'objectif général sont maintenus pour la suite de l'intervention.

Lors d'une prolongation d'ordonnance, il n'est pas nécessaire de réviser le plan d'intervention si le but et l'objectif général demeurent les mêmes.

L'onglet CONCLUSION/RECOMMANDATIONS du système PIJ permet d'énoncer les forces du jeune et de sa famille qui ont permis l'évolution de la situation, l'état de la situation actuelle et ce qu'il reste à faire pour atteindre la situation souhaitée.

PI RÉVISÉ

En protection de la jeunesse, le bilan des réalisations et l'analyse de la situation amènent parfois à questionner le but et l'objectif général 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 s'agit donc d'analyser et de confirmer ou non l'hypothèse de départ. Si l'hypothèse de départ s'avère erronée, il devient indiqué de formuler une nouvelle hypothèse.

La modification du but et de l'objectif général a lieu lorsque leur 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 dans cette décision. La révision du but et de l'objectif général 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 et l'objectif général 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 le réviseur modifie le but de l'intervention, l'intervenant élabore un plan d'intervention contenant des objectifs spécifiques différents. Dans le système PIJ, il utilise le plan d'intervention révisé et explique, dans la fenêtre BILAN pourquoi le but et l'objectif général ont été changés. Il sollicite ensuite les personnes concernées par ces modifications pour déterminer les objectifs spécifiques à poursuivre, les moyens à prendre et les activités cliniques à réaliser.

En **délinquance**, le but et l'objectif général demeurent les mêmes pendant l'ordonnance. Le plan d'intervention peut être cependant révisé et présenter de nouveaux objectifs spécifiques lors de changements dans la situation du jeune et de sa famille.

2.7 LA FIN DE L'INTERVENTION

Le processus d'intervention clinique au CJM se termine lorsqu'il n'y a plus aucune mesure légale, volontaire ou judiciaire qui encadre l'intervention. Lorsque le but et l'objectif général sont atteints, la fin de l'intervention dans le cadre légal va de soi, puisque l'enfant est protégé et sa sécurité ou son développement n'est plus compromis. L'intervenant doit alors identifier, s'il y a lieu, avec le jeune et sa famille, leurs besoins de services, les référer aux organismes appropriés et les accompagner dans leurs démarches. Un transfert personnalisé peut être réalisé au CSSS si c'est pertinent à la situation et si la famille le désire. Lorsque le jeune et sa famille le désirent, ils peuvent bénéficier des activités cliniques spécialisées du CJM pour terminer l'intervention prévue, celle-ci pouvant se poursuivre en LSSSS pour une période maximum de deux mois. L'intervenant s'assure de leur disponibilité et leur accessibilité et garde le dossier « ouvert ». Ces informations, tout comme l'évolution générale de la situation, se retrouvent dans l'onglet CONCLUSION du PI dans le système PIJ.

En délinquance, le processus d'intervention clinique du CJM se termine avec la fin de l'ordonnance et ce, que le but et l'objectif général soient atteints 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 récurrence. Le jeune et sa famille peuvent décider d'y recourir ou non. Dans le cas où la sécurité et le développement du jeune apparaissent compromis, l'intervenant doit signaler la situation en PJ pour recourir aux services spécialisés dont le jeune et sa famille ont besoin.

SECTION III – LA RÉDACTION DES RAPPORTS DANS LE SYSTÈME PIJ

La rédaction des rapports est une activité professionnelle essentielle dans le travail de l'intervenant. Le rapport constitue une pièce fondamentale dans le dossier d'un jeune suivi en centre jeunesse. Il est le reflet de la pensée clinique et du jugement professionnel de l'intervenant en lien avec le jeune et sa famille. Il intègre aussi la vision que le jeune et sa famille ont de leur situation. Le rapport assure la continuité informationnelle. À diverses étapes du processus d'intervention clinique, des rapports sont nécessaires pour faire état de la situation du jeune et de sa famille et/ou en informer le tribunal en vue d'une décision. Ces rapports sont consignés dans le système PIJ.

La présente section est un guide à la rédaction des différents rapports. La structure est cohérente avec les prescriptions légales et le contenu avec nos programmes d'intervention clinique. L'intérêt d'utiliser des modèles de rapports est d'assurer la continuité informationnelle et d'assurer une uniformité dans l'ensemble du territoire du CJM et des districts judiciaires concernés. La démarche pour accéder aux modèles de rapport se trouve à l'Annexe 11. Le document *Politique et procédures relatives au dossier de l'utilisateur* (2003c) précisent les normes générales de production des rapports et du suivi d'activités. Elles stipulent aussi que la rédaction du contenu d'un rapport est la responsabilité de l'intervenant, tandis que sa mise en forme est la responsabilité de l'agente administrative de son service.

3.1 NORMES DE RÉDACTION⁷

GÉNÉRALITÉS

Les rapports s'adressent à différentes personnes ayant des besoins d'information différents. Il importe que chaque lecteur trouve réponse à ses questions. Les principaux lecteurs sont le client (le jeune et ses parents), le personnel clinique œuvrant au CJM et la Chambre de la jeunesse.

- Le rapport doit s'adresser en premier lieu au jeune et à ses parents. Il doit être respectueux des personnes, de leur intimité et de leur dignité. Le rapport leur permet de comprendre les motifs d'intervention, les objectifs de l'intervention et les choix qui y sont rattachés. Le jeune et ses parents doivent être en mesure de percevoir que leurs forces sont reconnues et que leur point de vue est pris en compte.

⁷ Inspiré du *Guide de rédaction : Rapport évaluation / orientation*, conçu par le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire [CJM-IU], (2006) et du *Guide de formateur : les aspects juridiques de la protection de l'enfance et de la jeunesse centrée sur la famille* (ACJQ, 2005).

- Le rapport doit permettre au personnel clinique œuvrant au CJM d'avoir une compréhension commune de la situation du jeune, de l'analyse clinique qui est faite et de son mandat (mesures de protection à assumer et objectifs à poursuivre). Il assure la continuité professionnelle des services auprès de la famille.
- Le rapport informe la Chambre de la jeunesse sur la situation d'un enfant et permet au juge d'élaborer ses propres hypothèses. Le rapport ne doit pas chercher à se substituer au témoignage à la Chambre de la jeunesse.

LE CONTENU

Le respect des usagers, la reconnaissance de leurs droits et libertés, particulièrement le droit à la confidentialité, doivent guider nos interventions et nos rédactions :

- Les informations contenues dans le rapport sont en lien avec la situation de compromission ou la problématique particulière du jeune et de sa famille. Elles sont nécessaires à l'intervention projetée. Les informations recueillies qui ne répondent pas à ces critères sont notées ailleurs (suivis d'activités par exemple, tout en respectant les standards de rédaction) (Giard, 2004).
- Les forces, les compétences, les vulnérabilités, les besoins et les limites de tout le système familial sont nommés. L'importance qui leur est accordée est relative à l'éclairage qu'elle apporte à la situation de compromission ou de délinquance.
- L'intervenant doit nommer les causes sous-jacentes à l'intervention du CJM afin de permettre au jeune et à sa famille d'avoir une bonne compréhension des motifs de l'intervention. Il doit aussi fournir le point de vue de la famille sur la situation.
- Lorsque le jeune reçoit des services de réadaptation ou est hébergé dans une ressource intermédiaire, une section du rapport est réservée à l'émission d'une opinion clinique sur les besoins de réadaptation. C'est l'intervenant de la ressource ou l'éducateur du jeune qui se prononce sur ce sujet. Son opinion sera insérée au rapport par une agente administrative. Il s'agit d'un rapport intégré.

LA FORME

La forme du rapport est un support à la clarté du contenu et permet d'en améliorer la lisibilité. À cet effet, tous les rapports doivent être vérifiés par une agente administrative de l'équipe qui s'assure de la qualité du français écrit.

- Chacune des sections du rapport doit être distincte et, dans le but d'éviter la répétition, il est préférable de faire référence à la section qui a déjà traité l'information, plutôt que de réitérer celle-ci.
- Le rapport est une synthèse soutenue par les données recueillies et l'analyse qui en est faite. Il fait des liens entre les diverses informations, il n'est pas une répétition des notes chronologiques, ni une description chronologique de l'intervention.

- Le langage utilisé est simple et accessible, si des termes techniques sont employés, il est utile d'en expliquer le sens.
- Si des acronymes sont utilisés, il importe d'en définir le sens à la première mention.
- Dans la rédaction, il est convenu d'utiliser la première personne du pluriel (NOUS). Ce « nous » englobe toutes les consultations, il indique qu'il y a une pensée clinique, une philosophie d'intervention, des outils d'évaluation et d'analyse sur lesquels se base l'intervenant. Il souligne que l'intervenant n'est pas seul face à la situation.
- Les références aux parents se font via « Monsieur » et « Madame » qui précèdent leurs noms et le vouvoiement est de mise.

3.2 LA DÉMARCHE À SUIVRE

- Les différents rapports sont rédigés en utilisant les guides de formulaires appropriés disponibles dans intranet.
- L'intervenant avise l'agente administrative de son service lorsque son rapport est prêt à être intégré dans le système PIJ. L'intégration de la section préparée par les services de réadaptation se fait par l'agente administrative du psychosocial qui l'a reçue de l'agente administrative en réadaptation. Ce rapport est conservé dans un fichier « Word » quelques jours pour permettre les dernières corrections, ensuite il est détruit. Si l'intervenant modifie la dernière version, il doit s'assurer d'en informer l'agente administrative pour qu'elle puisse y inclure les changements.
- Dès que la version finale d'un rapport a été complétée par l'agente administrative, cette dernière imprime une copie « papier » pour signature et le dépose au dossier de l'utilisateur. Par la suite, elle copie le contenu clinique dans l'onglet RAPPORT du système PIJ et procède à la fermeture du service, si requis.
- Le rapport est acheminé à la Chambre de la Jeunesse au moins 5 jours ouvrables avant l'audition afin de permettre à tous les acteurs impliqués d'en prendre connaissance.

SECTION IV – LA PARTICIPATION À L'ÉLABORATION D'UN PSI⁸

4.1 INFORMATION GÉNÉRALE SUR LE PSI (Boilard et al., 2008)

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule l'obligation de l'établissement d'élaborer, pour chaque personne inscrite à ses services, un plan d'intervention (article 102).

Le plan de services individualisé (PSI) est un outil de planification de l'intervention. Il est élaboré avec l'usager et/ou son représentant, la famille, les proches et les partenaires en vue de coordonner les interventions nécessaires pour répondre à leur situation et à leurs besoins, afin de favoriser ou de maintenir l'intégration et la participation sociale de l'usager (LSSSS). Un PSI est requis lorsque, pour une période déterminée, des services sont dispensés par des intervenants de plusieurs établissements. L'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui désigné après concertation entre eux, doit élaborer un tel plan. Le PSI génère autant de plans d'intervention qu'il y a d'établissements différents et s'actualise grâce à la mise en œuvre concertée de ces plans d'intervention (article 103).

Le *Cadre de référence : Plan de services individualisé Jeunesse en Montérégie* (Boilard et al., 2008) présente les points suivants :

Dans les faits, le PSI est un outil qui vise à se donner une lecture commune, qui permet de planifier, de coordonner et de réviser la démarche d'intervention auprès et avec le jeune et sa famille, de concert avec les intervenants concernés de plus d'un établissement ou organisme.

Boilard et al., 2008, p. 17.

Pour le jeune et sa famille, cette démarche clinique est importante parce qu'elle permet de clarifier les rôles de chacun en termes d'objectifs, de moyens et de résultats. Le PSI devient par le fait même un contrat d'engagement qui s'établit entre le jeune et sa famille et les intervenants.

*Pour ce faire, il est essentiel que le contenu du PSI soit simple, clair, réaliste et écrit dans des mots qu'ils comprennent, **fait avec eux** afin qu'ils se sentent concernés, qu'ils puissent se mobiliser et s'engager dans ce qu'ils ont à faire pour mieux surmonter leurs difficultés. Exceptionnellement, certaines circonstances peuvent moduler la participation du jeune et de sa famille à l'élaboration du PSI.*

Boilard et al., 2008, p. 17.

⁸ Nous remercions Monsieur Denis Adam de la DSJF pour son implication dans cette section.

Pour l'intervenant, c'est une démarche de concertation qui permet de planifier, de coordonner, d'actualiser et de réviser les stratégies ou les objectifs d'intervention, qu'il soit d'un CSSS, d'un centre jeunesse ou d'un autre établissement, organisme ou école. Cette démarche l'amènera à préciser et à mieux cibler les objectifs, les mandats, des activités à réaliser en lui permettant de savoir « où ils s'en vont » avec le jeune ou sa famille.

Pour le gestionnaire d'un établissement, le PSI est un outil pour permettre aux établissements de planifier et de coordonner les services qui seront dispensés par leurs intervenants en fonction des besoins du jeune et de sa famille selon l'article 103 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en cours de modification avec le projet de la *Loi numéro 83*.

En résumé, le PSI est avant tout un outil qui :

- Permet au jeune et à sa famille de participer à l'identification des services requis pour répondre à leurs besoins et de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur situation.
- Contribue à ajuster les services aux besoins spécifiques des enfants, des jeunes et des familles.
- Permet au jeune et à sa famille ainsi qu'aux intervenants des différents établissements, organismes ou écoles, de se concerter et de coordonner les services autour de la situation problématique.
- Permet aux gestionnaires de planifier les services et le support nécessaires aux intervenants.
- Permet aux acteurs concernés de partager les responsabilités en vue de l'actualisation du PSI.

Le PSI est un outil de coordination et d'intégration des services offerts par des intervenants venant d'établissements différents. Il est utilisé pour couvrir l'ensemble des besoins de la personne dans tous les domaines d'intervention. Le PSI constitue une démarche clinique établie avec le jeune et ses parents et comprend les éléments suivants :

- Une lecture commune des capacités et des besoins du jeune et de sa famille à partir d'une évaluation globale de leur situation.
- Une lecture commune de la priorisation des services requis.
- Une lecture commune de l'objectif général de l'intervention.
- Une lecture commune des stratégies d'intervention à mettre en œuvre pour effectuer une véritable intégration des principaux services à coordonner.
- La durée prévisible des services et la date de révision du plan.
- L'identification du responsable de la coordination ainsi que de la rédaction et de l'évaluation du plan, donc des indicateurs de résultats attendus.

4.2 AIDE-MÉMOIRE

Suite à un échange avec nos partenaires CSSS en février 2009, nous avons modifié le rôle des intervenants lors d'un placement en internat.

Lorsque le PSI est initié par l'intervenant à l'application des mesures (A/M) du CJM — jeunes LPJ/LSJPA :

- Premier niveau (PSI régulier) :

Nous estimons que l'intervenant usager est en mesure de coordonner l'ensemble des PSI sans support supplémentaire. Donc, il interpelle les acteurs concernés par la situation et coordonne le plan de service.

Lors de situations complexes requérant une analyse approfondie, l'intervenant usager interpelle son chef ou le CDP de son équipe pour l'aider à identifier des pistes de solution. Si le résultat est positif, il coordonne le PSI et effectue les opérations à cet effet.

- Deuxième niveau (PSI avec support du clinicien expert) :

Si la situation demeure insatisfaisante, le chef de service de l'intervenant usager interpelle le clinicien expert de son territoire. Celui-ci joue son rôle auprès des différents établissements. À la demande de l'intervenant, il peut l'assister dans l'élaboration du PSI.

- Troisième niveau (PSI avec la contribution de EIJ) :

Dans les dossiers très particuliers, lorsqu'aucun service disponible ne correspond aux besoins de la famille, le gestionnaire (agent de liaison du CJM) interpelle l'Équipe Intervention Jeunesse (EIJ). L'intervenant usager collabore comme les autres représentants des établissements à l'élaboration du PSI. La procédure de EIJ est présentée dans un document spécifique élaboré conjointement par les coordonnateurs EIJ et l'Agence. Le coordonnateur EIJ anime la démarche. L'intervenant usager coordonne et rédige le PSI.

Lorsque le PSI est initié par l'intervenant à l'évaluation/orientation (E/O) des signalements au CJM :

- En intervention terminale.
- Comme collaborateur.
- À titre de personne ressource :

L'intervenant du CJM participe à la rencontre du PSI. Il contribue à l'analyse et à l'identification des besoins de l'utilisateur. Il inscrit dans son suivi d'activités sa participation à la rencontre. Il donne les suites nécessaires.

Lorsqu'un PSI est initié par un CSSS — jeunes LSSSS :

Suite à la Table d'accès, lorsque la demande de placement en ressource de type familial (RTF), en ressource intermédiaire (RI) et en internat a été acceptée, l'intervenant du CSSS interpelle le responsable du service d'accès de son territoire. Celui-ci participe à la rencontre PSI. L'intervenant du CSSS est le coordonnateur du PSI. L'intervenant du CSSS est responsable d'organiser la rencontre PSI et c'est le répondant en matière de retrait du CSSS qui est responsable d'animer la rencontre. L'intervenant du CSSS écrit le PSI et en remet une copie aux participants. À la réception du PSI, le responsable à l'accès ouvre le PSI dans PIJ et inscrit les informations suivantes.

Dans la section SYNTHÈSE DES DONNÉES ET OPINION CLINIQUE (sections Bilan et Éléments cliniques nouveaux pour un PSI révisé), il indique qu'un PSI papier est au dossier de l'utilisateur avec la date de dépôt. Ensuite, il inscrit dans la section OBJECTIFS/MOYENS les objectifs identifiés dans le PSI avec la date et l'enregistre.

- Dans le cadre d'un placement en RTF, le responsable de l'accès du CJM indique qu'un PIFA sera inscrit dans SIRTF.
- Dans le cadre d'un placement en RI, l'intervenant psychosocial assigné à la ressource est responsable d'inscrire les objectifs et les moyens de réadaptation dans SIRTF.
- Dans le cadre d'un placement en internat, l'éducateur du jeune en internat est responsable d'écrire les objectifs et les moyens de la réadaptation. Celui-ci les fait parvenir à l'agente administrative désignée du service. Celle-ci ouvre dans PIJ l'onglet PI. Elle inscrit dans la section SYNTHÈSE DES DONNÉES ET OPINION CLINIQUE « *se référer au PSI du CSSS du jeune* ». Dans la section OBJECTIFS/MOYENS, elle inscrit ce que l'éducateur lui a remis.

Lorsqu'un PSI est initié par un intervenant CSSS dans le cadre de la LPJ :

- L'intervenant du CSSS est le coordonnateur du PSI, il le rédige et en remet une copie à toutes les personnes concernées. La personne la mieux placée au CJM participe à la rencontre. Selon le rôle qu'elle jouera, elle inscrit les informations dans PIJ soit dans le cadre d'un PI, ou soit dans son suivi d'activités.

L'annexe 5 démontre comment rédiger le PSI initial dans PIJ.

CONCLUSION

Ce *Processus d'intervention clinique* révisé se veut un support à la démarche clinique que nous entreprenons avec le jeune et sa famille.

Les changements législatifs, les plus récentes normes ministérielles, les choix organisationnels, tout comme l'expérimentation des dernières années, permettent de réaffirmer l'importance du PI-PSI comme outils de planification et de coordination de l'intervention clinique réalisée avec le jeune et sa famille. Le PIC réitère l'importance de la continuité informationnelle, la continuité professionnelle, la continuité relationnelle ainsi que la collaboration et la concertation avec nos partenaires.

De ce processus d'intervention clinique nous retenons :

- Qu'il est le reflet de nos valeurs et de nos principes.
- Qu'il s'harmonise avec le cadre légal, les orientations ministérielles et les approches préconisées au CJM.
- Que la participation active du jeune et de sa famille est encouragée et soutenue tout au long du processus clinique.
- Que la continuité informationnelle, la continuité professionnelle et la continuité relationnelle soutiennent la cohérence des interventions cliniques tout au long du processus.
- Que la rédaction des rapports cliniques est une activité professionnelle qui se fait dans le respect de l'intimité et de la dignité du jeune et de sa famille.
- Que la volonté de travailler en partenariat se traduit par un savoir-être, un savoir-faire et une vision commune de la situation d'un jeune et de sa famille dans le respect du rôle de chacun à travers l'élaboration d'un PI-PSI.

En conclusion, le processus d'intervention clinique vise à soutenir l'intervention afin de protéger, de traiter, de prévenir et de comprendre les difficultés psychosociales des jeunes et de leur famille. En plus d'être la structure qui soutient l'ensemble des interventions du clinicien, le processus d'intervention clinique est avant tout le moyen privilégié pour soutenir une intervention de qualité auprès des jeunes et de leur famille.

Ce sont eux qui sont au centre de notre intervention !

ANNEXE 1 : Dispositions réglementaires

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)*

Article 3

Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

Article 5

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Article 8

Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ses options avant de consentir à des soins le concernant.

Article 10

Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque ces plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Article 102

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Article 103

Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Article 104

Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10. Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

- *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements S.5, r.3.01*

Article 6

Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5) peut adopter par règlements nécessaires pour l'exercice des responsabilités de l'établissement, et il doit adopter des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activités de l'établissement :

21) les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des bénéficiaires;

Article 42

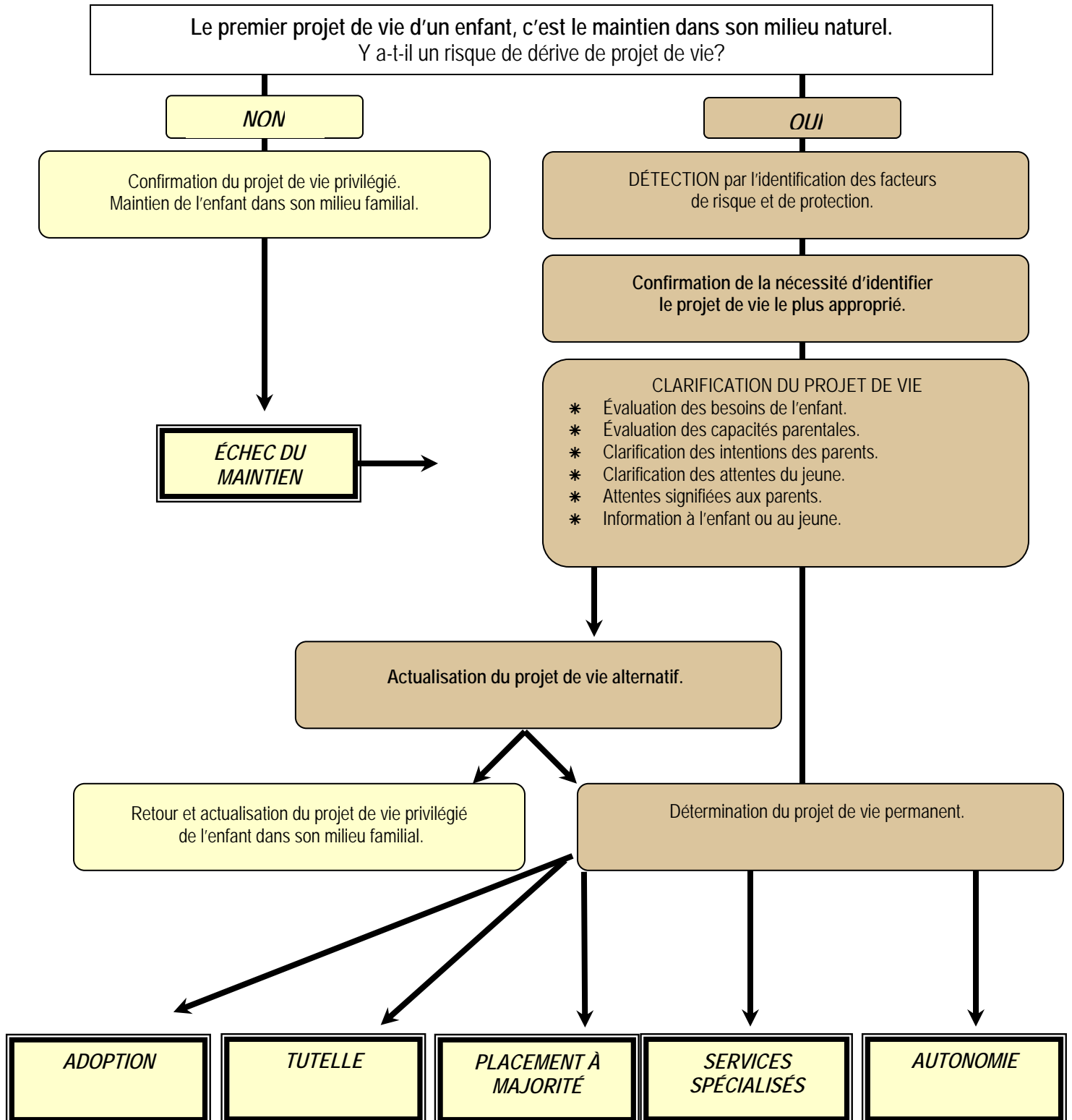
Un plan d'intervention est établi pour chacun des bénéficiaires admis ou inscrit dans un centre de réadaptation.

Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours.

Article 49

Le plan d'intervention établi pour chacun des bénéficiaires d'une famille d'accueil comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours.

ANNEXE 2 : Processus clinique de référence sur les projets de vie



ANNEXE 3 : Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence

Nom de l'usager : _____ Date de naissance : _____

Complété par : _____ Date : _____

La décision de retirer en urgence un enfant du milieu familial repose nécessairement sur **la gravité des faits** et sur **l'interaction** de critères et d'indicateurs.

Les questions suivantes doivent être considérées (en les adaptant à l'âge et à la situation spécifique de chaque enfant) pour alimenter la réflexion sur la pertinence de procéder à un retrait en urgence.

L'addition de réponses en grisé est révélatrice du niveau de gravité de la situation.

Questions clés	OUI	NON
Y a-t-il présence d'un danger actuel ou imminent pour la vie, la santé ou l'intégrité physique de l'enfant?		
L'enfant a-t-il besoin de protection dans l'immédiat?		
L'enfant est-il maltraité physiquement, abusé sexuellement ou sévèrement négligé?		
Est-ce que l'état de l'enfant nécessite un retrait d'urgence vers un milieu hospitalier qui devrait apprécier les besoins de soins médicaux?		
L'enfant se met-il en danger ou met-il les autres en danger? ⁹ Suicide ou santé mentale 2 ^e niveau?		
Est-ce que l'enfant propose ou participe à trouver une solution pour éviter son retrait dans l'immédiat?		
Sommes-nous en présence d'un refus catégorique de l'enfant de demeurer dans le milieu familial?		
Est-ce que les parents réalisent la gravité de la situation?		
Est-ce que les parents comprennent ce qui se passe (état de choc émotif, de toxicomanie, de santé mentale non contrôlé, etc.)?		
Est-ce que les parents proposent ou participent à trouver une solution pour éviter le retrait de l'enfant dans l'immédiat?		
Sommes-nous en présence d'un refus catégorique des parents de maintenir l'enfant dans le milieu familial?		
Est-ce qu'il y a une ressource dans le milieu familial qui peut assurer la sécurité et l'intégrité physique de l'enfant dans l'immédiat afin d'éviter le retrait en urgence?		
❖ S'il y a lieu, peut-on envisager que l'autre parent ou un autre membre de la famille puisse accueillir l'enfant?		
❖ Cette personne est-elle en accord de recevoir l'enfant?		
❖ Cette personne a-t-elle les capacités minimales pour recevoir l'enfant dans son milieu?		
❖ Est-ce que l'enfant est à l'aise avec l'idée d'être confié à son autre parent ou à un autre membre de la famille?		
Est-ce qu'il y a des ressources dans la communauté qui peuvent contribuer dans l'immédiat à éviter le retrait d'urgence?		
❖ Lesquelles?	X	X
Est-ce que des services sont disponibles dans l'immédiat pour éviter le retrait en urgence de l'enfant?		
❖ Lesquels?	X	X
Est-ce que les impacts du retrait d'urgence sont plus graves que les impacts éventuels d'un maintien de l'enfant dans son milieu?		

⁹ Dans un contexte d'un éventuel retrait en urgence, toute forme d'agir violent de l'adolescent à l'égard d'un membre de la famille qui est d'âge mineur, et ce, conformément à l'application de l'entente multisectorielle, devrait être l'objet d'une plainte policière en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Dans une situation où la victime est majeure, celle-ci doit être invitée à faire la divulgation policière. Advenant que l'action judiciaire ne permet pas la mise en place des conditions suffisantes pour atténuer la présence d'une tension extrême entre les parents et l'adolescent, la pertinence d'un retrait en urgence pourrait être considérée comme une avenue de solutions parmi d'autres.

ANNEXE 4 : Étapes de la médiation en protection de la jeunesse



Centre jeunesse de la Montérégie

Centre jeunesse Chaudière-Appalaches


LES ÉTAPES D'APPLICATION DE L'APPROCHE DE MÉDIATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE¹

ÉTAPE 1	ÉTAPE 2						ÉTAPE 3	
Accueil	Négociations sur intérêts						Résultat	
	Besoins			Options				
Information	Père	Mère	Enfant	Intervenant	Liste	Discussion	Choix	Projet d'entente
<p>Exposer le but et le contexte de la rencontre.</p> <p>Expliquer le mandat de la L.P.J. : mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et éviter qu'elle ne se reproduise, tout en privilégiant la participation active de l'enfant et de ses parents dans la prise de décision et le choix des mesures les concernant.</p> <p>Exposer les étapes (façons de faire) de l'approche de médiation et son application dans différentes situations.</p>	<p>Décoder, nommer et valider les besoins de chacun</p> <p>Repérer les besoins communs</p> <p>Prioriser les besoins de chacun</p>				<p>Amener les clients à énumérer des moyens (solutions) sans les personnaliser, sans les discuter.</p> <p>Proposer un nombre de moyens supérieur au nombre de personnes en présence, pour éviter toute personnalisation.</p>	<p>Discuter de tous les moyens énumérés dans la liste, en tenant compte des besoins priorités par chacun.</p> <p>Revenir sur les moyens avec, comme finalité, d'assurer la sécurité ou le développement du jeune.</p>	<p>Choisir une option qui satisfasse toutes les parties, incluant l'intervenant.</p>	<p>Toutes formes d'ententes :</p> <p>Écrites (mesures volontaires, PI, PSI ...). L'entente doit exposer clairement les éléments de compromission signalés, les besoins identifiés et les moyens choisis par le jeune et ses parents pour répondre aux besoins jugés prioritaires.</p> <p>Verbales sous diverses formes en réponse aux besoins des parties.</p>

¹Les étapes de l'approche de médiation en protection de la jeunesse permettent de conclure, avec les parties, une entente formelle dans le cadre de l'application de la L.P.J. Elles permettent ainsi de régler des différends susceptibles de surgir en cours d'intervention.

09-07-2009

ANNEXE 5 : Grille d'analyse multidimensionnelle

	GUIDE DE COLLECTE DE DONNÉES ¹⁰ GRILLE MULTIDIMENSIONNELLE SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS – ENSEMBLE DES PROGRAMMES	
	NOM DU JEUNE :	SERVICE :

JEUNE	R	P	COMMENTAIRES
Facteurs périnataux : grossesse, accouchement et poids à la naissance.			
Tempérament.			
Victime de négligence / d'abus physique ou sexuel / exposition à la violence familiale / délinquance.			
Aspect physique : Caractéristiques physiques – Santé – Propreté – Alimentation – Problèmes neurologiques.			
Habitudes de vie (drogue, alcool, sexualité, jeux de hasard, armes, etc.).			
Aspect intellectuel : Développement intellectuel – Niveau de langage.			
Rendement et fonctionnement scolaires – capacité de concentration, d'apprentissage.			
Aspect affectif : Âge au moment de l'apparition des difficultés ou symptômes.			
Type d'attachement.			
Estime de soi.			
Niveau d'impulsivité – Contrôle de soi – Capacité à gérer le stress et la colère.			
Habilité à résoudre un problème.			
Niveau de reconnaissance de ses difficultés et capacité à demander de l'aide.			
Aspect social : Compétences sociales (empathie, habileté à écouter, à communiquer, décodage de messages non verbaux).			
Type de valeurs (prosociales ou antisociales).			

¹⁰ Cette grille est un outil de travail servant à supporter la collecte de données, à ce titre il n'est pas nécessaire de remplir toutes les cases mais de l'utiliser en fonction de l'information disponible. La *Grille d'analyse multidimensionnelle* (CJM, 2002), version révisée en 2010 est présentée à l'Annexe 5 et est disponible sur intranet sous l'onglet OUTILS CLINIQUES.

JEUNE (suite)	R	P	COMMENTAIRES
Relations interpersonnelles (relations amoureuses, amitiés, pairs) – Activités privilégiées; place du jeune dans le groupe, isolement social.			
Adaptation sociale (comportements socialement acceptables ou non, etc.).			
Niveau de développement et fonctionnement général (forces et difficultés).			
Événements significatifs (placements, accidents, hospitalisations, etc.)			

PARENTS	R	P	COMMENTAIRES
Pour chaque parent : Histoire personnelle; événements significatifs, traumas, âge au premier enfant, présence ou absence de modèles d'identification positifs.			
Situation actuelle; niveau de scolarité, niveau socio-économique, expérience de travail.			
Stabilité sociale : emploi, résidence, etc.			
Relations entre les conjoints (si séparés) et relations conjugales antérieures.			
Relation conjugale actuelle (dynamique conjugale) : stabilité, niveau de satisfaction, présence de violence conjugale, niveau de reconnaissance des problèmes conjugaux.			
État de santé physique.			
Présence de difficultés personnelles : diagnostic en santé mentale – déficience intellectuelle – instabilité émotionnelle – autres problématiques.			
Historique de placement, d'hospitalisation, de médication, d'incarcération, de délaissement, de négligence, de mauvais traitements.			
Habitudes de vie : drogue, alcool, jeux de hasard, activités criminelles, etc.			
Valeurs : prosociales ou antisociales.			
Niveau de reconnaissance de leurs difficultés et capacité à demander de l'aide.			
Engagement des parents dans leurs rôles parentaux (protection, autorité, affection, éducation et identification).			
Type de pratiques éducatives : qualité de la supervision, utilisation de punitions et de renforcements, constance de chacun des parents, cohérence entre les parents.			

RELATIONS FAMILIALES	R	P	COMMENTAIRES
Type de famille (nucléaire, monoparentale ou recomposée) – Composition de la famille – Fratrie.			
Continuité de la présence des figures parentales.			
Qualité des liens entre les membres de la famille.			
Dynamique de la famille : les frontières entre les personnes et les générations, les rôles, les règles, les limites, la communication, les alliances et les coalitions.			
L'attachement parents-jeune.			
Place et rôle de la famille élargie.			
Présence ou absence de violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle.			
Niveau de la satisfaction mutuelle dans les relations.			

MILIEU SOCIAL	R	P	COMMENTAIRES
Intégration de la famille dans le milieu social (relation avec le voisinage, type de quartier, activités sociales ou sportives, type de fréquentations, relations et support dans le milieu de travail).			
Valeurs du milieu; milieu culturel, ethnique.			
Qualité du réseau naturel de soutien dans le milieu.			
Accessibilité des drogues et des armes.			
Niveau d'intégration du jeune à l'école : Climat de la classe et de l'école.			
Offre et participation à des activités parascolaires.			
Attitudes des enseignants et de l'ensemble du personnel envers le jeune.			
Type de clientèle scolaire.			

RÉSEAU DE SERVICES	R	P	COMMENTAIRES
Types de services reçus (CLSC, organismes communautaires, toxicomanie, CRDI, autres CJ, milieu hospitalier, ergothérapie, orthophonie, psychologie, etc.).			
Résultats des mesures et services antérieurs.			
Suivi des recommandations en lien avec des évaluations antérieures en psychologie, pédopsychiatrie ou autres.			
Outils cliniques utilisés et leurs résultats			
Accessibilité aux services.			

ANNEXE 6 : L'intervention minimale terminale

(Orientations des DPJ sur l'intervention terminale en protection de la jeunesse, 2008b)

L'intervention terminale en protection de la jeunesse est une intervention applicable dans un contexte volontaire, réalisée par l'intervenant qui a fait l'évaluation et qui 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, et de référer l'enfant et ses parents à d'autres services, si cela s'avère requis.

Pour respecter le but de l'intervention terminale, celle-ci devrait se réaliser dans les 60 jours qui suivent la décision de compromission.

Une intervention terminale est indiquée lorsque :

- Les faits sont établis, mais ne présentent pas une chronicité importante.
- Les parents et l'enfant possèdent un potentiel de responsabilisation et de mobilisation qui, supporté, 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 plus de 14 ans 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 avec les parents et l'enfant de 14 ans et plus, le cas échéant, et viser un changement significatif pour éliminer la situation de compromission.

Le changement portera sur des faits, des comportements et des conditions de vie précises à l'origine de la compromission. Le changement attendu apparaît réalisable dans le délai de 60 jours, à cause du potentiel de mobilisation et de responsabilisation des parties impliquées et des moyens pouvant être mis en place pour assurer ce changement.

ANNEXE 7 : Application du processus d'intervention clinique

Collecte de données, analyse et actions à réaliser	
<p style="text-align: center;">PJ</p> <p>Intervenants équipe RTS, E/O, intervenant ressource et révision, éducateurs, jeune et sa famille (autres acteurs)</p> <p>Traitement du signalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Retenir ou non le signalement à l'aide du SSP. o Rédiger le <i>rapport RTS</i> dans PIJ. <p>Évaluation de la compromission :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Statuer si la sécurité et le développement sont compromis à l'aide du SSP. o Rédiger le <i>rapport d'évaluation</i> dans PIJ. <p>Orientation :</p> <p>COLLECTE DE DONNÉES :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Consulter les dossiers antérieurs. o Observer, recueillir les informations auprès des collaborateurs internes et externes. o Utiliser des outils proposés par le SSP ou par les programmes d'intervention clinique. o Organiser les données selon le modèle multidimensionnel. <p>ANALYSE :</p> <p>Avec l'aide du SSP et en collaboration avec la famille et les intervenants impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> o 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, des besoins non répondus. o Émettre une hypothèse sur le sens des symptômes. o Évaluer les déterminants de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> • Capacité; • Reconnaissance; • Motivation. o Choisir entre une intervention terminale ou un transfert à l'application des mesures. o Réunir la <u>Table d'orientation</u> : établir avec le jeune, la famille et les intervenants impliqués le BUT et L'OBJECTIF GÉNÉRAL. o Déterminer avec eux si l'élaboration d'un PSI est pertinente à ce moment de l'intervention (section IV). o Rédiger le <i>rapport d'orientation</i> dans PIJ. 	<p style="text-align: center;">LSJPA</p> <p>Intervenant DSJF équipe délinquance, éducateurs, jeune et sa famille (autres acteurs)</p> <p>Demande d'évaluation d'éligibilité (PPCP) :</p> <p>(Intervenant responsable des évaluations sommaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Évaluer l'éligibilité à une sanction extrajudiciaire. o Choisir entre l'arrêt des procédures, le renvoi au PPCP pour une judiciarisation ou une sanction extrajudiciaire. o Rédiger le <i>rapport d'évaluation</i> dans PIJ. <p>Demande de Rapport Prédécisionnel (RPD) (Tribunal) :</p> <p>(Intervenant responsable de l'évaluation)</p> <p>COLLECTE DES DONNÉES :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Consulter les dossiers antérieurs. o Observer, recueillir les informations auprès des collaborateurs. o Utiliser le <i>Jesness</i> (CJM, 2007b) et la <i>Fiche criminométrique</i> (CJM, 2007b). o Organiser les données selon le modèle spécifique au programme délinquance. <p>ANALYSE :</p> <p>En collaboration avec les acteurs impliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Établir le profil délinquantiel. o 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. o Émettre une hypothèse systémique sur le sens de la délinquance de l'adolescent dans l'équilibre de la famille. o Évaluer les déterminants de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> • Capacité; • Reconnaissance; • Motivation. o Recommander une peine. Établir l'OBJECTIF GÉNÉRAL de l'intervention et le niveau d'intensité souhaité. o Rédiger le RPD dans PIJ ou le rapport de profil délinquantiel.

ANNEXE 8 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA

Appropriation et mise à jour des données et actions à réaliser	
<p style="text-align: center;">LPJ</p> <p style="text-align: center;">(Intervenant A/M, équipe DSJF, intervenant ressource, éducateurs, jeune et sa famille) (autres acteurs)</p> <p><u>Nouvel intervenant au dossier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o S'approprier les informations cliniques au dossier de l'usager : signalement, services antérieurs, rapport d'évaluation, rapport d'orientation, inventaire des besoins. o Vérifier auprès du jeune et de sa famille l'évolution de la situation et l'état actuel des déterminants de l'intervention (capacité, reconnaissance, motivation). o Recueillir les informations auprès des éducateurs et autres collaborateurs. o Susciter une compréhension commune de la situation entre collaborateurs (éducateurs externes, en internat, ressource intermédiaire). o Valider avec le jeune et sa famille et les collaborateurs : <ul style="list-style-type: none"> • Une compréhension commune de la situation. • Une compréhension commune du BUT et de l'OBJECTIF GÉNÉRAL déterminés à la Table d'orientation. o Initier la démarche d'élaboration d'un PSI dans certains cas. 	<p style="text-align: center;">LSJPA</p> <p style="text-align: center;">(Intervenant DSJF, équipe délinquance, éducateurs, jeune et sa famille) (autres acteurs)</p> <p><u>Nouvel intervenant au suivi des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o S'approprier les informations cliniques au dossier de l'usager : services antérieurs, rapport pré-décisionnel. o Si absence de RPD, effectuer l'évaluation différentielle : un RPD sans peine recommandée (rapport dans PIJ). o Vérifier auprès du jeune et sa famille de l'évolution de la situation et de l'état actuel des déterminants de l'intervention (capacité, reconnaissance, motivation). o Recueillir les informations auprès des éducateurs et autres collaborateurs. o En unité de vie, utiliser le <i>Risks & Needs</i> (Andrews, Bonta, Hoge, 1990). o Susciter une compréhension commune de la situation entre collaborateurs (éducateurs externes, en internat, ressource intermédiaire). o Valider avec le jeune, sa famille et les collaborateurs : <ul style="list-style-type: none"> • Une compréhension commune de la situation. • Une compréhension commune du sens de la peine ordonnée. • Une compréhension commune de l'OBJECTIF GÉNÉRAL de l'intervention indiqué dans le RPD. o Initier la démarche d'élaboration d'un PSI dans certains cas.

ANNEXE 9 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA

Élaboration du plan d'intervention et actions à réaliser	
<p>LPJ</p> <p>Intervenant DSJF, éducateurs, intervenant ressource, jeune et sa famille (autres acteurs)</p>	<p>LSJPA</p> <p>Intervenant DSJF, éducateurs, jeune et sa famille (autres acteurs)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Déterminer lors d'une rencontre avec le jeune et sa famille les objectifs spécifiques (réponses aux besoins) visés dans la prochaine période. S'associer l'éducateur et tout autre acteur impliqué. ○ Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille. ○ Préciser les activités cliniques offertes par les différents intervenants. ○ Déterminer avec le jeune et sa famille la date de la prochaine révision du PI. ○ Rédiger le <i>plan d'intervention</i> dans PIJ. Donner une copie au jeune et à sa famille et en faire parvenir une aux collaborateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Déterminer lors d'une rencontre avec le jeune et sa famille les objectifs spécifiques visés dans la prochaine période, s'associer l'éducateur et tout autre acteur impliqué. ○ Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille. ○ Préciser les activités cliniques offertes par les différents intervenants. ○ Déterminer avec le jeune et sa famille la date de la prochaine révision de PI. ○ Rédiger le <i>plan d'intervention</i> dans PIJ. Donner une copie au jeune et à sa famille et en faire parvenir une aux collaborateurs.

ANNEXE 10 : Application du Processus d'intervention clinique à la LPJ et la LSJPA

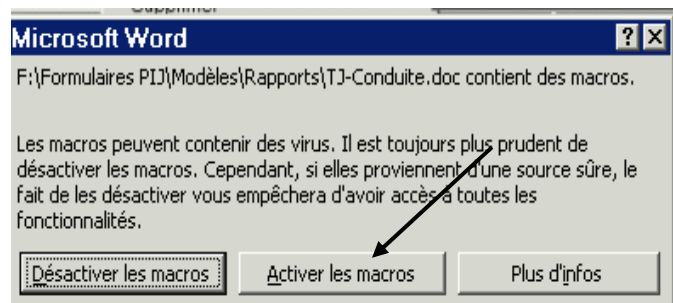
Révision du plan d'intervention et actions à réaliser	
LPJ	LSJPA
<p style="text-align: center;">Intervenant DSJF, éducateurs, intervenant ressource, jeune et sa famille (autres acteurs)</p> <p>N.B. : parfois en coïncidence avec la révision PJ.</p> <p>Au préalable, effectuer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un bilan avec la famille d'accueil ou la ressource intermédiaire. ○ Des rencontres avec le jeune et les parents pour préparer la révision du PI (et PJ). <p>Ensuite, lors d'une rencontre (inviter les intervenants impliqués) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire un bilan commun des réalisations avec le jeune et sa famille. ○ Valider l'analyse antérieure de la situation. <p><u>Option A) : Maintien du but et de l'objectif général</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réviser les objectifs spécifiques (besoins). ○ Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille (options). ○ Préciser les activités cliniques offertes par les intervenants. ○ Après la rencontre, rédiger le <i>Plan d'intervention révisé</i> dans PIJ, le faire parvenir au jeune et à la famille et aux intervenants partenaires. ○ Le cas échéant : <ul style="list-style-type: none"> • Réviser la contribution de la famille d'accueil. • Rédiger le rapport de <i>révision</i> si la révision PJ a lieu en même temps. • Rédiger le rapport <i>d'évolution</i> si une nouvelle comparution au tribunal est requise. <p><u>Option B) : Modification du but et de l'objectif général</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procéder obligatoirement d'abord à une révision PJ. ○ Procéder à l'élaboration d'un plan d'intervention révisé. 	<p style="text-align: center;">Intervenant DSJF, éducateurs, jeune et sa famille (autres acteurs)</p> <p>*Le PI n'est pas révisé dans le cas de peines de moins de 6 mois, sauf dans les cas de mise sous garde.</p> <p>Au préalable, effectuer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un bilan avec la famille d'accueil ou la ressource intermédiaire. ○ Des rencontres avec le jeune et les parents pour préparer la révision du PI. <p>Ensuite, lors d'une rencontre (inviter les intervenants impliqués) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire un bilan commun des réalisations avec le jeune et sa famille. ○ Valider l'analyse antérieure de la situation. ○ Réviser les objectifs spécifiques. ○ Préciser les moyens choisis par le jeune et sa famille. ○ Préciser les activités cliniques offertes par les intervenants. ○ Rédiger le <i>Plan d'intervention Révisé</i> dans PIJ (voir section II). Le faire parvenir au jeune et à la famille et aux intervenants partenaires. <p>Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réviser la contribution de la famille d'accueil. <p>*Si une nouvelle peine s'ajoute à celle en cours, on révisé le PI.</p>

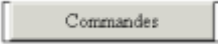
ANNEXE 11 : L'accès aux modèles

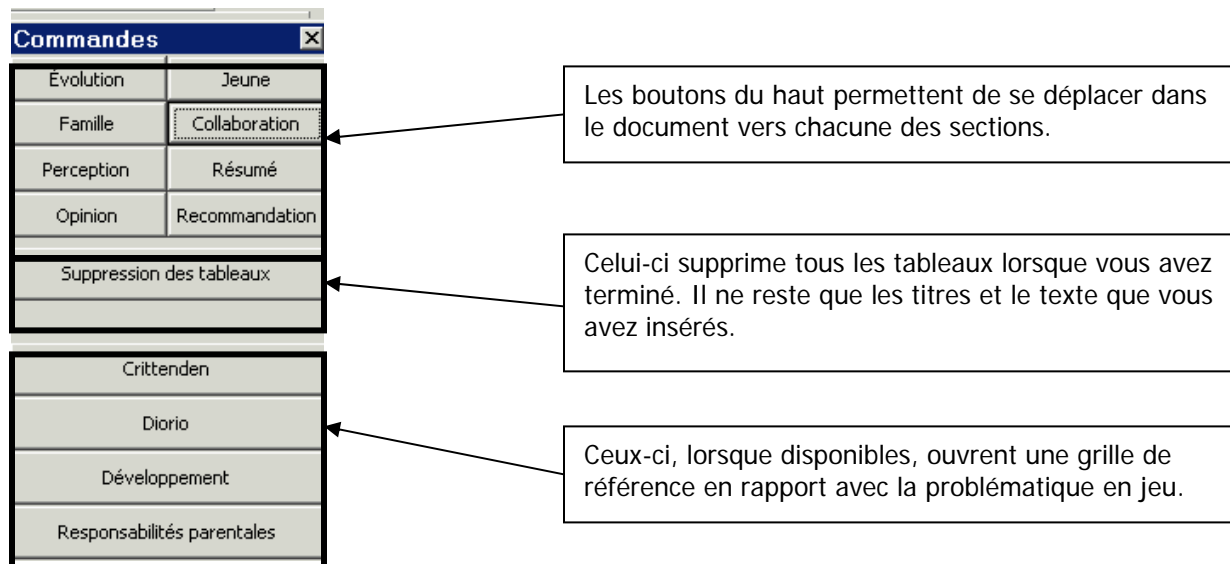
Les modèles sont accessibles en suivant le chemin suivant : *Onglet Bienvenue dans Lotus Notes, Gestion documentaire, Services professionnels, et Processus d'intervention clinique*. La liste des rapports apparaîtra. Ils sont aussi accessibles via le moteur de recherche d'intranet.

L'UTILISATION DES GUIDES

Les plupart des guides sont conçus selon le même principe. En ouvrant un modèle de rapport, un tableau de commande apparaît.



En cliquant sur **ACTIVER LES MACROS**, le modèle de rapport s'ouvre et le bouton  apparaît au début du rapport. Il permet d'ouvrir cette fenêtre.



Évolution	Jeune
Famille	Collaboration
Perception	Résumé
Opinion	Recommandation
Suppression des tableaux	
Crittenden	
Diorio	
Développement	
Responsabilités parentales	

Les boutons du haut permettent de se déplacer dans le document vers chacune des sections.

Celui-ci supprime tous les tableaux lorsque vous avez terminé. Il ne reste que les titres et le texte que vous avez insérés.

Ceux-ci, lorsque disponibles, ouvrent une grille de référence en rapport avec la problématique en jeu.

Chacune des sections du rapport présente un guide de rédaction qui vous rappelle le contenu à élaborer dans cette partie du rapport. La première partie détermine les informations générales à toutes les problématiques, et la seconde précise les données à inclure selon la problématique spécifique. Exemple :

Description de la situation en lien avec la situation de compromission

▪ Caractéristiques et besoins spécifiques du jeune

Noter l'**évolution** des caractéristiques qui avaient été retenues lors du rapport précédent, généralement le rapport d'orientation. Faire le lien avec l'atteinte des objectifs du PI. Il ne s'agit pas de reprendre intégralement le contenu du rapport précédent s'il n'y a pas de lien avec la démonstration souhaitée.

EN GÉNÉRAL, (**Bouton** Diorio et **Bouton** Développement) :

- Histoire du jeune, les événements significatifs.
- Niveau de développement et son fonctionnement dans les différentes sphères de sa vie (ses forces, ses qualités, ses faiblesses et ses besoins en lien avec la situation de compromission).
- Selon lui, quelles sont ses forces, ses besoins répondus, les difficultés vécues (besoins non répondus), les solutions (options) déjà tentées, les services déjà reçus et sa relation avec les intervenants.

ANGLE SPÉCIFIQUE AUX PROGRAMMES :

- Négligence (**Bouton Diorio** et **Bouton Développement**) :
 - Le type de négligence observé : au plan physique, au plan de la santé, au plan éducatif.
 - Les séquelles de la négligence sur le développement (physique, intellectuel, émotif, social, comportemental).
 - Indice de relations parents-enfants difficiles.

L'intervenant écrit dans la partie grise en bas du guide de rédaction.

À la fin, il revient au début du rapport et repère le bouton

Suppression des tableaux

ANNEXE 12 : Guide de rédaction PSI initial

DÉFINITION

Le *Cadre de référence* : *Plan de services individualisé Jeunesse Montérégie*, 2^e édition (Boilard et al., 2008), adopté par le Conseil d'administration du Centre jeunesse de la Montérégie en juin 2005.

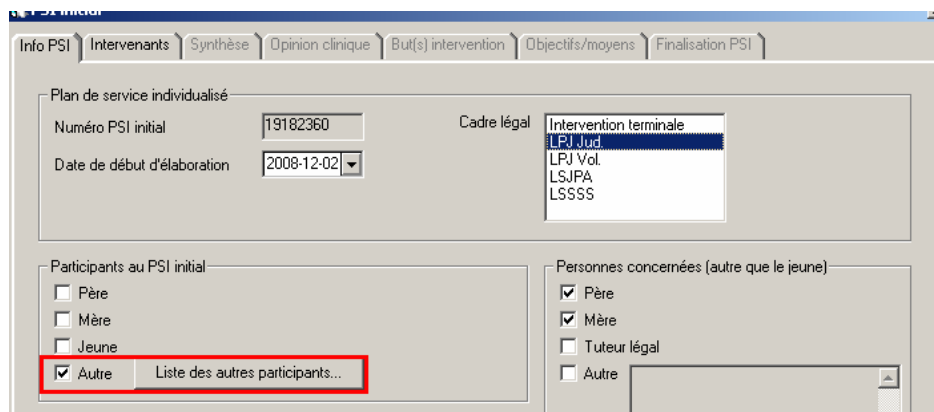
« Le PSI est un outil qui vise à se donner une lecture commune, qui permet de planifier, de coordonner et de réviser la démarche d'intervention auprès et avec le jeune et sa famille, de concert avec les intervenants concernés de plus d'un établissement ou organisme. »

Boilard et al., 2008, p. 17.

Le guide de rédaction facilite la rédaction du PSI initial dans PIJ. Il indique, onglet par onglet, comment procéder et comment organiser le texte à y insérer le cas échéant.

ONGLET — Info PSI

- Choisir le cadre légal approprié.
- Indiquer les participants à la rencontre d'élaboration du PSI.
- La case AUTRE permet de préciser le nom, le lien et la fonction des partenaires impliqués dans le PSI. Cette action permettra également de voir le nom des participants lors de l'impression et la signature du PSI. C'est à cet endroit qu'il faut inscrire les partenaires qui participent au PSI.



- La section PERSONNE CONCERNÉE n'est pas obligatoire.

ONGLET — INTERVENANT

Coordonnateur interne :

- Ouvrir l'onglet. Dans un PSI, le rôle de coordonnateur est toujours obligatoire. Dans la majorité des cas, le coordonnateur du PSI est l'intervenant usager puisqu'il est le maître d'œuvre de son dossier. Il suffit alors d'ajouter une assignation interne, inscrire son numéro d'intervenant dans la case prévue à cet effet et cliquer sur le bouton RECHERCHER. Les informations de l'intervenant devraient s'afficher. Sélectionner ensuite le rôle COORDONNATEUR et la DATE DE DÉBUT, qui doit être égale à la date de début d'élaboration saisie dans l'onglet INFO PSI.

The screenshot shows the 'PSI initial' application window with the 'Intervenants' tab selected. The interface includes a table for 'Liste des assignations' with columns for 'Élément', 'Nom', 'Type', 'Rôle', 'Date début', and 'Date fin'. Below the table are buttons for 'Ajouter', 'Supprimer', 'Appliquer', and 'Défaire'. The 'Type d'assignation' section has two radio buttons: 'Interne' (selected) and 'Externe'. The 'Affectation' section contains fields for 'Code élém. struct.' (2170), 'Description élém.' (St-Jean Enfance), 'No. intervenant' (2092), and 'Nom, prénom' (Dubois, Danièle), along with 'Rechercher...' and 'Effacer critères' buttons. The 'Assignation' section has a 'Rôle' dropdown menu set to 'Coordonnateur' and a 'Date de début' dropdown menu set to '2008-12-02', with a 'Date de fin' dropdown menu set to '- -'.

Coordonnateur externe :

- Dans certains dossiers, comme dans les situations en LSSSS, le coordonnateur peut être un intervenant externe à l'établissement. Un coordonnateur externe est habituellement un intervenant qui est une personne significative pour l'utilisateur. Son action sera présente tout au long du PSI.
- Il faut d'abord que la personne qui saisit le PSI dans PIJ, s'assigne comme RESPONSABLE, puis ajoute une assignation de type COORDONNATEUR à l'intervenant externe. Sélectionner le bouton RADIO EXTERNE, sous le type d'assignation. Sélectionner le type d'établissement, puis l'établissement de l'intervenant externe et cliquer sur le bouton RECHERCHER. Si le nom de l'intervenant concerné n'est pas présent dans la liste, il faudra alors créer un nouveau dispensateur externe.

PSI initial

Info PSI | Intervenants | Synthèse | Opinion clinique | But(s) intervention | Objectifs/moyens | Finalisation PSI

Liste des assignations

Élément	Nom	Type	Rôle	Date début	Date fin
St-Hubert Enfance	Tremblay, Stéphane L. (F)	Interne	Responsable	2009-10-06	

Ajouter
Supprimer
Appliquer
Défaire

Type d'assignation
 Interne Externe

Identification
 Nom, Prénom: [] [] Rechercher...
 Type établissement: CLSC/Centre de Santé Établissement: CLSC de La Pommeraie Effacer critères

Assignation
 Rôle: Coordonnateur
 Date de début: 2009-10-06 Date de fin: - -

PSI initial

Info PSI | Intervenants | Synthèse | Opinion clinique | But(s) intervention | Objectifs/moyens | Finalisation PSI

Liste des assignations

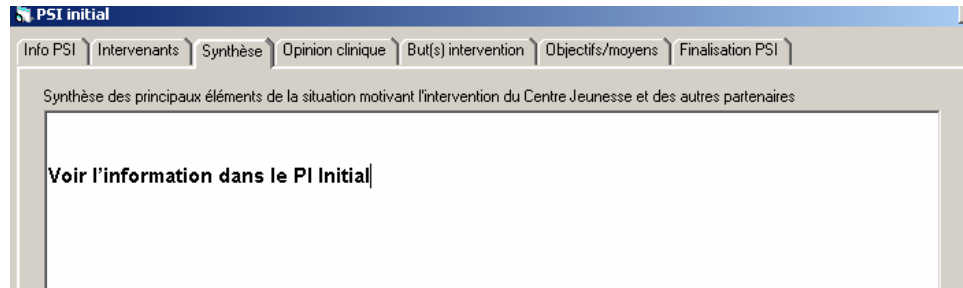
Élément	Nom	Type	Rôle	Date début	Date fin
St-Hubert Enfance	Tremblay, Stéphane L. (F)	Interne	Responsable	2009-08-03	
CLSC Longueuil-Ouest	Lescarbeau, Sophie	Externe	Coordonnateur	2009-08-03	

Ajouter
Supprimer
Appliquer
Défaire

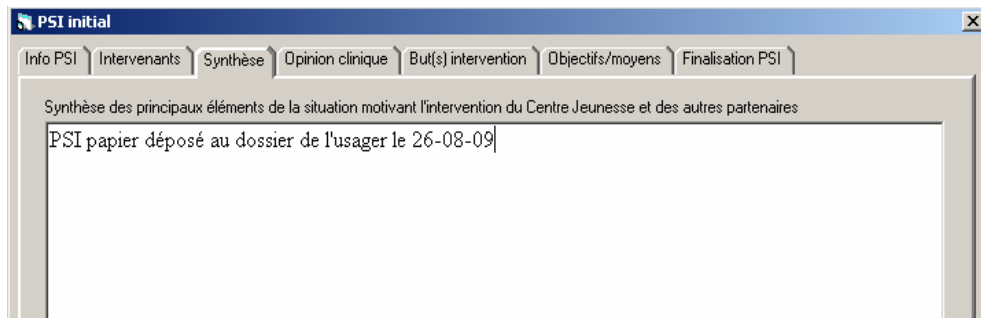
- Enregistrer le PSI avant de poursuivre.

ONGLETS — SYNTHÈSE DES DONNÉES ET OPINION CLINIQUE

- Dans les situations où vous avez créé le PI dans PIJ, saisir la note suivante : ➔ « *Voir l'information dans le PI initial ou PI révisé* ».
- **Pour cette fenêtre, l'information saisie dans le PI initial ne doit pas être copiée.**

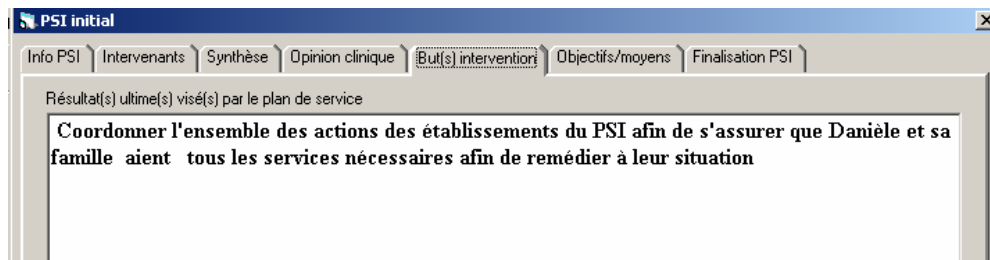


- Dans les situations où il n'y a pas de Plan d'intervention par un intervenant du CJM, saisir la note suivante : ➔ « *PSI papier déposé au dossier de l'utilisateur le ...* » (date à laquelle le PSI a effectivement été déposé).



ONGLET — BUT DE L'INTERVENTION

- Donne le sens du PSI. Répond aux besoins de l'enfant.



ONGLETS — OBJECTIFS / MOYENS

- Dans l'onglet OBJECTIF, spécifiez l'établissement concerné par l'objectif. Saisir dans la section PERSONNE CONCERNÉE la ou les personnes visées par l'objectif. Utiliser la catégorie AUTRES pour ajouter une autre personne de la famille élargie.

Numéro	Résultat recherché
20476167	Objectifs CSSS
20476170	Objectifs CJ Montérégie
20476172	Objectifs CPE
20476339	Objectif Virage

Résultat recherché
Objectifs CSSS

Personne(s) concernée(s) par l'objectif
 Père Mère Jeune Autre Remarque

La ou les personnes concernées sont en accord

- Lors de situations en LSSSS et que le jeune est hébergé en famille d'accueil, un PIFA se doit d'être fait par l'intervenant usager CSSS en collaboration avec l'intervenant ressource. On devrait faire une référence à ce PIFA dans un des objectifs. Créer un objectif PIFA, inscrire comme seul moyen : « Voir au dossier papier ». L'établissement responsable est le Centre jeunesse de la Montérégie.
- Ouvrir le sous-onglet **MOYENS** (sur le côté). Utiliser la commande **AJOUTER** et inscrire les services et/ou objectifs ciblés par l'établissement. Utiliser la commande **APPLIQUER** à chaque fois et ensuite la commande **AJOUTER** avant d'en formuler un autre.
- Pour chaque moyen identifié à l'atteinte de l'objectif, l'établissement responsable doit être identifié.

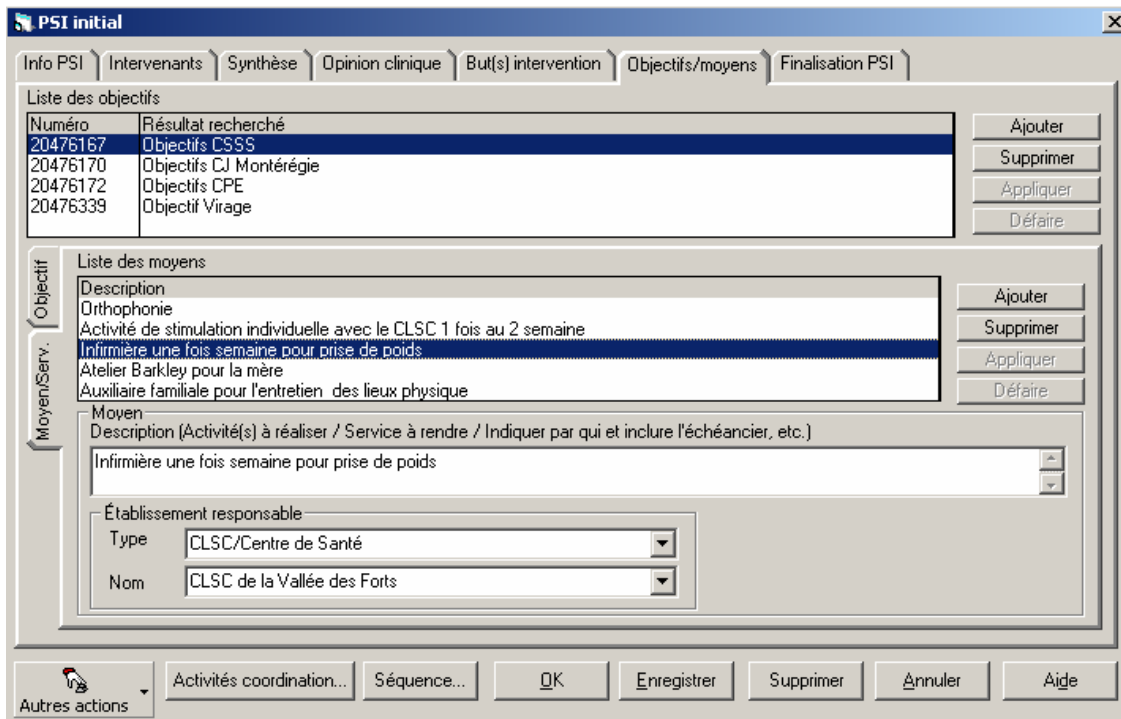
Numéro	Résultat recherché
21846410	PIFA

Liste des moyens

Description
Voir au dossier papier

Moyen
Description (Activité(s) à réaliser / Service à rendre / Indiquer par qui et inclure l'échéancier, etc.)
Voir au dossier papier

Établissement responsable
Type: Centres Jeunesse
Nom: CJ Montérégie



- Terminer la rédaction de l'objectif de l'établissement par la commande **APPLIQUER** du sous-onglet objectif.
- **Enregistrer** le PSI avant de poursuivre.
- Pour ajouter d'autres objectifs, refaire la même procédure.
- **Enregistrer** le PSI avant de poursuivre.

ONGLET — FINALISATION DE PSI

- Terminer la rédaction du PSI en y inscrivant les dates suivantes :
 1. Date de la fin de la rédaction du PSI.
 2. Date de la remise du PSI aux différentes parties concernées.
 3. Date de la révision du PSI. Cette date est convenue entre les différentes parties dans les 3 à 6 mois (ne pas dépasser 180 jours calendrier) suivant la remise du PSI aux parties. La révision du PSI doit se faire en fonction de l'évolution de la situation et répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille.

ATTENTION : LORSQUE CES DATES SERONT SAISIÉS ET ENREGISTRÉES, LE PSI NE SERA PLUS MODIFIABLE.

RÉVISION DU PSI

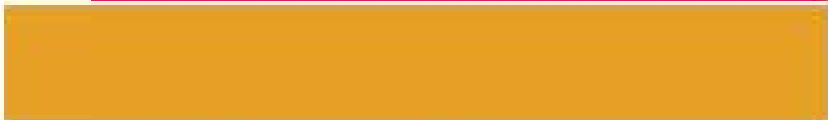
Pour créer la révision du PSI, vous devez générer la révision dans le PSI actif. Le système vous ouvrira donc une nouvelle fenêtre vous permettant de travailler dans un PSI révisé (voir guide de rédaction du PSI révisé).

RÉFÉRENCES

- Analyse. (2005). **Le petit Larousse**. Paris : Larousse.
- Andrews, Don; Bonta, John; Hoge, Robert. (1990). **Risk/Needs Assessment inventory**. Toronto: University Carleton.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2005). **Guide de formateur : les aspects juridiques de la protection de l'enfance et de la jeunesse centrée sur la famille**. Plan national de formation [PNF]. Montréal : L'Association.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2007). **Cadre de référence pour l'étape application des mesures**. Montréal : L'Association
- Association des centres jeunesse du Québec. (2008a). **Cadre de référence en matière de projet de vie**. Montréal : L'Association.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2008b). **Orientations des DPJ sur l'intervention terminale en protection de la jeunesse**. Montréal : L'Association.
- Boillard, Louise (et al.). (2008). **Cadre de référence : Plan de services individualisé Jeunesse* en Montérégie** (2^e éd.). Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Boudreau, Jean; Laforest, Suzette. (2005). **Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes : normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux**. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (1996). **Le plan d'intervention et le plan de services individualisé : cadre de référence et modèle de pratique**. Longueuil : Les Centres, Direction des services professionnels.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (1999a). **Plan de relance PI-PSI – phase II**. Marcel Bonneau. Longueuil : Les Centres, Direction des services professionnels.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (1999b). **Règlement relatif à la gestion des plans d'intervention et des plans de services individualisés**. Longueuil : Les Centres.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2002). *La grille d'analyse multidimensionnelle*. In : **Ensemble pour le jeune et ses parents : programme d'intervention en troubles de la conduite**. Longueuil : Les Centres, Direction des services professionnels. pp 36-41.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2003a). **Plan d'organisation**. Longueuil : Les Centres.

- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2003b). **Processus clinique**. Longueuil : Les Centres, Services de réadaptation en internat.
- Centres jeunesse de la Montérégie (Les). (2003c). **Politique et procédures relatives au dossier de l'utilisateur**. Longueuil : Les Centres.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005a). **Le processus d'intervention clinique au CJM**. Longueuil : Le Centre.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005b). **Offre de service du Centre jeunesse de la Montérégie**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2006). **Plan d'implantation (2006-2009) des outils cliniques obligatoires au CJM**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007a). **Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007b). **Devenir responsable dans sa communauté : Programme d'intervention en délinquance : Répertoire des activités et instruments cliniques : Cahier 1**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007c). **Grille de soutien à la prise de décision de retrait en situation d'urgence**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2007d). **Politique relative à la continuité des services**. Longueuil : Le Centre.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2008). **Protocole sur le recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif**. Longueuil : Le Centre, Direction des services de réadaptation en internat.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2009). **Procédure d'application de la politique relative à la continuité des services dans les situations de changement de ressource d'hébergement pour un jeune placé**. Longueuil : Le Centre.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2011). **Tronc commun aux programmes d'intervention clinique**. Longueuil : Le Centre, Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire. (2006). **Guide de rédaction : Rapport évaluation / orientation**. Montréal : Le Centre.
- Filion, Lorraine. (2006). **Approche médiation auprès des familles en difficultés : un bref survol**. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Gendreau, Gilles (et al.). (2001). **Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative**. Montréal : Sciences et culture.

- Giard, Marie. (2004). **Écrire, c'est intervenir : guide d'animation sur les suivis d'activités**. Longueuil : Les Centres jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels.
- Groupe de travail sur la révision du Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse. (1998). **Manuel de référence sur la protection de la jeunesse**.
- Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand. (1967). **Vocabulaire de la psychanalyse**. Paris : Presses universitaires de France.
- Loi sur la protection de la jeunesse. **L.R.Q., chapitre P-34.1, version à jour au 1^{er} janvier 2010** [En ligne]. Consulté le 19 janvier 2010, tiré de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
- Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. **L.C. 2002, ch. 1, version à jour au 31 décembre 2009** [En ligne]. Consulté le 22 janvier 2010, tiré de <http://lois.justice.qc.ca/PDF/Loi/Y/Y-1.5.pdf>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. **L.R.Q., chapitre S-4.2, version à jour au 1^{er} janvier 2010** [En ligne]. Consulté le 22 janvier 2010, tiré de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Marcotte, Richard, et al. (1997). **Évaluation du processus de médiation en protection de la jeunesse**. Lévis : Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches.
- Programme de mesures de rechange autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de la Justice, R.Q. c. P-34.1, r.2** [En ligne]. Consulté le 6 mai 2010, tiré de <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rq-c-p-34.1-r2/derniere/rq-c-p-34.1-r2.html>



centrejeunessemontaregie.qc.ca