

PROTOCOLE D'ARRIMAGE

concernant



LA CLIENTÈLE NON COLLABORATRICE ET L'ACCÈS AUX SERVICES

entre

**Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
et les Centres de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

Préparé par : **Gina Landry**, Cadre support à l'implantation des amendements LPJ, Direction de la protection de la jeunesse

VERSION FINALE – MARS 2011



Le Centre jeunesse
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Les centres de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Table des matières

Introduction.....	Page 3
L'INTERVENTION AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE NON COLLABORATRICE.....	Page 5
1. Définitions.....	Page 6
- La reconnaissance / la motivation / l'analyse des capacités parentales - Le consentement / le volontariat - L'intervention d'autorité / l'intervention d'autorité du DPJ - Les facteurs de risque / facteurs de protection et les éléments de pondération - Tableau de pondération des indicateurs au plan de la reconnaissance, des capacités parentales et de la motivation - Considérations reliées aux stratégies d'intervention / la recherche de consensus	
2. Le partage des responsabilités.....	Page 14
3. Les critères et les délais relatifs à l'intervention.....	Page 16
4. L'accès aux services.....	Page 19
5. Certaines conditions favorisant l'arrimage.....	Page 25
SIGLES ET ACRONYMES.....	Page 27
PRINCIPALES RÉFÉRENCES.....	Page 28
ANNEXE (extrait du SRISIS).....	Page 30

A noter que l'emploi unique de la forme masculine n'a pour but que d'alléger le texte.

Introduction

La démarche des mandats d'arrimage s'est inscrite dans la concrétisation du principe de responsabilité collective à l'égard des enfants et des familles de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Inspiré par le dynamisme et l'esprit de concertation régionale et porté par l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services, le directeur de la protection de la jeunesse du CJMCQ, monsieur Dominique Lafrance, a convoqué ses principaux partenaires : l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux et le milieu scolaire. Le but de la démarche a été de clarifier la définition des modalités d'arrimage et les responsabilités de chacun des partenaires impliqués auprès de la clientèle « Jeunes en difficulté ». De premier plan, soulignons l'impact des amendements à la Loi sur la protection de la jeunesse, cette loi d'exception qui influe sur la pratique sociale et invite à des ajustements importants, parfois même contraignants.

Considérant l'évolution de la pratique sociale auprès d'une clientèle en grand besoin et souvent très vulnérable, cette démarche conjointe s'est actualisée en tenant compte des changements progressifs qui s'orchestrent, mais surtout avec l'assurance d'un engagement de réseau dans le respect des missions et mandats respectifs de chacun. Ce protocole s'inspire et tient compte des orientations ministérielles contenues dans le Programme-services Jeunes en difficulté, des travaux réalisés ou en cours par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (cadres de référence, entre autres) et d'autres partenaires jeunesse. De plus, la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le manuel de référence sur la protection de la jeunesse constituent nos principales sources de référence.

Cinq comités de travail ont été mis en œuvre afin d'examiner les composantes des cinq mandats retenus :

- Mandat 1 : Le trouble de comportement et la gestion de la crise
- Mandat 2 : Le retrait et le placement dans le cadre de la LSSSS
- Mandat 3 : La clientèle non collaboratrice et l'accès aux services
- Mandat 4 : La négligence
- Mandat 5 : Le besoin de service immédiat et les vérifications complémentaires

C'est avec le souhait de favoriser une compréhension commune et partagée des différentes définitions pour converger vers des modalités plus fluides et concrètes d'arrimage, renforçant ainsi nos mécanismes actuels de liaison et de concertation que s'est orchestré l'ensemble de la démarche. Cette dernière vise ultimement à apporter la réponse la plus adaptée au besoin de l'enfant et de sa famille en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Chaque participant impliqué dans la démarche des mandats d'arrimage a fait preuve d'un souci constant à l'égard de la dimension opérationnelle dans le but d'apporter un éclairage plus juste et uniforme à l'intention des acteurs de premier plan que sont les intervenants.

Je tiens à remercier chaleureusement les membres du comité de travail :

Annie Hamelin, CSSS de Trois-Rivières

Annie Labelle, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Evelyne Lambany, CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska

Éric Tremblay, CSSS de l'Énergie

Sylvie Bouchard, CJMCQ

Sylvain Cyr, CJMCQ

Monique Gévry, CJMCQ

Robert Levasseur, CJMCQ

Il m'apparaît important de souligner également l'apport, le soutien constant, la disponibilité de madame Jocelyne Desbuquois, secrétaire de direction au CJMCQ. Elle a fait preuve d'une très grande efficacité, de même que d'une générosité de son temps et de son implication par sa présence régulière et soutenue lors des réunions et, tout particulièrement, pour la mise en page et la correction du présent protocole.

Des éléments incontournables ont été traduits à travers nos rencontres. Tous les partenaires jeunesse se sont entendus pour considérer l'importance :

- de l'enfant et de son besoin légitime d'aide et de soutien qui commande disponibilité, honnêteté et persévérance dans l'intervention (aller au-delà d'un premier refus)
- du parent comme partenaire et premier responsable des réponses à donner à l'enfant en tout temps
- d'une intervention précoce au bon moment, par le bon service, le temps nécessaire
- d'une lecture juste pour distinguer la hauteur du besoin traduit par le symptôme (intériorisé ou extériorisé)
- d'une évaluation rigoureuse comme assise de la planification de l'intervention (PI)
- d'une action concertée, lorsque plusieurs acteurs sont impliqués, qui passe par l'utilisation des mécanismes d'arrimage
- du respect des paramètres de confidentialité.

Ce protocole mettra un accent particulier sur les étapes de maillage qui interpellent un lien entre partenaires ou plus d'un partenaire dans la dispensation de services à l'enfant et à sa famille. Il situera les principales définitions, les principes d'intervention, le partage des responsabilités et inclura certaines conditions favorisant la collaboration.

L'intervention auprès d'une clientèle non collaboratrice

Les amendements à la LPJ, effectifs depuis juillet 2007, ont modifié les motifs d'intervention du DPJ (regroupés sous six problématiques de l'article 38) et ont, par le fait même modifié le cadre d'interprétation du besoin de protection et du besoin de service. Ils ont donc un impact direct sur la dispensation de service auprès d'une clientèle en grands besoins, souvent multiples et complexes. Bien qu'ayant confirmé le principe de responsabilité collective en interpellant chaque acteur jeunesse au plan de son organisation de service et de ses collaborations, les amendements posent le défi de l'accompagnement de la clientèle, parfois peu collaboratrice, voire même résistante, et ce pour diverses raisons. Le défi que représente l'intervention auprès d'une clientèle non collaboratrice nous interpelle tous ; il suppose un arrimage fort entre les dispensateurs de services combiné à un regard sur les stratégies et façons de faire pour découvrir comment « faire autrement » pour rejoindre cette clientèle en besoin. Il est de notre responsabilité à tous de bien l'informer et l'accompagner pour faciliter l'accès et la compréhension de la valeur ajoutée que représente le service. Le *Programme-services Jeunes en difficulté* soutient toute l'importance d'agir en concordance avec les principes d'accessibilité, de continuité, de qualité et d'efficience.

LA PROTECTION DE L'ENFANT AU SENS DE LA LPJ

La protection d'un enfant consiste à apporter une réponse à ses **besoins fondamentaux**. Elle vise à corriger les situations où la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, parce que certains besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits. Ainsi, la LPJ ne vise pas toutes les situations d'enfants pouvant avoir besoin d'aide ou de services spécifiques. L'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles doit être réservée à des situations graves ou exceptionnelles prévues à la LPJ.

L'obligation d'informer et d'accompagner vers les services (article 45.1 LPJ)

« Si le directeur ne retient pas un signalement pour évaluation, il doit en informer la personne qui avait signalé la situation. De plus, lorsque la situation le requiert, il doit informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. Il doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense le service l'information pertinente sur la situation. Il peut, le cas échéant, les conseiller sur le choix des personnes ou des organismes pouvant les accompagner et les assister dans leur démarche. Le DPJ doit, lorsque pertinent et nécessaire, particulièrement dans les situations où l'enfant et ses parents éprouvent des difficultés, les informer des services et des ressources disponibles dans leur communauté et leur expliquer les modalités d'accès ».

L'obligation d'informer et d'accompagner le client vers les services, la pertinence du besoin de service parallèle au besoin de protection interpellent les intervenants de tout établissement à situer certains indicateurs souvent liés à la reconnaissance et à la motivation. La notion de capacité parentale fait également partie des éléments discriminants à considérer pour évaluer le besoin de service autant que le besoin de protection. Les discussions dans le cadre du présent mandat ont établi de premier plan l'importance de définitions et de paramètres communs pour mieux situer l'état de besoin perçu et reconnu. L'outil ICBE (inventaire du comportement et du bien-être de l'enfant) a inspiré tant les définitions que les indicateurs suivants qui sont regroupés sous forme de tableaux en page 10 et 11 du présent protocole.

LA RECONNAISSANCE se définit comme l'action de reconnaître; l'acte par lequel on admet une obligation (responsabilité).

- ☒ Reconnaissance des faits, de la présence des éléments essentiels à la situation présentée.
- ☒ Reconnaissance des impacts négatifs de la situation pour l'enfant, actuels ou potentiels.
- ☒ Reconnaissance de la nécessité d'agir pour corriger ou améliorer la situation.

La reconnaissance doit être suffisante sans pour autant être pleine et entière. Différenciation nécessaire entre le vouloir, le pouvoir et le faire.

LA MOTIVATION est un processus qui met la personne en mouvement et fait persister ses actions.

- ☒ La plupart des théories de la motivation s'accordent pour dire que les gens initient et maintiennent leur comportement parce qu'ils croient que celui-ci leur permettra d'atteindre un but, une conséquence désirée ou d'éviter une conséquence indésirable.
- ☒ La motivation n'est pas un préalable à l'intervention mais un objectif en soi qui implique non seulement le client mais aussi l'intervenant.
À toutes les étapes du processus d'intervention, nous devons devenir des experts dans la motivation au changement pour des gens qui en ont grand besoin. Ceci signifie travailler à bâtir une alliance avec le client qui permet de faire émerger le besoin de changement, d'atteindre un équilibre entre le malaise et l'espoir, de soutenir ce moteur au changement qu'est la motivation.

L'ANALYSE DES CAPACITÉS PARENTALES

La capacité de prise en charge des parents réfère à leurs attitudes et comportements, à leur motivation, à leurs capacités personnelles d'assurer la protection et la réponse aux besoins de leur enfant autant qu'à s'adresser ou à utiliser les ressources du milieu. Cette capacité s'observe de façon particulière lorsque les parents reconnaissent la situation, qu'ils sont conscients de son impact, qu'ils veulent et peuvent prendre les moyens pour y remédier et qu'ils prennent effectivement les moyens. Sont-ils en mesure d'agir concrètement et d'obtenir des résultats ?

Deux angles sont à considérer :

- ☒ **Celui de la capacité parentale** : les ressources et les qualités personnelles des parents en regard de leurs responsabilités.

Les capacités parentales réfèrent au potentiel du parent, actualisé ou latent, lui permettant d'exercer son rôle. À la différence de la compétence parentale, la capacité parentale comporte une dimension de permanence et de limite. Par exemple, le parent qui a un déficit cognitif a une limite objective permanente. Bien qu'il puisse vouloir pousser au maximum l'exercice de sa compétence et bien qu'il puisse trouver des mécanismes de soutien lui permettant de compenser les limites de ses capacités, il ne peut pas modifier sa capacité. Cette incapacité parentale peut également être associée à un problème personnel qui s'avère chronique, comme la toxicomanie, problématique de santé mentale, limitations cognitives, entre autres.

- ☒ **Celui de la compétence parentale** : la façon d'accomplir les tâches parentales et d'assumer certaines responsabilités.

Les compétences parentales, dont l'équivalent est les « habiletés parentales » réfèrent à la somme des attitudes et des conduites favorables au développement normal de l'enfant. Les compétences peuvent s'améliorer ou se détériorer dans le temps. Les principales fonctions parentales, telles que définies par le PNF (Programme national de formation), sont : l'affection, la protection, l'éducation, l'autorité, l'identification et la socialisation.

Les définitions suivantes sont majoritairement tirées de L'Entente Cadre sur le partenariat CLSC-Centre Jeunesse (2001).

LE CONSENTEMENT

Est un acquiescement donné à un projet; une décision de ne pas s'y opposer. Il réfère aux besoins inhérents à la situation de l'utilisateur. Le consentement, dans le cadre de nos interventions, représente un accord, entre l'utilisateur et nous, sur une définition de sa situation problème et sur la forme d'aide à lui apporter. Nul besoin d'être motivé ni même de vouloir pour y consentir. Un utilisateur peut très bien consentir à des soins ou à des services, même en l'absence d'une grande volonté ou motivation, s'il les juge, en toute connaissance de cause, nécessaires.

La motivation et la volonté peuvent certes affecter un consentement, mais elles ne sont pas le consentement. Cependant, le consentement peut former le germe d'une motivation et d'une volonté future.

Le consentement n'implique pas que ce à quoi l'utilisateur consent va être facile ou agréable. Le consentement peut même s'avérer franchement difficile ou contraignant, mais il suppose que l'utilisateur a été dûment consulté et informé; qu'il a bien compris la nature de ses difficultés, des forces qui sont en jeu et de ses besoins en regard de sa situation; qu'il a pleinement conscience des implications des choix qu'il s'apprête à faire. Notre responsabilité est d'aider l'utilisateur à y voir clair.

LE VOLONTARIAT

Nous proposons de définir le volontariat en nous référant à ce droit de l'usager de donner ou de refuser son consentement et aux devoirs qu'implique pour l'intervenant le fait d'obtenir ce consentement.

Ainsi, un client volontaire est un usager envers qui nous avons rempli nos obligations et qui, ce faisant, a pu donner son consentement de manière libre et éclairée. En certaines circonstances, diverses stratégies devront être tentées dans un temps défini pour obtenir le consentement. L'usager refuse ou nous retire son consentement, nous sommes alors, et uniquement alors, en droit de considérer qu'il est non volontaire.

L'INTERVENTION D'AUTORITÉ

L'autorité est une capacité qui permet à des personnes d'influencer d'autres personnes et il n'y a pas d'intervention psychosociale possible sans exercice d'une réelle capacité d'influence.

Intervenir d'autorité n'est donc pas quelque chose que nous pouvons choisir de faire ou de ne pas faire. D'office, nous faisons figure d'autorité du fait de notre profession et du fait que nous exerçons notre métier dans un établissement public d'aide à l'enfant et à sa famille. Nous devons prendre conscience de l'autorité inhérente au fait d'être un intervenant; reconnaître et accepter que nous avons un réel pouvoir d'influence et faire l'exercice de cette capacité d'influence à l'intérieur des limites tracées par nos lois et nos missions respectives.

L'INTERVENTION D'AUTORITÉ DU DPJ

Pour mener à bien son mandat de protection, le DPJ a un *pouvoir de décision*; *lui seul* décide de retenir un signalement; *lui seul* décide si la situation de l'enfant requiert sa protection; *lui seul* décide de l'orientation de l'enfant et s'il y a opposition, *il a le pouvoir* de saisir le tribunal de sa situation; *lui seul* décide du moment de fermer le dossier. *Il a le pouvoir* d'enquête qui lui permet de mener à bien l'évaluation d'un signalement qu'il a retenu. *Il a le pouvoir* de donner ou de retirer une autorisation de prise en charge. Enfin, de manière exceptionnelle, *il a le pouvoir* d'imposer certaines mesures de protection dans un contexte d'urgence.

Rappelons sa responsabilité (depuis les amendements - article 45.1 de la LPJ) d'informer et d'accompagner vers les services disponibles dans leur milieu, d'où la mise en place de l'application des fiches de liaison informatisées sur l'ensemble du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

En LPJ, les quatre grands facteurs d'analyse que sont les faits, la vulnérabilité, la capacité parentale et la capacité du milieu sont en trame de fond de toute décision. L'identification de **facteurs de risque et de protection** vient compléter le regard sur la situation autant que de permettre d'établir une gestion de risque. Elle permet ultimement de soutenir le niveau de service requis par l'orientation et le choix des mesures.

LES FACTEURS DE RISQUE	LES FACTEURS DE PROTECTION
Facteurs ayant la propriété d'accroître la probabilité qu'apparaisse chez un individu un désordre émotif ou comportemental. • Facteurs de risque individuels : facteurs de vulnérabilité tels que l'âge, le degré d'autonomie, les particularités (déficience ou déficit), entre autres. • Facteurs de risque environnementaux : alcoolisme ou toxicomanie des parents, exposition à la violence conjugale, instabilité conjugale, psychopathologie d'un parent, pauvreté, stressseurs chroniques, isolement, entre autres.	Facteurs exerçant une fonction médiatrice ayant pour effet d'amoinrir l'impact négatif des facteurs de risque. • Facteurs de protection individuels : facteurs de résistance tels que l'âge, le degré d'autonomie, les capacités et les forces. • Facteurs de protection environnementaux ou de compensation : présence d'un réseau familial et social, qualité, proximité et continuité des liens, accès facile à des ressources (par exemple : présence des services du réseau ou autres).

ÉLÉMENTS DE PONDÉRATION

La gestion du risque est appuyée sur la pondération des facteurs de risque / facteurs de protection en considérant les éléments suivants :

- ☒ Impacts sur l'enfant
- ☒ Atteinte à l'intégrité physique ou psychologique
- ☒ Services antérieurs
- ☒ Placements antérieurs
- ☒ Qualité / continuité des liens
- ☒ Position de l'enfant face aux services
- ☒ Position des parents face aux services
- ☒ Qualité des moyens pris par les parents
- ☒ Facteurs de compensation : les identifier, les qualifier, situer leur durée
- ☒ Autres éléments

Face à une clientèle non collaboratrice, l'objectivation des éléments ou facteurs liés à la reconnaissance, la motivation et les capacités parentales pose souvent un défi. Le tableau suivant relatif à la **PONDÉRATION DES INDICATEURS LIÉS À LA RECONNAISSANCE, LA MOTIVATION ET LA CAPACITÉ PARENTALE**, directement inspirée de l'outil ICBE, vise à rendre plus uniforme l'évaluation de ces facteurs-clés pour l'intervention.

Ce tableau regroupe, en plus des définitions, des niveaux pondérés qui pourront servir, d'une part à l'évaluation et d'autre part à l'intervention. Elle permet d'avoir un langage commun et une lecture partagée, pour mieux ajuster nos stratégies d'intervention et soutenir le cheminement de cette clientèle en besoin.

Les zones « en gris » nous interpellent au plan de l'intervention dans les stratégies à mettre en place pour renforcer les facteurs de protection.

TABEAU DE PONDÉRATION DES INDICATEURS. En LPJ la grille d'analyse comprenant les quatre grands facteurs [faits, vulnérabilité, capacités parentales et capacités du milieu] est en trame de fond dans l'analyse de toute situation dirigée vers le DPJ.

RECONNAISSANCE		
Selon le <i>Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales</i> (ICBE)		
Reconnaissance des faits, de la présence des éléments essentiels à la situation présentée. Reconnaissance des impacts négatifs de la situation pour l'enfant, actuels ou potentiels. Reconnaissance de la nécessité d'agir pour corriger ou améliorer la situation. La reconnaissance doit être suffisante sans pour autant être pleine et entière.		
Niveau 1: Adéquat <i>Bonne compréhension et reconnaissance des responsabilités</i>	Niveau 2: Modérément inadéquat <i>Incompréhension partielle et reconnaissance seulement limitée des responsabilités</i>	Niveau 3: Sérieusement inadéquat <i>Ne reconnaît aucune responsabilité personnelle</i>
Le parent comprend le type de problème que la famille/l'enfant vit, s'entend avec les autres sur la sévérité du problème. Le parent est conscient du degré d'insatisfaction des besoins de l'enfant aux plans physique, social ou émotionnel. Le parent comprend bien sa responsabilité ou sa part de responsabilité ou sa contribution au problème. Il en accepte la complète responsabilité si c'est le cas.	Le parent comprend le type de problème qui existe mais ne s'entend pas à propos de la sévérité. Le parent peut manquer de connaissances adéquates à propos du développement de l'enfant et de l'exercice du rôle de parent. Il accepte seulement une responsabilité limitée pour l'existence du problème, en autant qu'il soit responsable. Une meilleure compréhension peut amener une plus grande acceptation des responsabilités, si c'est le cas.	Le parent peut avoir une compréhension minimale du problème mais ne reconnaît pas du tout qu'il est responsable ou qu'il contribue au problème, en tout ou en partie. Le parent n'accepte aucune responsabilité pour l'insatisfaction des besoins de l'enfant. Il manifeste une opinion inflexible comme quoi les autres, la société, etc. sont les seuls à blâmer, même si ce n'est pas le cas.
	Facteurs de risque et de protection.	Questionner le recours au signalement en PJ.

CAPACITÉS PARENTALES (Selon le document : L'orientation et guide du choix du régime et des mesures, ACJQ 2010, adopté par la Table des DPJ)
Les capacités parentales peuvent être mesurées à la lumière des indices suivants : • Les parents et l'enfant sont en mesure de donner un consentement libre et éclairé. • Ils identifient certains éléments reliés au problème et des moyens à mettre en œuvre pour arriver à le résoudre. • Ils sont conscients des efforts requis. • Ils ont les capacités suffisantes pour faire et assimiler les apprentissages nécessaires. <u>Une attention particulière doit être apportée aux clientèles suivantes qui présentent des caractéristiques pouvant nous porter à présumer qu'il y a des limites à leur motivation ou à leur capacité à s'engager véritablement</u> : Parents ou enfants présentant des problèmes psychiatriques / Parents ou enfants ayant des problèmes de toxicomanie / Parents ou enfants vivant dans un contexte criminogène / Parents ou enfants ayant une déficience intellectuelle.

MOTIVATION

Selon le Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE)

La plupart des théories de la motivation s'accordent pour dire que les gens initient et maintiennent leur comportement parce qu'ils croient que celui-ci leur permettra d'atteindre un but, une conséquence désirée ou d'éviter une conséquence indésirable. Elle est conditionnée par le degré de souffrance liée à la situation du moment, l'espoir de s'en sortir, l'aide escomptée, le respect et la confiance manifestés à leur égard par l'intervenant, peu importe l'étape ou l'établissement. La motivation est aussi tributaire dans le temps de l'état de crise, des délais et de la continuité de l'intervention sans laquelle elle risque de s'étioler.

Niveau 1: Adéquat <i>Montre certaines préoccupations et une confiance réaliste</i>	Niveau 2: Marginalement adéquat <i>Montre une certaine préoccupation mais manque de confiance</i>	Niveau 3: Modérément inadéquat <i>Semble concerné mais ne prend pas de responsabilité</i>	Niveau 4: Sérieusement inadéquat <i>Indifférent, apathique</i>	Niveau 5: Sévèrement inadéquat <i>Rejet du rôle parental</i>
Le parent est intéressé au bien-être de l'enfant. Il veut satisfaire ses besoins physiques, sociaux, émotifs dans la mesure où il les comprend. Il a une confiance réaliste dans le fait qu'il peut surmonter le problème et qu'il est capable de demander de l'aide quand le besoin se fait sentir.	Le parent est concerné par la santé et le bien-être de l'enfant. Il veut satisfaire ses besoins. Le parent manque de confiance quant au fait de surmonter le problème et s'attend à avoir des échecs. Pour une raison ou pour une autre, il peut ne pas demander de l'aide quand c'est nécessaire. Par contre, lorsqu'il prend une décision ou entreprend une action pour résoudre un problème, il peut faire preuve de bon jugement.	Le parent semble concerné à propos du bien-être de son enfant et prétend qu'il veut satisfaire ses besoins. Toutefois, le parent a des problèmes en démontrant une certaine négligence, en faisant des erreurs. Le parent peut être désorganisé, ne prend pas assez de temps, ne fait pas assez attention. Il peut mal interpréter les signaux en provenance de l'enfant, il peut démontrer un manque de jugement. Par contre, le parent ne semble pas renoncer intentionnellement à son rôle. Il a fait preuve de certains remords en cas d'échecs.	Le parent n'est pas assez concerné par les besoins de l'enfant, de sorte qu'il n'en fait pas une priorité, cela lui demande trop de temps ou d'argent. Cet état de chose entraîne l'insatisfaction d'un ou de plusieurs besoins aux plans physique, social ou émotionnel chez l'enfant. Le parent n'a pas les bonnes priorités lorsque vient le temps de prendre soin de l'enfant. Il peut adopter une attitude d'indifférence ou cavalière. Il peut démontrer un manque d'intérêt envers l'enfant, son bien-être et son développement. Toutefois, il ne rejette pas activement son rôle parental.	Le parent rejette activement son rôle parental, adoptant une attitude hostile envers les soins à apporter à l'enfant. Il croit que les soins à l'enfant lui sont imposés et peut demander à être soulagé de cette responsabilité. Il peut prendre l'attitude que ce n'est pas sa responsabilité, son «job».
	Facteurs de risque et de protection.	Facteurs de risque et de protection.	Facteurs de risque et de protection.	Questionner le recours au signalement en P.J.

CONSIDÉRATIONS RELIÉES AUX STRATÉGIES D'INTERVENTION

- ☒ La motivation est un élément déterminant à inclure dans le cadre de l'intervention; elle implique non seulement le client mais également l'intervenant.
- ☒ Faire émerger le besoin de changement en visant l'atteinte d'un équilibre entre le malaise et l'espoir.
- ☒ Dépasser un premier refus et persister dans l'offre de service (relancer, rappeler, écrire, etc.).
- ☒ Faire une lecture juste de la situation en mettant au premier plan les besoins de l'enfant et les impacts projetés de l'intervention.
- ☒ Reconnaître et créditer les forces et le pouvoir d'action du client, si minimes soient-ils.
- ☒ Planifier l'intervention en signifiant les attentes avec transparence.
- ☒ S'engager à demeurer transparent tout au long du processus.
- ☒ Prendre une position claire face à la violence ou à tout comportement inacceptable (négligence ou autre).
- ☒ Partager les situations en équipe pour permettre de garder un certain recul et une objectivité face à l'intervention.

LA RECHERCHE DE CONSENSUS - L'APPROCHE DE MÉDIATION

Les principes portés par l'approche de médiation sont établis sur :

- ☒ la capacité des personnes à définir leurs propres besoins et leurs propres solutions à condition qu'ils reçoivent un accueil et un accompagnement approprié.
- ☒ La nécessité d'une approche globale et systémique auprès de toutes les personnes en conflit.
- ☒ Un accent sur les compétences, les forces et les besoins plutôt que sur les limites et les problèmes.

2.

Le partage des responsabilités

La clientèle non collaboratrice nous interpelle tout particulièrement au plan de notre savoir-faire et notre savoir-être. L'investissement des moments de transition et des mécanismes de concertation prend tout son sens pour assurer la continuité de l'intervention (besoin de service faisant suite à un besoin de protection, par exemple). Cette clientèle commande, par sa méfiance ou sa résistance au service, une rigueur au plan des engagements : stabilité (respect des plages de rendez-vous, entre autres), cohérence, et transparence, le tout appuyé sur des considérations de respect.

Puisque le transfert en besoin de service suppose que le client a signifié son accord, il faut savoir profiter de cette ouverture, parfois plutôt mince, et s'installer rapidement en mode réponse en considérant :

- ☒ Le temps comme facteur favorable.
- ☒ Le partage d'information avec le partenaire et la complicité dans la stratégie d'intervention à mettre en place.
- ☒ La rigueur dans le respect des engagements puisque tout changement ou report de rendez-vous risquera d'alimenter le doute ou la méfiance.
- ☒ La transparence dans les attentes qui passe par la reconnaissance des forces en ciblant les zones d'amélioration.
- ☒ L'heure juste sur la valeur ajoutée du service, son rôle et ses effets bénéfiques à moyen/long terme.
- ☒ L'alliance possible entre partenaires, convenue et autorisée, pouvant prendre la forme d'une relance, d'une rencontre (accompagnement) ou d'une intervention téléphonique selon le but poursuivi et la stratégie établie, et ce, dans l'intérêt de l'enfant.

DANS LE CADRE D'UN TRANSFERT EN BESOIN DE SERVICE VERS LE PARTENAIRE CSSS OU EN COURS DE PROCESSUS D'INTERVENTION EN PJ

Lorsque le signalement est en traitement, l'intervenant du service RTS :

- ⇒ Informe et accompagne le client vers les services tel que stipulé à l'article 45.1 de la LPJ par l'envoi de la fiche de liaison informatisée.
- ⇒ Situe les motifs de référence et la contribution du service aux parents /enfant (donne de l'information et un avis clinique).
- ⇒ S'assure de bien cibler la position des parents et de l'enfant face à la référence et la valide de façon transparente (perception face à la reconnaissance du problème et la motivation vers les services, entre autres).
- ⇒ Transmet l'information concernant la reconnaissance, la motivation et les capacités parentales au partenaire.
- ⇒ Dans des situations particulières (dossier connu) et lorsque convenu avec le chef du service RTS, il pourra faire un appel téléphonique auprès du client en réitérant les implications positives de la référence vers les services du partenaire CSSS, entre autres.

DANS LE CADRE D'UN TRANSFERT EN BESOIN DE SERVICE VERS LE PARTENAIRE CSSS OU EN COURS DE PROCESSUS D'INTERVENTION EN PJ

La personne autorisée par le DPJ (à l'évaluation-orientation ou à l'application des mesures) :

- ⇒ Interpelle le partenaire vers qui il réfère dès la prise de décision quant au besoin de service (avant la fin de l'intervention en protection) par l'envoi d'une fiche de liaison informatisée et tout document pertinent acheminé au même moment.
- ⇒ Situe les motifs de référence et la contribution du service aux parents et à l'enfant (donne de l'information et un avis clinique).
- ⇒ S'assure de bien cibler la position des parents et de l'enfant face au transfert et la valide de façon transparente (perception face à la reconnaissance du problème et la motivation vers les services, entre autres).
- ⇒ Transmet l'information concernant la reconnaissance, la motivation et les capacités parentales au partenaire en établissant une stratégie de transfert en conséquence.

L'intervenant du CSSS :

- ⇒ Prend connaissance de la référence (fiche de liaison) dans un délai de 72 heures ouvrables.
- ⇒ Participe au mécanisme convenu (transfert personnalisé, TLOS, contribution au PSI, révision).

Dans des situations particulières, c'est-à-dire quand un lien significatif a été créé entre la personne autorisée par le DPJ et le client (parent /enfant), lorsque convenu avec le chef du service concerné (EO ou jeunesse), la personne autorisée par le DPJ pourra participer à une relance par une présence à une rencontre ou un appel téléphonique auprès du client. Il pourra alors réitérer les impacts positifs de son implication vers les services du partenaire CSSS, entre autres.

Au préalable, chaque demande de cet ordre aura fait l'objet d'une discussion clinique entre la personne autorisée par le DPJ et son chef ; cette discussion mesurera l'impact projeté en considérant de premier plan tout aspect lié à la confidentialité. Le client doit être consulté et en accord avec la démarche.

3.

Les critères et les délais relatifs à l'intervention

DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Étapes	Délais	Critères
RTS	Codification des signalements : - code 1 = immédiat, dans les 24 h - code 2 = dans les 48 h - code 3 = dans les 4 prochains jours	• Atteinte à l'intégrité physique : situation qui provoque ou qui peut provoquer à très brève échéance une détérioration des éléments corporels, du fonctionnement physiologique ou de la santé physique de l'enfant; • Atteinte à l'intégrité psychologique : situation qui provoque ou qui peut provoquer à brève échéance une détérioration de l'équilibre mental, de la santé affective ou du fonctionnement intellectuel de l'enfant; • Atteinte au développement : situation qui provoque ou qui peut provoquer un ralentissement du développement physique ou psychologique de l'enfant; • Rupture de la réponse aux besoins : situation dans laquelle l'enfant ne reçoit pas, d'au moins une personne adulte responsable à son endroit, réponse à ses besoins fondamentaux, eu égard à son âge et à son niveau de développement; • Problèmes de comportement : situation dans laquelle les comportements de l'enfant créent un danger, soit au plan de son propre développement, soit au plan de la sécurité physique ou psychologique en regard de lui-même ou de son entourage. Source : Système de soutien à la pratique, SOGIQUE, 2006
TRANSFERT du RTS à l'évaluation	12 jours calendrier entre la décision de rétention du RTS et le premier contact à l'étape évaluation	
ÉVALUATION	20 jours de calendrier	
ORIENTATION	30 jours de calendrier	
TRANSFERT de l'orientation vers AM	Le plus rapidement possible dans un délai maximum de 30 jours de calendrier	
RÉVISION	En cours d'application des mesures (régulière) : 4 semaines avant la date de l'expiration de l'entente ou de l'ordonnance ou Dans le cas d'une ordonnance de plus de 12 mois, quatre semaines avant la fin de chaque période de 12 mois. Si le transfert personnalisé est priorisé comme mécanisme de liaison, il doit s'actualiser entre 2 et 4 semaines avant la fin des mesures de protection.	

Source : Système de soutien à la pratique, SOGIQUE, 2006

DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION EN CSSS

Critères de pondération		Priorisation et délais
E	Vulnérabilité élevée considérant l'âge et les caractéristiques de l'enfant (risque présent, imminent à l'intégrité physique ou psychologique) * critères du SRISIS Problématique/besoins/événement = impact élevé	ÉLEVÉ Provenant du secteur RTS BSI adressé au SRISIS qui fait la 1 ^{ère} intervention. Prise en charge dans un délai de 0-7 jours
P	Reconnaissance/motivation/capacité de mise en action = présente et suffisante	
R	Facteurs de compensation = absents ou inadéquats	
T	Le délai représente un risque de détérioration rapide	
E	Vulnérabilité moyenne considérant l'âge et les caractéristiques de l'enfant (risque de détérioration relatif à l'ambivalence, l'épuisement des parents, ou la récurrence) Problématique/besoins/événement = impact moyen	MOYEN Provenant du secteur RTS et É/O Prise en charge dans un délai de 0-20 jours
P	Reconnaissance/motivation/capacité de mise en action = présente et mitigée	
R	Facteurs de compensation = inconstants ou inadéquats	
T	Le délai représente un risque au plan de la motivation et des impacts	
E	Vulnérabilité faible considérant l'âge et les caractéristiques de l'enfant (risque de détérioration si absence de support ou de soutien) Problématique/besoins/événement = impact faible	FAIBLE Provenant du secteur RTS, E/O et AM Prise en charge dans un délai de 0-30 jours
P	Reconnaissance/motivation/capacité de mise en action = présente et suffisante	
R	Facteurs de compensation = présents ou disponibles	
T	Le délai représente un risque au plan de la motivation	

E : Enfant / **P** : Parent / **R** : Réseau / **T** : temps

DANS LE CADRE D'UNE RÉFÉRENCE DU CJMCQ VERS LE CSSS EN BESOIN DE SERVICE IMMÉDIAT ET NON IMMÉDIAT

- **Besoin de service immédiat** : demande d'intervention immédiate acheminée au Service régional Info-santé / Info-social (SRISIS). L'intervention s'actualise dans les délais prescrits. Fiche de liaison informatisée acheminée du RTS au CSSS concerné dans les plus brefs délais.
- **Besoin de service non immédiat** : demande d'intervention acheminée par l'envoi d'une fiche de liaison informatisée au CSSS concerné dès la prise de décision au sujet de la référence.

La référence au partenaire en besoin de service non immédiat doit lui être adressée **dès la prise de décision**, idéalement à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables avant la date prévue du mécanisme de concertation (transfert personnalisé ou TLOS ou révision).

DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION EN LSSSS

Besoin de service immédiat (en provenance de l'étape RTS uniquement)

La première intervention s'actualise selon les modalités et les délais établis par le SRISIS.

Besoin de service non immédiat

Sécurité ou développement non compromis (SDNC) Absence de besoin de protection et besoin de service en CSSS	Sécurité ou développement compromis (SDC) Présence de besoin de protection et besoin de service en CSSS
• Étape RTS, signalement non retenu : – Prise de connaissance de la référence (fiche de liaison informatisée) dans un délai de 3 jours ouvrables. – Première intervention avec le client selon la priorisation établie. • Étape Évaluation SDNC/Orientation (intervention terminale réussie) SDNC et fin d'application de mesures SDNC projeté – Première intervention avec le client selon la priorisation établie (présence au transfert personnalisé, à la TLOS, contribution au PSI, présence à la révision).	• Étape Évaluation SDC / Étape Application des mesures SDC : – Première intervention avec le client dans le cadre d'une TLOS ou d'un PSI selon la priorisation établie.

4.

L'accès aux services

L'accès aux services est soutenu par des mécanismes de liaison et de concertation qui sont établis et utilisés par les différents partenaires jeunesse en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le défi que représente l'intervention auprès d'une clientèle non collaboratrice nous interpelle tous au plan de la rigueur d'utilisation de ces mécanismes.

ÉTAPE RTS - Signalement non retenu (besoin de service)

L'intervenant RTS :

- ⇒ Informe et accompagne le client vers les services suite à son autorisation verbale (article 45.1 de la LPJ).
- ⇒ Informe le signalant de la non-rétention du signalement.
- ⇒ Achemine la fiche de liaison informatisée et cible la pertinence des services en lien avec la nature des besoins et des changements visés.
- ⇒ Se montre disponible à échanger avec l'intervenant CSSS concernant les besoins de l'enfant et de sa famille si nécessaire.



BESOIN DE SERVICE IMMÉDIAT (implique une intervention immédiate)

L'intervenant RTS :

- ⇒ Après autorisation du parent, achemine directement la référence au SRISIS qui contactera l'intervenant de garde du CSSS concerné. L'intervention s'actualisera selon les délais prescrits.
- ⇒ Complète le formulaire *fiche de liaison 1-A – étape RTS* et le fait parvenir au partenaire concerné.

Le partenaire CSSS :

- ⇒ Complète le formulaire *fiche de liaison 1-B – étape RTS* et l'achemine au CJ en ayant pris soin de signifier la date du début de la prise en charge.

BESOIN DE SERVICE NON IMMÉDIAT (implique une intervention dans un délai convenu)

L'intervenant RTS :

- ⇒ Après autorisation du parent, complète le formulaire *fiche de liaison 1-A – étape RTS* et le fait parvenir au partenaire concerné.

Le partenaire CSSS :

- ⇒ Prend connaissance de la fiche de liaison dans les délais prescrits.
- ⇒ Établit le premier contact avec le client en vue d'amorcer l'intervention.
- ⇒ Complète le formulaire *fiche de liaison 1-B – étape RTS* et l'achemine au CJ en ayant pris soin de signifier la date du début de la prise en charge.

ÉTAPE RTS - Signalement retenu (besoin de protection)

L'intervenant RTS :

- ⇒ Informe le signalant, tel que prévu au premier paragraphe de l'article 50, qu'il retient le signalement.
- ⇒ Codifie le signalement selon l'urgence de la situation.

Les services du partenaire déjà dispensés et prévus se poursuivent pendant la période d'évaluation à moins d'indications contraires (discussion entre partenaires CJ-CSSS).

ÉTAPE ÉVALUATION-ORIENTATION OU APPLICATION DES MESURES

SDNC / BESOIN DE SERVICE NON IMMÉDIAT **SANS** BESOIN DE PROTECTION

La personne autorisée par le DPJ :

- ⇒ Fait le lien avec le partenaire CSSS par le biais d'une fiche de liaison informatisée (*fiche de liaison 2*) dès que la décision de référer est prise, et ce avec l'autorisation du parent et du jeune de 14 ans et plus.
- ⇒ Avec l'autorisation des parents et de l'enfant (s'il est âgé de 14 ans et plus) achemine le rapport d'évaluation et les outils cliniques pertinents au même moment.
- ⇒ Planifie et anime la rencontre de transfert personnalisé ou participe à la rencontre de TLOS ou de révision.
- ⇒ Situe le contexte et les éléments mis en lumière lors de l'évaluation, de l'orientation ou du suivi.
- ⇒ Cible des attentes signifiées en lien avec la collaboration vers les services de première ligne.

L'intervenant du CSSS :

- ⇒ Reçoit et prend connaissance de la *fiche de liaison 2* dans le délai convenu.
- ⇒ Participe à la rencontre TLOS, transfert personnalisé ou révision.
- ⇒ Achemine la section à remplir par le partenaire (*fiche 2*) au CJMCQ.
- ⇒ Suite à la rencontre de transfert personnalisé, actualise l'intervention avec le client (hypothèse de PI) en lien avec les besoins ciblés.

ÉTAPE ÉVALUATION-ORIENTATION ET APPLICATION DES MESURES

SDC / BESOIN DE SERVICE NON IMMÉDIAT AVEC BESOIN DE PROTECTION

La personne autorisée par le DPJ :

- ⇒ Convoque le partenaire CSSS par le biais d'une fiche de liaison informatisée (*fiche de liaison 2*) dès que la décision de référer est prise, et ce avec l'autorisation du parent et du jeune de 14 ans et plus.
- ⇒ Transmet, avec l'autorisation des parents et de l'enfant (s'il est âgé de 14 ans et plus) le rapport d'évaluation, d'orientation, de révision et les outils cliniques pertinents. Les rapports doivent être transmis au même moment que la fiche (demande de service complète).
- ⇒ Planifie la rencontre de TLOS ou de révision, rencontre animée par le chef de services jeunesse (TLOS) ou le réviseur (révision statutaire ou anticipée en LPJ).
- ⇒ Situe le contexte et les éléments mis en lumière lors de l'évaluation, de l'orientation ou du suivi.
- ⇒ Cible des attentes signifiées en lien avec la collaboration vers les services de première ligne.

L'intervenant du CSSS :

- ⇒ Prend connaissance de la *fiche de liaison 2* dans le délai convenu.
- ⇒ Participe à la rencontre TLOS, ou révision statutaire ou anticipée.
- ⇒ Identifie sa contribution au PSI d'où découle pour chacun un plan d'intervention.
- ⇒ Achemine la section à remplir par le partenaire (*fiche 2*) au CJMCQ.

LA TLOS

En présence d'un besoin de protection (le DPJ ayant statué SDC) **et d'un besoin de service** : la Table locale d'organisation de services est une étape charnière dans le processus d'intervention puisqu'elle sert à identifier l'ensemble des services les plus appropriés à offrir à l'enfant et à sa famille, qu'ils soient dispensés par le Centre jeunesse ou par un partenaire.

- La TLOS est l'un des moyens permettant la participation des clients aux décisions qui les concernent : les parents et l'enfant, en tenant compte de son niveau de développement. C'est aussi un lieu privilégié pour nommer les enjeux, définir la problématique, partager les perceptions, les accords et les désaccords, définir les attentes, les engagements réciproques de tous les acteurs impliqués ainsi que la famille. La TLOS permet déjà l'ébauche d'un PI, PII ou PSI.
- La TLOS regroupe généralement les personnes suivantes :
 - l'enfant et ses figures parentales (père, mère ou parent substitut), s'ils le désirent et s'il y a absence de contre-indications à leur participation,
 - les partenaires internes (ex : LSJPA, PETAS, psychologie, CR, etc.) et externes (CSSS, scolaire, communautaire, etc.) déjà impliqués dans la situation signalée.Une attention particulière doit être apportée quant au nombre de participants, en s'assurant de la pertinence de leur présence.

La personne autorisée par le DPJ s'assurera :

- ⇒ d'interpeller rapidement le partenaire ciblé (fiche de liaison informatisée en besoin de service non immédiat et tous documents pertinents) afin de connaître sa perception de la situation s'il est déjà actif et le mettre à contribution dans la dispensation de services à débiter ou à poursuivre.
- ⇒ d'établir une date de rencontre.
- ⇒ de signifier clairement aux parents et à l'enfant la pertinence du service et de la présence du partenaire à la rencontre préparatoire ou officielle de TLOS.

L'intervenant du CSSS s'assurera :

- ⇒ de prendre connaissance de la demande de service (fiche de liaison informatisée) dans le délai convenu et d'assurer sa participation à la TLOS.
- ⇒ de faire l'état de situation en lien avec les services s'il est déjà actif en poursuivant son intervention à moins d'indications contraires.
- ⇒ de confirmer sa présence à la TLOS (rencontre préparatoire ou officielle).

Une discussion clinique préalable à la TLOS peut être tenue entre la personne autorisée par le DPJ, le ou les intervenants partenaires et le chef de services responsable de la TLOS. Pour assurer l'atteinte de l'objectif premier de la TLOS, cette discussion préalable devrait également établir la participation des acteurs/partenaires à privilégier. Le choix des personnes en présence doit toujours considérer l'intérêt de l'enfant et du parent et surtout éviter de surcharger un contenu et un contexte souvent lourds et complexes.

LE TRANSFERT PERSONNALISÉ VERS UN PARTENAIRE

- À l'étape évaluation en PJ, lorsque la décision est SDNC (sécurité développement non compromis) **ou**
- À l'étape orientation en PJ lorsque la décision est SDNC (sécurité développement non compromis) / intervention terminale réussie.
- À l'étape application des mesures, lorsque la décision projetée est SDNC, il est convenu de considérer prioritairement la participation du partenaire à la rencontre de révision. Une intervention conjointe CJ-CSSS sera alors possible jusqu'à l'échéance des mesures de protection.

LA RÉVISION

À la fin des mesures de protection, dans le cadre de l'application des mesures, lorsque la décision projetée est SDNC et qu'un besoin de service est identifié dans la situation de l'enfant le réviseur, de concert avec le chef Jeunesse et la personne autorisée peuvent favoriser la présence du partenaire CSSS (avec l'autorisation du parent et de l'enfant s'il est âgé de 14 ans et plus). Le partenaire aura été préalablement convoqué par l'envoi d'une fiche de liaison informatisée (fiche 2).

Les conditions qui favorisent l'invitation du partenaire à la révision en PJ sont :

- Le parent et l'enfant dûment informés sont suffisamment en accord avec la continuité des services assurés par le partenaire CSSS.
- Le parent et l'enfant sont en accord avec la présence du partenaire lors de la rencontre de révision et acceptent que l'information les concernant soit transmise.
- Aucune ambiguïté n'est présente à l'égard de la compréhension des besoins liés à la continuité des services en LSSES.
 - ⇒ Le partenaire confirmera sa présence à la révision.
 - ⇒ Le partenaire et la personne autorisée par le DPJ auront partagé les besoins ciblés pour la suite de l'intervention en **besoin de service**.
 - ⇒ Le partenaire CSSS fera parvenir au DPJ le formulaire *fiche de liaison 2*.

L'ACCÈS CENTRALISÉ

Depuis novembre 2009, le CJMCQ a instauré un service d'accès centralisé qui a comme objectif premier d'uniformiser la politique de retrait et de placement. Ce service centralise la réception et le traitement de toute demande d'hébergement, entre autres. Plus précisément, l'accès centralisé a comme mandat de:

Recevoir

- L'accès centralisé reçoit toute demande de retrait/placement par un contact téléphonique du partenaire.

Traiter

- L'accès centralisé prend connaissance de la situation du jeune concerné et collabore à l'identification des besoins justifiant la demande.
- L'accès centralisé participe à l'identification des objectifs poursuivis ainsi que des moyens à mettre en place avec l'intervenant partenaire.
- Pour les demandes se situant dans le cadre de la LSSSS, l'accès centralisé peut demander de clarifier la situation, de vérifier les alternatives possibles avant d'accepter ou de refuser les demandes.

Diriger

- L'accès centralisé achemine aux personnes concernées la réponse à la demande.
- Le pairage pour les RTF continue d'être assuré par les intervenants du secteur ressources. L'accès centralisé assure le pairage pour les centres de réadaptation et pour les RI, en collaboration avec l'éducateur assigné aux RI.
- L'accès centralisé, dans les situations de retrait/placement, fait suivre aux personnes concernées (intervenant du CSSS, personne autorisée par le DPJ, intervenant CR et intervenant du secteur ressources) la demande de service jeunesse et l'annexe complétée pour le partage d'informations pertinentes.

C'est donc l'accès centralisé qui décide de valider ou non toute demande en lien avec le retrait ou le placement dans le cadre de la LSSSS.

IMPORTANT :

En cas de litige, la situation problématique doit être rapportée au gestionnaire de l'intervenant concerné qui verra à s'adresser à son vis-à-vis de l'établissement partenaire.

5.***Certaines conditions favorisant l'arrimage***

De prime abord, il est nécessaire de rappeler que la motivation n'est pas un préalable à l'intervention mais un objectif en soi qui implique non seulement le client mais aussi l'intervenant. La légitimité du travail de l'intervenant du CSSS est portée par son pouvoir professionnel; tout intervenant de quel qu'établissement que ce soit doit se questionner sur sa manière d'aborder et d'être à l'aise face à l'autorité.

C'est parfois un défi complexe que d'intervenir auprès d'une clientèle en résistance, voire non collaboratrice. Certaines « stratégies d'alliance » entre partenaires ont été soulevées dans ce protocole pour assurer une continuité des services. Cette collaboration devient possible lorsqu'elle est portée par l'ouverture et la communication, permettant à la fois d'ajuster ou d'actualiser la stratégie convenue, dans le respect des paramètres de confidentialité.

CONSIDÉRATIONS RELIÉES AUX ATTITUDES DE L'INTERVENANT ET STRATÉGIES GAGNANTES	
FAIRE PREUVE D'EMPATHIE	♦ Mettre des mots sur ce que l'on perçoit comme émotion chez la personne ♦ Se mettre à sa place en essayant de comprendre son point de vue sans tenter de le modifier
UTILISER LA CONFRONTATION	♦ Utiliser une confrontation douce au bon moment
AVOIR UNE ÉCOUTE ACTIVE	♦ Poser des questions qui permettent de mieux saisir la situation
NE PAS CRITIQUER LES EFFORTS OU LES DIFFICULTÉS DE L'USAGER	♦ Il faut plutôt encourager ses efforts
EXPLORER L'AMBIVALENCE DE L'USAGER	♦ Lui permettre de l'exprimer librement et de l'explorer
ENTENDRE LES CRITIQUES DE L'USAGER	♦ Les transformer en critiques constructives ♦ Diriger l'utilisateur vers le service des plaintes si pertinent

CONSIDÉRATIONS RELIÉES AUX ATTITUDES DE L'INTERVENANT ET STRATÉGIES GAGNANTES

FAIRE RESSORTIR LES DIVERGENCES	♦ Nommer les avantages et les inconvénients à maintenir et à modifier un comportement ♦ Discuter de l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée
PRÉCISER LA RESPONSABILITÉ	♦ Rappeler à l'utilisateur qu'il a une liberté de choix et d'action, même au regard du changement
NOURRIR LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	♦ Amener l'utilisateur à croire que ses actions auront un impact sur la situation qu'il désire modifier
CLARIFIER LES OBJECTIFS	♦ Aider l'utilisateur à formuler des objectifs réalistes afin d'accroître ses chances de réussite
POSER DES QUESTIONS OUVERTES	♦ Inciter l'utilisateur à décrire le problème, à parler de ses inquiétudes et de ses compétences pour changer et à exprimer des intentions de changement
ÉVITER LES ARGUMENTATIONS	♦ Éviter de se retrouver dans un débat avec l'utilisateur, ce qui augmenterait la résistance
TRAVAILLER SUR LE DEGRÉ DE MALAISE ET D'ESPOIR	♦ Sensibiliser l'utilisateur aux impacts positifs du changement ♦ Donner de l'espoir

Source : Info-LPJ – Volume 1, numéro 7, juin 2009

Sigles et acronymes

AM	Application des mesures
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
EO	Évaluation-orientation
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
PÉTAS	Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention intégré

PJ	Protection de la jeunesse
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé intersectoriel
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réception et traitement des signalements
SDC	Sécurité ou développement compromis
SDNC	Sécurité ou développement non compromis
SRISIS	Service régional Info-social / Info-santé
TLOS	Table locale d'organisation de services

Principales références

L'accès centralisé, CJMCQ, novembre 2009.

Loi sur la protection de la jeunesse, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Manuel de référence sur la protection de la jeunesse, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2009.

Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE), Centre jeunesse de l'Estrie, février 1995.

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience "Programme-services Jeunes en difficulté", ministère de la Santé et des Services sociaux, offre de service 2007-2010, 2007.

Politique et procédures en matière de retrait et de placement des jeunes en contexte d'autorité, CJMCQ, avril 2006.

Politique et procédures sur la Table locale d'organisation de services, CJMCQ, 2007.

Programme clarification de projet de vie – pour assurer à chaque enfant stabilité et permanence – CJMCQ, mai 2008.

Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

Une responsabilité collective à réaliser et des processus de liaison à actualiser en Mauricie et au Centre-du-Québec dans le cadre des nouveaux amendements à la Loi sur la protection de la jeunesse, CJMCQ et Agence SSSMCQ, mai 2008.

BROCHURES D'INFORMATION PUBLIÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

(disponibles sur le site suivant : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/jeunesdifficulte.php)

- ♦ **On a signalé la situation de votre enfant au DPJ** – Que devez-vous savoir maintenant ? (2007)
- ♦ **Communiquer pour protéger les enfants** – Quelles sont les règles entourant l'échange de renseignements confidentiels entre un centre jeunesse et un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux ? (2008)
- ♦ **Faire un signalement au DPJ, c'est déjà protéger un enfant** – Quand et comment signaler ? (2008)
- ♦ **Devenir tuteur dans le meilleur intérêt de l'enfant** – Que devez-vous savoir sur la tutelle en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ? (2009)
- ♦ **Un projet de vie, des racines pour la vie** – Qu'est-ce qu'un projet de vie pour un enfant dont la situation est prise en charge par le DPJ ? (2010)

Annexe

EXTRAIT DU DOCUMENT : LIGNE PARTENAIRE INFO-SOCIAL DU SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ INFO-SOCIAL (SRISIS)

Un organisme peut faire appel à un intervenant terrain dans les situations suivantes :

- **Pour une crise psychosociale** [autant chez un jeune, sa famille ou une personne adulte] lorsque l'intensité demeure élevée afin de :
 - désamorcer la crise;
 - éviter la détérioration de l'état de la personne ou de son réseau;
 - soutenir le réseau de la personne;
 - assurer la sécurité de la personne, d'un proche ou des lieux.
- Afin d'éviter une hospitalisation ou le retrait et le placement d'un enfant.
- À la demande d'un partenaire qui a une entente avec son CSSS.
- Dans le cadre d'une intervention médicosociale pour les victimes d'agression sexuelle.
- Lors de crises instrumentales mettant en péril la sécurité et la santé d'un adulte, d'un enfant ou d'une famille, pour organiser les services, ex. : bris de chauffage, etc. (sont exclues de ces situations, les mesures d'urgence qui touchent une collectivité).
- Parce que la personne n'a pas accès à un réseau d'aide tel que ses proches ou des ressources dans son milieu afin de l'aider à gérer une crise situationnelle.