

PROTOCOLE D'ARRIMAGE

concernant



L'INTERVENTION EN TROUBLE DE COMPORTEMENT ET LA GESTION DE LA CRISE

entre

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

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



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

Éducation
Loisirs et sports
Québec

Mise en garde au lecteur

Ce document est le résultat d'une démarche conjointe avec les partenaires. Il ne doit jamais faire en sorte qu'un intervenant se substitue au rôle du DPJ dans sa responsabilité exclusive de décider d'agir dans la vie d'un enfant et de sa famille.

Malgré toutes les informations contenues dans ce protocole, quand un intervenant croit que le développement ou la sécurité d'un enfant peut être compromis, il doit signaler la situation au DPJ.

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

Table des matières

Introduction.....	Page 4
L'INTERVENTION EN TROUBLE DE COMPORTEMENT.....	Page 6
1. Définitions.....	Page 6
- le trouble de comportement (caractéristiques principales / caractéristiques associées)	
- la problématique du trouble de comportement sérieux	
- selon l'article 38 f) de la LPJ	
- les facteurs de risque, les facteurs de protection et les éléments de pondération	
- les particularités de l'intervention en trouble de comportement	
- l'importance d'agir en partenariat	
- les actions à relever et les résultats à atteindre	
2. Le partage des responsabilités.....	Page 11
A) Dans le cadre d'une intervention en trouble de comportement en milieu scolaire ou familial.....	Page 12
B) Lorsque la situation de l'enfant nécessite le recours à un signalement au DPJ.....	Page 12
C) Facteurs d'analyse en LPJ	Page 13
D) Lorsque la situation de l'enfant est signalée au DPJ et que ce signalement n'est pas retenu ou lorsque l'évaluation en PJ conduit à un besoin de service avec ou sans besoin de protection..... (référence dans le cadre d'un besoin de service immédiat / référence dans le cadre d'un besoin de service non immédiat)	Page 15
E) Dans le cadre d'une intervention conjointe CJ-CSSS-SCOLAIRE.....	Page 16
3. Certaines conditions favorisant l'arrimage.....	Page 17

LA GESTION DE LA CRISE.....	Page 18
1. Définitions.....	Page 18
- au plan personnel	
- au plan familial	
- la notion d'urgence	
- l'opposition de l'enfant de 14 ans et plus à l'obtention de services	
- l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique	
2. Le partage des responsabilités.....	Page 20
A) Dans le cadre d'une intervention en contexte de crise familiale ou scolaire.....	Page 20
B) Lorsque des faits justifient le recours à un signalement au PJ.....	Page 21
C) Lorsque le DPJ est actif dans la situation de l'enfant et que ce dernier est en crise : intervention conjointe CJ-CSSS-SCOLAIRE.....	Page 22
3. Principes de base en intervention de crise.....	Page 23
SIGLES ET ACRONYMES.....	Page 24
PRINCIPALES RÉFÉRENCES.....	Page 25
ANNEXE : L'intervention auprès des enfants présentant des troubles de comportement de 6 à 12 ans et de 12 à 18 ans.....	Page 27

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, 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 :

<i>Denis Marengère, CSSSTR</i>	<i>Stéphane Bernier, CJMCQ</i>	<i>Maryse Béland, CS Des Chênes</i>	<i>Véronique Arès, Agence</i>
<i>Catherine Neault, CSSSVB</i>	<i>Sylvie Côté, CJMCQ</i>	<i>Julie Durand, CS Bois-Francs</i>	<i>Julie Desaulniers, Agence</i>
<i>Lynda Plante, CSSSAE</i>	<i>Sylvain Cyr, CJMCQ</i>	<i>Donald Emond, CS Riveraine</i>	<i>Renèle Desaulniers, Agence</i>
<i>André Sauvé, CSSSTR</i>	<i>Robert Levasseur, CJMCQ</i>	<i>Jacques Moore, CS Chemin du Roy</i>	<i>Isabelle Normandin, Agence</i>
	<i>Sylvie Tétreault, CJMCQ</i>	<i>Nathalie Cauchon, MELS</i>	<i>et MELS</i>

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'intérêt de l'enfant et de son besoin légitime d'aide et de soutien qui commandent disponibilité, transparence 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, assurant l'accessibilité et la continuité des services
- du respect des paramètres de confidentialité
- d'un partenariat fort, porté par un continuum de services connus, compris, partagés, qui s'établit sur une communication ouverte et fluide.

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 en trouble de comportement

1.

Définitions

Le trouble de comportement (TC) selon des caractéristiques principales et associées (Tiré du SIAF : Services intégrés pour adolescents et leur famille, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007) :

Caractéristiques principales : c'est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontrent la désorganisation de l'enfant dans les différentes sphères de sa vie (familiale, scolaire, sociale et personnelle). Les troubles de comportement se présentent le plus souvent sous la forme de manifestations de violence ou d'agressivité, de nature offensive ou défensive, dirigée contre autrui ou contre soi.

Caractéristiques associées : plusieurs autres troubles peuvent arriver en cooccurrence avec le trouble de comportement, tels que le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), le trouble d'opposition avec provocation, les troubles anxieux, les traits de caractère induisant la possibilité de trouble de la personnalité antisociale et borderline, les troubles de l'humeur, les troubles d'apprentissage et le trouble lié à l'utilisation abusive d'une substance.

La problématique du trouble de comportement sérieux

La notion de trouble de comportement sérieux réfère à des modes d'ajustement réactionnels à une situation existentielle insatisfaisante ou à une manière d'agir symptomatique de troubles profonds de la personnalité.

C'est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontre la désorganisation de l'enfant. L'évaluation des troubles de comportement sérieux doit tenir compte de *l'intensité* des manifestations, de leur *fréquence*, de leur *persistance*, de leur *étendue*, de *l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique pour lui-même ou les autres*. On doit mesurer *l'impact* des comportements sur les différentes sphères de vie de l'enfant (familiale, scolaire, sociale et personnelle). Ces comportements dysfonctionnels doivent avoir un caractère de gravité ou de chronicité.

Selon l'article 38 alinéa F de la loi sur la protection de la jeunesse

« La sécurité et le développement d'un enfant sont considérés compromis s'il manifeste des troubles de comportement sérieux lorsque, de façon grave ou continue, il se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose ».

À ce titre, l'évaluation des troubles de comportement sérieux doit particulièrement tenir compte des éléments suivants :

- l'inventaire des comportements désordonnés de l'enfant
- les conséquences du comportement de l'enfant sur son intégrité physique ou psychologique ou sur celle d'autrui
- le caractère de gravité et de chronicité des comportements de l'enfant
- la capacité des parents d'assumer adéquatement leur rôle parental
- la détermination et la volonté des parents et de l'enfant de recourir à l'aide nécessaire pour corriger la situation.

Par exemple :

- des situations de danger envers lui-même constituant des atteintes à son intégrité physique ou psychologique : tendance suicidaire, automutilation, anorexie et boulimie, consommation abusive d'alcool ou de drogues
- des situations de danger envers autrui portant atteinte à l'intégrité physique ou psychologique : manifestations de violence, intimidation persistante, taxage.

Contrairement aux autres paragraphes de l'article 38, ce paragraphe est le seul où la conduite de l'enfant est mise en cause. On y met l'accent tant sur les conséquences sur l'enfant que le comportement lui-même.

Les modifications apportées à l'article 38 F de la LPJ ont eu et ont encore des implications importantes auprès de l'ensemble du réseau des dispensateurs de services jeunesse. Le législateur, par les amendements, est venu signifier que la LPJ ne devait s'appliquer que dans des situations lourdes et complexes lorsqu'était observée une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique, ou l'imminence d'une telle atteinte.

L'intervention du DPJ ainsi limitée interpelle de premier plan les partenaires tant sociaux que scolaires sur une trajectoire de changement de pratique à mettre en place et des défis d'actualisation de réponses à offrir aux jeunes et à leur famille.

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION

Les symptômes des troubles de comportement sont souvent définis selon deux grands pôles (intériorisés et extériorisés). On propose d'observer l'apparition de ces symptômes en corrélation avec une série de facteurs de risque et de protection, propres à chaque individu.

- **intériorisés** (retrait / dépression / anxiété / suicide / troubles de l'alimentation / diverses plaintes somatiques / etc.)
- **extériorisés** (hyperactivité / impulsivité / fugue / agir délinquant / toxicomanie / etc.)

LES FACTEURS DE RISQUE	LES FACTEURS DE PROTECTION
<p>Facteurs ayant la propriété d'accroître la probabilité qu'apparaisse chez un individu un désordre émotif ou comportemental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Facteurs exerçant une fonction médiatrice ayant pour effet d'amoinrir l'impact négatif des facteurs de risque.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

PARTICULARITÉS DE L'INTERVENTION EN TROUBLE DE COMPORTEMENT

Les jeunes aux prises avec des troubles de comportement dans leur milieu familial, social ou scolaire doivent faire l'objet d'une vigilance de la part des adultes environnants, dont leurs parents au premier plan. Les services doivent rapidement se mettre en place pour atteindre les *objectifs d'augmentation de compétences parentales*, d'une part, et *d'augmentation d'habiletés personnelles et sociales chez l'enfant*, d'autre part. Certains d'entre eux auront besoin d'un support particulier sur de plus longues périodes ou par le biais d'épisodes de service. Des services sous la modalité individuelle ou de groupe de soutien sont dispensés sur le territoire 04 par les CSSS. Dans les commissions scolaires, des mesures d'aide sont offertes aux élèves en trouble de comportement en fonction de l'organisation des services propre à chaque école.

Une attention devrait être portée sur la connaissance et la reconnaissance des besoins de l'enfant par ses parents. L'identification de cette clientèle («à risque») nécessite une implication concertée de tous les services ; pour assurer la continuité ou pour assurer la dispensation de service afin d'éviter une aggravation de sa situation. Les moyens suivants ont été signifiés comme porteurs de continuité, particulièrement au plan des étapes de transition (programme 0-5 ans en CSSS / garderie (CPE) / programme préscolaire / passage au primaire / passage au secondaire / passage à l'âge adulte):

- ☑ identification des enfants à risque dès la garderie et lors du passage primaire-secondaire
- ☑ information et assistance aux parents quant aux différents services disponibles
- ☑ information d'identité transmise au partenaire scolaire (lors d'intégration) ou social avec autorisation parentale
- ☑ mobilisation et reconnaissance comme objectifs de l'intervention
- ☑ priorisation des PSI-PSII concernant ces enfants dès le début de l'année scolaire.

Les principes établis dans le cadre de l'entente de complémentarité MELS/MSSS (2003) soutiennent le besoin d'assurer une plus grande concertation et une meilleure complémentarité des services offerts par les deux réseaux.

L'IMPORTANCE D'AGIR EN PARTENARIAT – RENFORCER NOS MÉCANISMES DE LIAISON ET DE CONCERTATION

La collaboration dans l'intervention se traduit par des mécanismes connus et établis dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille :

- La référence en besoin de service immédiat (implique une intervention immédiate dans le milieu) ou en besoin de service non immédiat (implique une intervention dans un délai convenu) par l'envoi d'une fiche de liaison informatisée
- Le transfert personnalisé
- La TLOS
- Le PSI-PSII
- Le service de consultation du RTS

Nos actions en conformité avec les orientations gouvernementales et interministérielles contenues dans le « Programme-services Jeunes en difficulté » (2007-2012) :

- Améliorer la santé et le bien-être des jeunes
- Favoriser la réussite éducative des jeunes
- Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes
- Accroître la présence des jeunes dans la société
- Améliorer le soutien aux jeunes

LES ACTIONS À RELEVER ET LES RÉSULTATS À ATTEINDRE

- ☑ S'assurer que les services nécessaires pour lutter efficacement contre la détresse et les difficultés graves des jeunes soient disponibles, de manière équitable sur l'ensemble du territoire québécois.
- ☑ S'assurer que les jeunes et leurs parents puissent accéder, de façon claire, simple et rapide aux services généraux et spécialisés au moment où ils ont besoin de ces services .
- ☑ Améliorer la cohésion et la continuité de l'intervention en resserrant la coordination et la concertation.
- ☑ S'assurer que la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) est utilisée plus judicieusement dans les situations prévues aux articles 38 et 38.1 de la loi.
- ☑ Rehausser la qualité des services et des interventions cliniques basés sur le renforcement de la compétence des intervenants et des gestionnaires.

2.

Le partage des responsabilités

Tout intervenant est un acteur primordial dans la reconnaissance des forces, tant de l'enfant que du parent, grâce à son expertise, son savoir-faire et sa connaissance de la situation de l'enfant. Cette reconnaissance servira souvent de moteur à l'implication.

En guise de prémisse, notons deux articles de la Loi sur la protection de la jeunesse qui situent les responsabilités inhérentes à :

L'obligation de signaler

Article 39 de la LPJ :

« Tout professionnel qui, par la nature de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui dans l'exercice de sa profession à un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré compromis au sens de l'article 38 ou 38.1 est tenu de signaler sans délai la situation au directeur... ».

L'obligation d'informer et d'accompagner l'enfant et ses parents vers les services

Article 45.1 de la 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 ».

Pour assurer la protection des enfants, le DPJ doit pouvoir partager des renseignements confidentiels avec ses partenaires pour assumer son rôle adéquatement et les responsabilités qui lui sont confiées par la LPJ. La cueillette et l'échange d'information dans le cadre de la LPJ sont très encadrés. En somme, le DPJ doit avoir accès à des renseignements confidentiels pour assumer adéquatement son mandat. Par contre, la LPJ protège les renseignements ainsi recueillis en ne permettant leur communication que dans des situations particulières. Dans cette optique, il y a lieu de distinguer l'information qui doit être communiquée au DPJ de celle qui peut être communiquée par celui-ci (voir la brochure du MSSS : *Communiquer pour protéger les enfants*).

A) DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION EN TROUBLE DE COMPORTEMENT EN MILIEU SCOLAIRE OU FAMILIAL

Les intervenants du milieu scolaire maintiennent un lien constant avec l'intervenant du CSSS présent ou identifié comme collaborateur pour son école et réciproquement. Ainsi, les discussions cliniques, les besoins de soutien et de collaboration, le partage d'expertise seront facilités et permettront l'élaboration de plans d'intervention et plans de services adaptés à la situation. Une réflexion dans les situations non urgentes entre les intervenants concernés devrait être faite avant de recourir à un signalement en vue d'analyser les facteurs déterminants qui pourraient justifier l'intervention du DPJ.

L'intervenant du CSSS ou l'intervenant du milieu scolaire :

- ⇒ S'assure prioritairement de la participation active des parents.
- ⇒ Par son évaluation des besoins de l'enfant, cible des objectifs, attentes et les signifie dans le cadre d'une planification d'intervention.
- ⇒ S'assure de partager avec les parents l'évolution de la situation de l'enfant.
- ⇒ Sollicite, au besoin, l'implication d'un partenaire avec l'accord des parents.
- ⇒ Interpelle la personne désignée (soutien clinique) s'il observe la présence de facteurs qui justifient le recours à la LPJ ou signale directement la situation dans l'esprit de l'article 39 de la LPJ.

B) LORSQUE LA SITUATION DE L'ENFANT NÉCESSITE LE RECOURS À UN SIGNALEMENT AU DPJ

Devant la présence de faits qui le justifient, l'intervenant du CSSS ou l'intervenant du milieu scolaire :

- ⇒ Signale au service de la réception et du traitement des signalements (RTS) suite à la décision prise lors de la consultation dans son milieu avec qui il aura partagé ses observations, son analyse de la situation, les besoins de l'enfant, les facteurs de risque et de protection, les stratégies établies par le PI-PSI-PSII et les résultats, entre autres **OU**
- ⇒ Sollicite le service de consultation du RTS.

Dans l'esprit de l'article 39 de la LPJ, tout professionnel qui conserve un doute ou une inquiétude malgré l'analyse faite à l'égard de la sécurité et du développement d'un enfant a l'obligation de signaler sa situation sans délai au DPJ (service RTS).

C) FACTEURS D'ANALYSE EN LPJ (art. 38.2 LPJ).	PROCESSUS D'ANALYSE
<p align="center">LES FAITS</p>	<p>L'analyse globale et interactive de ces quatre grandes catégories de facteurs permet de pondérer les facteurs de risque et de protection dans la situation de l'enfant et de déterminer la nécessité d'une intervention du DPJ.</p> <p>Lorsque le DPJ procède à l'analyse de la situation, il doit d'abord considérer les faits : les faits signalés existent-ils ou ont-ils existé ? Quelles sont leurs caractéristiques ? Quelles sont leurs conséquences sur l'enfant ? Un examen rigoureux des faits signalés doit être effectué. Il s'agit non seulement d'étudier le comportement du parent ou celui de l'enfant, mais aussi de déterminer et d'évaluer les conséquences ou la possibilité de conséquences sur ce dernier.</p> <p>La nature des faits rapportés correspond à des comportements, des gestes, des paroles, des attitudes de la part des parents ou de la part de l'enfant lui-même. Il peut s'agir également d'omissions, comme dans les situations de négligence ou d'abandon.</p> <p>La gravité d'une situation s'évalue par les conséquences ou par la possibilité de conséquences des faits sur l'enfant, de même que par la vulnérabilité de celui-ci. Les conséquences ou la possibilité de conséquences sont analysées sous l'angle du danger pour l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant. Ainsi, une atteinte ou un danger pour l'intégrité physique de l'enfant détermine la nécessité d'une intervention rapide.</p> <p>La chronicité se rapporte à des faits qui persistent dans le temps, par opposition à des événements isolés. Les faits signalés peuvent être actuels ou passés. Nécessaire d'analyser l'impact de la persistance de ces faits sur le développement de l'enfant.</p> <p>La fréquence indique le nombre de fois où une action ou un événement s'est produit dans un temps donné. Par ailleurs, dans certaines situations, un seul événement peut compromettre la sécurité ou le développement de l'enfant. L'analyse de la fréquence des faits doit toujours être mise en relation avec les conséquences sur l'enfant.</p>
<p align="center">LA VULNÉRABILITÉ</p>	<p>L'évaluation de la vulnérabilité de l'enfant s'effectue en tenant compte de différentes caractéristiques : son âge, son degré d'autonomie, ses capacités sur les plans physique, intellectuel et affectif, ses acquis et ses handicaps, son évolution personnelle, son milieu culturel et sa propre perception de sa situation familiale et sociale. Cette évaluation doit aussi tenir compte de la capacité physique et psychologique de l'enfant à se défendre ou à réagir en regard des faits signalés.</p> <p>La vulnérabilité de l'enfant est un état qui le prédispose à être plus ou moins affecté par les faits rapportés.</p>

C) FACTEURS D'ANALYSE EN LPJ (art. 38.2 LPJ).	PROCESSUS D'ANALYSE (suite)
<p align="center">LA CAPACITÉ ET LA VOLONTÉ DES PARENTS</p>	<p>La capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant doivent aussi être examinées. L'interrogation de base est la suivante : en ce qui concerne les faits qui peuvent constituer pour l'enfant une situation de compromission, que font, que veulent faire ou que peuvent faire les parents.</p> <p>Ces facteurs doivent être analysés sous deux angles, soit celui de la compétence parentale et celui de la capacité parentale. La capacité et la volonté des parents font référence à leurs attitudes, à leurs comportements, à leur motivation, à leurs forces et à leur capacité d'assurer la protection de leur enfant et de recourir aux ressources du milieu.</p>
<p align="center">LES RESSOURCES DU MILIEU</p>	<p>L'analyse de la situation doit non seulement porter sur l'enfant et ses parents, mais aussi sur l'ensemble des ressources du milieu qui peuvent leur venir en aide. L'interrogation de base est la suivante : devant des faits qui peuvent constituer pour un enfant une situation de compromission, y a-t-il des ressources qui contribuent ou peuvent contribuer à sa protection ?</p> <p>L'évaluation du DPJ doit permettre de vérifier s'il existe, dans l'environnement immédiat de l'enfant, une ou des personnes significatives, autres que ses parents, ou d'autres ressources pouvant contribuer à la protection de l'enfant. L'ensemble des ressources qui interviennent déjà auprès de l'enfant ou de ses parents, ou qui sont disponibles dans leur milieu doit également être inventorié.</p>
<p>En somme, l'analyse des deux premières catégories de facteurs permet de déterminer l'existence d'une situation problématique à partir des allégations rapportées et vérifiées. Il s'agit alors d'établir le fondement des faits signalés et la vulnérabilité de l'enfant.</p> <p>L'examen des deux autres catégories de facteurs doit permettre, d'une part, d'établir la capacité et la volonté des parents à reconnaître les faits et à assurer la protection de leur enfant et, d'autre part, de vérifier la présence ou non de ressources du milieu pouvant venir en aide à l'enfant et à ses parents. L'analyse globale et interactive de ces quatre grandes catégories de facteurs permet de pondérer les facteurs de risque et les facteurs de protection dans la situation de l'enfant et de déterminer la nécessité d'une intervention du DPJ.</p>	

D) LORSQUE LA SITUATION DE L'ENFANT EST SIGNALÉE AU DPJ ET QUE CE SIGNALEMENT N'EST PAS RETENU OU LORSQUE L'ÉVALUATION EN PJ CONDUIT À UN BESOIN DE SERVICE AVEC OU SANS BESOIN DE PROTECTION

La personne autorisée par le DPJ :

- ⇒ Utilise la fiche de liaison informatisée pour toute référence ou demande de service vers le partenaire CSSS dans le cadre d'un **besoin de service non immédiat** ou d'un **besoin de service immédiat**.

Lorsque la situation de l'enfant est référée par le DPJ au partenaire CSSS par une fiche de liaison informatisée :

DANS LE CADRE D'UN BESOIN DE SERVICE IMMÉDIAT

EN TOUT TEMPS (24 heures sur 24), la demande est acheminée directement au service régional Info-santé / Info-social (SRISIS) qui contactera l'intervenant de garde du CSSS concerné. L'intervention s'actualisera dans les délais prescrits. La fiche de liaison (1-A) sera acheminée au CSSS concerné.

DANS LE CADRE D'UN BESOIN DE SERVICE NON IMMÉDIAT

L'intervenant du CSSS concerné :

- ⇒ Prend connaissance de la fiche de liaison dans un délai maximal de 72 heures ouvrables.
- ⇒ Au besoin interpelle l'intervenant RTS référent (si fiche 1-A).
- ⇒ Vérifie l'implication active d'un professionnel du milieu scolaire.
- ⇒ Orchestre une première intervention directe (rencontre) ou indirecte (téléphone) dans un délai convenu avec l'enfant et ses parents.
- ⇒ Planifie son intervention et assure la liaison si besoin de référer à un autre service.
- ⇒ S'assure d'établir ou de maintenir un lien avec l'enfant et la famille par des stratégies variées (mécanismes de relance).
- ⇒ Interpelle son supérieur immédiat ou son conseiller clinique pour toute ambiguïté ou s'il observe la présence de circonstances qui interpellent le recours à la LPJ **OU**
- ⇒ Signale directement la situation dans l'esprit de l'article 39 de la LPJ.

E) DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION CONJOINTE CJ-CSSS-SCOLAIRE

La personne autorisée par le DPJ, l'intervenant du CSSS et l'intervenant du milieu scolaire :

- ⇒ Planifient leur intervention en lien direct avec le PSI-PSII.
- ⇒ Interviennent auprès de l'enfant et sa famille selon les modalités ou stratégies convenues au PSI-PSII.
- ⇒ S'assurent de la participation active des parents et de l'enfant par des mécanismes d'information ou de rappel.

La personne autorisée par le DPJ est l'intervenant responsable de la coordination des services. Elle s'assure :

- ⇒ Que le PSI-PSII est actualisé et révisé dans les délais convenus.
- ⇒ Que les parents et l'enfant connaissent, comprennent et partagent, dans la mesure de leurs capacités, l'essentiel des objectifs et des moyens du PSI-PSII.
- ⇒ De faire circuler l'information sur l'évolution de la situation auprès des partenaires impliqués, selon les paramètres de confidentialité, si elle est coordonnatrice du PSII.
- ⇒ Que les services prévus soient dispensés.
- ⇒ De rendre compte de l'évolution de la situation selon les paramètres de confidentialité, si elle n'est pas coordonnatrice du PSII.

L'intervenant du CSSS et l'intervenant du milieu scolaire :

- ⇒ Rendent compte à la personne coordonnatrice du PSII dans les délais convenus ou en assument la coordination si elle est responsable du PSII.
- ⇒ Rapportent tout élément significatif à la personne autorisée par le DPJ, quelle que soit l'étape en cours.

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.

3.

Certaines conditions favorisant l'arrimage

LE CJMCQ

- Suite à un signalement non retenu, l'intervenant RTS informe la personne qui avait signalé la situation, informe les parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu et les y accompagnent, s'ils le désirent.
- S'assure de la présence des acteurs pertinents aux mécanismes de concertation (TLOS, transfert personnalisé, révision, entre autres).

LE CSSS

- Diffuse les programmes jeunesse dispensés sur chaque territoire de CSSS.
- S'assure d'une mécanique de relance et de stratégies d'intervention variées pour rejoindre les clientèles moins collaboratrices et résistantes.

LE SCOLAIRE

- Inclut, dans la fiche d'identification acheminée aux parents en début d'année scolaire, une section concernant tout service social antérieur à l'enfant (information sociale).
- Situe l'implication incontournable des parents comme premier responsable tout au long de l'année scolaire.

LE CJMCQ, LES CSSS, LE SCOLAIRE

- Donnent priorité à l'actualisation du PSII pour les enfants présentant des troubles de comportement en début d'année scolaire.
- Instaurent des temps de rencontres établis annuellement entre les différents acteurs de l'intervention Jeunesse sur chaque territoire de CSSS regroupant les partenaires du secteur scolaire, des Centres de santé et du Centre jeunesse (équipe locale) pour assurer la diffusion et la connaissance des mécanismes de liaison et de concertation favorisant une meilleure communication.
- Demeurent vigilants face aux différentes phases de transition (CPE – primaire – secondaire – passage à l'âge adulte) et assurent le transfert des informations sur le profil et les besoins de l'enfant avec l'accord des parents.

LE CSSS, LE SCOLAIRE

- Favorisent la proximité entre le CSSS et le scolaire.
- S'assurent d'établir une passerelle qui permet le transfert d'informations reliées aux enfants présentant des troubles de comportement ou des besoins particuliers, en incluant les CPE.

La gestion de la crise

1.

Définitions

Au plan personnel

« Une crise apparaît chez un individu quand celui-ci est confronté à des conditions adverses, à des difficultés intolérables, réelles ou perçues, qui génèrent chez lui un malaise émotionnel, une réaction d'anxiété, qu'il ne peut ni fuir, ni résoudre avec ses moyens habituels. La crise peut engendrer un dysfonctionnement sévère de l'individu tant sur le plan affectif, cognitif que comportemental » (Robert Pauzé, 1999).

Au plan familial

« La crise se définit par **une déstabilisation de l'individu ou de la famille** devant faire face à des événements ou des changements. La crise est généralement accompagnée de malaise, d'inconfort et parfois même de sentiment de panique et d'urgence. Les auteurs s'entendent également pour dire que la crise n'est généralement pas soudaine mais se prépare progressivement et, de ce fait, peut être prévisible. La crise est aussi envisagée comme étant **l'aboutissement d'échecs de régulation**. Enfin, tous les auteurs signalent que **la crise nécessite une solution, un changement** » (Robert Pauzé, 1999).

« La crise familiale se caractérise par une rupture brusque dans les habitudes de fonctionnement de la famille, un point tournant, un état d'instabilité qui font suite à un moment de transition ou à un événement traumatique précis. La crise qui éclate signale une défaillance des mécanismes de régulation habituelle de la famille » (Pauzé et al., 1998).

L'objectif premier : réduire les tensions afin de rendre l'enfant, la famille mobilisables pour un travail progressif de changement. L'intervention en contexte de crise nécessite souvent deux temps dans l'intervention : d'abord calmer l'excès de tension, de violence ou de désorganisation afin de rendre l'individu ou la famille mobilisables pour, dans un second temps, travailler aux changements et ajustements qui s'imposent (référence au programme de maintien en milieu familial - PMMF).

Les amendements à la LPJ interpellent tous les partenaires qui gravitent autour de la situation d'un enfant et de sa famille dans une dispensation de services le plus près possible de sa réalité et de ses besoins pour renforcer le rôle de l'intervention de première ligne et réserver l'intervention du DPJ seulement dans les situations prévues dans la Loi sur la protection de la jeunesse (articles 38 et 38.1).

LA NOTION D'URGENCE

L'urgence est un état subjectif, le sentiment qu'une intervention extérieure devient nécessaire pour soulager la tension alors que la crise ne réclame pas un soulagement mais une solution. Cette distinction entre urgence et crise est importante à établir puisque chaque terme renvoie respectivement à des objectifs d'intervention différents : d'une part, soulager le malaise, la tension, l'inconfort, la désorganisation et, d'autre part, viser le développement de nouvelles manières de voir et de faire, de nouveaux mécanismes adaptatifs pour faire face aux événements critiques ou aux changements qui surviennent.

L'OPPOSITION DE L'ENFANT DE 14 ANS ET PLUS À L'OBTENTION DE SERVICES

L'opposition de l'enfant de 14 ans et plus peut se présenter de différentes manières; il devient nécessaire de déterminer si le refus présente **un caractère persistant et constant** à l'obtention de services (opposition persistante et constante de rencontrer tout professionnel de relation d'aide : médecins, intervenants du milieu scolaire ou de tout autre établissement).

Même si l'enfant manifeste une opposition à l'obtention de service, l'intervenant doit chercher à obtenir sa participation active dans l'identification de ses besoins, de ses attentes et de ses difficultés. Les parents ou personnes significatives à l'enfant sont à considérer comme partie prenante de l'intervention.

L'ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE

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; une atteinte au temps présent ou **de façon imminente**.

Des exemples: consommation qui génère une dépendance et ses impacts - perte de poids significative liée à la présence de consommation - mutilations et blessures - comportements extrêmes - atteinte à l'intégrité physique d'autrui – etc.

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. Présence d'une problématique de santé mentale associée à un contexte perturbateur qui génère des comportements à risque ou accentue une vulnérabilité.

Des exemples: - Anorexie mentale - épisodes psychotiques - refus de médication - consommation excessive qui génère des impacts au plan de la santé mentale – dépression - rupture des liens - repli excessif - verbalisations suicidaires (actuelles et antérieures).

2.

Le partage des responsabilités

Les enfants à risque de présenter des comportements désordonnés de l'ordre de la crise auront été identifiés rapidement et pourraient faire l'objet d'un PI, PSI ou PSII, dont l'exercice sera fait en priorité dès le début de l'année scolaire. Tous les acteurs concernés seront mobilisés et devront définir leurs rôles et responsabilités dans une optique de prévention de la crise, entre autres. Les enfants qui ne présentent pas d'antécédents de services devront faire l'objet d'un repérage précoce pour viser l'actualisation rapide du mécanisme PSI-PSII. Les parents seront interpellés de premier plan pour partager la compréhension des besoins et définir les services à mettre en place.

La responsabilité et le pouvoir professionnel de l'intervenant supposent la mise en place de stratégies variées visant un minimum d'ouverture à l'intervention. L'importance d'aller au-delà de la surface, de l'apparence première de résistance particulièrement en situation de crise où la gestion des émotions est souvent problématique.

A) DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION EN CONTEXTE DE CRISE EN MILIEU FAMILIAL OU SCOLAIRE

QUAND L'ENFANT EST EN CRISE DANS SON MILIEU FAMILIAL OU SCOLAIRE :

L'intervention de crise est pilotée par l'intervenant du CSSS actif au dossier ou l'intervenant du milieu scolaire en lien avec le PI-PSI-PSII. Si la crise survient en milieu scolaire, le partenaire CSSS est ou pourra être mis à contribution dans le but de résorber la crise et de répondre aux besoins de l'enfant. Si l'enfant est inconnu des services du CSSS, les parents seront contactés rapidement par l'intervenant scolaire pour établir le lien et cibler des services de soutien à dispenser.

L'intervenant du CSSS ou du milieu scolaire :

- ⇒ Interpelle rapidement les parents ou une personne désignée par les parents ou s'assure de leur présence ou participation.
- ⇒ Intervient selon les modalités convenues au PI-PSI-PSII ou selon le « protocole d'intervention en situation d'urgence » établi en milieu scolaire.
- ⇒ Mobilise le support nécessaire.

Si la situation de crise ne se résorbe pas et comporte des éléments de risque pour l'enfant / si la désorganisation est telle qu'un intervenant ne peut en assumer le contrôle / si le jeune porte atteinte à son intégrité physique ou à celle d'autrui : RECOURS À UN SIGNALEMENT AU DPJ.

B) LORSQUE DES FAITS JUSTIFIENT LE RECOURS À UN SIGNALEMENT AU DPJ

Avec ou sans consultation, lorsque l'intervenant du CSSS ou du milieu scolaire signale au DPJ :

L'intervenant RTS-US verra à considérer la situation en fonction des :

Facteurs déterminants :

- L'âge de l'enfant et ses caractéristiques personnelles.
- La présence d'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique pour lui ou pour les autres.
- La gravité et la chronicité des comportements.

Facteurs associés :

- L'appréciation de la capacité parentale en termes d'absence, de refus, d'incapacité du parent, d'inaptitude à contribuer à répondre aux besoins de l'enfant en contexte de crise (qualité des moyens pris).
- Les stratégies de gestion de la crise prévues au PI-PSI-PSII.
- L'opposition ferme et persistante de l'enfant à toute intervention s'il est âgé de 14 ans ou plus.
- L'impossibilité effective de joindre le parent le cas échéant.

⇒ L'intervenant du service RTS-US jugera de la pertinence de retenir le signalement et d'intervenir ou non en contexte d'urgence (code 1) ou prendra charge de la situation avec le soutien des partenaires CSSS ou scolaire.

LORSQUE LE SIGNALEMENT DE L'ENFANT (FAIT PAR L'INTERVENANT DU MILIEU SCOLAIRE) EST NON RETENU :

L'intervenant RTS-US:

- ⇒ **A l'obligation d'informer et d'accompagner l'enfant et ses parents vers les services** tel que stipulé à l'article 45.1 de la LPJ.
- ⇒ Réfère la situation de l'enfant au SRISIS qui contactera l'intervenant de garde du CSSS concerné.
- ⇒ Transmet la **fiche de liaison informatisée en besoin de service immédiat** au partenaire CSSS du territoire concerné.

Dans les situations de besoin de service Immédiat :

SI LA SITUATION DE L'ENFANT EST INCONNUE DU PARTENAIRE CSSS	SI LA SITUATION DE L'ENFANT EST CONNUE DU PARTENAIRE CSSS
<p>⇒ La demande de service est transférée par le SRISIS à l'intervenant de garde du CSSS concerné qui verra à intervenir selon les modalités convenues.</p>	<p>⇒ La demande est transférée par le SRISIS à l'intervenant actif au dossier du CSSS concerné qui verra à intervenir selon les modalités convenues. ⇒ S'il est absent, le service de l'AEO sera interpellé pour orchestrer l'intervention.</p>

C) LORSQUE LE DPJ EST ACTIF DANS LA SITUATION DE L'ENFANT ET QUE CE DERNIER EST EN CRISE : DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION CONJOINTE CJ – CSSS – SCOLAIRE
<p>⇒ L'intervention de crise est pilotée par le partenaire concerné en présence (CSSS ou scolaire) selon les moyens et stratégies convenues au PI-PSI-PSII. ⇒ La personne autorisée du DPJ est informé de tout élément significatif quelle que soit l'étape d'intervention en cours.</p> <p><i>Si la situation de crise ne se résorbe pas et comporte des éléments de risque pour l'enfant / si la désorganisation est telle qu'un intervenant ne peut en assumer le contrôle / si le jeune porte atteinte à son intégrité physique ou à celle d'autrui :</i></p> <p>⇒ Le milieu scolaire interpelle la personne autorisée par le DPJ ou l'intervenant de garde en cas d'absence pour faire l'état de situation en lien avec la crise. ⇒ Lorsque le parent ou la personne responsable de l'enfant est inapte ou incapable de collaborer à la gestion de la crise, la personne autorisée par le DPJ orchestrera l'intervention en s'associant aux partenaires impliqués. ⇒ La personne autorisée par le DPJ verra à prendre les moyens nécessaires pour intervenir directement auprès de l'enfant afin de résorber la crise (moyen à privilégier comme filet de sécurité et suite à donner après l'intervention). ⇒ Toute personne significative auprès de l'enfant sera sollicitée au besoin et ce, avec l'accord des parents.</p>

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.

3.

Principes de base en intervention de crise

- ☑ **Intervention immédiate** : une crise est un moment de danger mais aussi une opportunité, limitée dans le temps, d'intervenir.
- ☑ **Confiance** : apaiser la famille, l'enfant en l'invitant à partager son histoire et à exposer sa situation.
- ☑ **Action** : en intervention de crise, l'intervenant participe très activement, dirige le processus d'évaluation de la situation et, avec l'enfant et ses parents, formule un plan d'action à suivre avec la famille.
- ☑ **Objectifs limités** : l'objectif minimal en intervention de crise est d'éviter la catastrophe. L'objectif général est de ramener la famille à un état d'équilibre, en espérant qu'ils grandiront à travers cette expérience.
- ☑ **Espoir et attentes** : l'intervenant doit, de prime abord, tenter d'insuffler de l'espoir. Il le fera par une approche globale, incluant son attitude et les attentes de la famille.
- ☑ **Soutien** : l'intervenant doit apporter beaucoup de support à la famille, par une présence, une disponibilité d'accompagnement dans ce processus. Le soutien doit être judicieusement dosé pour être suffisant sans être excessif.
- ☑ **Résolution de problèmes bien ciblés** : c'est la clé de l'intervention; elle détermine la structure qui encadre et soutient tout le processus d'intervention.

Sigles et acronymes

AEO	Accueil – évaluation – orientation
AGENCE	Agence de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
AM	Application des mesures
BSI	Besoin de service immédiat
BSNI	Besoin de service non immédiat
CH	Centre hospitalier
CJMCQ	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CPE	Centre de la petite enfance
CS	Commission scolaire
CSSSAE	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et-de-l'Érable
CSSSTR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
CSSSVB	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Bastican
EO	Évaluation-orientation
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse

LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport
PJ	Protection de la jeunesse
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé intersectoriel
SDC	Sécurité ou développement compromis
SDNC	Sécurité ou développement non compromis
SRISIS	Service régional Info-social / Info-santé
RTS	Réception et traitement des signalements
TC	Trouble de comportement
TLOS	Table locale d'organisation de services
US	Urgence sociale

Principales références

Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Guide d'élaboration d'un protocole d'entente sur la prestation conjointe de services aux jeunes par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux, MELS, 2008.

Les troubles du comportement à l'école – prévention, évaluation et intervention, Line Massé, Nadia Desbiens, Catherine Lanaris, Édition Gaétan Morin, 2006.

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.

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

Services intégrés pour adolescents et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec, 2007.

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

Tous les outils dans le même étui : cadre de référence régionale pour les enfants de 5-12 ans présentant des difficultés ou troubles du comportement et leur famille en Mauricie et au Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec et ministère de l'Éducation, du loisir et du sport, 2009.

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

L'intervention auprès des enfants présentant des troubles de comportement de 6 à 12 ans et de 12 à 18 ans

ENFANTS DE 6-12 ANS

Les troubles de comportements affectent le développement et le fonctionnement des enfants dans plusieurs sphères de leur vie. Ce qui caractérise le trouble de comportement sérieux au sens de la LPJ, c'est l'intensité des manifestations, intériorisées ou extériorisées, qui porte atteinte à son intégrité physique ou psychologique. À ce stade, les troubles de comportement sérieux génèrent des impacts importants et persistants dans plusieurs sphères de vie de l'enfant. La position des parents et de l'enfant face à l'intervention ou aux moyens à prendre est tout autant déterminante.

De plus, d'autres problématiques peuvent être associées (santé mentale, trouble de l'attachement, syndrome de stress post-traumatique) La perspective de développement global comparable aux autres enfants du même groupe d'âge (retard, déficit ou autres) est aussi à considérer. Le rôle et la responsabilité du parent sont majeurs et **constituent un point d'ancrage pour l'enfant de 6 à 12 ans particulièrement.**

Le parent se doit donc d'être sollicité comme premier responsable des réponses à apporter à l'enfant. En plus de **sa reconnaissance** et de **sa motivation suffisante** à vouloir jouer un rôle actif pour répondre aux besoins de son enfant, **la qualité des moyens pris** doit faire partie des facteurs d'analyse et des hypothèses ou objectifs d'intervention.

Les services de première ligne s'adressent à des enfants qui peuvent présenter des problèmes multiples et complexes nécessitant une orchestration de services dispensés par plusieurs partenaires; la position du parent par sa capacité de reconnaître et d'agir dans l'intérêt de son enfant est déterminante et **visé l'atteinte de résultat** soit, de premier plan, la réponse aux besoins de l'enfant.

L'alliance à établir avec le parent est donc fondamentale et se doit d'être alimentée par la reconnaissance des forces. Une approche de type «médiation» apparaît appropriée puisqu'elle soutient l'identification des besoins prioritaires selon la perception de chacun des membres du système familial. Elle respecte les rôles et responsabilités parentales en insistant sur la part déterminante du parent dans la recherche de solution, entre autres.

Pauzé et all. (2004) recommandent aux intervenants qui travaillent auprès de la clientèle 6-11 ans en trouble de comportement **d'équiper les parents** et les enfants afin qu'ils puissent composer avec leur réalité sur les plans :

- de l'autocontrôle des comportements
- de la résolution des problèmes
- de l'estime de soi
- de la compétence sociale
- de l'affrontement des difficultés (rupture, rejet, perte)
- du surpassement de la détresse
- des deuils à faire

ENFANTS DE 12-18 ANS

Le développement des troubles de comportement chez un enfant se situe souvent à partir d'un **continuum de manifestations**, allant d'une intensité plus légère (opposition typique de l'enfant ou de l'adolescent moyen) à des manifestations très problématiques (trouble des conduites, absence de contrôle interne, par exemple). Il est impératif de distinguer ce qui est propre à une évolution saine du jeune, tel que le développement de son autonomie, le besoin de se différencier de ses parents et de l'adulte en général, le besoin d'appartenance à un groupe de pairs, de ce qui doit être considéré comme un véritable trouble de comportement sérieux au sens de la LPJ.

Un enfant présentant une problématique de trouble de comportement extériorisé présente généralement des faiblesses au plan de :

- la gestion de la colère
- la communication
- le respect des règles
- le contrôle de ses impulsions
- la résolution de problème.

Pour plusieurs enfants de 12 à 18 ans, **des problématiques associées** sont présentes : consommation problématique de drogue ou d'alcool considérant l'impact au plan de l'intégrité physique ou psychologique, problématique de santé mentale, entre autres.

L'intervention doit inclure :

- une bonne connaissance de l'enfant et de ses parents (forces-faiblesses, intérêts, habiletés, contexte et histoire familiale)
- l'identification des besoins et des objectifs
- un PI-PSII qui met de premier plan les rôles et responsabilités de chaque acteur, les parents de premier plan
- un cadre sécurisant (règles, limites, routine et séquence prévisible)
- des interventions structurées qui mettent en évidence les réussites et le potentiel de changement
- une persévérance dans l'intervention puisque certains enfants maintiendront une position de fermeture face aux services, **leurs parents nécessitant malgré cela un soutien important pour ajuster et améliorer leurs compétences parentales.**