


L'application des mesures en protection de la jeunesse

Cadre de référence

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de services sociaux




L'application des mesures en protection de la jeunesse

Cadre de référence

Rédigé par Danielle
Tremblay Marie-
Claude Sirois
Stéphanie Gadoury

Sous la direction de
Sylvie Desmarais
Marie-Claude Sirois



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Danielle Tremblay, B. Sc.
Marie-Claude Sirois, M. Ps. Éd., M. Sc. Adm.
Stéphanie Gadoury, B. Ps. Éd., D.E.S.S. en
administration sociale

Soutien administratif

Jocelyne Bleau

Adjointe à la direction

Marie-Claude Sirois, M. Ps. Éd., M. Sc. Adm.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-83387-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guides et normes : L'application des mesures en protection de la jeunesse – Cadre de référence. Rapport rédigé par Danielle Tremblay, Marie-Claude Sirois et Stéphanie Gadoury, Québec, Qc : INESSS; 2019. 34 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Pour ce rapport, les membres du comité de travail sont :

M^{me} Marie-Josée Thériault, adjointe au DPJ, CIUSSS de la Capitale-Nationale, C.R. Le Gouvernail

M^{me} Sylvie Nadeau, adjointe à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

M^{me} Gina Landry, directrice de la protection de la jeunesse, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Nathalie Bibeau, directrice adjointe, Direction adjointe du programme jeunesse, services dans la communauté et ressources, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Martin Vachon, directeur du programme jeunesse, CISSS de l'Outaouais

M^{me} Marlene Gallagher, directrice de la protection de la jeunesse, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Chantal Poulin, directrice de la protection de la jeunesse par intérim, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Marie-Josée Audette, directrice adjointe, Direction adjointe du programme jeunesse, services psychosociaux dans la communauté et partenariat, CISSS de la Montérégie-Est

M. Marc Plamondon, adjoint à la direction, Direction des services aux jeunes et aux familles, ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Catherine Émond, conseillère au programme jeunesse, Direction des services aux jeunes et aux familles, ministère de la Santé et des Services sociaux

Un remerciement particulier est offert aux directeurs de la protection de la jeunesse et aux directeurs du programme jeunesse qui ont eu l'occasion d'émettre leurs commentaires.

Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance)

Présidence

M^{me} Lesley Hill, directrice du programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CUSM

M^{me} Marie-Ève Bouthillier, éthicienne, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M. Simon Legault, conseiller en révision de processus, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheure, CIUSSS de la Capitale-Nationale. Professeure associée, École de service social et École de psychologie. Chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque)

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Professeur agrégé, Université McGill

M. Martin Robert, chef de programme, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Helen-Maria Vasiliadis, économiste, Montérégie

Membres citoyens

M^{me} Marie-Elyse Lafaille-Magnan

M. Alexis Rheault-Campeau

Autres contributions

L'Institut tient à remercier :

Les représentants de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) et de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ) pour leur rétroaction sur les éléments de contenu liés aux activités réservées et présentés à la rencontre d'information du 16 novembre 2018;

M^{me} Christiane Patry, conseillère Direction des services aux jeunes et aux familles, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

Responsabilité

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	I
GLOSSAIRE	II
INTRODUCTION	1
1 LA MISE EN CONTEXTE	2
2 LE CONTEXTE LÉGAL	4
2.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)	4
2.2 Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)	5
2.3 Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR).....	7
3 L'APPLICATION DES MESURES.....	8
3.1 Principes directeurs	8
4 LES FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS DE LA PERSONNE AUTORISÉE	10
4.1 Fonctions de la personne autorisée	12
4.1.1 Aide, conseil et assistance	12
4.1.2 Contrôle.....	13
4.1.3 Surveillance.....	13
4.2 Responsabilités spécifiques de la personne autorisée	13
4.3 Connaissances et compétences spécifiques de la personne autorisée	14
5 LE PROCESSUS CLINIQUE	16
5.1 Rencontre de liaison	18
5.2 Appropriation de l'information clinique	19
5.3 Début de l'intervention	20
5.4 Élaboration du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI) ...	20
5.4.1 Plan d'intervention (PI)	21
5.4.2 Plan de services individualisé (PSI)	22
5.5 Mise en œuvre du PI et du PSI	23
5.5.1. Rencontres individuelles avec l'enfant	23
5.5.2. Rencontres avec les parents	24
5.5.3. Rencontres familiales	24
5.5.4. Rencontres avec le milieu de vie auquel l'enfant est confié	24
5.5.5. Rencontres de groupe	25
5.5.6. Rencontres avec les collaborateurs et les partenaires	25
5.6 Révision du PI et du PSI.....	26
5.7 Révision en vertu de la LPJ.....	27

5.8	Fin de l'intervention en protection de la jeunesse	28
6	L'OFFRE DE SERVICE SPÉCIALISÉE À L'APPLICATION DES MESURES	29
7	RESPONSABILITÉS DU CHEF DE SERVICE	30
7.1	Révision de la charge de cas	30
7.2	Supervision de la personne autorisée à l'application des mesures	31
8	CONCLUSION	31
	RÉFÉRENCES	33

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CISSS	Centre intégré en santé et en services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux
CR	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
IDC	Instrument de détermination et de classification des services
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LRR	Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCA	Plan de cheminement vers l'autonomie
PI	Plan d'intervention
PQJ	Programme qualification des jeunes
PSI	Plan de services individualisé
SOCEN	S'OCCuper des ENfants

GLOSSAIRE

Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Les centres de réadaptation accueillent des enfants ou des jeunes qui présentent des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou qui ont un retard de développement [MSSS, 2013]. En complémentarité avec les services psychosociaux offerts et en étroite collaboration avec la famille et les partenaires, la réadaptation en internat vise une réduction des problèmes à l'origine du placement en centre de réadaptation. Elle s'actualise à travers un vécu partagé avec des éducateurs, qui animent également des activités individuelles et de groupe à des fins développementales et thérapeutiques. Les services offerts et le niveau d'encadrement sont adaptés aux besoins et aux problématiques de chaque jeune.

Certains jeunes sont hébergés en centre de réadaptation en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Trois types d'encadrement sont alors possibles : les foyers de groupe, les unités de vie régulières et les unités de vie d'encadrement intensif. D'autres jeunes sont admis en centre de réadaptation dans le cadre d'une ordonnance impliquant un placement sous garde en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Deux niveaux de garde sont alors possibles: ouvert ou fermé.

Dans le présent cadre de référence, la notion de « centre de réadaptation » renvoie exclusivement aux foyers de groupe, aux unités de vie régulières et aux unités d'encadrement intensif.

Famille d'accueil

Une famille d'accueil est constituée d'une ou de deux personnes qui accueillent chez elles, dans leur lieu de résidence principal, des enfants en difficulté qui leur sont confiés par l'établissement, afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial (LSSSS, art. 312).

L'adoption de la Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (2017, chapitre 18) a modifié la notion de famille d'accueil aux fins de l'application de cette loi, notamment en y ajoutant la notion de famille d'accueil de proximité. Un enfant est alors confié à un membre de la famille élargie ou de l'entourage considéré comme une personne significative pour l'enfant et qui devient une famille d'accueil exclusive pour celui-ci.

Milieu de vie substitut

Milieu autre que le milieu de vie naturel de la personne. La LPJ précise à l'article 1 c.2) qu'il s'agit du milieu auquel un enfant est confié en vertu de la présente loi, autre que celui de l'un ou l'autre de ses parents.

Personne autorisée à l'application des mesures

La personne autorisée à l'application des mesures est une personne physique mandatée par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) en vertu de l'article 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) à exercer une ou plusieurs de ses responsabilités, selon ce qu'il indique dans son autorisation écrite. Elle doit notamment voir à l'application des mesures prévues dans l'entente sur les mesures volontaires ou dans l'ordonnance lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant ont été déclarés compromis [MSSS, 2010, p. 534].

Personne significative

Dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, une personne significative est généralement un adulte, autre qu'un parent, à qui l'enfant peut être confié (ex. : mesure de protection immédiate, mesure volontaire, placement de l'enfant jusqu'à sa majorité). Il peut s'agir notamment des grands-parents ou d'autres membres de la famille élargie. Lorsque le placement de l'enfant jusqu'à sa majorité auprès d'une personne significative est envisagé, le caractère significatif des liens entre l'enfant et la personne visée doit s'analyser sous l'angle de l'enfant. Plus précisément, une personne est significative pour l'enfant s'il existe des liens affectifs de qualité entre eux.

Habituellement, l'enfant est en mesure de témoigner de la qualité de ses liens avec cette personne, soit par ses paroles, soit par ses attitudes ou ses gestes s'il est plus jeune ou a une capacité verbale limitée [MSSS, 2010, p. 703].

Plan d'intervention

Le plan d'intervention (PI) en protection de la jeunesse encadre et structure la démarche par laquelle l'intervenant, l'enfant et ses parents s'approprient l'analyse de la situation, les objectifs à atteindre et les moyens privilégiés pour corriger la situation de compromission. Il permet de suivre l'évolution de la situation et d'encourager l'enfant et ses parents lorsque des améliorations sont constatées, ou de proposer des ajustements lorsque les moyens convenus ne donnent pas les résultats escomptés. Une utilisation régulière du plan d'intervention, souvent sous forme de bilan évolutif, suscite une interaction entre l'enfant, ses parents et l'intervenant. Par conséquent, le PI sert d'assise clinique pour toutes les interventions réalisées [MSSS, 2010].

Plan de services individualisé

Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche d'évaluation globale des besoins, de planification et de coordination des services, ayant pour but d'assurer l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services visant à répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents. Le PSI favorise une lecture commune de la situation et une intervention concertée [MSSS, 2010].

Ressource intermédiaire

Ressource qui est reconnue pour participer au maintien ou à l'insertion dans la communauté d'usagers en leur offrant un milieu de vie adapté à leurs besoins, tout en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. Les jeunes hébergés en ressource intermédiaire constituent une clientèle nécessitant plus de soutien et d'encadrement que celle confiée aux RTF [MSSS, 2016].

INTRODUCTION

Les enfants sont universellement reconnus comme des sujets de droit depuis 1924 lors de l'adoption, par la Société des Nations, de la Déclaration de Genève, qui affirme l'existence de droits pour les enfants et la responsabilité des adultes à leur égard : « L'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur » (Eglantyne Jebb, Déclaration de Genève, 1924).

Cette reconnaissance internationale s'est poursuivie et, en 1989, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a ratifié la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, par laquelle des droits spécifiques sont reconnus aux enfants. Les États membres de l'ONU doivent les garantir et les protéger¹.

La Charte des droits et libertés de la personne du Québec reconnaît que « tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner » (art. 39).

C'est donc à ses parents, ou aux personnes qui en tiennent lieu, que revient la responsabilité de protéger l'enfant. Ceux-ci doivent être appuyés par la famille élargie, la communauté et les services publics [MSSS, 2010, p. 10]. « L'État intervient par sa législation pour créer des conditions de vie convenables et assure l'accessibilité des services nécessaires, compte tenu des ressources disponibles » [MSSS, 2010, p. 17].

Des situations particulières peuvent se présenter, où les parents et la communauté ne parviennent pas à protéger l'enfant. C'est alors que la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) s'applique, pour assurer la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant dans le respect de son intérêt et de ses droits [MSSS, 2010, p. 17-18].

Lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est déclaré compromis en vertu de la LPJ, le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) doit prendre la situation en charge² et proposer des mesures aux parents et à l'enfant, afin de la corriger et éviter qu'elle ne se reproduise. En vertu de l'article 33 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), il autorise alors, par écrit et dans la mesure qu'il indique, un intervenant responsable de voir à l'application des mesures de protection prévues dans une entente sur des mesures volontaires ou dans une ordonnance. Tout au long du présent document, l'appellation « personne autorisée » sera utilisée pour désigner cet intervenant, ce qui évitera de le confondre avec les autres intervenants pouvant agir auprès de l'enfant et sa famille.

Le cadre de référence de l'application des mesures vise à soutenir la pratique professionnelle des personnes autorisées par le DPJ à intervenir à cette étape importante du processus d'intervention en protection de la jeunesse.

Dans le processus d'intervention en protection de la jeunesse, c'est à l'étape de l'application des mesures qu'est recensé le plus grand nombre d'enfant. Selon les bilans annuels DPJ parus entre 2007-2008 et 2017-2018, 31 794 enfants en moyenne ont fait l'objet d'une prise en charge par le DPJ. Il s'agit d'une augmentation d'environ 11,5 % en 10 ans.

¹ Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989), disponible à : <https://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf>.

² Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1, art. 51.

Pour corriger la situation ayant mené à la compromission de la sécurité ou du développement de l'enfant et éviter qu'elle ne se reproduise, la personne autorisée à appliquer les mesures doit mettre en place des activités cliniques et des programmes reconnus. Les services offerts dans la communauté³ de même que les services de proximité du programme jeunesse et les autres services spécifiques et spécialisés de l'établissement peuvent également être mis à contribution. L'application des mesures s'inscrit donc dans un continuum de services intégrés pour l'enfant et sa famille.

Cette seconde édition du cadre de référence précise d'abord le contexte ayant mené à sa révision, puis décrit les principales lois applicables à cette étape du processus d'intervention en protection de la jeunesse. Par la suite, les enjeux et défis de l'application des mesures ainsi que les principes directeurs sont exposés. Les fonctions et les responsabilités de la personne autorisée par le DPJ sont également précisées. Le processus clinique lié à l'application des mesures dans le continuum de services aux enfants et leur famille est présenté, et des aspects d'encadrement spécifiques à ce service sont énoncés. Finalement, la contribution des partenaires dans l'offre de service est soulignée.

1 LA MISE EN CONTEXTE

Le présent cadre de référence est une révision du document produit en 2007 par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Les changements législatifs⁴ ainsi que l'évolution de la pratique clinique, depuis sa parution, ont rendu cette révision nécessaire. Des approches, des programmes ou des cadres de référence ont en effet été introduits, depuis 2007, orientant l'intervention au Québec auprès des enfants en protection de la jeunesse. Parmi ceux-ci : le *Cadre de référence « Un projet de vie, des racines pour la vie »*, le *Cadre de référence RI-RTF*, le *Programme qualification des jeunes* (PQJ), l'approche du *Plan de cheminement vers l'autonomie* (PCA) et l'approche *S'Occuper des ENfants* (SOCEN).

En avril 2015, l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre 0-7.2) a remodelé l'organisation des services en les regroupant au sein de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). C'est ainsi que les services de la protection de la jeunesse et les services aux jeunes et à leur famille se retrouvent au sein des CISSS et des CIUSSS. Quelques exceptions sont notées concernant certaines communautés autochtones, soit les Cris, les Inuits et les Naskapis, qui ont acquis un statut particulier en matière de santé et de services sociaux à la suite de la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois, en 1975, et de la Convention du Nord-Est québécois, en 1978. En effet, ces trois nations autochtones assurent le

³ Les services offerts dans la communauté sont ceux dispensés par les milieux scolaires, de garde, médical, sociojudiciaire, socioprofessionnel ainsi que les municipalités et les organismes communautaires.

⁴ Il s'agit, entre autres, de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (2009, chapitre R-24.0.2), la Loi apportant diverses modifications législatives pour renforcer la protection des personnes (2016, chapitre 12), la Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (2017, chapitre 18).

déploiement et la gestion des services de santé et des services sociaux, dont l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse sur leurs territoires respectifs. De plus, le Conseil de la Nation Atikamekw (CNA) a conclu une entente avec le gouvernement du Québec en vertu de l'article 37.5 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Depuis l'entrée en vigueur de cette entente le 20 novembre 2018, le directeur de la protection sociale du CNA assume toutes les responsabilités du DPJ pour les membres des communautés de Manawan et de Wemotaci. Finalement, d'autres communautés autochtones non conventionnées dispensent des services de santé et des services sociaux, incluant l'application de certaines dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse, dans le cadre d'ententes avec les CISSS et les CIUSSS de leurs régions respectives⁵.

Les services d'application des mesures en protection de la jeunesse doivent être clairement définis et bien campés dans le continuum de services aux jeunes en difficulté et à leur famille, afin d'assurer le maintien et le développement de l'expertise de l'intervention spécifique en protection de la jeunesse. Trocmé et ses collaborateurs [2014] précisaient d'ailleurs, dans leur mémoire déposé dans le cadre des consultations publiques sur le projet de loi n°10⁶, qu'il était essentiel de préserver l'indépendance des services de protection et leur fonction spécialisée, étant donné les défis particuliers que présentent les enfants maltraités et l'expertise pointue détenue par les intervenants qui en assurent la prise en charge [Trocmé *et al.*, 2014].

Les enfants en besoin de protection nécessitent une intensité de services adaptés à leurs besoins et des interventions fondées sur les meilleures pratiques. Les travaux de l'*American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)*, de la *Child Welfare Information Gateway (CWIG)* ou de la *Child Welfare League of America (CWLA)*, pour ne mentionner que ceux-là, sont explicites sur la nécessité d'allier qualité, continuité et intensité, afin d'obtenir des résultats et des effets durables. En ce sens, les interventions doivent s'appuyer sur des pratiques probantes et reconnues et être réalisées par des intervenants hautement qualifiés [Esposito *et al.*, 2017]. Selon Gervais et ses collaborateurs [2011], les données relatives aux meilleures pratiques doivent répondre à certains critères facilitant leur utilisation pour appuyer les décisions cliniques des intervenants et les décisions prises par les gestionnaires. À cet égard, les données probantes doivent être applicables (selon les problématiques en cause), adaptables (format, production en temps opportun) et valides (découlant d'un cadre théorique sous-jacent).

Selon une étude réalisée en 2003, le coût annuel de la maltraitance des enfants au Canada s'élève à 15,7 millions de dollars. Ce coût inclut les frais liés aux soins de santé à l'éducation spécialisée et aux services sociaux, les dépenses associées au système judiciaire de même que des pertes de revenu [Bowlus *et al.*, 2003].

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié les orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté et leur famille 2017-2022, qui soutiennent les établissements dans le déploiement d'une offre de services intégrés. *Elles visent à assurer en temps opportun une disponibilité, une accessibilité et une qualité de services afin d'offrir une réponse globale aux besoins des jeunes en difficulté et de leur famille.* De plus, une orientation pour le développement et

⁵ Le DPJ peut, en vertu de l'article 33 de la LPJ, autoriser des personnes à exercer ses responsabilités générales, dont les services d'application des mesures.

⁶ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, chapitre O-7.2.

l'amélioration des services auprès des enfants des communautés autochtones et ethnoculturelles est spécifiée [MSSS, 2017].

En résumé, l'application des mesures est une étape importante se situant au cœur du processus d'intervention en protection de la jeunesse. Les services doivent être dispensés de façon fluide et continue. La personne autorisée à l'application des mesures joue un rôle déterminant dans la vie de l'enfant en besoin de protection. Elle doit posséder des compétences spécifiques, suivre un processus clinique et un cadre légal précis et rigoureux, de même que bénéficier d'un soutien adéquat pour assurer la protection durable des enfants dont elle a la responsabilité.

2 LE CONTEXTE LÉGAL

La Loi sur la protection de la jeunesse et plusieurs autres lois encadrent l'ensemble des services offerts aux jeunes en difficulté et à leurs parents. Ce cadre légal balise la pratique professionnelle des intervenants présents aux différentes étapes du processus d'intervention, dont ceux responsables de l'application des mesures. Cette section présente un aperçu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR). Les chartes canadienne et québécoise des droits et libertés, le Code civil du Québec et d'autres lois doivent également être pris en considération, dont la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et la protection des renseignements personnels. Il est primordial de se référer aux versions à jour des différentes lois car elles font l'objet de révisions régulières.

2.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Au Québec, c'est la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, chapitre S-4.2) qui régit le système de santé et de services sociaux. Elle a pour but de « maintenir et d'améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (LSSSS, art.1). Elle établit les principes à la base de l'organisation des services de santé et des services sociaux, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services, pour offrir à la population des services accessibles, coordonnés, personnalisés et continus. Elle précise également les différentes missions devant être assumées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

De plus, les dispositions de la LSSSS prévoient l'obligation d'élaborer un plan d'intervention (PI) (LSSSS, art. 102) et, si requis, un plan de services individualisé (PSI) (LSSSS, art. 103). Ces plans doivent être élaborés avec la collaboration de l'utilisateur, comporter un échéancier quant à leur révision et pouvoir être modifiés en tout temps pour s'ajuster aux changements dans la situation de l'enfant (LSSSS, art. 10 et 104)⁷.

⁷ Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements dispose que le plan d'intervention doit être révisé aux 90 jours dans le cas des usagers hébergés (articles 42 et 49).

2.2 Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) s'applique dans des situations exceptionnelles et encadre une intervention à portée limitée, car il s'agit d'une intervention d'autorité de l'État dans la vie privée des familles lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis.

La LPJ est entrée en vigueur en janvier 1979 et a été modifiée de façon importante à quelques reprises, soit en 1984, 1994, 2006, 2016 et 2017. Elle précise les objectifs visés à l'article 2.3 :

« Toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents en vertu de la présente loi doit :

- viser à mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et à éviter qu'elle ne se reproduise;
- privilégier, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui permettent à l'enfant et à ses parents de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent. »

L'intervention en protection de la jeunesse doit donc viser non seulement à protéger les enfants, mais aussi à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental, afin qu'ils soient en mesure de mieux répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant, et ce, de façon durable.

Le Manuel de référence sur la protection de la jeunesse [MSSS, 2010] précise qu'afin d'atteindre les objectifs de la loi, neuf grands principes guident l'intervention sociale et judiciaire auprès de l'enfant et de ses parents :

1. l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits;
2. la primauté de la responsabilité parentale;
3. la participation active de l'enfant et de ses parents;
4. le maintien de l'enfant dans son milieu familial;
5. la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant lorsque celui-ci est retiré de son milieu familial;
6. l'implication de la communauté;
7. le respect des personnes et de leurs droits;
8. l'importance d'agir avec diligence;
9. la prise en considération des caractéristiques des communautés culturelles et des communautés autochtones⁸.

Les articles 38 et 38.1 de la LPJ définissent les situations visées par la loi. L'article 38 précise les situations dans lesquelles la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis. Ce sont : l'abandon; la négligence (sur le plan physique, de la santé ou éducatif) ainsi que le risque sérieux de négligence; les mauvais traitements psychologiques; les abus sexuels incluant l'exploitation sexuelle; le risque sérieux d'abus

⁸ Les modifications à la LPJ en 2018 (Projet de loi n° 99) introduisent aussi, pour la prise en considération des caractéristiques des communautés autochtones, la tutelle et l'adoption coutumières autochtones (art. 2.4 (5)).

sexuels incluant l'exploitation sexuelle; les abus physiques, ainsi que le risque sérieux d'abus physiques. L'article 38.1 précise quant à lui les situations où la sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis, soit lorsque ce dernier fugue – alors que sa situation n'est pas prise en charge par le DPJ – et le délaissement de l'enfant par ses parents alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

Les situations doivent être analysées en fonction des facteurs prévus à l'article 38.2 de la LPJ : la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés; l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant; la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant; les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents. Lorsque le signalement concerne la négligence sur le plan éducatif, en lien avec l'instruction que reçoit l'enfant ou en lien avec le respect de son obligation de fréquentation scolaire (art. 38b.1 iii), les facteurs d'analyse sont précisés à l'article 38.2.1 de la LPJ.

C'est l'analyse dynamique des facteurs de risque et des facteurs de protection qui permet de déterminer si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, et ce, à toutes les étapes du processus d'intervention en protection de la jeunesse [MSSS, 2010, p. 362].

L'intervention du DPJ auprès d'un enfant et de ses parents ne doit durer que le temps nécessaire pour corriger la situation de compromission et en prévenir la récurrence. Lorsque, au terme de son intervention, il est d'avis que l'enfant ou ses parents ont besoin d'aide, le DPJ doit les diriger avec leur consentement et de façon personnalisée vers les ressources de leur milieu ou les services appropriés. Ces services seront alors dispensés dans le cadre de la LSSSS⁹.

Le législateur a fait le choix de confier à une personne physique, et non pas à un organisme, la responsabilité de protéger les enfants sur un territoire donné. Le DPJ exerce ses responsabilités au sein d'un établissement, dans chaque région administrative du Québec.

« Un directeur de la protection de la jeunesse est nommé pour chacun des établissements qui exploitent un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. » (LPJ, art. 31) Le DPJ exerce donc au sein d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux se situant dans un réseau territorial de services à la population. Il ne peut, bien sûr, assumer seul ses responsabilités, même s'il demeure personnellement imputable des activités qui sont exercées en son nom : « Il doit répondre personnellement et directement des responsabilités que lui confie la LPJ » [MSSS, 2010, p. 816].

La LPJ prévoit des responsabilités exclusives (art. 32) et des responsabilités générales pour le DPJ (art. 33). Les responsabilités exclusives du DPJ sont celles qui doivent être exercées par les membres du personnel sous son autorité directe et qu'il autorise à cette fin¹⁰. Les responsabilités générales sont assumées par des personnes autorisées, par écrit, par le DPJ, soit les personnes autorisées à l'application des mesures.

Les personnes autorisées par le DPJ en vertu de l'article 33 de la LPJ doivent voir à l'exécution de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance et s'assurer que

⁹ Voir aussi la section 5.8 *La fin de l'intervention en protection de la jeunesse* du présent document.

¹⁰ Les personnes autorisées en vertu de l'article 32 sont celles qui ont la responsabilité de la réception et du traitement des signalements, de l'évaluation-orientation des signalements retenus, de la révision de la situation des enfants pris en charge par le DPJ et de l'adoption des enfants qui y sont admissibles.

les services requis sont fournis. Pour cela, elles interviennent directement auprès des familles pour mettre en œuvre le plan d'intervention qui aura été convenu avec elles. De plus, elles doivent faire appel aux personnes et aux organismes du milieu de vie de l'enfant ainsi qu'aux organismes du milieu scolaire et aux établissements de santé et de services sociaux (LPJ, art. 54, 55 et 92), pour répondre aux autres besoins de services requis par l'enfant et ses parents.

2.3 Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR)

La LRR institue un régime de représentation des ressources de type familial (RTF) et de certaines ressources intermédiaires (RI) qui accueillent, comme personnes physiques et à leur lieu principal de résidence, un maximum de neuf usagers. Elle établit également un régime de négociation d'une entente collective les concernant. Elle prévoit la procédure de reconnaissance, notamment le pouvoir de négocier une entente collective et de faire valoir leurs droits.

De cette loi découle le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, qui précise les modalités encadrant la détermination et la classification des services de soutien et d'assistance offerts aux usagers par les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

D'autres lois ou règlements peuvent s'appliquer et doivent être pris en compte dans le cadre des services dispensés pour l'application des mesures (par exemple, le Code civil du Québec (CCQ-1991), la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (chapitre I-6), la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1).

La pratique professionnelle des personnes autorisées se situe dans ce contexte sociojudiciaire complexe et prescriptif.

3 L'APPLICATION DES MESURES

L'étape de l'application des mesures fait partie du processus d'intervention en protection de la jeunesse, qui suit une séquence déterminée par la Loi sur la protection de la jeunesse. Comme il a été mentionné précédemment, les objectifs visés à cette étape sont de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et d'éviter qu'elle ne se reproduise. Une fois le besoin de protection de l'enfant établi, en vertu de la LPJ, sa situation doit être prise en charge par le DPJ. Des mesures, volontaires ou judiciaires, sont prévues et doivent être appliquées. Le projet de vie de l'enfant est au cœur de l'intervention, afin qu'il puisse grandir et se développer dans un milieu chaleureux et stable où un adulte significatif et jugé apte s'engage à répondre à ses besoins physiques, affectifs, intellectuels et sociaux de façon permanente¹¹.

Les enfants en besoin de protection et leur famille présentent souvent des besoins multiples et complexes : problèmes de santé mentale, de santé physique, de dépendance, de pauvreté, d'exclusion sociale, d'isolement, etc. Ces situations exigent généralement des services spécialisés, c'est-à-dire des services permettant de résoudre des problématiques complexes, faisant appel à des connaissances approfondies ou à des expertises de pointe.

La nature des services de protection de la jeunesse se caractérise aussi par son mandat légal, qui implique : un processus socio-judiciaire ; un contexte d'intervention en autorité s'actualisant dans l'établissement d'une relation d'aide visant à mobiliser les familles et à renforcer leurs capacités; la nécessité de collaborer avec plusieurs partenaires (milieux communautaires, scolaires, de garde, socio-sanitaires, judiciaires); une pratique examinée par plusieurs instances de contrôle (tribunal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Protecteur du citoyen, etc.).

La personne autorisée doit dispenser des services psychosociaux à l'enfant et à sa famille. Elle doit aussi avoir recours à une gamme de services généraux et spécialisés, car elle ne peut pas répondre seule aux besoins d'un enfant en situation de protection et de sa famille, en raison de la complexité de la situation, de la diversité des besoins et du respect des délais imposés par la LPJ. La personne autorisée a donc à solliciter la contribution des ressources aptes à répondre aux besoins courants ou relevant d'autres services spécialisés. Une collaboration soutenue entre les différents acteurs de l'établissement, du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté est souhaitable, afin que la famille puisse accéder rapidement aux services pour mettre fin à la situation de compromission et en prévenir la récurrence.

3.1 Principes directeurs

Les principes de la Loi sur la protection de la jeunesse s'appliquent à l'étape de l'application des mesures.

¹¹ Le cadre de référence sur les projets de vie intitulé « Un projet de vie, des racines pour la vie » [ACJQ, 2009] traite de façon exhaustive des fondements, de la démarche et du choix des projets de vie. La LPJ prévoit également des durées maximales au cours desquelles un enfant peut être confié à un milieu de vie substitut, soit 12 mois, si l'enfant a moins de 2 ans; 18 mois, s'il est âgé de 2 à 5 ans; 24 mois, s'il est âgé de 6 ans et plus (LPJ, art. 53.0.1 et 91.1). Un cadre de référence sur les projets de vie pour les enfants autochtones devrait également être diffusé au cours de l'année 2019.

- L'enfant est au centre des décisions, lesquelles sont prises dans son intérêt et le respect de ses droits. L'intervention vise la réponse à ses besoins fondamentaux, sur les plans physique, affectif, intellectuel et moral. Dans le cas d'un enfant autochtone, la préservation de son identité culturelle doit également être prise en considération (LPJ, art. 3).
- Les parents sont les premiers responsables de leur enfant et de la réponse à ses besoins. L'intervention vise à soutenir leur engagement, à actualiser leurs capacités et à développer leurs compétences. Ils doivent être impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention, notamment dans le choix des moyens pour répondre aux besoins fondamentaux de leur enfant. Les parents ainsi que l'enfant ont le droit d'être entendus (LPJ, art. 2.4 et 6) et doivent, dans la mesure du possible, participer activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation de compromission et éviter qu'elle ne se reproduise (LPJ, art. 2.3).
- L'intervention auprès d'un enfant dont la sécurité ou le développement est compromis doit être menée avec diligence, pour s'assurer de sa sécurité et parce que la notion de temps de l'enfant diffère de celle de l'adulte (LPJ, art. 2.4).
- L'enfant et ses parents vivent dans une communauté et sont en relation avec des personnes qui leur sont significatives. L'intervention doit ainsi soutenir l'intégration sociale de la famille, l'implication de la communauté et du réseau d'entraide.
- Le projet de vie privilégié de l'enfant est d'être maintenu ou réintégré dans sa famille lorsque celle-ci peut lui offrir, avec de l'aide, un milieu de vie sécuritaire, stable et permanent. Lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, cela n'est pas possible, l'intervention doit viser à confier l'enfant aux personnes qui lui sont les plus significatives et en mesure de répondre à ses besoins fondamentaux, tout en favorisant l'implication des parents pour les amener et les aider à exercer leurs responsabilités parentales (LPJ, art. 4). Dans le cas d'un enfant autochtone, le milieu de vie substitut doit être en mesure de préserver son identité culturelle en privilégiant de le confier à un membre de sa famille élargie, de sa communauté ou de sa nation.
- Chaque enfant doit avoir un projet de vie qui lui offre stabilité et permanence, réunissant deux dimensions : la dimension physique, soit le milieu de vie et le lieu d'appartenance; la dimension affective, qui a trait à une personne significative avec laquelle l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement [ACJQ, 2009].
- Une relation d'aide significative doit être établie avec l'enfant par la personne autorisée, notamment en créant un lien de confiance avec lui, en communiquant avec lui et en le rencontrant régulièrement dans son milieu de vie pour connaître les conditions dans lesquelles il évolue (LPJ, art. 69) et pour lui offrir le soutien nécessaire.
- L'application de la LPJ étant réservée à des situations exceptionnelles, l'intervention ne doit durer que le temps nécessaire pour corriger la situation de compromission et en prévenir la récurrence.
- Les interventions à l'application des mesures se situent en complémentarité, en continuité et en concertation avec l'ensemble des autres programmes-services du

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), des autres établissements de santé et de services sociaux, le cas échéant, et des partenaires afin d'offrir à l'enfant et à sa famille les services requis pour mettre fin à la situation de compromission et éviter qu'elle ne se reproduise.

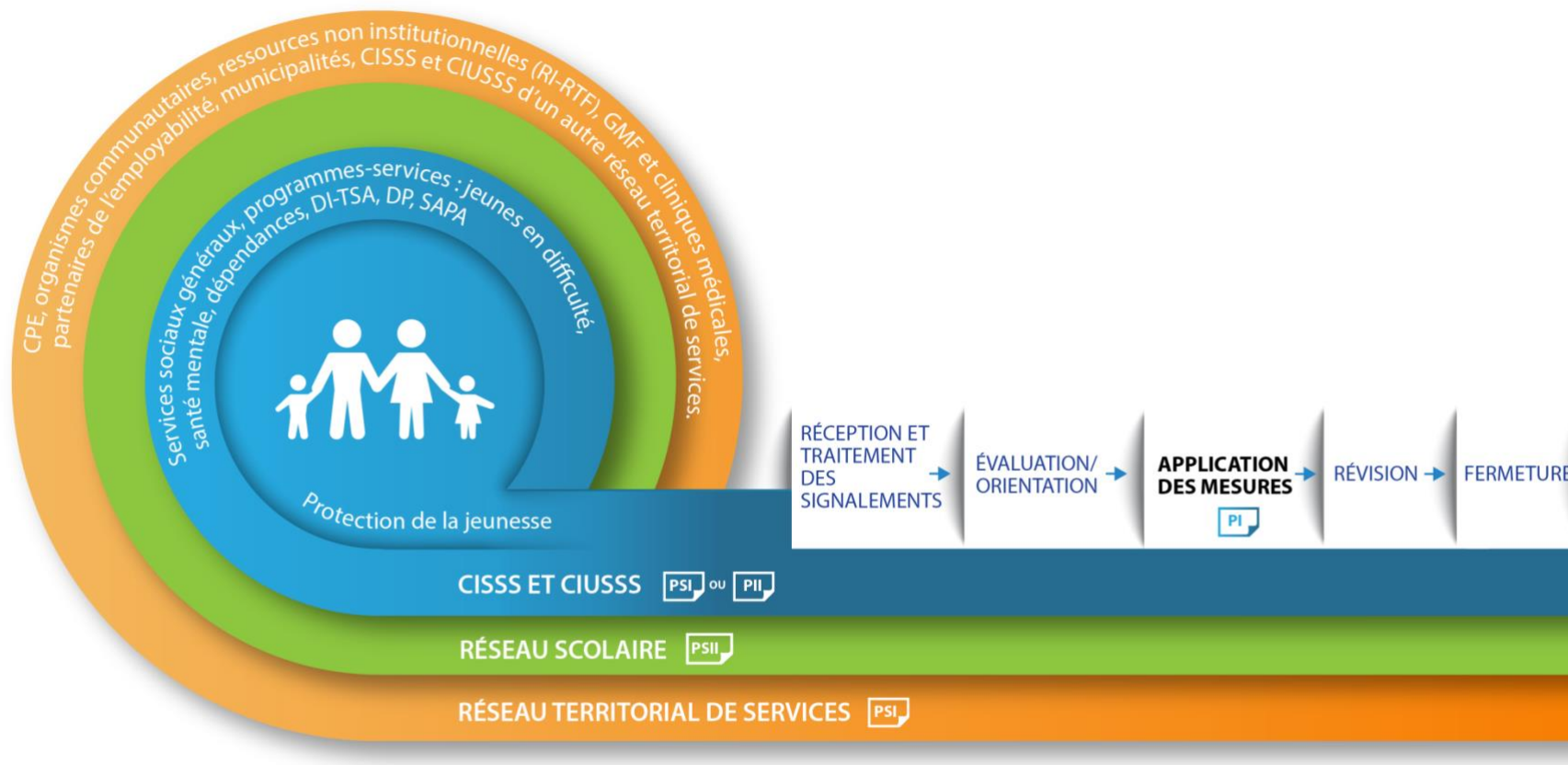
4 LES FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS DE LA PERSONNE AUTORISÉE

La personne autorisée en vertu de l'article 33 de la LPJ doit exercer les responsabilités générales indiquées par le DPJ lorsque celui-ci a pris la situation d'un enfant en charge, à la suite d'une déclaration de compromission (LPJ, art. 51). Bien que le DPJ demeure imputable des actions posées en son nom, il mandate la personne autorisée pour voir à l'application des mesures volontaires ou ordonnées par le tribunal. Une telle personne agit donc au nom du DPJ. Cela implique des obligations ainsi que des activités cliniques et légales, qui sont décrites et clairement définies dans les cadres de référence en protection de la jeunesse, dont le « Manuel de référence sur la protection de la jeunesse » [MSSS, 2010] et le cadre de référence « Un projet de vie, des racines pour la vie » [ACJQ, 2009].

La personne autorisée exerce un leadership clinique majeur dans un contexte légal prescrit par la LPJ. À partir des besoins et des forces de l'enfant et de sa famille, et avec leur contribution, elle planifie l'intervention en fonction des particularités de chaque situation pour atteindre la finalité recherchée, soit de mettre fin à la situation de compromission et d'éviter qu'elle ne se reproduise, de même que de concrétiser un projet de vie garantissant la continuité des soins, la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant de façon permanente. Pour ce faire, la personne autorisée applique la démarche « projet de vie » et élabore avec eux le plan d'intervention initial et le révisé selon l'évolution de la situation et des délais prescrits par la LSSSS, si l'enfant est hébergé, ou selon les règles de son établissement. Elle vérifie de façon régulière les conditions de vie de l'enfant en se rendant dans son milieu, conformément à l'article 69 de la LPJ, et en le rencontrant seul le plus souvent possible.

La personne autorisée dispense elle-même certains services à la famille et voit, en collaboration avec l'enfant et ses parents, à la mise en place des autres services requis pour corriger la situation ayant justifié la prise en charge de l'enfant par le DPJ. Elle peut être coordonnatrice du PSI, si les besoins de l'enfant le justifient et qu'il en est convenu ainsi par l'ensemble des dispensateurs de services concernés. Elle met à profit, en complément de ses propres interventions, les activités cliniques réalisées par d'autres intervenants de l'établissement (éducateurs en service externe ou interne, intervenant de proximité, intervenant en santé mentale, intervenant en dépendance, etc.). Elle a également recours aux services disponibles dans le réseau territorial de services de la communauté, fournis, entre autres, par les organismes communautaires, le milieu scolaire et les milieux de garde. Dans le cadre de l'application de la LPJ, l'intervention s'inscrit donc en complémentarité des autres services dispensés par le programme Jeunes en difficulté et ceux offerts par les partenaires intersectoriels, le temps nécessaire pour assurer la protection durable de l'enfant.

L'ENFANT ET SA FAMILLE AU CŒUR DE L'INTERVENTION



LÉGENDE PI : Plan d'intervention
 PII : Plan d'intervention interprofessionnel
 PSI : Plan de services individualisé
 PSII : Plan de services individualisé intersectoriel

4.1 Fonctions de la personne autorisée

L'intervention à l'étape de l'application des mesures se décline en trois fonctions principales [MSSS, 2010, p. 540-1] :

- aide, conseil et assistance;
- contrôle;
- surveillance.

La présente section en explique les éléments essentiels.

4.1.1 Aide, conseil et assistance

La fonction d'aide, de conseil et d'assistance regroupe l'ensemble des activités cliniques visant la modification de la situation de compromission par des changements chez l'enfant et ses parents, sur les plans personnel, familial et social. L'intervention, effectuée en contexte d'autorité, vise à stimuler la volonté des personnes concernées afin qu'elles acceptent l'aide et le soutien offerts. Pour avoir un impact sur la résolution des problèmes, il faut que la motivation au changement soit au cœur de l'intervention avec les parents. Le plus souvent, il est nécessaire de susciter la prise de conscience des raisons à l'origine de l'intervention du DPJ ainsi que le désir de changement. Par la suite, il faut soutenir les efforts pour faire ce changement et aussi s'assurer de consolider les acquis. L'aide la plus efficace et la plus durable sera souvent celle qui passe par l'autonomisation (*empowerment*) [Ninacs, 2008]. Les familles peuvent ainsi exercer directement une influence sur les événements et les circonstances survenant dans leur environnement, tout en s'appropriant leurs responsabilités en matière de protection et de développement de leurs enfants.

L'aide, le conseil et l'assistance s'effectuent en tenant compte des meilleures pratiques et des programmes éprouvés. Les activités, de durée et de niveau d'intensité divers, sont adaptées aux problématiques traitées. Elles consistent en un ensemble d'interventions spécifiques, telles que services psychosociaux et de réadaptation, rencontres individuelles, familiales et de groupe. Le but des interventions est d'avoir des effets significatifs et durables.

Dans leur guide terrain pour le bien-être des enfants, Rycus et Hugues présentent un modèle d'intervention centré sur la famille en contexte de service de protection de l'enfance. Ils mentionnent que « *[l]e modèle de services centrés sur la famille est fondé sur le principe que les interventions les plus aptes à stabiliser, renforcer et habiliter les individus et les familles doivent faire en sorte de mobiliser les ressources tant familiales que communautaires qui se trouvent dans le milieu naturel de l'enfant* » [Rycus et Hughes, 2005, p. 165]. L'étape de l'application des mesures doit reposer sur de l'expertise spécialisée en matière de traitement des diverses problématiques de protection. Les personnes autorisées qui y travaillent sont reconnues pour leurs compétences et leur maîtrise des programmes de pointe¹². Toutefois, en contexte d'autorité, l'aide doit parfois prendre la forme de contrôle.

¹² Sur les pratiques de pointe et les programmes adaptés aux diverses problématiques de protection, outre la bibliographie de l'*Alliance for Children & Families*, voir notamment Brittain, C. R. et Esquibel

4.1.2 Contrôle

Le contrôle se traduit par des moyens concrets et efficaces, utilisés par la personne autorisée pour mettre fin à la situation de compromission. Ces moyens encadrent la liberté d'action des personnes concernées en leur imposant de s'astreindre à des conditions précises. Ils sont clairement définis dans l'entente sur les mesures volontaires ou dans l'ordonnance du tribunal. Il s'agit, par exemple :

- de la supervision des contacts parents-enfants;
- de l'imposition d'une heure de rentrée à un adolescent;
- de la vérification de la participation du parent à une activité clinique prévue.

4.1.3 Surveillance

La surveillance consiste à veiller avec attention et vigilance (soit directement, soit par personne interposée) à l'application des mesures volontaires ou ordonnées par le tribunal. À titre d'exemples, la surveillance peut s'exercer par :

- une visite non annoncée dans une famille afin de vérifier la présence d'une personne sur les lieux;
- une vérification de la présence au domicile familial d'un adolescent;
- une vérification des conditions du milieu de vie de l'enfant.

Dans un contexte de collaboration, la fonction aide, conseil et assistance est privilégiée [MSSS, 2010, p. 540]. Les activités liées aux fonctions de contrôle et de surveillance sont expliquées à l'enfant et à ses parents. Le plan d'intervention y fera référence lorsque certains moyens et certaines stratégies auront été convenus explicitement avec l'enfant ou sa famille.

4.2 Responsabilités spécifiques de la personne autorisée

En vertu du rôle qui lui est dévolu et des obligations qui en découlent, la personne autorisée a des responsabilités envers l'enfant et sa famille. Notamment, il est attendu qu'elle :

- voit à l'application des mesures volontaires ou ordonnées par le tribunal, en étant un acteur privilégié et, au besoin, un mobilisateur de ressources;
- s'assure, de façon constante, des conditions de vie adéquates de l'enfant, en se rendant dans son milieu de vie (LPJ, art. 69);
- planifie le projet de vie permanent de l'enfant et le projet de vie alternatif, s'il y a lieu, en respectant les durées maximales prescrites dans la LPJ lorsqu'il est confié à un milieu substitut;
- prend des mesures de protection immédiate, lorsque requis, si la sécurité de l'enfant est compromise de façon imminente;

Hunt, D. *Helping in Child Protective Services*, Oxford University Press, 2004. Aussi, le numéro spécial de *Child Welfare* (2003;52(5):501-656), *Building Evidence to Improve Outcomes for Children, Youth and Families*. On pourra également consulter *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*, disponible à : <http://www.cebc4cw.org/>.

- informe le réviseur des faits nouveaux, graves ou importants, susceptibles de modifier les mesures en place pour protéger l'enfant;
- effectue un rapport en vue de la révision et s'assure de la présence des personnes concernées à la rencontre de révision;
- formule une opinion clinique et des recommandations;
- participe à la rencontre de révision en protection de la jeunesse permettant de faire le bilan des interventions réalisées et des résultats obtenus ainsi que de formuler des recommandations sur la poursuite, ou non, de l'intervention et des mesures, le cas échéant;
- rédige ou contribue à la rédaction l'entente sur les mesures volontaires, la présente et en convient avec l'enfant et ses parents, si l'intervention se poursuit dans le cadre du régime volontaire. Les jeunes de 14 ans et plus et leurs parents sont invités à signer cette entente;
- collabore avec un avocat du contentieux de l'établissement si l'intervention se poursuit dans le cadre du régime judiciaire, pour préparer la demande en révision d'ordonnance ou en prolongation d'ordonnance (LPJ, art. 95);
- procède aux préparatifs pour l'audience au tribunal, communique avec l'enfant et ses parents et soit présente à la date fixée pour la comparution;
- autorise des séjours d'au plus 15 jours chez les parents, une personne significative, en famille d'accueil ou au sein d'un organisme, lorsque le tribunal ordonne que l'enfant soit confié à un milieu de vie substitut (LPJ, art. 62.1);
- interpelle une personne autorisée en vertu de l'article 32, habituellement le réviseur, pour autoriser des séjours prolongés de l'enfant chez son père ou sa mère, chez une personne significative pour lui, en famille d'accueil ou au sein d'un organisme, dans les 60 derniers jours de l'ordonnance confiant l'enfant à un milieu de vie substitut, afin de préparer son retour dans son milieu familial ou social (LPJ, art. 62.1).

4.3 Connaissances et compétences spécifiques de la personne autorisée

Intervenir en contexte d'autorité dans le cadre de l'application de la LPJ requiert des compétences spécifiques, en plus des compétences générales propres aux professions de relation d'aide. Ce type d'intervention spécialisée nécessite des habiletés particulières sur les plans du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. Accompagner des personnes dans un processus de changement en raison de motifs sérieux qui compromettent la sécurité ou le développement d'un enfant est une fonction d'une grande complexité.

Bien qu'elles ne soient pas toutes exclusives, les connaissances et les compétences requises pour assumer la fonction de personne autorisée à l'application des mesures sont, entre autres, les suivantes.

CONNAISSANCES

- Une très bonne connaissance de la LPJ et des autres lois pertinentes
- Une compréhension approfondie du concept de protection

- Une compréhension du processus légal et du processus d'intervention en protection de la jeunesse
- Une bonne connaissance des règles de confidentialité et d'échange d'information en contexte d'intervention en protection de la jeunesse
- La maîtrise du processus de retrait et de placement

COMPÉTENCES

- Des habiletés d'intervention clinique en contexte d'autorité, notamment en mobilisant l'enfant et ses parents et en recherchant le consensus, malgré leurs résistances
- L'empathie, la considération et la disponibilité pour établir et maintenir une relation significative avec l'enfant
- Des habiletés à nommer clairement les éléments à l'origine de la compromission ainsi que les changements attendus, tout en faisant preuve d'empathie et en reconnaissant les forces de l'enfant et de ses parents
- Des habiletés à offrir l'aide, les conseils et l'assistance nécessaires, selon les mesures de protection prévues
- Des habiletés à traduire les mesures de protection prévues dans un plan d'intervention élaboré avec la famille en objectifs, moyens et activités concrets pour mettre fin à la compromission et en prévenir la récurrence
- Des habiletés à impliquer le réseau d'entraide naturel de la famille ainsi que la communauté en vue d'actualiser le projet de vie de l'enfant et répondre à ses besoins de façon stable et continue
- Des habiletés à coordonner les activités du PI/PII/PSI/PSII, en prenant appui sur l'entente sur les mesures volontaires ou l'ordonnance de protection
- La capacité à assurer une gestion du risque appropriée
- La capacité d'analyser rapidement une situation d'urgence pour cerner les priorités et répondre de manière diligente
- La capacité d'analyse clinique pour comprendre et documenter l'histoire de vie de l'enfant
- La capacité de déterminer et de planifier, avec l'ensemble des personnes concernées, dont les parents, un projet de vie privilégié et un projet de vie alternatif pour l'enfant dont la situation présente des risques d'instabilité ou de discontinuité
- La capacité de rendre compte des résultats de l'intervention devant différentes instances (réviseur, tribunal, etc.) avec un bon esprit d'analyse et de synthèse
- L'habileté à rédiger des rapports faisant ressortir les éléments cliniques pertinents dans un contexte légal spécifique, permettant de soutenir les décisions du réviseur ou du tribunal

5 LE PROCESSUS CLINIQUE

L'étape de l'application des mesures est bien campée dans la séquence d'intervention en protection de la jeunesse. Elle est précédée de l'étape de l'orientation et suit un processus clinique précis. Les étapes de ce processus sont les suivantes :

- rencontre de liaison;
- appropriation de l'information clinique pertinente contenue au dossier physique ou électronique (PIJ)¹³;
- élaboration du PI/PSI;
- mise en œuvre du PI/PSI;
- révision du PI/PSI;
- révision en vertu de la LPJ;
- fin de l'intervention en protection de la jeunesse.

Ces étapes sont toujours réalisées en s'appuyant sur les compétences de l'enfant, celles de sa famille et de sa communauté, dans le but d'augmenter les facteurs de protection. Elles consistent à accompagner la famille dans une démarche de développement de ses compétences et de ses capacités, afin d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant. Elles doivent être soutenues par un système d'encadrement et de supervision clinique, ainsi que par la collaboration des différents acteurs appelés à intervenir auprès de l'enfant et de sa famille.

Tout au long du processus clinique, la personne autorisée à l'application des mesures effectue diverses activités clinico-administratives. Certaines visent à assurer la traçabilité de l'information clinique et son analyse, pour soutenir la prise de décision. La personne autorisée effectue également des démarches de liaison pour l'enfant et sa famille auprès d'autres instances ou organismes. Ces démarches sont essentielles pour assurer une dispensation fluide et concertée des services, en réponse aux besoins de l'enfant et de ses parents.

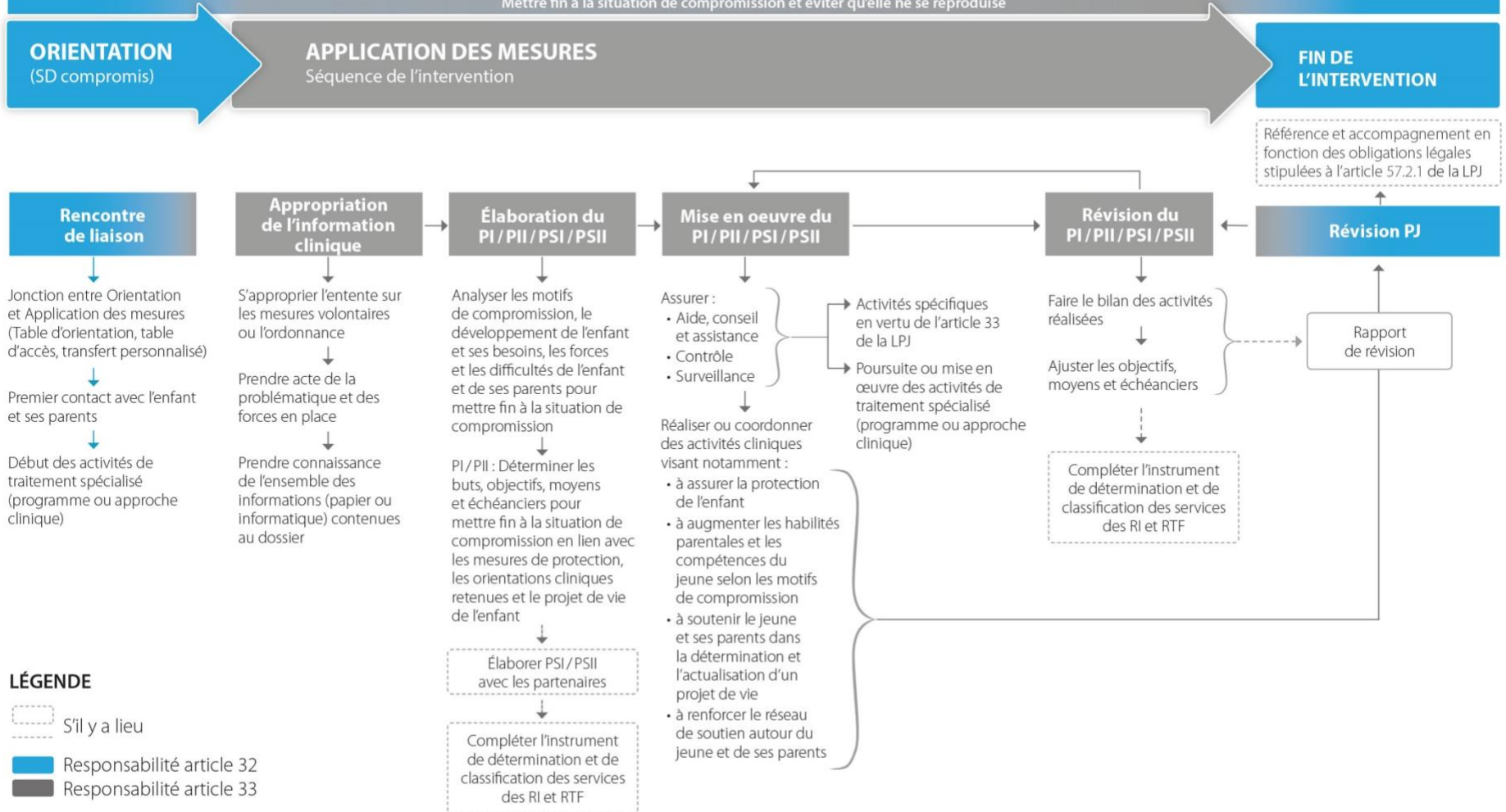
Ces diverses activités consistent, entre autres, à :

- enregistrer, valider et mettre à jour les informations requises dans le système PIJ, selon la séquence prévue et en respectant le cadre normatif;
- inscrire le suivi des activités, selon les délais prescrits par son établissement;
- rédiger les rapports exigés dans les délais prévus (rapport de révision, sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge, rapport de visite supervisée, etc.);
- remplir les différents formulaires requis, liés à la démarche clinique avec l'enfant (demande de transport, visite supervisée, camp de vacances, frais particuliers, etc.);
- s'acquitter des formalités liées à des demandes de passeport, certificat de naissance, carte d'assurance-maladie, etc.

¹³ PIJ est le dossier électronique de l'enfant. Il gère les informations cliniques relatives à l'enfant et à sa famille, aux services qu'ils reçoivent et aux mesures légales qui les concernent.

Processus clinique en protection de la jeunesse

Mettre fin à la situation de compromission et éviter qu'elle ne se reproduise



Les différentes étapes du processus clinique sont décrites dans les prochaines sections.

5.1 Rencontre de liaison

La rencontre de liaison a lieu à l'étape *Orientation* et réunit les personnes concernées par la situation d'un enfant dont la sécurité ou le développement est compromis. Ainsi, l'enfant lui-même (si cela est approprié), ses parents, la personne autorisée responsable de l'évaluation-orientation et celle responsable de l'application des mesures de même que d'autres intervenants impliqués, si leur présence est pertinente, se réunissent afin d'assurer :

- une lecture partagée de la situation et des besoins de l'enfant;
- des services offerts de façon concertée et consensuelle à l'enfant et sa famille;
- une continuité de l'intervention;
- une offre de service rapide pour l'enfant et sa famille¹⁴.

La rencontre de liaison peut s'actualiser par une table d'orientation, un transfert personnalisé ou tout autre mécanisme permettant d'assurer la transition entre les étapes *Orientation* et *Application* des mesures. Un échange clinique entre les intervenants peut avoir lieu au préalable.

Il s'agit d'une démarche importante, qui permet d'assurer une compréhension commune de la situation et de s'entendre sur les principales modalités d'intervention, ce qui favorise la continuité clinique et l'implication de la famille. Bien que le choix du régime, volontaire ou judiciaire, et des mesures appropriées parmi celles prévues aux articles 54 et 91 de la LPJ relève de la personne autorisée à l'étape de l'orientation, la présence de la personne autorisée à l'application des mesures lui permet d'y collaborer. L'expertise, les compétences et la connaissance des ressources et des services de la communauté de cette dernière sont mises à contribution pour déterminer les meilleurs moyens de mettre fin à la situation de compromission et d'éviter qu'elle ne se reproduise.

Plus concrètement, la rencontre de liaison permet :

- d'assurer la continuité de la trajectoire de services pour l'enfant et sa famille;
- de favoriser une compréhension commune de la situation de la famille par l'enfant, ses parents et les intervenants;
- de mobiliser le parent ou l'enfant dans l'amorce du processus de changement et de les mettre rapidement en action pour apporter des correctifs à la situation;
- d'amorcer l'intervention et les activités cliniques auprès de l'enfant et de sa famille;
- de donner l'occasion aux parents et à l'enfant de faire part de leurs préoccupations et de répondre à leurs questions, quant à la suite de l'intervention;
- de définir avec la famille les solutions et les moyens pour corriger la situation et mieux cibler les pistes d'intervention;
- de s'assurer que la démarche liée au projet de vie débute le plus tôt possible.

Bien que l'étape de l'application des mesures ne soit pas commencée en tant que telle, la rencontre de liaison constitue généralement le premier contact de la personne autorisée à

¹⁴ CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Protocole de concertation processus clinique – Volet LPJ, révisé mai 2016, p. 2.

l'application des mesures avec l'enfant et sa famille. Quelle que soit la situation (nouvel usager devant faire l'objet d'un suivi en protection de la jeunesse, transfert interétablissements ou interservices), ce premier contact est important puisqu'il contribue à amorcer la création d'un lien de confiance susceptible de favoriser leur adhésion à l'intervention et de faciliter la relation d'aide qui doit s'établir par la suite avec eux. La personne autorisée doit faire preuve d'écoute, d'ouverture et de respect envers l'enfant et ses parents. Elle doit également tenir compte des particularités cliniques de la situation et des responsabilités des personnes impliquées, tout en demeurant centrée sur les dispositions législatives de la LPJ.

5.2 Appropriation de l'information clinique

L'appropriation de l'information clinique est le fait de prendre connaissance de l'ensemble de la situation vécue par un enfant et sa famille. Cette étape vise à comprendre les besoins de l'enfant et la dynamique familiale, avec ses forces et ses défis. Elle comprend les activités suivantes :

- lire attentivement et bien saisir le contenu du dossier physique et électronique (PIJ), en portant une attention particulière aux facteurs de risque et de protection pour planifier son intervention;
- commencer l'intervention avec l'enfant et sa famille dans le cadre de l'application des mesures en protection de la jeunesse.

La prise en note des informations cliniques, dans un dossier physique ou informatisé, est une obligation légale balisée par plusieurs lois qui en précisent notamment les éléments de contenu, l'accès, la protection et la conservation.

Le dossier regroupe l'ensemble des informations de nature psychosociale et de réadaptation, le cas échéant, qui concernent l'enfant. Son contenu permet de suivre le parcours effectué et de connaître les décisions prises, les services offerts, la nature des interventions, les stratégies cliniques adoptées, les outils cliniques utilisés et les résultats obtenus. Il constitue donc un élément clé pour la compréhension clinique et de la continuité de l'intervention. Les documents qui s'y retrouvent, soit les suivis d'activités, les rapports (d'évaluation, d'orientation, de révision, le cas échéant), les ententes sur les mesures volontaires et les ordonnances, guident les prochaines actions à accomplir. De plus, le dossier peut contenir de l'information provenant des partenaires (communautaires, scolaires, de proximité, des rapports psychologiques, des comptes rendus de visites supervisées, etc.).

Dans le cadre de l'application des mesures, l'appropriation de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance est primordiale puisqu'il s'agit du mandat principal confié par le DPJ à la personne autorisée en vertu de l'article 33 de la LPJ, soit de mettre en place les mesures de protection prévues. Celle-ci doit bien comprendre ce que l'entente ou l'ordonnance implique cliniquement et légalement, et s'y référer tout au long de son intervention.

Le dossier (versions papier et électronique) est un outil majeur et incontournable avec lequel la personne autorisée doit travailler quotidiennement. Il doit donc être tenu à jour avec rigueur, en respectant le cadre normatif Projet d'Intégration Jeunesse (PIJ), et ce, à toutes les étapes de l'intervention.

Ainsi, la personne autorisée à l'application des mesures doit :

- prendre connaissance de l'ensemble des informations contenues au dossier de l'enfant, papier et électronique, notamment de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance;
- valider les données d'identification dans le système PIJ;
- prendre connaissance des besoins de l'enfant (développement global, santé physique et mentale, besoins particuliers);
- prendre connaissance de l'ensemble des composantes de la situation familiale;
- élaborer une hypothèse clinique, à partir de la problématique, en lien avec les forces et les difficultés de la famille;
- préciser les interventions visant à répondre aux besoins de l'enfant, à renforcer les capacités des parents et à corriger de façon durable les éléments à la source de la situation de compromission.

5.3 Début de l'intervention

L'intervention liée à l'application des mesures doit commencer le plus rapidement possible après l'étape *Orientation*. Une rencontre de la personne autorisée avec l'enfant et ses parents, visant à créer un lien avec eux, à les engager promptement dans le processus de changement, marquera le début de cette intervention. Elle doit se tenir dans les meilleurs délais suivant l'assignation du dossier. La fréquence des rencontres, tout au long de la séquence de l'intervention, sera déterminée par la suite dans le plan d'intervention.

Lorsque l'enfant est confié à un milieu de vie substitut, il importe que celui-ci soit prestement avisé de l'implication de la personne autorisée, de son rôle et des objectifs visés. Un rendez-vous est donc rapidement pris avec les personnes (les responsables) à qui est confié l'enfant afin d'assurer la continuité et la cohérence des interventions. Des modalités, précisant notamment la fréquence des rencontres avec ces personnes et l'enfant doit aussi être établi.

Dans toutes les situations où la personne autorisée sollicite la présence d'un collaborateur auprès de la famille (un éducateur, par exemple), elle doit s'assurer que l'enfant et ses parents comprennent bien les rôles de chacun de même que la complémentarité de leurs actions, ce qui facilite le premier contact de ce collaborateur auprès d'eux.

5.4 Élaboration du plan d'intervention (PI) ou du plan de services individualisé (PSI)

La planification de l'intervention doit toujours se faire en impliquant l'enfant et ses parents. Pour cela, la personne autorisée organise une rencontre avec eux afin de convenir du but visé, des objectifs d'intervention, des activités que chacun doit réaliser ainsi que de l'échéancier, pour parvenir à mettre fin à la situation de compromission et en prévenir la récurrence [MSSS, 2010, p. 643], tout en étant centrée sur les besoins de l'enfant, les attentes, les compétences et les ressources de la famille. De plus, le milieu substitut où est confié l'enfant doit être consulté lors de la collecte d'informations visant l'élaboration du PI ou du PSI (réf. : Cadre de référence RI-RTF du MSSS).

Le niveau d'intensité des services requis par la situation doit être déterminé au moment de la planification de l'intervention : « La fonction, la durée et l'intensité de l'intervention doivent être adaptées aux problèmes traités pour obtenir des effets significatifs et durables sur la situation familiale » [MSSS, 2010, p. 541].

5.4.1 Plan d'intervention (PI)¹⁵

Cette démarche clinique s'appuie sur l'analyse des motifs de compromission, la définition des besoins et du niveau de développement de l'enfant ainsi que sur la disponibilité des ressources (dans et autour de la famille). La passation d'outils cliniques (ex. : questionnaires) peut soutenir la démarche et favoriser une compréhension plus fine de la situation de l'enfant, ce qui permet de proposer les activités cliniques les plus pertinentes.

La nature et la complexité de la situation à l'origine du besoin de protection de l'enfant peuvent nécessiter le recours à d'autres services offerts par le programme Jeunes en difficulté.

Pour élaborer un PI qui cerne bien la problématique présente, la personne autorisée doit bien comprendre la dynamique de la famille et le rôle de chacun de ses membres. Elle doit repérer les forces de la famille et de chacun des membres qui la composent, afin de pouvoir miser sur celles-ci comme levier de changement. L'observation directe de l'enfant et de sa famille dans différents contextes, les échanges avec ceux-ci et l'utilisation des outils cliniques recommandés par son établissement constituent des moyens appropriés pour saisir les facettes déterminantes du système familial.

Comme l'enfant est au centre de l'intervention en protection de la jeunesse et que le concept de protection est défini par la réponse à ses besoins fondamentaux, il est particulièrement important que son niveau de développement soit évalué pour vérifier s'il correspond au développement normal des enfants de son âge. De plus, « l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant » (LPJ, art. 38.2 b) sont des facteurs à considérer lorsque l'on doit déterminer si sa sécurité ou son développement est compromis. Cela inclut son degré d'autonomie, ses capacités sur les plans physique, intellectuel et affectif, ses acquis et ses limitations, son évolution personnelle, son milieu culturel et sa propre perception de sa situation familiale et sociale [MSSS, 2010, p. 364]. Pour ce faire, l'évaluation de son développement est réalisée à l'étape de l'application des mesures, si cela n'a pas déjà été fait à une étape précédente de la trajectoire de services de l'enfant. Cette évaluation permet d'établir les besoins relatifs au développement de l'enfant et de fixer des objectifs en ce sens dans son plan d'intervention (PI).

La planification des interventions doit tenir compte des mesures de protection, des orientations cliniques retenues et du projet de vie de l'enfant. Elle doit aussi être prévue le plus possible dans le milieu de vie de l'enfant pour connaître les conditions de vie des conditions de vie de celui-ci (LPJ, art. 69). Si des services de réadaptation externes ou internes sont requis, l'éducateur désigné sera également présent à la rencontre de planification. Le PI doit être rédigé avec la famille dans un langage clair et accessible. Il doit être signé par toutes les parties, et une copie doit leur être remise. Le PI doit également être saisi dans le dossier électronique.

¹⁵ Le terme « plan d'intervention interdisciplinaire ou plan d'intervention individualisé (PII) » est parfois utilisé pour identifier un PI regroupant des services dispensés par plusieurs intervenants d'un même programme provenant de différentes professions ou par des intervenants d'un même établissement provenant de différents programmes-services.

5.4.2 Plan de services individualisé (PSI)¹⁶

Un plan de service individualisé (PSI) doit être conçu lorsque la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille requiert le recours à des services offerts par d'autres organisations ou établissements. Le PSI constitue une démarche clinique qui réunit la famille ainsi que les intervenants des établissements ou organismes qui lui offrent des services. Le manuel d'application de la LPJ précise que : « Le PSI est élaboré conjointement par l'enfant, ses parents et les intervenants des différentes ressources concernées. Une lecture commune des besoins de l'enfant et de ses parents est faite en prenant bien soin de connaître leurs perceptions et leurs attentes. Les objectifs spécifiques, les moyens d'action, les échéanciers, de même que les responsables des divers plans d'intervention sont précisés pour chacun des partenaires. Les actions attendues de l'enfant et de ses parents doivent être déterminées avec eux, dans le but de rejoindre leurs préoccupations, de susciter leur mobilisation et de les responsabiliser » [MSSS, 2010, p. 666].

La personne autorisée doit obtenir le consentement de l'enfant, s'il est âgé de 14 ans ou plus, et de ses parents afin de transmettre des informations nécessaires et pertinentes les concernant pour permettre la collaboration des intervenants impliqués dans le PSI. Il est important d'expliquer à l'enfant et ses parents la nécessité de transmettre certaines informations afin de permettre aux intervenants de bien comprendre leur situation et de recevoir des renseignements de la part des partenaires.

Si aucun PSI n'est élaboré et que les parents ou l'enfant n'ont pas donné leur consentement à la transmission de renseignements, la personne autorisée peut avoir à communiquer avec un autre établissement pour s'assurer que les services prévus sont effectivement rendus dans le cadre de l'exécution d'une entente sur des mesures volontaires ou d'une ordonnance [MSSS, 2008, p. 22]. Ainsi, les renseignements confidentiels peuvent être divulgués sans l'autorisation de la personne concernée ou l'ordre du tribunal à toute personne, tout organisme ou établissement à qui la LPJ confie des responsabilités ainsi qu'aux tribunaux appelés, suivant cette loi, à prendre des décisions au sujet d'un enfant, lorsque cette divulgation est nécessaire à l'application de la loi (LPJ, art. 72.6). De plus, le DPJ peut divulguer des renseignements confidentiels à des personnes, des organismes ou des établissements qui sont amenés à collaborer avec lui, si ce dernier estime cette divulgation nécessaire pour assurer la protection de l'enfant (LPJ, art. 72.6)¹⁷.

Le coordonnateur du PSI (habituellement celui qui offre la majorité des services ou selon les besoins de l'enfant) est responsable de convoquer les personnes concernées, d'animer la rencontre, de rédiger le plan et de le transmettre à tous. Chaque organisme associé demeure cependant responsable d'élaborer par la suite, selon la politique de son établissement, le plan d'intervention qui concrétise sa contribution au PSI [MSSS, 2010, p. 664].

¹⁶ L'entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation « Deux réseaux, un objectif » (MELS-MSSS, 2003) prévoit qu'un plan de services individualisé intersectoriel (PSII) est élaboré lorsque des services sont dispensés par des intervenants de ces deux réseaux.

¹⁷ Le présent document ne représente pas un avis juridique sur la question de l'échange d'information et de la confidentialité. Le lecteur est invité à se référer aux documents légaux, aux politiques et procédures ainsi qu'à son service de contentieux, au besoin.

Lorsque l'enfant est hébergé en RI-RTF, l'instrument de détermination et de classification des services (IDC) doit être rempli afin de déterminer les services de soutien et d'assistance qui seront dispensés par la RI-RTF en fonction des besoins de l'enfant. Cet instrument doit être étroitement lié aux moyens définis dans le plan d'intervention. Il doit être transmis à la ressource selon les délais prescrits par le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, soit deux mois après l'arrivée de l'enfant (chapitre S-4.2, r. 3.1, art. 6).

Cet instrument doit être complété en collaboration avec la ressource, la personne autorisée à l'application des mesures ou tout autre acteur désigné par l'établissement pour soutenir son élaboration et sa réalisation.

5.5 Mise en œuvre du PI et du PSI

La mise en œuvre du PI/PSI constitue l'assise de l'intervention à laquelle la personne autorisée et les collaborateurs doivent consacrer la très grande partie des énergies et des ressources. C'est à cette étape que s'exercent les fonctions d'aide, de conseil et d'assistance, de contrôle et de surveillance précédemment décrites. Les mesures convenues dans l'entente sur les mesures volontaires ou ordonnées par le tribunal doivent s'actualiser à l'intérieur du PI et du PSI.

L'efficacité d'une intervention est d'autant plus grande lorsqu'elle est planifiée, rigoureuse et centrée sur les forces du jeune et de ses parents. Il est important de s'assurer que la mise en œuvre du PI et du PSI a des effets et qu'elle donne des résultats pour l'enfant, tout particulièrement sur les causes à l'origine de la situation de compromission. À cette fin, la personne autorisée doit travailler intensément pour mobiliser la famille afin qu'elle prenne les moyens convenus au PI et au PSI en vue d'atteindre les objectifs poursuivis. Une évaluation régulière des résultats doit être effectuée, notamment par des activités de contrôle ou de surveillance, et des ajustements doivent être apportés au besoin.

Les activités attendues à l'étape de l'application des mesures, devant être réalisées par la personne autorisée, sont les suivantes.

5.5.1. Rencontres individuelles avec l'enfant

Ces rencontres, qui s'inscrivent dans une démarche continue et dynamique de mobilisation des forces de l'enfant, permettent à la personne autorisée de soutenir celui-ci et de l'accompagner. L'enfant doit être rencontré dans ses différents milieux de vie, dont son milieu de vie principal. Comme la personne autorisée doit constamment se préoccuper de l'intérêt de l'enfant, les rencontres sont l'occasion de le faire en tenant compte du point de vue de celui-ci. Il peut être judicieux de voir l'enfant dans un milieu neutre pour lui permettre de s'exprimer en toute confiance sur son bien-être.

Ce sont des moments privilégiés (officiels ou non officiels) où l'enfant peut parler de son vécu, découvrir et développer ses capacités et ses ressources, résoudre des conflits ou des problèmes. Une attention particulière est portée aux relations qu'il entretient avec sa famille, d'autres personnes significatives, son entourage et sa communauté. Les rencontres permettent aussi de clarifier les attentes et les besoins de l'enfant en lien avec son projet de vie. Si c'est le projet de vie alternatif qui s'actualise, les rencontres avec l'enfant doivent être maintenues afin de l'accompagner dans l'acceptation de la situation et l'adaptation à celle-ci et de s'assurer que l'ensemble de ses besoins développementaux sont pris en compte.

5.5.2. Rencontres avec les parents

Ces rencontres permettent de soutenir et d'aider les parents à trouver et à mettre en œuvre des solutions pour résoudre leurs problèmes, lorsque ceux-ci ont un lien avec la situation de compromission. Elles focalisent sur l'amélioration de la communication, la clarification des rôles, les valeurs et les attitudes éducatives à instaurer. Elles visent également à favoriser le développement des compétences parentales.

Les rencontres avec les parents doivent favoriser leur mobilisation et leur permettre de vérifier le réalisme de leurs intentions quant au projet de vie de leur enfant, pour qu'ils arrivent à prendre conscience de leurs capacités et de leurs limites. En les mettant en action, ils peuvent constater ce qu'implique concrètement pour eux la responsabilité de répondre aux besoins de leur enfant, d'utiliser des méthodes éducatives appropriées et d'offrir des conditions de vie adéquates. L'intervenant doit moduler son implication en dosant le « faire à la place de », le « faire avec » et le « faire faire ». Ainsi, la détermination du meilleur projet de vie pour l'enfant, en fonction de son intérêt, pourra être réalisée. Si c'est le projet de vie alternatif qui est retenu, les rencontres avec les parents doivent alors être orientées vers la préparation à la communication de la décision à l'enfant et de la « permission » qu'ils ont à lui donner de s'investir dans un nouveau milieu.

Par sa connaissance des services, la personne autorisée peut donner aux parents des informations sur les ressources pouvant répondre à des besoins autres que ceux qui ont conduit à la situation de compromission.

5.5.3. Rencontres familiales

Ces rencontres facilitent la transmission et la circulation de l'information de même que l'expression des attentes et des besoins de tous les membres de la famille et visent à améliorer l'exercice des rôles familiaux et le savoir-faire de chacun d'eux. Elles favorisent également la communication et la négociation et permettent de reconnaître les forces des individus et de la famille dans son ensemble. Elles visent à aider la famille à prendre du pouvoir et à améliorer son fonctionnement en lui permettant de trouver des moyens pour corriger la situation à l'origine de la compromission. Lorsque l'enfant est confié à un milieu de vie substitut, elles permettent également de maintenir le lien entre celui-ci et ses parents.

La personne autorisée agit comme un facilitateur, un médiateur et un agent de mobilisation qui accompagne la famille dans son cheminement. Ces rencontres peuvent prendre la forme d'échanges, de mises en situation et de jeux de rôle.

5.5.4. Rencontres avec le milieu de vie auquel l'enfant est confié

Lorsque l'enfant est confié à une RI ou une RTF ou placé en CR, la personne autorisée à l'application des mesures demeure responsable du suivi clinique et légal. Elle doit donc régulièrement aller sur place pour le rencontrer, seul ou avec le responsable de la ressource, l'éducateur ou toute autre personne ayant une responsabilité en lien avec l'hébergement.

En famille d'accueil, ces rencontres permettent aussi d'expliquer à la ressource les objectifs visés au sujet de l'enfant, de partager les objectifs du plan d'intervention les concernant, de clarifier les attentes et de prendre connaissance de l'évolution de l'enfant

dans son milieu de vie. Elles permettent à l'intervenant de s'assurer que les services voulus, inscrits dans l'IDC, sont effectivement rendus à l'enfant.

De plus, c'est l'occasion d'inviter la famille d'accueil à exprimer son opinion sur la situation de l'enfant, de l'informer de la date d'audience au tribunal, le cas échéant, ainsi que de son droit d'y être admise et d'y participer.

Lorsque l'enfant est confié à un CR, ces rencontres permettent de partager de l'information sur sa situation personnelle, familiale et sociale, de convenir des objectifs d'intervention et de déterminer le rôle de chacun pour assurer une intervention cohérente et concertée.

5.5.5. Rencontres de groupe

Ces rencontres permettent d'augmenter la diversité, la pertinence et l'intensité de l'offre de service pour la famille et l'enfant en fonction de leurs besoins, mais aussi des meilleures pratiques. Elles peuvent regrouper des jeunes et viser des apprentissages en lien avec le développement de l'autonomie, la gestion des émotions, l'amélioration des habiletés sociales, etc. Les parents peuvent aussi bénéficier de rencontres de groupe sur différents thèmes, tels que le développement des compétences parentales, l'estime de soi et certaines problématiques liées à la situation de compromission (négligence, violence, abus sexuel)¹⁸.

5.5.6. Rencontres avec les collaborateurs et les partenaires

Lorsque d'autres intervenants de services internes (éducateur, intervenant du secteur des ressources d'hébergement, intervenant à l'adoption, etc.) ou externes (intervenant scolaire, communautaire, etc.) sont impliqués, la personne autorisée s'assure de l'arrimage de son intervention à celle de ses collègues et à celle de ses partenaires, dès la planification des services liés à l'application des mesures et, par la suite, tout au long de leur dispensation. Elle assume toujours la responsabilité du PI et peut être soit coordonnateur, soit partenaire du PSI. Des rencontres ponctuelles avec ces collaborateurs et ces partenaires sont donc essentielles au bon déroulement de l'intervention.

L'intervention à l'étape de l'application des mesures doit être liée aux motifs de compromission et viser à corriger la situation ainsi qu'à éviter qu'elle ne se reproduise. En fonction des besoins définis, des collaborateurs et des partenaires peuvent jouer un rôle important pour soutenir l'enfant et sa famille.

Les rencontres d'arrimage et de concertation, visant la mise en place de services continus et intégrés, permettent aux parents et à l'enfant de connaître et d'utiliser les ressources à leur disposition, ce qui favorise leur responsabilisation dans la reprise en main de leur situation.

¹⁸ Ces rencontres peuvent être animées par des intervenants du CISSS/CIUSSS ainsi que des partenaires du milieu communautaire.

5.6 Révision du PI et du PSI

La révision du PI et du PSI marque une étape importante dans le continuum de services cliniques offerts à l'enfant et à sa famille. Un bilan des résultats en regard du but visé et des objectifs établis lors de l'élaboration du plan est fait avec eux. Les réussites des membres de la famille sont reconnues afin de soutenir leur mobilisation et leur engagement. C'est une occasion de recevoir et de donner une rétroaction sur l'évolution de la situation et de faire part des points de vue de tous. Les objectifs, les moyens et les activités sont ajustés en fonction du cheminement à poursuivre vers l'atteinte de l'objectif de l'intervention.

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prescrit, lorsque l'enfant est placé, une révision du PI tous les 90 jours (chapitre S-5, r. 5, art. 42 et 49). Dans les autres situations, le PI et le PSI devraient être révisés régulièrement, généralement tous les six mois [MSSS, 2010, p. 656], même si la LSSSS ne précise pas de délai spécifique, indiquant seulement que les établissements doivent fixer un échéancier pour leur révision. Le processus doit être souple pour tenir compte de l'évolution de la situation et des nouveaux faits ayant une incidence sur la situation de l'enfant. Tout changement de situation important peut nécessiter une révision du PI et du PSI ou une révision anticipée en vertu de la LPJ. Si ces nouveaux éléments sont susceptibles de modifier les mesures prévues dans l'entente ou l'ordonnance, le réviseur doit être interpellé pour procéder à une révision anticipée en vertu de l'article 57 et selon les modalités prévues au Règlement sur la révision de la situation d'un enfant (chapitre P-34.1, r. 8). Si ce n'est pas le cas, c'est une révision du PI et du PSI qui doit être effectuée avec l'enfant, ses parents et les dispensateurs de services concernés, le cas échéant. La révision du PI et du PSI est un préalable à la révision du DPJ en vertu de la LPJ¹⁹, car elle permet de faire le bilan des résultats atteints au regard de la situation de compromission et de décider de l'orientation à privilégier.

Les collaborateurs (par exemple, les familles d'accueil) doivent être impliqués lors de la révision du PI, étant des témoins privilégiés de l'évolution de l'enfant. Pour les mêmes raisons, les éducateurs qui offrent des services de réadaptation à un enfant et à ses parents, soit en service externe, soit en milieu d'hébergement, doivent aussi participer activement à cette révision.

Dans le cadre d'un PSI, si la personne autorisée à l'application des mesures est la coordonnatrice, elle doit s'assurer de réunir la famille et tous les dispensateurs de services impliqués pour faire le bilan de l'évolution de la situation, à la lumière des divers objectifs poursuivis et selon l'échéancier établi (LSSSS, art. 104). La suite des services et la complémentarité du travail en partenariat sont alors prévues. À la suite de la rencontre, la personne autorisée ajuste le PSI et en fait parvenir un exemplaire aux participants. Si elle n'est pas coordonnatrice, elle informe la personne qui coordonne de toute modification ou décision pouvant avoir un impact sur le but et les objectifs du PSI.

Lorsque l'enfant est hébergé en RI-RTF, l'instrument de détermination et de classification des services (IDC) doit être révisé annuellement (ou aux 6 mois pour un enfant âgé de 2 ans et moins). Selon l'organisation des services dans chacune des régions, la personne autorisée à l'application des mesures doit contribuer à cette révision. Le Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF stipule que des corrections doivent être apportées à l'IDC, dans les meilleurs délais, suivant tout changement dans la condition de

¹⁹ LPJ, art. 57 et 57.2.

l'enfant nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource [MSSS, 2016, p. 161-2]. Ainsi, dans le cas où la révision du PI amènerait un tel changement, il sera nécessaire de réviser l'IDC afin de préciser à la ressource les services voulus.

5.7 Révision en vertu de la LPJ

L'étape de la révision fait partie intégrante du processus d'intervention en protection de la jeunesse. C'est une responsabilité exclusive du DPJ²⁰: il autorise des membres de son personnel, soit les réviseurs, à exercer cette responsabilité impliquant de statuer si la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis et de décider du choix du régime volontaire ou judiciaire et des mesures.

La personne autorisée responsable de l'application des mesures doit rendre compte au réviseur de l'évolution de la situation de l'enfant, selon un échéancier déterminé par le Règlement sur la révision de la situation d'un enfant. Elle a un rôle majeur à jouer dans le cadre de la révision en vertu de la LPJ. Elle doit :

- planifier une révision dans les délais prescrits²¹ pour chaque enfant pris en charge par le DPJ;
- s'assurer de recevoir un rapport de la part des partenaires impliqués, faisant état de l'évolution de l'intervention réalisée auprès de l'enfant et de sa famille, lorsque requis;
- préparer la rencontre avec toutes les personnes concernées, afin de discuter de l'évolution de la situation et évaluer le degré d'atteinte des objectifs prévus dans les différents plans d'intervention (PI/PSI);
- produire un rapport écrit sur la situation de l'enfant, qui doit contenir les renseignements prévus au Règlement sur la révision de la situation d'un enfant²², pour que le réviseur puisse prendre une décision éclairée dans le meilleur intérêt de l'enfant.

La révision s'effectue dans le cadre d'une rencontre en présence de l'enfant et de ses parents, du réviseur et de la personne autorisée. D'autres personnes (ressource d'hébergement, dispensateur de services, famille d'accueil ou personne à qui est confié l'enfant) peuvent y assister. La personne autorisée y participe activement tout en donnant à l'enfant et ses parents ainsi qu'aux autres personnes présentes l'occasion d'être entendus. Préalablement à la rencontre, le réviseur aura pris connaissance du rapport de révision et des autres rapports qui lui auront été communiqués, le cas échéant.

Si le réviseur statue que la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, il détermine le régime volontaire ou judiciaire et les mesures de protection devant être appliqués. La personne autorisée à l'application des mesures donne suite, soit en proposant une nouvelle entente sur les mesures volontaires au jeune de 14 ans et plus, le cas échéant, et à ses parents, soit en communiquant avec un avocat du contentieux pour préparer la demande et le processus judiciaire qui s'en suivra. Une attention particulière doit être apportée au choix du régime volontaire ou judiciaire, car, dans certains cas, la judiciarisation de la situation de l'enfant est obligatoire, notamment

²⁰ LPJ, art. 32d.

²¹ LPJ, Règlement sur la révision de la situation d'un enfant, chapitre P-34.1, r. 8, art. 1.

²² *Ibid.*, article 3.

lorsque sa sécurité ou son développement est toujours compromis à la suite de deux ans d'application d'une entente sur des mesures volontaires, ou lorsque la durée maximale pendant laquelle un enfant est confié à un milieu de vie substitut est atteinte et qu'un projet de vie doit être actualisé.

Si le réviseur statue que la sécurité ou le développement de l'enfant n'est plus compromis, la personne autorisée prépare la fin de l'intervention en protection de la jeunesse, tout en s'assurant de répondre aux besoins de la famille en les dirigeant de façon personnalisée, s'il y a lieu, vers les services d'aide appropriés à la situation, afin de favoriser le maintien et la consolidation des acquis.

5.8 Fin de l'intervention en protection de la jeunesse

Tel que mentionné précédemment, l'intervention en protection de la jeunesse prend fin lorsque le réviseur conclut que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont plus compromis ou que l'enfant atteint l'âge de 18 ans. La personne autorisée à l'application des mesures doit, à partir de ce moment, préparer la fin de l'intervention avec l'enfant et ses parents. Celle-ci survient à la date d'échéance de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance, soit environ quatre semaines après la tenue de la rencontre de révision en protection de la jeunesse. La personne autorisée doit préparer l'enfant et la famille à cette échéance et à la fin de la relation d'aide qu'il a établie avec eux.

La fin de l'intervention en protection de la jeunesse ne signifie pas nécessairement la fin de la prestation de services à la famille. La situation des enfants pris en charge par le DPJ est souvent complexe et multiproblématique. Même lorsque la situation de compromission a cessé, la personne autorisée doit évaluer avec l'enfant et ses parents si le contexte requiert d'autres services d'aide et en déterminer la nature. Elle doit également encourager ceux-ci à continuer de recevoir des services pouvant répondre à leurs besoins et à maintenir leurs acquis. C'est pourquoi elle les informe des ressources et des services disponibles dans leur milieu et les y accompagne, s'ils le désirent, tout en transmettant avec leur consentement l'information pertinente à celui qui les dispense. Par ailleurs, elle doit convenir avec la personne qui fournit le service des modalités d'accès, notamment du délai (LPJ, art. 57.2.1). Ces services sont alors dispensés dans le cadre de la LSSSS. Lorsqu'il est âgé de 14 ans et plus, un enfant peut être dirigé vers des services sans que ses parents en soient informés. La personne autorisée doit alors tenir une rencontre avec la personne qui fournit le service et l'enfant (LPJ, art. 45.2).

Lorsque l'intervention en protection de la jeunesse se termine parce que le jeune a atteint l'âge de 18 ans, la personne autorisée à l'application des mesures, souvent de concert avec un intervenant en réadaptation ou la personne responsable de la RI-RTF, s'il y a lieu, doit l'avoir préparé au préalable à assumer son autonomie, particulièrement dans le cas où il est hébergé jusqu'à sa majorité. Son insertion socioprofessionnelle, son lieu de résidence et ses liens avec des personnes significatives doivent être travaillés bien en amont, et des objectifs doivent avoir été inscrits à cet égard au plan d'intervention. De plus, si le jeune a besoin de services dispensés par d'autres programmes de l'établissement ou par des organismes de la communauté, la personne autorisée doit l'informer et le diriger vers ceux-ci, tout en transmettant, avec son autorisation, l'information pertinente sur sa situation aux personnes qui dispensent ces services. Un accompagnement et une entrevue de transfert personnalisé doivent être privilégiés.

L'article 37.4 de la LPJ prévoit certaines dispositions liées à la conservation de l'information contenue au dossier de l'enfant lorsque le DPJ ou le tribunal décide que la

sécurité ou le développement de l'enfant n'est plus compromis. Notamment, le DPJ doit conserver l'information contenue au dossier pour une période de cinq ans à compter de cette décision ou jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 19 ans, selon la période la plus courte. La loi prévoit aussi que lorsque des motifs exceptionnels le justifient, la personne autorisée peut demander au tribunal de prolonger la période de conservation du dossier de l'enfant.

6 L'OFFRE DE SERVICE SPÉCIALISÉE À L'APPLICATION DES MESURES

Une offre de service de qualité repose sur des pratiques reconnues efficaces ou des données probantes. Les établissements doivent mettre en œuvre une programmation clinique adaptée aux diverses problématiques de protection, soutenue par une vision écosystémique et prenant en considération les besoins en matière de développement des enfants, les capacités parentales ainsi que les déterminants environnementaux. Ils doivent aussi proposer aux jeunes et à leur famille des activités planifiées et pertinentes sur les plans individuel et de groupe, psychosocial et de réadaptation. Pour ce faire, la personne autorisée à l'application des mesures utilisera les services offerts par les différents programmes de l'établissement et par les ressources communautaires. Ces différentes activités s'actualisent dans le cadre de rencontres avec les différents acteurs impliqués dans les PI/PSI.

Les interventions psychosociales et de réadaptation réalisées à l'étape *Application des mesures* doivent être coordonnées et complémentaires. Cette complémentarité, indispensable au maintien de la cohérence des actions réalisées par les différents acteurs impliqués auprès du jeune et de sa famille, ajoute à la diversité et à l'intensité de l'intervention. De plus, elle devrait agir comme facteur d'accélération du processus de changement visant à mettre fin à la situation de compromission et à éviter qu'elle ne se reproduise [MSSS, 2010, p. 308], ainsi que pour construire et actualiser le projet de vie de l'enfant, dans son meilleur intérêt.

L'offre de service du programme-services Jeunes en difficulté 2007-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux²³ a été prolongée jusqu'en 2018. L'offre de 2007-2015 ciblait, notamment, la mise en place dans toutes les régions du Québec de deux programmes s'adressant aux jeunes en difficulté, soit le programme d'intervention en négligence et le programme d'intervention de crise et de suivi intensif [MSSS, 2017]. Plusieurs régions ont implanté différents programmes ou approches d'intervention pour enrichir leur offre de service, dont : le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC); l'initiative Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES); le Programme qualification des jeunes (PQJ); l'approche S'occuper des enfants (SOCEN). De nombreux autres programmes et approches, notamment l'intervention relationnelle, l'approche de médiation, l'approche cognitive comportementale, le modèle Attachement, régulation et compétences (ARC), sont aussi bien ancrés dans la programmation de plusieurs établissements. De plus, certains

²³ Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté, 2007-2012 (Cette offre de services a été prolongée par décision ministérielle jusqu'en 2015 afin de s'arrimer avec le Plan stratégique 2010-2015 du MSSS).

établissements ont élaboré localement des programmes et activités spécialisés pour répondre aux besoins des jeunes et de leurs parents.

7 RESPONSABILITÉS DU CHEF DE SERVICE

Les responsabilités du chef de service, du supérieur immédiat, à l'endroit des personnes autorisées à l'application des mesures consistent, notamment, à mettre en place un encadrement clinique et administratif permettant la réalisation du mandat confié par le DPJ en vertu de l'article 33 de la LPJ. Pour ce faire, les conditions administratives et les ressources doivent être disponibles dans la structure organisationnelle à laquelle il est rattaché.

Le chef de service doit bien comprendre le mandat dévolu aux personnes autorisées à l'application des mesures. Conséquemment, il doit leur signifier des attentes claires, les soutenir dans leurs fonctions et vérifier les résultats obtenus. Cette vigilance liée à l'encadrement clinique est nécessaire pour assurer la protection des enfants dans les balises cliniques et légales qui régissent l'intervention en protection de la jeunesse. Le chef de service doit notamment s'assurer de la révision régulière de la charge de travail et de la supervision des personnes autorisées à l'application des mesures.

Les fonctions décrites dans cette section ne sont pas nécessairement accomplies par le chef de service lui-même. Elles peuvent être déléguées à une personne responsable de la supervision ou de la consultation clinique (consultant clinique, spécialiste en activités cliniques, superviseur, etc.), selon l'organisation de services des établissements. Le chef de service demeure toutefois responsable de tout ce qui se fait sous sa gouverne.

7.1 Révision de la charge de cas

La révision de la charge de cas vise entre autres à vérifier les éléments suivants :

- le respect des ordonnances et des interventions en conformité avec les principes de la LPJ;
- la présence d'éléments de compromission selon la LPJ;
- l'application de la démarche de projet de vie;
- le respect de la durée maximale pendant laquelle l'enfant est confié à un milieu de vie substitut;
- la présence d'un PI actualisé et lié aux éléments de compromission;
- l'intensité de l'intervention ajustée aux objectifs du PI;
- la gestion du risque partagée avec la personne autorisée;
- la continuité de l'intervention assurée le plus possible par la même personne autorisée présente auprès de l'enfant et de sa famille;
- la nécessité de rencontrer l'enfant dans son milieu de vie (LPJ, art. 69);
- la nécessité de rencontrer l'enfant seul en dehors de son milieu de vie pour qu'il se sente en confiance et libre de s'exprimer sur son bien-être;
- la conformité du processus d'intervention associé au placement selon les standards reconnus [MSSS, 2005].

7.2 Supervision de la personne autorisée à l'application des mesures

La supervision de la personne autorisée à l'application des mesures tient compte des attentes signifiées par la direction programme jeunesse ainsi que des exigences de la LPJ :

- soutenir le développement des compétences requises pour une intervention de qualité en protection de la jeunesse (savoir, savoir-être et savoir-faire);
- s'assurer de l'appropriation du contexte d'intervention en protection de la jeunesse, de la connaissance de la LPJ, du processus clinique et des ressources de la communauté;
- procurer à la personne autorisée le soutien clinique requis à l'intervention en contexte d'autorité, en étant notamment attentif à ses besoins en matière de sécurité;
- évaluer les besoins de formation de la personne autorisée selon les exigences liées à l'application des mesures en protection de la jeunesse;
- soutenir l'intégration des approches et programmes cliniques recommandés pour l'application des mesures;
- s'assurer du respect du Cadre normatif PIJ et de la saisie rigoureuse et conforme des informations.

8 CONCLUSION

En raison des nombreux changements législatifs et de l'évolution des pratiques, la révision du cadre de référence de l'étape de l'application des mesures, paru initialement en 2007, était devenue nécessaire. La présente version vise à situer les fonctions et responsabilités attribués à la personne autorisée à l'application des mesures dans le continuum des services destinés aux jeunes en difficulté. Cet exercice de révision s'est fait uniquement par le biais des données contextuelles propres au Québec, sans égard aux pratiques d'autres juridictions.

Depuis la création des CISSS-CIUSSS, à la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre 0-7.2), c'est la direction du programme jeunesse de ces établissements qui est généralement chargée de la prestation des services spécialisés en protection de la jeunesse. Quelques exceptions sont notées parmi les communautés autochtones, certaines assumant pleinement la dispensation des services sociaux sur leur territoire et d'autres le faisant partiellement dans le cadre de protocoles d'entente avec les établissements de leurs régions respectives.

Les enfants dont la sécurité ou le développement est compromis présentent un très haut degré de vulnérabilité. L'application de la LPJ est en effet réservée à des situations exceptionnelles de négligence, d'abus sexuel ou physique, d'abandon, de mauvais traitements psychologiques ou de troubles du comportement. Le processus clinique lié à l'application des mesures vise à corriger la situation de compromission et à éviter qu'elle ne se reproduise, afin d'assurer la protection et le bon développement des enfants. Les directions du programme jeunesse des établissements, conjointement avec leurs collaborateurs et leurs partenaires, utilisent leurs ressources et s'efforcent d'atteindre ces objectifs.

La protection des enfants est une responsabilité qui appartient à l'ensemble de la société. Bien que les parents soient les premiers responsables de leur enfant et de la réponse à ses besoins, la communauté doit offrir le soutien nécessaire à l'exercice de ce rôle. Le réseau d'entraide de la famille doit aussi s'impliquer et se mobiliser pour lui apporter concrètement le soutien lui permettant de traverser ses difficultés. La présence d'un tel réseau est un puissant facteur de protection. Les organismes du milieu ont également un rôle actif à jouer auprès des familles, car leurs activités se déroulent plus près de leur vie quotidienne.

L'État, quant à lui, s'assure de mettre en place des services de proximité et des services spécialisés pour répondre aux besoins des citoyens. L'application des mesures en protection de la jeunesse, qui s'inscrit dans le créneau des services spécialisés, vient répondre aux besoins des enfants en situation de très grande vulnérabilité et en besoin de protection.

RÉFÉRENCES

- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cadre de référence : un projet de vie, des racines pour la vie. Montréal, Qc : ACJQ ; 2009.
- Bowlus A, McKenna K, Day T, Wright D. Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada. Rapport à la Commission du droit du Canada. Ottawa, ON : Commission du droit du Canada ; 2003. Disponible à : https://web.archive.org/web/20060110191933/http://www.lcc.gc.ca:80/pdf/mckenna_f.pdf.
- Esposito T, Trocmé N, Chabot M, Robichaud M-J, Léveillé S, Desmarais S, et al. Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique en protection de la jeunesse – Rapport-synthèse. Montréal, Qc : Université de Montréal, Université McGill, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ; 2017. Disponible à : https://www.mcgill.ca/crcf/files/crcf/gfisc_rapport_synthese_juillet_2017_0.pdf.
- Gervais MJ, Chagnon F, Paccioni A. Augmenter l'utilisation des données probantes par les intervenants et les gestionnaires en centre jeunesse. Service social 2011 ; 57(1) : 49-62.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille – Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022. Québec, Qc : MSSS ; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial – Cadre de référence. Québec, Qc : MSSS ; 2016. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ – Programme services Jeunes en difficulté. Québec, Qc : MSSS ; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Québec, Qc : MSSS ; 2010. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Communiquer pour protéger un enfant – 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 ? Québec, Qc : MSSS ; 2008. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-838-03.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes. Québec, Qc : MSSS ; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-839-01W.pdf>.
- Ninacs WA. Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval ; 2008.

Rycus JS et Hughes RC. Guide terrain pour le bien-être des enfants. Montréal, Qc : Éditions Sciences et cultures ; 2005.

Trocmé N, Collin-Vézina D, Roy C, Chamberland C, Desbiens N, Dufour S, et al. Projet de loi 10 et services de protection de la jeunesse : des impacts à considérer. Mémoire déposé dans le cadre des consultations publiques sur le projet de loi 10. 2014.

Disponible à :

http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/005m_nico_trocme_et_autres.pdf.

Lois et règlements du Québec

Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1. Disponible à :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-34.1.pdf>.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2. Disponible à :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>.

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant, chapitre R-24.0.2. Disponible à :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/R-24.0.2.pdf>.

Projet de loi n° 99. Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions (2017, chapitre 18). Disponible à :

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2017C18F.PDF>.

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant, chapitre P-34.1, r. 8. Disponible à :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/P-34.1,%20R.%208.pdf>.

Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, chapitre S-4.2, r. 3.1 Disponible à :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/S-4.2,%20r.%203.1.pdf>.

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

Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/>.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

