



Centre jeunesse
de Québec
Institut universitaire



MON PROJET DE VIE

Guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013

12 - 17 ans



Guide de pratique

pour la clientèle 12-17 ans

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013





Note :

Dans le but d'alléger le texte, le « masculin » est utilisé sans aucune discrimination.

Le terme « parent » est utilisé généralement au singulier et réfère à l'un ou l'autre des deux parents ou encore aux deux parents, selon le contexte.

Le terme « intervenant » représente généralement l'un ou l'autre des professionnels qui œuvrent directement ou indirectement auprès de la clientèle du centre jeunesse.

Production :

Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires (DDPPAU)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en citer la source.

Tout projet d'adaptation ou de traduction doit faire l'objet d'une demande écrite à la Direction des communications et d'une entente préalable entre les parties.

ISBN : 978-2-921880-31-2

© Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2013

2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 661-6951
Télécopieur : 418 661-2845

Dépôt légal : 4^e trimestre 2013
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Coordination des travaux

Lyne Labrecque, agente de planification, de programmation et de recherche à la Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires (DDPPAU)

Élaboration du guide de pratique

Lyne Foisy, éducatrice clientèle 0-17 ans, Direction des services aux jeunes et à leur famille (DSJF), représentante Conseil multidisciplinaire

Odette Lachance, spécialiste en activités cliniques, DSJF

Hélène Landry, spécialiste en activités cliniques, DSJF

Guy Langlois, réviseur, Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Lyne Labrecque, agente de planification, de programmation et de recherche, DDPPAU

Éric St-Jacques, spécialiste en activités cliniques à l'accès, DSJF

Collaboration au guide de pratique

Jean-Yves Caron, coordonnateur des services en foyer de groupe, Direction des services de réadaptation en internat et en foyer de groupe (DSRI-FG)

Linda Fournier, chef de service PQJ, réadaptation par le travail et bénévolat, DSRI-FG

Michèle La Rochelle, directrice des services aux jeunes et à leur famille

Caroline Lemay, chef de service équipe adolescent Québec-Sud, DSJF

Roxanne Lemieux, stagiaire

Michel Magnan, réviseur, DPJ

Gilles Mathieu, agent de relations humaines, équipe adolescent, Québec-Nord

Luc Mercier, agent de planification, de programmation et de recherche, DDPPAU

Marie-Claude Simard, Ph.D., chercheure en établissement, DDPPAU

Remerciements

Des remerciements sont adressés à chaque membre du groupe qui a travaillé assidûment à l'élaboration de ce guide de pratique.

Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans est le troisième volet qui s'inscrit dans la démarche globale qu'est « Mon projet de vie ».

Nous remercions chaque membre du groupe de travail mandaté pour l'assiduité, la rigueur et la persévérance maintenues tout au long des travaux. Des remerciements sont aussi adressés aux différents collaborateurs, à toutes les personnes qui ont pris le temps de lire et de commenter le guide de pratique, ainsi qu'à Mme Alexandra Small, agente administrative à la DDPPAU, pour son étroite collaboration et sa disponibilité, à la mise en page du présent document.



Préambule

Le 16 avril 2007, le comité de direction du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) adopte un plan d'action¹ visant à adapter les pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

Le premier objectif de ce plan d'action est de «favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants». Cet objectif prévoit, entre autres, de développer une pratique permettant d'offrir un projet de vie stable et permanent à chaque enfant, peu importe son âge, après la durée maximale d'hébergement prescrit à la loi. À ce moment, la pratique de l'application de la démarche du projet de vie est déjà bien établie dans notre établissement, particulièrement auprès de la clientèle 0-5 ans. Il s'agit donc de la développer pour le groupe d'âge 12-17, à partir des assises du guide de pratique 0-5 ans, des modifications apportées à la LPJ et du cadre de référence élaboré par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2009).

En octobre 2008, à la suite d'une recommandation faite par la Table clientèle 14-17 ans et pour donner suite à la cible spécifique identifiée pour la clientèle adolescente, le comité de direction mandatait un groupe de travail pour définir un modèle de pratique sur les projets de vie adaptés à cette clientèle (CJQ-IU, 2007).

À la suite des différentes réflexions et des différents travaux réalisés par le groupe de travail, l'outil clinique déjà existant au CJQ-IU *Carnet de voyage à travers ma vie* (CJQ-IU, 2005), fut l'outil d'intervention privilégié à l'intérieur de la démarche clinique du projet de vie auprès de l'adolescent dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité. Une révision et une adaptation de cet outil ont donc été réalisées en ce sens.

En juin 2010, un groupe de travail fut mandaté pour adapter *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*, au volet 12-17 ans.

1 CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE, *PLAN D'ACTION* pour adapter nos pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la LPJ, DDPPAU, adopté au comité de direction le 16 avril 2007, modifié le 6 décembre 2007.

Table des matières

Introduction	1
Définition de la notion « projet de vie »	3
Que représente le projet de vie pour la clientèle adolescente ?	4
Sens et philosophie qui sous-tendent la démarche du projet de vie	5
Avantages de l'utilisation du guide de pratique	7
Défis et préoccupations	8
Conditions favorisant le processus d'intervention	9
Cadre conceptuel	15
Processus d'intervention en protection de la jeunesse intégrant la démarche du projet de vie	18
Démarche du projet de vie	19
À l'Orientation	21
ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie	23
À l'Application des mesures	25
ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie	26
ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)	29
ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie	32
En conclusion	81
Références bibliographiques	83

Annexes

Annexe 1 : Inventaire du soutien social et familial (ISSF)	87
Annexe 2 : Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant	89
Annexe 3 : Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et Guide d'accompagnement de la grille	91
Annexe 4 : Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse	119
Annexe 5 : Développement de l'enfant et effet de la maltraitance sur le développement de l'enfant	123
Annexe 6 : Indicateurs du retrait de l'enfant	133
Annexe 7 : Trajectoire en santé mentale	137
Annexe 8 : Droits des adolescents	139

Contexte organisationnel

La notion de projet de vie présenté au CJQ-IU depuis plusieurs années a, jusqu'à présent, fait davantage l'objet d'une pratique d'intervention associée à une clientèle âgée de 0 à 12 ans. À travers les différents projets pour la clientèle adolescente, cette notion ne semble pas définie de la même façon par tous dans l'organisation. Ceci crée une certaine confusion dans le sens qui est attribué à la démarche à entreprendre. Pour certains, elle représente un accompagnement du jeune vers l'autonomie ou vers la citoyenneté. Pour d'autres, elle est davantage orientée vers la préoccupation de trouver un milieu de vie permanent. Dans les dernières années, certains travaux importants ont cependant permis des avancées dans la pratique des projets de vie pour adolescents *Carnet de voyage à travers ma vie*, *Pathway Plan*, *Looking after children* et autres projets visant le développement de l'autonomie chez la clientèle adolescente. Il semble dès lors évident que l'élaboration d'un projet de vie pour la clientèle adolescente comporte un défi majeur, celui d'offrir à ces jeunes un ancrage affectif ayant un caractère de permanence nécessaire à leur développement « biopsychosocial ».

Habitués à offrir aux plus jeunes enfants un projet de vie sur la base d'un engagement par les adultes à répondre à leurs besoins et à les garder sous leur toit de façon permanente, il devient incontournable, pour accompagner des adolescents dans leur projet de vie, d'élargir nos paradigmes afin d'y inclure d'autres dimensions de leur réalité. Ainsi, confrontés au vide affectif trop souvent présent autour d'eux, à la rareté des ressources qui leur sont consacrées, à leur méfiance dans les relations familiales ou affectives avec un adulte, nous devons repenser nos modèles d'intervention.

Dans ce contexte, il y a nécessité de préciser et d'intégrer l'ensemble des dimensions et des éléments devant constituer la définition de ce qu'est un projet de vie, de déterminer à partir de cette définition le type d'approche conséquente à privilégier dans ce champ de pratique, tout en considérant les changements apportés à la loi et les orientations ministérielles.

Constat sur les projets de vie pour la clientèle 12-17 ans au CJQ-IU

Au printemps 2009, les premiers travaux effectués par le groupe de travail tentent de constituer le portrait des types de milieu de vie des adolescents suivis par nos services, de connaître la perception des intervenants concernant le projet de vie des adolescents, de même que ce qui fait obstacle à l'actualisation de celui-ci. En ce sens, une recension a été réalisée auprès de l'ensemble des intervenants des équipes de l'application des mesures ayant dans leur charge de cas des adolescents âgés de 12 à 17 ans. Un questionnaire a été rempli pour 746 situations d'adolescents, ce qui représente un taux de réponse de plus de 80 % par rapport au nombre total de jeunes suivis dans ce groupe d'âge.

L'analyse des réponses et commentaires transmis par les intervenants met en évidence que :

- Le suivi moyen des adolescents est de 4 ans et 6 mois;
- Approximativement 33 % de ceux-ci habitent leur milieu familial, 33 % habitent en famille d'accueil et 33 % en centre de réadaptation;
- La perception et la compréhension de la notion du projet de vie sont variables;
- Selon l'évaluation des intervenants, le projet de vie des adolescents est précis et s'actualise dans 80 % des situations.

Cependant, une analyse qualitative des réponses des intervenants nous indique qu'il existe une variabilité importante en ce qui concerne le sens ou la définition d'un projet de vie précis. Il a été constaté que dans plusieurs situations :

- Le projet de vie ciblé est le maintien dans le milieu familial alors que l'adolescent est placé depuis plusieurs années;
- Le projet de vie est présenté comme le retour en milieu familial alors que l'adolescent est placé depuis plusieurs années;
- Le projet de vie est défini par le milieu où habite l'adolescent, soit le centre de réadaptation ou le foyer de groupe.

De plus, il faut ajouter à ces constats que la principale difficulté identifiée par les intervenants comme obstacle à l'actualisation du projet de vie repose sur les éléments de compromission, soit la problématique des troubles de comportement sérieux, motif majeur de compromission dans ce groupe d'âge. Dans la perception des intervenants, la gravité des troubles de comportement des adolescents mobilise en grande partie l'intervention, laissant peu de place au sens de la démarche clinique.

L'analyse tirée de ces constats laisse transparaître qu'il est difficile d'obtenir un portrait précis des projets de vie actualisés découlant d'une démarche clinique. La conciliation entre l'intervention pour actualiser un projet de vie et celle pour traiter les troubles de comportement sérieux ne semble pas intégrée dans la pratique clinique. Il en ressort que les interventions font l'objet de deux démarches distinctes.

Lors des activités de sensibilisation ou de formation, les intervenants expriment trouver lourde la démarche du projet de vie auprès des adolescents. D'une part, l'intervention soulève des souffrances faisant réagir davantage les adolescents, ce qui accroît leurs réactions problématiques. D'autre part, les intervenants disent ne pas avoir le temps de faire cette démarche. Également, ils ont l'impression de ne pas avoir les ressources suffisantes pour offrir à l'adolescent un projet de vie réalisable et avoir perdu l'espoir des résultats. Cette perception est renforcée par le fait que le milieu de l'adolescent est plus ou moins adéquat, que l'adolescent a brûlé son réseau et que l'intervenant n'a que peu ou pas d'alternative à lui offrir.

La démarche du projet de vie auprès des adolescents semble perçue comme une tâche supplémentaire, lourde, et non comme une démarche clinique englobant différemment l'intervention auprès de l'adolescent et de sa famille.

À la lumière des différents constats, un virage important est à faire pour systématiser la démarche du projet de vie pour les adolescents.

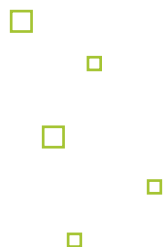
En regard de l'article 4 de la LPJ, la nécessité d'élaborer un projet de vie pour chaque adolescent représente un défi majeur requérant la mise en place de mesures particulières pour soutenir cette pratique.

Ainsi, à travers les formations s'adressant aux gestionnaires et aux intervenants, il sera nécessaire de s'assurer d'une compréhension commune de ce qu'est un projet de vie et d'en apprivoiser la démarche. Celle-ci devra s'appuyer sur une philosophie d'intervention où le développement d'un ancrage affectif pour l'adolescent prend un sens crucial et lui sert de tremplin pour se réaliser et concrétiser ses rêves.

De plus, il apparaît nécessaire de développer chez les intervenants une lecture clinique différente du trouble de comportement sérieux. Celui-ci pourrait être vu davantage comme le symptôme d'une problématique sous-jacente qui exige une attention particulière et un traitement spécifique.



Accompagner un adolescent dans une démarche du projet de vie ne se fait pas sans heurt pour l'intervenant qui cherche à soutenir un adolescent ayant perdu espoir dans l'adulte et qui, bien souvent, refuse l'intervention. Les nombreuses réactions de l'adolescent, si elles ne sont pas comprises comme réactionnelles à un malaise, fourniront à l'intervenant plusieurs occasions de se décentrer de la démarche d'intervention poursuivie. Ainsi, l'intervenant peut penser qu'il est préférable de ne pas parler de la souffrance de l'adolescent de peur de faire plus de dommage auprès de lui. De plus, si l'intervenant n'aide pas l'adolescent à mettre des mots sur ses symptômes au lieu de les agir, la démarche du projet de vie risque de demeurer superficielle sans s'actualiser sur un véritable projet de vie. Un soutien approprié par le biais de la supervision clinique apparaît incontournable pour aider l'intervenant à rester centré sur l'objectif initial, à le soutenir dans la lecture clinique de ce que vit l'adolescent et ainsi, faire en sorte que l'intervenant traverse les résistances et les embûches cliniques faisant obstacle à la démarche du projet de vie.



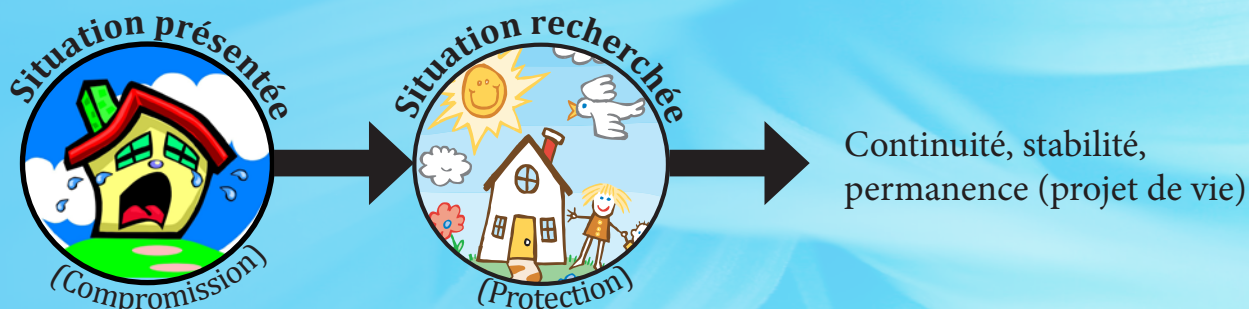
Introduction

Au CJQ-IU, les situations d'enfants de 12 à 17 ans comptent pour environ le tiers des signalements retenus à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Les principaux motifs de signalements sont : troubles de comportements sérieux (32 % des signalements retenus), négligence et risque de négligence (24 % des signalements retenus), abus physiques et risque d'abus physiques (23 % des signalements retenus)².

Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans, est un guide à l'intention des intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle. Il doit être utilisé de façon systématique dès que la situation d'un adolescent est jugée à risque d'instabilité ou de discontinuité.

L'approche proposée correspond à un ensemble de lignes directrices pour la clientèle cible. Le modèle se veut non seulement une structure d'intervention, mais également une description des stratégies à appliquer dans un délai prescrit pour atteindre les résultats escomptés. L'adolescent et le parent sont au cœur du processus clinique et sont, de ce fait, sollicités à s'impliquer dans la démarche du projet de vie.

L'intervention est orientée vers le développement et le maintien d'un milieu de vie stable et exempt de compromission pour l'adolescent en favorisant d'une part, la restauration des habiletés parentales et du mode de vie des parents, et d'autre part, en offrant à l'adolescent les services requis pour améliorer ses difficultés comportementales. Ce travail est fait afin de permettre à l'adolescent de se maintenir ou de retrouver sa place dans son milieu familial ou, si le parent ou lui-même ne se mobilisent pas suffisamment, de le confier à un milieu de vie substitut. Le projet de vie pour l'adolescent doit d'abord viser le maintien ou le retour dans le milieu familial, si telle est l'intention du parent. Cependant, l'intervenant demeure centré sur les besoins de l'adolescent avec ce que cela implique quant à la primauté de ses intérêts.



2 Statistiques de PIJ d'avril 2011 à mars 2012 du CJQ-IU.

Ce modèle d'intervention vise donc le développement d'une pratique spécifique auprès de la clientèle 12-17 ans afin d'offrir à ces adolescents, dont la sécurité ou le développement est compromis, un projet de vie qui correspond à leur intérêt. Pour ce faire, l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie* a été revisité et adapté afin de se moduler selon les étapes prévues à la démarche du projet de vie. Cet outil clinique concrétise les interventions et met l'accent sur le cheminement spécifique de l'adolescent en fonction de son parcours de vie ainsi que de ses forces, ses aspirations et des personnes significatives dans sa vie.



Définition de la notion « projet de vie »

Les modifications apportées à la LPJ laissent sous-entendre l'importance du projet de vie pour chaque enfant pris en charge sous cette loi. Même si la notion de « Projet de vie » n'y est pas explicitement nommée, l'article 4 (voir annexe 4) y fait clairement référence.

À partir de cet article de loi, cette notion de « projet de vie » implicite se précise et appuie une démarche spécifique déjà existante dans la pratique sociale professionnelle. Pour faire suite à cette pratique et pour tenir compte des nouvelles dispositions à la loi, l'ACJQ a élaboré un *Cadre de référence Un projet de vie, des racines pour la vie*, dans lequel est défini le projet de vie comme étant : *La situation dans laquelle un enfant peut vivre de façon stable et permanente.*

Il y est aussi précisé que *le projet de vie présente deux dimensions : la **dimension physique**, qui a trait au milieu de vie et au lieu d'appartenance, et la **dimension affective**, qui a plutôt trait à une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement* (ACJQ, 2009, p. 21).

Le projet de vie est avant tout une philosophie dont découle une démarche clinique systématique qui doit être entamée au moment même de l'entrée de l'adolescent dans les services de protection de la jeunesse, lorsque sa situation est jugée à risque d'instabilité ou de discontinuité. Cette démarche clinique doit se réaliser le plus rapidement possible, compte tenu des durées maximales d'hébergement introduites dans la loi. Au terme de ces durées, la Chambre de la jeunesse doit rendre une ordonnance tendant à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées aux besoins et à l'âge de l'adolescent, de façon permanente. Pour la clientèle 12-17 ans, cette durée maximale d'hébergement est de 24 mois.



Que représente le projet de vie pour la clientèle adolescente ?

La démarche du projet de vie pour un adolescent consiste non seulement à lui choisir un lieu d'appartenance, mais surtout à lui assurer un ancrage affectif ayant un caractère de permanence nécessaire à son développement biopsychosocial. Cette démarche doit lui donner la possibilité de maintenir les liens relationnels avec les personnes qui lui sont importantes et lui permettre de conserver ses repères environnementaux. Le projet de vie devient donc un moyen d'assurer la permanence pour l'adolescent ainsi que sa guidance à travers les différentes étapes de son développement et les transitions importantes de sa vie. Il doit aussi lui offrir l'opportunité de créer de nouvelles relations qu'il devra apprendre à connaître, à côtoyer et à intégrer dans sa vie.

En fait, la démarche du projet de vie permet particulièrement de cibler la personne qui va fondamentalement s'engager auprès de l'adolescent de façon permanente ou encore de lui offrir la possibilité de développer et d'établir des liens significatifs pouvant lui garantir une relation pour la vie. Dans les situations où l'identification de « la » personne s'avère impossible, il est nécessaire de munir l'adolescent de repères environnementaux capables de lui procurer un ancrage dans sa vie.

La dimension sociale et la dimension identitaire caractérisent davantage l'adolescent. Pour celui-ci, élaborer son projet de vie, c'est également tenir compte de ses besoins particuliers pour continuer à définir et consolider son identité. C'est également construire la place qu'il occupera dans la société. Ainsi, ses liens familiaux, relationnels, culturels, scolaires et communautaires doivent être préservés, développés et valorisés.

La démarche du projet de vie résulte d'un effort conjoint entre la famille, les professionnels et l'adolescent, ce dernier devant se retrouver au cœur de la démarche comme participant actif et meneur de son choix de projet de vie ainsi que de la signification de la permanence pour lui.

Sens et philosophie qui sous-tendent la démarche du projet de vie

Le projet de vie est présenté comme «une philosophie dont découle une démarche clinique systématique devant être entamée au moment même de l'entrée de l'adolescent dans les services de protection de la jeunesse». Pourquoi la présenter maintenant comme une philosophie et à quoi veut-elle répondre ?

Dans la pratique des dernières années auprès de la clientèle adolescente, la démarche du projet de vie n'était pas courante, ni fréquente. Elle était davantage associée aux plus jeunes. Lorsqu'il en était question, la préoccupation première était d'amener l'adolescent à se projeter dans un avenir où il ferait l'acquisition d'une autonomie fonctionnelle. Les interventions se situaient davantage autour du développement de la capacité à se trouver et à conserver un emploi pouvant l'amener à une participation active positive dans la société et ainsi favoriser une certaine indépendance financière pour un logis et pour l'ensemble des services nécessaires à sa fonctionnalité. L'idée de base était de rendre l'adolescent autonome au sens d'autosuffisance ou capable de «se débrouiller tout seul». Cette intention prenait naissance dans le fait que l'adolescent, très souvent, avait souffert et souffrait encore de négligence grave, pour ne pas dire d'abandon, celle-ci n'étant cependant reconnue ni de lui-même, ni de ses proches. Au fond, pour endiguer cette souffrance, l'intention était de faire en sorte que l'adolescent n'ait plus besoin de personne puisqu'il n'y avait, de toute évidence, personne sur qui il pourrait compter à sa sortie d'un système où il avait connu les services de «la prise en charge». Plus ou moins consciemment, et de façon variable, l'action de l'intervenant était de taire, d'étouffer ou de faire disparaître la souffrance de l'adolescent qui consistait surtout en son incapacité «d'être en relation». En laissant peu de place à ce besoin d'être en relation et ciblant davantage ses interventions autour des troubles de comportement sérieux, l'intervenant évitait de la sorte d'être confronté à son impuissance et à son malaise dans l'intervention.

Étant donné que l'adolescent est confronté à la rareté des ressources qui lui sont consacrées, au vide affectif trop souvent présent autour de lui et à la méfiance établie dans ses relations familiales ou affectives avec un adulte, force est de se questionner sur le réel besoin de celui-ci. Ce besoin réel n'est pas tant d'apprendre à vivre seul en se «passant» de sa famille ou de son parent qui l'a négligé, sinon abandonné, mais bien au contraire de regarder cette souffrance, de prendre le temps de s'arrêter pour revoir son parcours de vie, de l'intégrer et de se donner l'opportunité de renouer ou de créer un lien avec un adulte de son milieu. Selon la situation et l'évolution de l'intervention, l'adolescent doit se donner l'opportunité d'apprendre à se lier avec un ou des adultes significatifs qui pourraient lui procurer la présence affective et relationnelle, stable et permanente, qui lui a tant fait défaut jusqu'à maintenant. Dans les situations où cela n'est pas possible, l'intervenant amènera l'adolescent à accepter cette réalité et à développer sa résilience.

Un projet de vie basé uniquement sur l'établissement de liens utilitaires sans se préoccuper de la dimension affective laisserait l'adolescent avec des manques majeurs. Il se retrouverait alors dans un type de relation identique à ce qu'il a connu antérieurement sans être capable de se lier affectivement. Il est donc important, dans la démarche clinique avec l'adolescent, de se préoccuper de sa capacité à établir des liens affectifs plutôt que de se soucier uniquement des résultats à atteindre. Outiller un adolescent, sur une base essentiellement fonctionnelle, ne suffirait pas à lui fournir un devenir lui permettant de se construire. Malgré la fermeture relationnelle apparente ou réelle de l'adolescent, il faut retenir que, de par sa préoccupation d'être en relation avec ce dernier, l'intervenant crée une ouverture, agit avec bienveillance envers lui et de la sorte, fait du « modeling ». Sans être toujours visible à court terme, l'impact de ce contact régulier et de cette relation maintenue avec celui-ci peut avoir des retombées bien au-delà du temps de l'intervention.

Le projet de vie pour un adolescent réside dans la volonté de l'aider à se projeter dans sa vie, de façon à lui permettre d'en établir les meilleures bases susceptibles d'en assurer l'accomplissement désiré. Si des facteurs tels que l'autonomie fonctionnelle, l'employabilité et autres font partie de ces bases, ils ne peuvent constituer à eux seuls le sens et la philosophie de la démarche du « projet de vie ». Pour qu'un adolescent participe et bénéficie de cette démarche, il faut partir de lui, de ce qu'il comprend de sa vie, pour qu'il soit lui-même capable de lui donner un sens. Ce sens passe par son histoire de liens qui l'ont fait tel qu'il est devenu. De ces liens, il peut ou ne pas puiser pour se constituer un ancrage affectif, une appartenance au sein de laquelle il pourra continuer à définir son identité. L'être humain est un être social en recherche de relations. À ce titre, c'est à travers des liens significatifs auxquels il souhaitera donner un caractère de permanence que l'adolescent cherchera à donner un sens à sa vie.

Le cœur du projet de vie, son sens profond, est de donner à l'adolescent la possibilité de se doter de repères lui permettant de mieux cerner, à travers les liens passés, présents et futurs, ceux qui détermineront son devenir. À partir de là, il doit lui être offert la possibilité et le soutien nécessaires pour développer et établir les liens significatifs avec une ou des personnes aptes à lui procurer une relation et un engagement pour la vie. À défaut de ce lien significatif, des repères environnementaux favoriseront chez lui un enracinement dans son milieu de vie. Ces liens ou ces repères sont ceux qui lui permettront de cheminer vers une vie autonome, un devenir qui sera vraiment le sien et auquel il pourra adhérer.



Avantages de l'utilisation du guide de pratique

De manière générale, l'approche clinique proposée dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans* favorise une rigueur dans l'intervention auprès de cette clientèle en contexte de protection de la jeunesse.

Un tel guide de pratique permet de structurer l'intervention en cohérence avec la LPJ et le *Cadre de référence Un projet de vie, des racines pour la vie* (ACJQ, 2009). Il a aussi pour avantage de favoriser la réalisation d'activités spécifiques permettant d'agir sur les problématiques inhérentes à cette clientèle telles que les troubles de comportement sérieux et la santé mentale.

Le modèle proposé favorise également la concertation, la cohérence, l'uniformité et la coordination avec les autres services. Il offre également des points de repère dans l'intervention, assurant ainsi la continuité clinique auprès de l'adolescent, de son parent ou d'une personne significative. Le développement d'ancrages affectifs et environnementaux chez l'adolescent contribue à construire ou à consolider les dimensions sociales et identitaires qui le caractérisent.

Le guide de pratique est conçu pour aider l'intervenant à offrir systématiquement des opportunités à l'adolescent et à son parent en lien avec les éléments de compromission identifiés. La démarche élaborée propose une intensité et une constance dans l'intervention par une étroite collaboration entre le psychosocial et la réadaptation. Elle permet de préciser les enjeux cliniques avec l'adolescent, le parent et son milieu de vie substitut tout en les responsabilisant dans les choix qu'ils font et qu'ils privilégient.

La structuration de l'intervention contribue aussi à conscientiser l'intervenant sur l'impact de ses valeurs personnelles. Par exemple, un intervenant peut retirer un adolescent de son milieu de vie substitut (personne significative ou famille d'accueil) et considérer cette action comme un simple déplacement et non comme un déracinement. D'autre part, un intervenant peut être enclin à prendre des mesures de retrait trop rapides à cause de la pression exercée par le parent ou son parent substitut. De même, le seuil de tolérance d'un intervenant face à la gravité des troubles de comportement présentés par l'adolescent peut jouer un rôle dans les décisions envisagées.

Défis et préoccupations

Ce modèle d'intervention introduit des façons de faire à toutes les étapes du processus de protection de la jeunesse, tant dans ses modalités, dans ses orientations que dans ses principes d'application. Les principales façons de faire proposées dans ce guide de pratique ont trait aux aspects suivants :

- La systématisation de la démarche du projet de vie pour l'adolescent âgé de 12 à 17 ans dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité (confié à, hébergé ou non). Ainsi, l'intervenant doit s'assurer de considérer les aspects suivants quant à ses interventions auprès de l'adolescent et du parent :
 - Favoriser leur engagement dans la démarche;
 - Être à leur écoute;
 - Favoriser leur transparence;
 - Valider leur histoire de vie;
 - Reconnaître que leur souffrance fait partie de la démarche.
- L'optimisation et la rigueur de la trajectoire continue des services;
- L'intensité des mesures de soutien auprès de l'adolescent, du parent ou de la personne significative;
- L'utilisation de la *Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité*;
- L'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie*;
- L'accentuation des moyens pour la poursuite du développement de l'adolescent dans les différentes sphères de sa vie. Par exemple, l'adolescent doit :
 - Bâtir son identité;
 - Faire face à des deuils ou des pertes;
 - Construire des relations permanentes; afin de favoriser un ancrage affectif;
 - Développer son autonomie.
- La mobilisation accrue des ressources internes et externes;
- L'intervention est modulée en fonction de la maturité affective, sociale ou cognitive de l'adolescent et du parent, tout en respectant son rythme ainsi que les durées maximales d'hébergement;
- La référence aux principes des articles 2, 3 et 4 de la LPJ (voir annexe 4) permet à l'intervenant de dépersonnaliser ses interventions tout en les balisant.

Conditions favorisant le processus d'intervention

Il est intéressant de considérer les conditions gagnantes pour la réalisation du processus d'intervention proposé dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans*. L'intégration de ces conditions dans la pratique, par les intervenants et les gestionnaires, augmentent les chances d'atteindre les objectifs poursuivis par le processus d'intervention.

Situer la démarche dans le temps (délais / durées maximales d'hébergement)

Lorsque l'adolescent est retiré de son milieu familial, il est essentiel de signifier à ce dernier ainsi qu'à son parent qu'ils ne disposent pas d'un temps illimité pour se mobiliser. En ce sens, la LPJ établit des durées maximales d'hébergement au-delà desquelles elle oblige à offrir à l'adolescent des mesures tendant à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge. Pour la clientèle âgée de 12 à 17 ans, rappelons que ces durées maximales d'hébergement sont de 24 mois.

Il s'avère important de rappeler régulièrement ce délai de mobilisation au parent et à l'adolescent puisque, lors de la table de révision, un bilan sera effectué sur les résultats de leur cheminement.

Définir clairement le mandat des intervenants impliqués

La responsabilité de l'application de la démarche du projet de vie appartient à l'intervenant psychosocial alors que l'intervenant de la réadaptation, lorsqu'il est associé, a la responsabilité d'y contribuer.

Les mandats conjoints nécessitent une collaboration étroite entre l'intervenant psychosocial et celui de la réadaptation. Ce travail de collaboration amène à mieux définir les mandats respectifs, à comprendre et à apprécier le travail spécifique de chacun et à respecter l'expertise de l'autre. Cet arrimage positif est facilité par les discussions cliniques permettant des réflexions sur le rôle spécifique de chacun, mais aussi par l'intensité dans l'intervention, favorisant ainsi la concertation.

Le rôle psychosocial s'inscrit dans la réalisation de la démarche du projet de vie pour l'adolescent. L'intervenant psychosocial s'occupe de soutenir et d'orienter le parent dans l'exercice de son rôle parental. Il interpelle celui-ci au sujet des éléments de compromission retenus qui entravent sa capacité parentale et nuisent au développement de son adolescent. Aussi, il accompagne l'adolescent dans la rétrospective de son parcours de vie afin de l'aider à préciser ce qu'il souhaite comme projet de vie.

L'éducateur a un rôle contributif dans la démarche du projet de vie. Le mandat de l'intervenant de la réadaptation vise à outiller le parent dans l'exercice de son rôle parental tel que l'encadrement, le soutien, la communication, etc. L'éducateur accompagne le parent dans l'acquisition de méthodes éducatives adéquates répondant aux besoins de l'adolescent et lui permettant de poursuivre son développement. De plus, il accompagne l'adolescent dans le développement ou la restauration de ses compétences personnelles et sociales.

Intervenir avec intensité (rapidement, au bon moment, souvent)

L'intervention rapide, répétée et réalisée au bon moment, constitue une clé essentielle dans le guide de pratique. Cette intensité dans l'intervention peut se concrétiser, entre autres, par l'attribution de mandats conjoints (psychosocial et de réadaptation). Elle se manifeste alors par la co-intervention ciblée, c'est-à-dire exécutée au moment opportun :

- Lors de l'élaboration et de la révision du plan d'intervention (PI);
- Lors des occasions pour faire le point et pour favoriser une circulation efficace de la communication;
- Lors d'événements exigeant une intervention plus soutenue;
- Lors de la table de révision.

Elle se manifeste aussi par la constance dans l'intervention et le rythme rapide des interventions à l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié**. Ce volet de la démarche commande une mobilisation concrète et une ouverture de la part du parent ainsi qu'une disponibilité de l'intervenant afin d'offrir tout le soutien nécessaire pour nourrir l'alliance avec ce dernier et le garder en action.

Pour le gestionnaire, une attention particulière de la charge de cas est indiquée afin d'éviter que l'intervenant se retrouve avec une majorité de situations comportant une intensité d'intervention aussi exigeante.

Impliquer le parent et l'adolescent

L'implication du parent dans le processus d'intervention est d'abord essentielle pour rétablir la situation et faire en sorte que l'adolescent évolue dans un milieu exempt de compromission. Cette implication est d'ailleurs soutenue par l'article 4 de la LPJ (voir annexe 4).

D'une part, cette implication attendue et souhaitée exige du parent et de l'adolescent la compréhension de leur dynamique familiale dysfonctionnelle et la reconnaissance de l'impact négatif de celle-ci sur le développement de l'adolescent. D'autre part, cette implication sous-tend une mobilisation rapide du parent et de l'adolescent afin d'en arriver à identifier et à appliquer des moyens pour corriger la situation. Il est aussi important de

relever leurs forces, de souligner leurs réussites et de se servir de celles-ci comme levier pour accentuer leur motivation. Pour ce faire, l'approche médiation fournit des stratégies d'intervention pertinentes à l'émergence de l'implication du parent et de l'adolescent. Cette approche prend en considération la personne et l'encourage à exprimer ses besoins, entre autres, par un accueil chaleureux et respectueux.

Préciser les attentes à l'égard du parent et de l'adolescent

Dès l'orientation, lors de la trajectoire continue, l'intervenant doit préciser ses attentes à l'égard du parent et de l'adolescent. Ces attentes sont relatives à la reconnaissance des difficultés, à la mobilisation pour rétablir la situation et à l'implication dans la démarche du projet de vie. Celle-ci s'amorce de façon systématique lorsque la situation de l'adolescent est jugée à risque d'instabilité ou de discontinuité :

- Placement de l'adolescent;
- Déplacement de l'adolescent;
- Risque de retrait possible de l'adolescent de son milieu familial.

Les attentes à l'égard du parent et de l'adolescent sont modulées en fonction des principes énoncés dans les articles 2, 3 et 4 de la LPJ (voir annexe 4). Il importe pour l'intervenant de demeurer vigilant quant au mandat de protection et de favoriser l'amélioration de la dynamique familiale. L'élimination de la compromission n'équivaut pas nécessairement à l'élimination des besoins d'aide pour la famille. Ce travail peut se poursuivre par le biais d'autres organismes. Les attentes à l'égard du parent se retrouvent aussi dans le plan de services individualisé et le plan d'intervention (PSI-PI).

Travailler en équipe ou en co-intervention

Le travail d'équipe et la co-intervention sont deux conditions qui facilitent l'intervention. Le présent guide de pratique privilégie le travail d'équipe avec les différents collègues (éducateurs, spécialistes en activités cliniques, réviseurs, psychologues, intervenants AÉO, chefs de service, etc.). Ce travail d'équipe favorise non seulement le développement d'une vision et d'un langage communs en ce qui a trait à la pratique auprès de la clientèle 12-17 ans, mais également l'exploration de nouvelles avenues d'intervention.

La co-intervention ciblée permet de partager le risque, de valider les perceptions et les interventions et suscite l'éclosion d'idées novatrices pour intervenir. Cette co-intervention devient pertinente en regard des difficultés de l'adolescent ou du parent, de l'évaluation et de la gestion du risque, de la gravité ou de l'urgence d'une situation. Elle devient soutenante et efficiente dans certains moments particuliers tels qu'une rupture liée à un placement ou un déplacement.

Axer sur la concertation

Il est très important de développer la connaissance et l'utilisation des réseaux familiaux, sociaux ou communautaires qui entourent le parent et l'adolescent, spécialement dans un processus de maintien ou de retour de l'adolescent en milieu familial. En effet, plus le parent et l'adolescent développent des points de référence et d'ancrage autour d'eux, moins ils risquent d'être stressés et vulnérables dans les moments de crise. Il s'agit de l'un des facteurs de protection les plus significatifs.

Pour ce faire, il devient essentiel qu'un inventaire des ressources soit disponible et à jour. Il est aussi nécessaire de faire des liens avec les différents partenaires privilégiés, pendant et après l'intervention en protection de la jeunesse. À quel moment un partenaire peut-il être impliqué et comment ? Quels moyens peuvent être déployés par ce partenaire pour contribuer à soutenir l'intervention auprès de l'adolescent et de sa famille ? À cet égard, l'arrimage du travail de chacun des partenaires dans l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) constitue une condition gagnante de l'intervention dans la démarche du projet de vie.

Responsabiliser le parent dans ses choix

Le principe d'autodétermination du parent est ici interpellé. Celui-ci doit prendre conscience que les gestes qu'il pose et les actions qu'il entreprend tout au long de l'intervention confirment ou infirment ses intentions. Afin d'éviter que l'intervenant n'ait l'impression d'être le seul à travailler, un des leitmotivs du processus d'intervention consiste à favoriser l'empowerment, à « remettre la balle dans le camp du parent ». En ce sens, l'intervenant respecte les choix du parent tout en l'accompagnant et en lui expliquant l'interprétation clinique qu'il en fait : ses choix le rapprochent-ils ou l'éloignent-ils de son intention de garder ou de reprendre son adolescent, et ce, dans les délais attendus ?

Responsabiliser l'adolescent dans ses choix

Le principe d'autodétermination de l'adolescent est aussi interpellé. Celui-ci doit prendre conscience que les gestes qu'il pose et les actions qu'il entreprend tout au long de l'intervention confirment ou infirment ses attentes. Un aspect important du processus d'intervention consiste à favoriser l'empowerment. En ce sens, l'intervenant respecte les choix de l'adolescent tout en l'accompagnant et en lui expliquant l'interprétation clinique qu'il en fait : ses choix le rapprochent-ils ou l'éloignent-ils de ses attentes ? Si ses attentes ne correspondent pas à l'intention de son parent, est-il en mesure de démontrer le bien-fondé et l'intérêt de son projet de vie pour lui-même.

Offrir des opportunités au parent et à l'adolescent

Cette condition gagnante fait appel à la créativité et à la souplesse de l'intervenant afin d'être à l'affût de toutes les opportunités qui peuvent être offertes au parent et à l'adolescent.

Ces opportunités peuvent être en lien avec :

- L'exercice du rôle parental;
- Le mode de vie du parent;
- Les comportements de l'adolescent.

Ces opportunités peuvent se concrétiser par :

- La présence à chacune des entrevues;
- La présence et l'implication active lors des contacts;
- La recherche et l'inscription à différents services spécialisés ou proposés;
- La fréquentation assidue et l'implication à ces services;
- La participation aux évaluations demandées, etc.

Dans le cadre du PSI-PI et de la révision, plus les opportunités offertes au parent et à l'adolescent sont nombreuses, plus le bilan des résultats en lien avec les actions et les choix qu'ils font reflètera la réalité de leur situation.

Recourir aux outils cliniques et aux discussions

Les outils cliniques permettent d'objectiver le jugement professionnel, d'avoir un langage commun et de comparer les résultats à différents moments de l'intervention. De plus, ils deviennent un facteur de motivation pour le parent et l'adolescent qui s'appuient sur des résultats concrets pour poursuivre leur démarche. En ce qui concerne cette clientèle, l'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie* est **obligatoire**, tout en tenant compte des préalables recommandés dans le Cahier d'accompagnement destiné à l'intervenant. Cet outil clinique est devenu obligatoire, entre autres, parce qu'il permet à l'intervenant d'amener l'adolescent à se situer au cœur de sa vie, à se recentrer sur ce qui lui appartient, à découvrir son potentiel personnel et à réactiver ses forces. Il lui donne un espace de réflexion, de parole et d'échanges sur les différents volets importants de sa vie. De plus, cet outil soutient la démarche du projet de vie en favorisant l'implication active de l'adolescent.

En ce qui a trait aux discussions cliniques, elles favorisent le partage d'expertise, l'intégration du processus d'intervention et le soutien lors de situations complexes.

Depuis septembre 2011, il existe un groupe de soutien concernant la démarche du projet de vie regroupant tous les groupes d'âge. Les intervenants y sont conviés dans le but de présenter une situation, de poser des questions ou simplement pour écouter les collègues et approfondir leurs connaissances.

Bénéficier d'un soutien et d'un encadrement cliniques

Le soutien et l'encadrement cliniques sont des conditions essentielles à de meilleurs standards de pratique. Les spécialistes en activités cliniques jouant ce rôle permettent de développer une vision différente et dégagée des situations. De par leur objectivité, ils peuvent soutenir l'intervenant selon les balises déterminées dans le présent guide.

Le soutien et l'encadrement cliniques permettent également de développer la pratique, notamment grâce aux discussions cliniques en petit groupe. Celles-ci favorisent le partage d'expertise et l'expérimentation de nouvelles façons d'intervenir auprès du parent et de l'adolescent.

Le soutien et l'encadrement cliniques permettent aussi de rester centré sur l'adolescent et de prendre les décisions en fonction de son intérêt.



Cadre conceptuel

Approche développementale

Chaque grande étape du développement, dont l'adolescence, appelle la réalisation de tâches développementales qui permettent d'accroître la capacité d'adaptation et qui sont nécessaires pour l'acquisition d'habiletés subséquentes.

Pendant cette étape du développement, l'adolescent doit s'adapter à plusieurs changements liés à des aspects différents sur les plans physique, cognitif, social, affectif et psychosexuel. Ces changements lui permettront de bien se préparer à la vie adulte dans ses différents rôles et fonctions. Voici les grandes lignes du développement normal (voir annexe 5) de l'adolescent :

- Changements physiologiques importants;
- Capacité de tenir compte de plusieurs points de vue (pensée abstraite);
- Développement de la moralité;
- Importance de relations centrées sur le groupe;
- Expérimentation des rôles sociaux;
- Développement de l'identité;
- Instabilité affective;
- Sautes d'humeur;
- Intérêt aux relations sexuelles;
- Questionnement ou ambivalence face aux relations sexuelles.

L'intervention auprès des adolescents s'inspire principalement de l'approche développementale :

Dans l'ensemble, les tenants de cette perspective conçoivent les manifestations de l'inadaptation comme la résultante de l'interaction entre l'individu, avec ses caractéristiques biologiques et psychologiques et son environnement social, particulièrement la famille, le groupe de pairs et l'école. Les signes d'inadaptation apparaissent lorsque l'individu peine à répondre aux exigences normatives de son environnement social, et lorsque ce dernier ne répond pas adéquatement à ses besoins. [...] Plus les problèmes d'appariement entre l'individu et son environnement se produisent tôt dans le développement, plus graves sont les conséquences à long terme puisqu'elles affectent les capacités de l'individu et de son environnement à répondre aux exigences développementales ultérieures (Janosz, 1998).

Fondements

Les constats, documentés et appuyés par les données du questionnaire rempli par les intervenants du CJQ-IU en 2009 pour 746 situations d'adolescents ainsi que par d'autres recensions d'études ont amené la formulation de certains fondements essentiels à considérer dans l'intervention auprès de la clientèle 12-17 ans.

- Les adolescents suivis en protection de la jeunesse se caractérisent par des difficultés comportementales, des problèmes de santé mentale, des problèmes de consommation souvent symptomatiques d'un vécu de négligence, de mauvais traitements, d'abus ou de délaissement;
- Les parents sont dépassés par la situation ou ont démissionné de leurs rôles parentaux;
- La clientèle 12-17 ans est très réactionnelle et elle exige beaucoup de la part de l'intervenant tant sur le plan de ses compétences que de son investissement (temps, énergie, rigueur, etc.), ce qui oblige une intervention systématisée à l'intérieur d'un cadre défini et balisé;
- Les placements multiples ainsi que le nombre de déplacements entraînent des conséquences importantes sur le développement de l'adolescent et sont en lien avec les problématiques rencontrées chez ce dernier;
- L'attachement prend une place essentielle dans le développement de l'adolescent, comme base de ses relations sociales et affectives. Une façon de favoriser le développement d'un ancrage affectif ayant des effets bénéfiques est d'offrir à l'adolescent un milieu de vie stable et permanent, exempt de compromission, le plus rapidement possible, et ce, en tenant compte de ses attentes.

Ces fondements constituent un processus de repères cliniques pour soutenir la pratique des intervenants. Dans le cadre de sa mission universitaire, le CJQ-IU développe et utilise des outils cliniques en se basant sur les données probantes de recherche et sur les meilleures pratiques connues.

Principes d'intervention

Comme prescrit à l'article 4 de la LPJ (voir annexe 4), toute décision doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial. Si ce maintien n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et qui sont essentielles au développement « normal » de l'enfant.

Ces principes s'avèrent incompatibles avec le maintien d'une situation à risque d'instabilité ou de discontinuité menant parfois à des déplacements successifs qui suscitent des ruptures de lien chez l'adolescent. Ces déplacements peuvent engendrer des difficultés de fonctionnement sur les plans social et affectif, réaffirmant l'importance d'une planification d'interventions pour lui offrir le plus rapidement possible la stabilité dans un projet de vie.

Le parent a la responsabilité de demeurer présent et concerné par la situation de compromission, même si l'adolescent démontre des troubles de comportement sérieux.

Différents droits sont reconnus à l'adolescent et à son parent dans la LPJ. Ces droits doivent être respectés à toutes les étapes de la démarche du projet de vie (voir annexe 8).

La participation active du parent et de l'adolescent est essentielle tout au long de l'intervention pour qu'en résulte une vision commune de leur situation et des changements éventuels qui pourraient en découler. Pour ce faire, leur participation au choix des mesures et aux décisions qui les concernent favorise leur collaboration et leur engagement dans la recherche de solutions.

En outre, il apparaît essentiel de les aider à développer leur réseau de soutien afin qu'ils maintiennent et améliorent leurs acquis.

Les principes d'intervention impliquent également le respect et le soutien à offrir au parent et à l'adolescent qui, malgré leurs efforts, ne parviennent pas à régler leurs difficultés ou n'envisagent plus la possibilité de vivre ensemble. Ceci n'élimine pas l'éventualité pour le parent de maintenir un investissement spécifique auprès de l'adolescent. À ce moment, il est important de définir clairement les différents rôles que le parent désire exercer. Dans pareilles circonstances, et dans l'optique de la permanence, il importe d'offrir à l'adolescent les conditions nécessaires afin qu'il puisse s'investir affectivement auprès d'autres adultes pouvant jouer un rôle parental et ayant le désir de s'investir également auprès de lui.

Processus d'intervention en protection de la jeunesse intégrant la démarche du projet de vie

Lorsqu'un signalement est retenu à la DPJ, la personne autorisée procède à l'évaluation de la situation afin de déterminer si la sécurité ou le développement de l'adolescent est compromis.

Lorsque cette évaluation révèle la présence de compromission, le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) prend la situation de l'adolescent en charge et propose une orientation et des mesures par le biais d'une entente sur des mesures volontaires ou par la saisie de la Chambre de la jeunesse (art. 51, LPJ) (voir annexe 4). **C'est à l'Orientation que débute la démarche d'intervention clinique présentée à l'intérieur du guide de pratique « Mon projet de vie » ou à tout autre moment du processus d'intervention si l'intervenant juge que la situation de l'adolescent est à risque d'instabilité ou de discontinuité.** Le travail réalisé à l'Orientation s'avère capital pour la mise en place du processus de changement dans lequel s'inscrivent l'adolescent et sa famille. L'intervenant devient alors le promoteur des principes du guide de pratique et s'assure que les mesures s'inscrivent à l'intérieur du processus d'intervention élaboré dans ce guide.

Ces mesures sont ensuite appliquées et un suivi psychosocial est offert afin de mettre fin à la situation de compromission.

Avant la fin de la durée de l'entente ou de l'ordonnance, une révision de la situation et des mesures appliquées permet de faire le bilan de la situation, d'évaluer la mobilisation du parent et de l'adolescent en fonction des actions concrètes posées et d'évaluer la présence des éléments de compromission afin de prendre une décision sur la poursuite des services.

Démarche du projet de vie

La prochaine section présente *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans* de manière plus détaillée, à l'intérieur du processus d'intervention en protection de la jeunesse.

Par rapport à cette clientèle, différents exemples de situation peuvent se présenter :

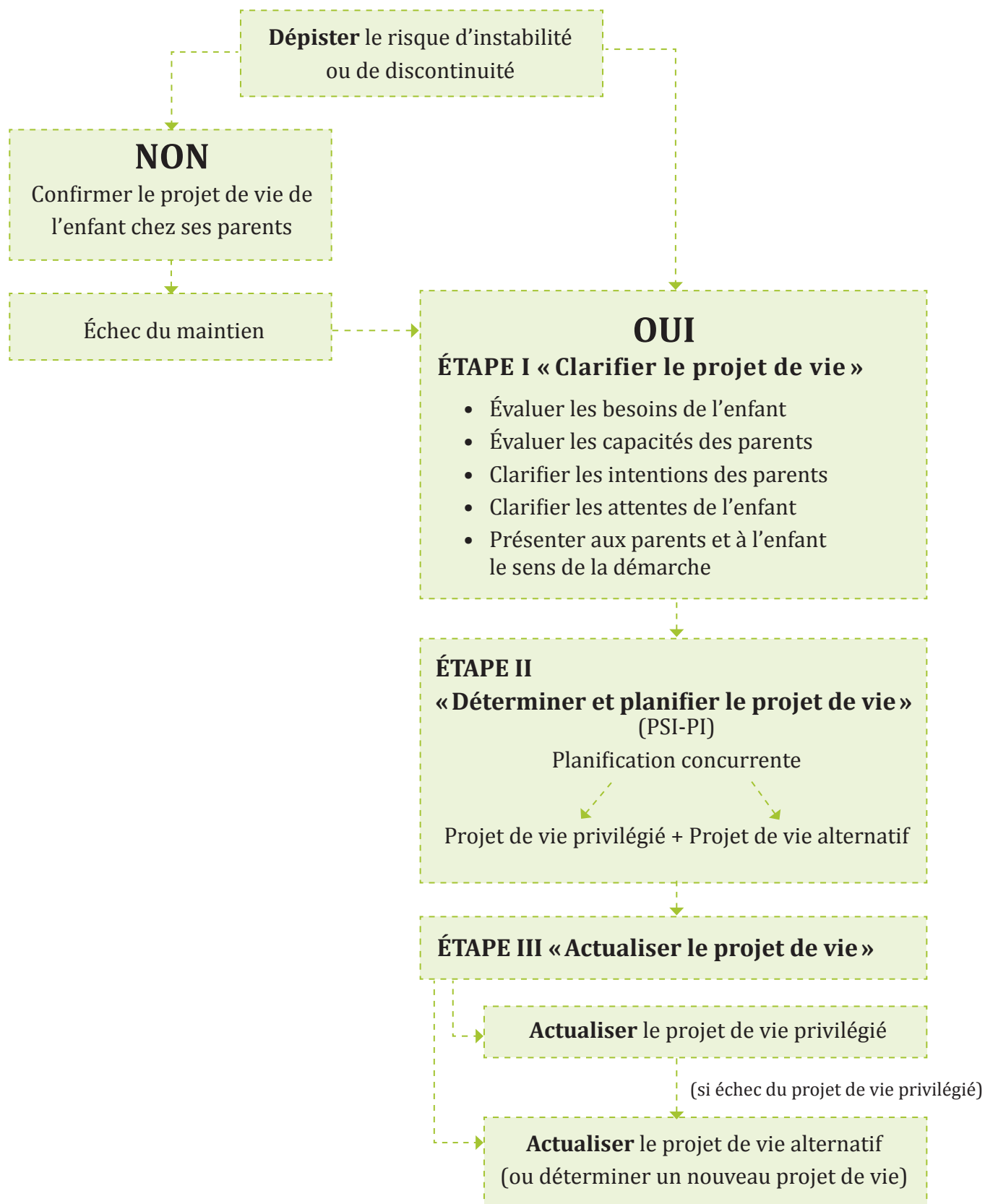
- Un adolescent ayant des troubles de comportement sérieux qui ne reconnaît pas ses difficultés, avec un parent qui collabore ou non. Cet adolescent peut être en milieu familial, en famille d'accueil ou en centre de réadaptation;
- Un parent qui présente des difficultés telles qu'il place son adolescent dans une situation à risque d'instabilité ou de discontinuité;
- Un projet de vie de l'adolescent qui est actualisé dans un milieu substitut jusqu'à sa majorité, avec une demande de déplacement du milieu substitut.

Lorsqu'un risque d'instabilité ou de discontinuité est dépisté, ce processus d'intervention se module selon la démarche du projet de vie provenant du *Cadre de référence Un projet de vie, des racines pour la vie* dont le tableau représentatif des étapes est illustré à la page suivante.

Pour faciliter une meilleure compréhension, il est à noter que les trois étapes de la démarche du projet de vie sont séquentielles mais se travaillent de façon circulaire, c'est-à-dire, en réévaluant chacune des étapes de façon régulière. Ainsi l'**Étape I - Clarifier le projet de vie** est initiée à l'Orientation et elle se poursuit dès le début de l'application des mesures. Elle est également revisitée lors de l'élaboration et de la révision du PSI-PI et lors de la table de révision afin de reconsidérer les besoins de l'adolescent, les capacités du parent ainsi que leurs intentions. Par la suite, l'**Étape II - Déterminer et planifier le projet de vie** permet d'établir une planification concurrente et de formuler des objectifs et des moyens en lien avec le projet de vie privilégié. Tout comme l'**Étape I**, elle sera revisitée lors de la révision du PSI-PI et de la table de révision afin d'ajuster les objectifs et les moyens du PSI-PI. L'**Étape III - Actualiser le projet de vie** s'inscrit dans la circularité en évaluant de façon continue le cheminement du parent, de l'adolescent et du milieu substitut en lien avec le but poursuivi dans le PSI-PI.

Tableau représentatif des étapes de la

« Démarche du projet de vie » (ACJQ, 2009, p.24)



À l’Orientation

Tel que mentionné précédemment, la démarche d’intervention clinique présentée à l’intérieur du guide de pratique *« Mon projet de vie »* débute à l’Orientation.

Les objectifs poursuivis à l’Orientation consistent à poser un diagnostic global de la situation, identifier et recommander les mesures à appliquer pour assurer la protection de l’adolescent et déterminer sous quel régime, volontaire ou judiciaire, se réalisera le mandat de protection.

Pour ce faire, il convient de documenter les éléments de compromission retenus à l’Évaluation, en lien avec la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés, la vulnérabilité de l’adolescent, la capacité et la volonté du parent et de l’adolescent à mettre fin à la situation de compromission et la capacité des ressources du milieu.

En parallèle, la mise en place d’une trajectoire continue des services (CJQ-IU, 2002) significative est indispensable pour favoriser la continuité clinique. Elle permet d’impliquer dès l’orientation l’intervenant désigné à l’Application des mesures. Cette implication se concrétise par :

- Le partage de la situation de l’enfant et de sa famille;
- L’échange sur les mesures à proposer et le régime à choisir (volontaire ou judiciaire);
- La présence de l’intervenant désigné lors de la signature de l’entente sur des mesures volontaires ou lors de l’audition à la Chambre de la jeunesse.

Dès ce moment, l’implication active de l’intervenant de l’application des mesures génère une concertation favorisant un choix mieux adapté des mesures à prendre, une compréhension plus rapide et plus approfondie du système familial et une mobilisation plus immédiate du parent et de l’adolescent. Plus l’intervenant de l’application des mesures est introduit rapidement dans la trajectoire continue des services, plus il sera en mesure de préciser avec le parent et l’adolescent les objectifs d’intervention et le processus dans lequel ils s’engagent.

Dépister le risque d’instabilité ou de discontinuité

Le *« dépistage systématique du risque d’instabilité ou de discontinuité »* pour l’adolescent amorce la démarche globale du projet de vie. Même si l’adolescent est maintenu dans son milieu familial, l’intervenant doit évaluer ce risque, notamment par l’utilisation de la *Grille de dépistage du risque d’instabilité et de discontinuité* et de son guide d’accompagnement (voir annexe 3). Si la situation de l’adolescent n’est pas jugée à risque d’instabilité ou de discontinuité, la démarche du projet de vie ne s’applique pas. Cependant, tout au long du maintien en milieu familial, il demeure important d’être vigilant face à l’émergence d’indices d’instabilité ou de discontinuité pouvant amener une remise en question de ce projet de vie.

Ainsi, l'utilisation de la grille de dépistage peut se faire lors de tout doute soulevé ou à tout moment opportun pour évaluer ces indices et la pertinence d'enclencher l'**Étape I** de la démarche du projet de vie.

Il est à noter que lorsque l'adolescent est confié ou placé dans un milieu substitut, la situation est considérée automatiquement à risque d'instabilité ou de discontinuité et l'**Étape I** de la démarche du projet de vie débute.



ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

Cette première étape de la démarche du projet de vie consiste à :

- Évaluer les besoins de l'adolescent;
- Évaluer les capacités des parents;
- Clarifier les intentions des parents;
- Clarifier les attentes de l'adolescent;
- Présenter aux parents et à l'adolescent le sens de la démarche.

À l'Orientation, pour évaluer de façon plus précise les besoins de l'adolescent, l'intervenant peut se référer au document du Centre de formation de l'ACJQ (PNF) sur le développement de l'enfant (voir annexe 5). Il doit également tenir compte des résultats de la grille d'investigation de la problématique suicidaire (GIPS) qu'il a utilisée auprès de l'adolescent à l'Évaluation ainsi que la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez l'adolescent (Dep-ado) si la consommation de celui-ci semble problématique. Les résultats obtenus permettent de mettre en place les services requis pour l'adolescent, s'il y a lieu. Par ailleurs, d'autres éléments peuvent être approfondis en lien avec l'évaluation des capacités parentales telles que la dynamique de la personnalité du parent, la relation parent-adolescent ainsi que les habiletés et les rôles parentaux.

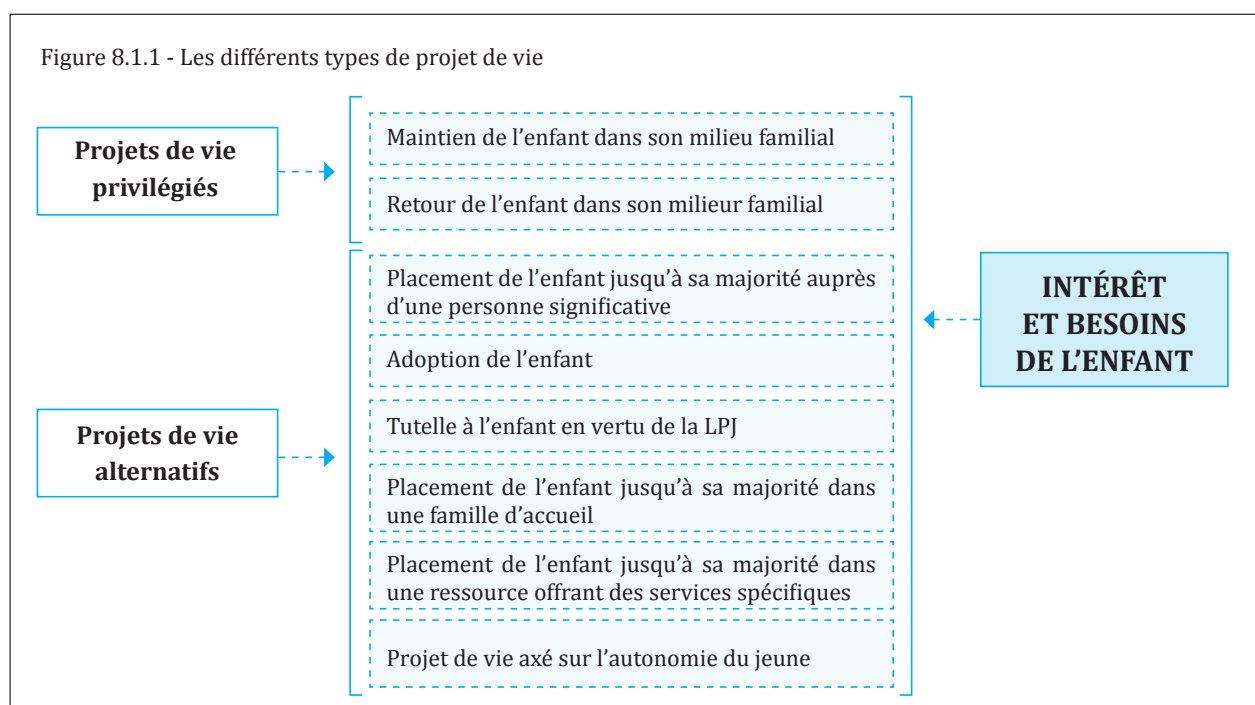
Dès qu'un risque d'instabilité et de discontinuité est identifié, et ce, même si l'adolescent est maintenu dans son milieu familial, il est alors indiqué d'envisager un projet de vie alternatif qui correspond à l'intérêt et aux besoins de l'adolescent.

Lorsque l'analyse des besoins de l'adolescent, des capacités des parents et des capacités du milieu amène l'intervenant à envisager le retrait ou le placement (CJQ-IU, 2005), certains indicateurs (voir annexe 6) concernant les parents et l'adolescent peuvent aider l'intervenant à documenter sa décision. Compte tenu de l'esprit de la LPJ et en lien avec la continuité, la stabilité et la permanence, il y a lieu de privilégier, dès ce moment, un milieu de vie dans lequel l'adolescent aura le plus de chance de s'épanouir et d'atteindre un développement optimal. En fait, un milieu de vie engagé, disponible, capable de répondre aux besoins spécifiques de l'adolescent, souhaitant s'investir de façon permanente auprès de ce dernier si le retour en milieu familial n'est pas possible.

Ainsi, le choix du milieu de vie substitut pour l'adolescent est fondamental. Dans certaines situations, l'adolescent est dirigé vers une personne significative avec laquelle un processus d'évaluation est amorcé (CJQ-IU, 2011) ou vers une famille d'accueil. Dans d'autres situations, à cause des troubles de comportements sérieux que l'adolescent présente et de son besoin de réadaptation, le milieu de vie répondant le mieux à sa situation de façon temporaire est l'hébergement en centre de réadaptation.

Au cours de l'orientation, l'intervenant informe clairement le parent et l'adolescent du sens de la démarche et de tous les enjeux qui s'y rattachent. Ceux-ci consistent en :

- L'intérêt de l'adolescent prime dans toutes les décisions prises;
- La mobilisation et l'implication attendues du parent et de l'adolescent dans les délais prévus à l'entente sur des mesures volontaires ou à l'ordonnance;
- L'information sur la durée maximale d'hébergement qui est de 24 mois pour l'adolescent, tel que prescrit aux articles 53.0.1 et 91.1 de la LPJ (voir annexe 4) et au terme de laquelle un projet de vie doit être actualisé.
- La connaissance des types de projet de vie possibles (MSSS, 2010, p. 694) :



Les mesures de protection doivent se moduler le plus possible selon ce guide de pratique. S'il y a recommandation d'hébergement en famille d'accueil, un comité d'étude et de décision de placement doit être tenu en présence du parent et de l'adolescent. Ceux-ci doivent clarifier leurs intentions et leurs attentes, dès ce moment, quant au projet de vie qu'ils privilégient.

Le diagnostic global de la situation qui est posé sera complété à l'Application des mesures.

À l'Application des mesures

ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

- Évaluer les besoins de l'adolescent;
- Évaluer les capacités des parents;
- Clarifier les intentions des parents;
- Clarifier les attentes de l'adolescent;
- Présenter aux parents et à l'adolescent le sens de la démarche.

ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)

- Déterminer le projet de vie privilégié;
 - Déterminer le projet de vie alternatif;
 - Élaborer et réviser le PSI-PI.
- Planification concurrente
-

ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié
(Démonstration des intentions parentales)
(Démonstration des attentes de l'adolescent)

Volet 2 : Actualiser le projet de vie de l'enfant

- Projet de vie privilégié
- ou
- Projet de vie alternatif

ÉTAPE I – Clarifier le projet de vie

Dès le début de l'application des mesures, même si les mesures de protection sont déterminées, il importe de demeurer attentif aux besoins de l'adolescent et aux capacités parentales, de préciser à nouveau avec le parent et l'adolescent leurs intentions et leurs attentes ainsi que le sens de la démarche du projet de vie. Ces préoccupations contribuent à l'élaboration du PI initial et doivent rester présentes tout au long du processus.

L'intervenant rappelle au parent et à l'adolescent l'importance de leur mobilisation et de leur implication attendues et souhaitées. Il met également l'accent sur les efforts que l'adolescent doit déployer afin de contribuer à l'actualisation de son projet de vie s'il présente des troubles de comportement sérieux.

À cette étape, l'intervenant doit se questionner sur la pertinence de l'utilisation du *Carnet de voyage à travers ma vie* en tenant compte des préalables identifiés pour cet outil clinique et de la stratégie d'intervention à mettre en place afin de l'utiliser à bon escient, c'est-à-dire au bon moment et avec l'intervenant le plus significatif.

Avant de s'engager et d'amorcer *Carnet de voyage à travers ma vie avec l'adolescent*, les aspects suivants doivent être considérés :

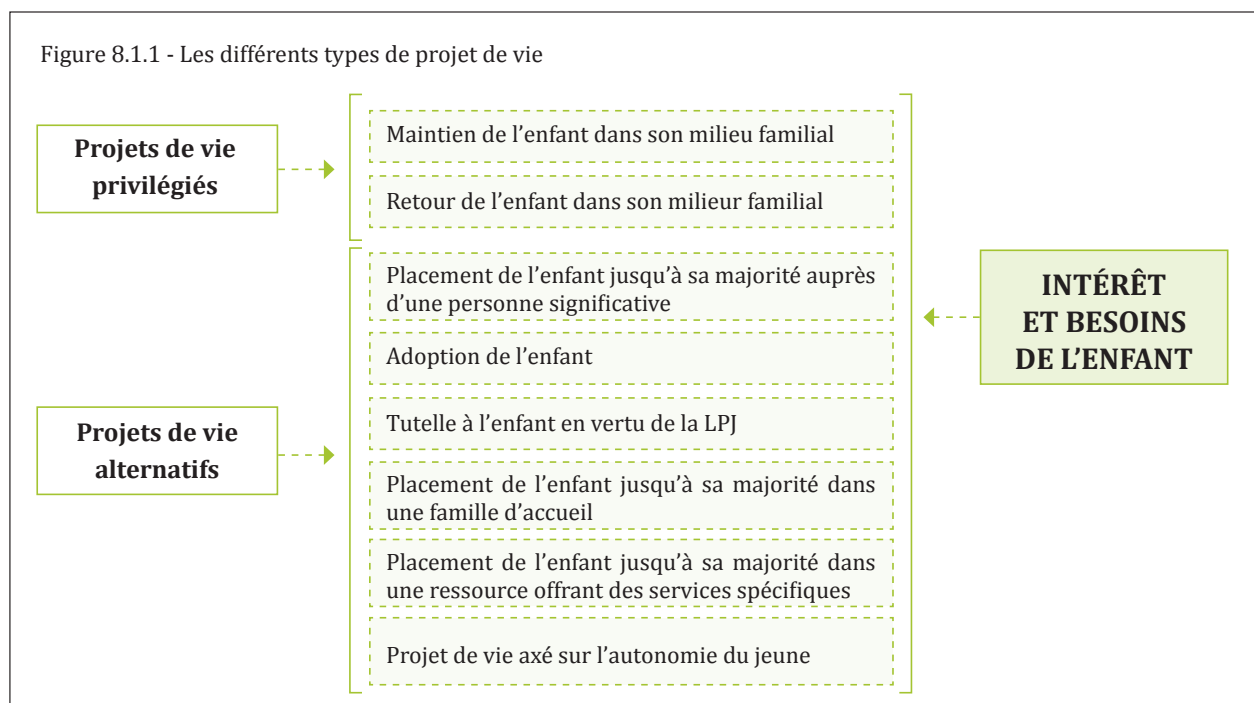
- La disponibilité de l'intervenant et la continuité clinique souhaitée (vacances, charge de cas, etc.);
- La nécessité d'être en relation avec l'adolescent;
- Le bon moment de l'intervention en rapport avec la vulnérabilité de l'adolescent;
- L'adolescent n'est pas dans une période à risque suicidaire;
- L'adolescent présentant un trouble de santé mentale diagnostiqué n'est pas un empêchement à l'utilisation de *Carnet de voyage à travers ma vie*. Cependant, il est à prévoir que l'intervention sera plus exigeante en termes de temps et d'investissement.

S'il s'avère que l'utilisation peut en être faite, l'intervenant explique d'abord à l'adolescent, puis au parent, le but et les objectifs poursuivis par cet outil clinique.

D'entrée de jeu, l'intervenant doit amener le parent à valider ses intentions par rapport à son adolescent : maintien ou retour dans le milieu familial, placement dans un milieu de vie substitut. Le parent doit donc se positionner clairement dans le sens de :



Garder, reprendre ou confier l'enfant fait référence aux types de projet de vie (MSSS, 2010, p.694) :



Dès cette première étape, l'intervenant se réfère aux balises cliniques concernant les types de projet de vie (ACJQ, 2009, p. 29 à 63).

Tout comme à l'Orientation, si l'adolescent est placé chez une personne significative ou en famille d'accueil, il importe de questionner le potentiel et l'engagement de la ressource en vue de la planification concurrente.

Si l'adolescent est hébergé en centre de réadaptation, l'intervenant doit informer le parent et l'adolescent qu'à la fin de cet épisode d'hébergement, différents projets de vie s'offriront à ce dernier :

- Retour dans son milieu familial;
- Placement chez une personne significative;
- Hébergement jusqu'à la majorité dans une famille d'accueil;
- Poursuite de l'hébergement en centre de réadaptation en raison de ses besoins spécifiques (incluant une ressource intermédiaire telle que la Maison Jean Lafrance);
- Projet axé sur l'autonomie.

De plus, l'intervenant doit sensibiliser le parent et l'adolescent à l'importance d'amorcer la démarche du projet de vie malgré les troubles de comportement sérieux nécessitant l'hébergement en centre de réadaptation. Dans les situations où l'adolescent et le parent bénéficient des services de réadaptation, la contribution de l'éducateur est essentielle à la réalisation de la démarche. En conséquence, la concertation entre l'intervenant et l'éducateur est primordiale afin de préciser leurs rôles respectifs et de déterminer le projet de vie privilégié pour l'adolescent et les opportunités qui lui sont offertes ainsi qu'à son parent, relativement aux contacts.



ÉTAPE II – Déterminer et planifier le projet de vie (PSI-PI)

Dans la très grande majorité des cas, le projet de vie privilégié par le parent est de maintenir son adolescent avec lui ou de le reprendre s'il est placé. Par contre, une certaine proportion de parents refusent d'envisager, dans un premier temps, le retour de leur adolescent et ceci peut correspondre ou non aux attentes de ce dernier. L'intervenant se doit de procéder à une analyse concernant les motifs de refus du parent. Ces motifs sont-ils associés aux difficultés personnelles du parent ou à un dépassement en lien avec les comportements non fonctionnels de son adolescent ? Ce parent éprouve-t-il des difficultés dans l'exercice de son rôle parental depuis plusieurs années, même après avoir reçu différents services spécialisés, ou remet-il en question son engagement ? En vertu des dispositions de la LPJ, l'intervenant doit favoriser, comme projet de vie privilégié, le retour de l'adolescent dans son milieu familial, ou chez l'un ou l'autre de ses parents, si ceux-ci sont séparés.

À partir de cette prise de position, un travail se fait en fonction du but, des objectifs et des moyens établis avec le parent et l'adolescent au PI et au PSI, s'il y a lieu. Ainsi, le projet de vie privilégié devient le but du PI. Même si un projet de vie privilégié est déterminé pour l'adolescent, *il faut planifier un projet de vie alternatif en même temps que l'on travaille sur celui privilégié, pour éviter que l'enfant connaisse des conditions d'instabilité* (ACJQ, 2009, p. 27) et se retrouve dans une impasse. C'est ce qu'on appelle le concept de la **planification concurrente**.

Le projet de vie alternatif est :

une solution de rechange advenant la nécessité de devoir renoncer au projet de vie privilégié pour l'enfant pour des motifs cliniques ou judiciaires. Il est élaboré de façon simultanée au projet de vie privilégié, mais sans être réalisé. L'objectif du projet de vie alternatif est de permettre à un enfant d'être rapidement pris en charge par un milieu de vie substitut, de façon permanente, advenant l'échec du projet de vie privilégié (MSSS, 2012, p. 694).

L'intervenant doit avoir le souci que le projet de vie alternatif puisse assurer un milieu de vie à long terme à l'adolescent, c'est-à-dire jusqu'à sa majorité, afin d'éviter les déplacements. Il est important que le projet de vie alternatif soit inscrit au PI et ajusté selon l'évolution de la situation. Le parent et l'adolescent doivent bien comprendre la présence et le sens de celui-ci tout au long de la démarche. Ainsi, le choix du projet de vie alternatif repose sur les besoins et l'intérêt de l'adolescent.

Le projet de vie alternatif doit être inscrit aux sections suivantes dans le PI :

- PI initial dans « Situation souhaitée »;
- PI révisé dans « Bilan ».

Toutefois, il se peut que l'adolescent et le parent proposent des projets de vie alternatifs différents. En ce sens, les deux propositions doivent être inscrites au PI et évaluées quant à leur actualisation possible. Cependant, au fil de la démarche, un seul projet de vie alternatif se précisera en fonction de l'évaluation réalisée par l'intervenant.

L'Étape II - Déterminer et planifier le projet de vie se concrétise par l'élaboration et la planification du PI initial et du PSI, s'il y a lieu. Cette étape est de courte durée et s'échelonne habituellement au cours du premier mois d'intervention. Le PSI-PI consiste, entre autres, à déterminer les changements que le parent et l'adolescent devront réaliser afin de maximiser les chances de réussite du projet de vie privilégié. Élaboré de concert avec le parent et l'adolescent, le PI vient préciser les objectifs et les moyens en lien avec les éléments de compromission retenus et le projet de vie privilégié pour l'adolescent (but du PI). C'est précisément à cette étape que peut s'inscrire au PI l'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie* en fonction de l'engagement de l'adolescent à y participer activement.

Par la suite, lors de chaque révision du PSI-PI ou lors de la table de révision, les intervenants impliqués, le parent et l'adolescent pourront faire le bilan du chemin parcouru par ces derniers quant aux changements attendus, au rapprochement vers le projet de vie privilégié pour l'adolescent et aux résultats de l'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie*. L'intervenant doit être attentif afin de souligner les changements positifs du parent et de l'adolescent qui peuvent les amener vers l'actualisation du projet de vie privilégié même si lors de l'orientation, le pronostic était sombre.

De plus, lors de ces différentes révisions, il est important de requestionner le ou les projets de vie alternatifs prévus initialement.

Ces questionnements doivent tenir compte :

- Du réalisme du projet;
- De l'engagement et de l'intérêt de la personne significative;
- Des capacités du milieu substitut à répondre aux besoins de l'adolescent;
- De la disponibilité du milieu substitut;
- Du lien significatif avec l'adolescent.

Illustration de l'Étape III

ÉTAPE III : ACTUALISER LE PROJET DE VIE

Volet 1 : **Actualiser le projet de vie privilégié**
(Démonstration des intentions parentales)
(Démonstration des attentes de l'adolescent)

Table de révision
(Conclusion du *volet 1*)



Volet 2 : **Actualiser le projet de vie de l'enfant**

- Projet de vie privilégié
- ou
- Projet de vie alternatif

ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié

(Démonstration des intentions parentales)

(Démonstration des attentes de l'adolescent)

L'Étape III - Volet 1 permet d'accompagner et de soutenir le parent, l'adolescent et le milieu substitut, s'il y a lieu, afin d'expérimenter le projet de vie privilégié. L'intervenant doit tenir compte de l'implication du parent et de l'adolescent dans la reconnaissance de la situation présentée et de leur mobilisation, dans le but de résorber éventuellement les éléments de compromission s'il y a maintien ou retour de l'adolescent dans le milieu familial. Tout au cours du Volet 1, l'intervenant évalue l'écart entre les intentions formulées et les actions posées par le parent et l'adolescent et ce volet se finalise à la table de révision par un bilan global.

Dans la plupart des situations, le parent et l'adolescent se sentent plus rapidement interpellés dans une mesure de protection de courte durée, soit moins de 12 mois. Une mesure de protection d'une durée plus longue engendre souvent une mobilisation plus tardive du parent et de l'adolescent et ce dernier doit en subir les conséquences en demeurant plus longtemps dans l'attente de l'actualisation d'un projet de vie. Il va sans dire que cette attente risque d'avoir des conséquences importantes sur son développement.

La durée de la première mesure vise, entre autres, la mobilisation du parent, de l'adolescent et des intervenants. De plus, la révision du PSI-PI permet d'évaluer le cheminement du parent et de l'adolescent vers le projet de vie privilégié pour ce dernier. S'en rapprochent-ils, s'en éloignent-ils, persévèrent-ils dans les moyens pris pour régler leurs difficultés personnelles et relationnelles ? C'est dans cette optique que la planification concurrente prend tout son sens.

Cette troisième étape se déroule selon un rythme d'intervention très rapide et est soutenue par un grand nombre d'actions et d'interrelations afin de maximiser les résultats dans le délai alloué. Bien que ce court laps de temps amène une intensité dans l'intervention, le présent guide se veut un soutien pour l'intervenant afin d'assurer la rigueur demandée et de déterminer des repères pour mieux baliser l'intervention.

À cette étape, l'intervenant se préoccupe des différentes stratégies à mettre en place concernant :

- L'intervention auprès du parent et de l'adolescent en lien avec leur implication et leur mobilisation face au projet de vie privilégié;
- La réalisation du *Carnet de voyage à travers ma vie* avec l'adolescent en tenant compte des préalables requis pour son utilisation;
- La gestion des troubles de comportements de l'adolescent, au besoin.

Si jugé opportun par l'intervenant, c'est à partir de cette étape que l'utilisation du *Carnet de voyage à travers ma vie* peut être débutée avec l'adolescent dans l'application concrète de chacune des escales du *Cahier de l'adolescent*, et ce, afin de favoriser la démonstration de ses attentes tout au long de la démarche du projet de vie.

À l'intérieur de ce volet, des objectifs sont proposés afin de parvenir à un bilan de la situation, dans le délai souhaité.

Objectifs :

1. Agir sur la protection et le développement de l'adolescent;
2. Estimer les dispositions parentales;
3. Estimer les dispositions de l'adolescent ;
4. Offrir des opportunités au parent et à l'adolescent en lien avec le projet de vie privilégié;
5. Renforcer la rigueur clinique;
6. Identifier les facteurs de risque et de protection.

Dans les pages qui suivent, chacun de ces objectifs est développé plus spécifiquement, en y incluant des moyens spécifiques lorsque nécessaire.

Objectif 1 : Agir sur la protection et le développement de l'adolescent

Puisque l'adolescent se situe au cœur de l'intervention, la situation de compromission doit être regardée à travers les yeux de celui-ci, en s'attardant à son vécu et en accordant la priorité à ses besoins. Voilà pourquoi il est primordial d'assurer la protection de l'adolescent et de faire en sorte que son développement se poursuive le plus rapidement possible.

Moyens :

- 1.1 Dépistage des difficultés de développement de l'adolescent;
- 1.2 Expertises et ressources spécialisées;
- 1.3 Activités sociales, sportives ou culturelles;
- 1.4 Groupe parents-adolescents;
- 1.5 Contacts parent-adolescent;
- 1.6 Fréquentation d'un milieu scolaire ou de travail.

1.1 Dépistage des difficultés de développement de l'adolescent

La grille d'investigation de la problématique suicidaire (GIPS), la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez l'adolescent (Dep-ado) et l'inventaire de personnalité JESNESS sont des outils de dépistage ou de soutien à l'évaluation qui permettent de cibler les besoins de l'adolescent et qui peuvent être utilisés à tout moment opportun. Les résultats obtenus permettent de mettre en place les services requis pour l'adolescent, s'il y a lieu.

D'autre part, l'intervenant doit demeurer soucieux de l'état de santé mentale de l'adolescent. Il doit se fier à ce qu'il ressent en présence de ce dernier et, au besoin, en discuter avec un psychologue ou tout autre professionnel. Ces interventions permettront possiblement de détecter un problème qui n'a pas été diagnostiqué jusqu'à présent. De plus, le mécanisme de consultation de 2^e niveau en santé mentale auprès d'une équipe multidisciplinaire permet de discuter de la situation de l'adolescent hébergé en centre de réadaptation, de dégager des pistes d'intervention ou de référer aux services professionnels requis (Nadeau, 2010, p. 63). Pour l'adolescent hébergé en famille d'accueil ou maintenu dans son milieu familial, l'équipe de soutien en santé mentale peut apporter un éclairage concernant les difficultés rencontrées.

1.2 Expertises et ressources spécialisées

Les résultats obtenus lors du dépistage des difficultés de développement de l'adolescent permettent de l'orienter vers le type d'expertise ou de ressource qui s'impose. Parmi les ressources spécialisées qui peuvent collaborer au PSI de l'adolescent figurent les centres spécialisés en matière de traitement de la dépendance, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), le Centre de pédopsychiatrie de Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), le Centre de réadaptation en déficience intellectuel de Québec (CRDI) et les écoles spécialisées telles que le Centre Psycho-Pédagogique de Québec (école St-François), l'école régionale des Quatre Saisons, etc.

Il est important de développer le réflexe de se questionner rapidement par rapport aux services spécialisés et aux références à effectuer lorsque la situation de l'adolescent l'exige compte tenu des délais d'attente souvent très longs.

1.3 Activités sociales, sportives ou culturelles

Les différentes activités auxquelles l'adolescent participe sont des moyens pour développer, améliorer ou consolider ses habiletés sociales. Elles favorisent également l'augmentation de l'estime de soi et le sentiment d'appartenance à un groupe social. De plus, elles permettent l'acquisition de diverses compétences telles que :

- L'affirmation de soi;
- La canalisation des énergies;
- La gestion des conflits;
- La gestion des émotions;
- L'intégration et le respect des règles sociales;
- Le respect de soi et des autres.

En ce sens, les projets porteurs d'espoir représentent une opportunité pour aider l'adolescent à réaliser ses rêves et lui permettre d'acquérir de la confiance en lui-même et envers les autres.

Pour certains adolescents, le développement des habiletés sociales doit s'inscrire dans un programme spécifique avant d'envisager des activités sociales, sportives ou culturelles.

1.4 Groupe parents-adolescents

Les groupes parents-adolescents, mis en place dans certains programmes de réadaptation interne ou externe, favorisent le développement des habiletés parentales et l'amélioration de la relation parent-adolescent. Il s'agit d'une opportunité pour le parent de se mobiliser pour restaurer sa compétence parentale et pour l'adolescent d'apprendre à s'affirmer et à exprimer ses besoins de façon adéquate.

Les thèmes habituellement abordés dans le cadre de ces rencontres sont :

- Les changements à l'adolescence;
- Les besoins;
- La communication;
- La consommation;
- La gestion des conflits;
- Les règles familiales et sociales;
- Les rôles;
- La sexualité.

1.5 Contacts parent-adolescent

Le contact parent-adolescent est une activité clinique qui doit être planifiée et actualisée en fonction de l'évolution de la démarche du projet de vie et de l'intérêt de l'adolescent.

Si l'adolescent est placé, l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié** exige la tenue de contacts fréquents entre le parent et son adolescent afin de maintenir le lien affectif et de développer les habiletés parentales. Or, il arrive exceptionnellement, à cause d'un risque jugé important et souvent relié à un aspect du mode de vie du parent, que les visites doivent être supervisées, et ce, tant que la situation l'exige. Les buts poursuivis sont :

- Maintenir la relation parent-adolescent;
- Assurer l'intégrité physique et psychologique de l'adolescent et parfois même de la famille;
- Considérer le cheminement du parent et de l'adolescent;
- Mesurer la réceptivité du parent et de l'adolescent quant aux contacts;
- Évaluer l'impact des contacts parent-adolescent sur le développement et le fonctionnement de l'adolescent.

Pour l'intervenant, le retour sur le contact ou sa présence lors de celui-ci favorisent une analyse et une réflexion cliniques sur :

- Le rythme des contacts;
- La qualité de la relation parent-adolescent :
 - Parent qui applique des méthodes éducatives adéquates;
 - Parent chaleureux, accueillant et disponible;
 - Parent ami;
 - Parent qui utilise la menace au lieu de sécuriser;
 - Parent rigide et non tolérant aux écarts de conduite;
 - Parent victime de sa situation;
 - Parent envahissant;
 - Adolescent qui se réfère à son parent;
 - Adolescent qui accepte d'être réconforté;
 - Adolescent qui joue le rôle du parent;
 - Adolescent qui s'isole et fait peu de demandes;
 - Adolescent tyrannique, etc.
- La capacité du parent à répondre aux besoins de son adolescent (encadrement, communication, disponibilité, etc.);
- La capacité de l'adolescent à transférer les acquis (respect des règles, choix d'amis, contrôle de sa consommation, gestion des émotions, etc.);

- La capacité de l'adolescent à recevoir de son parent;
- L'évolution de la situation personnelle du parent en lien avec les éléments de compromission;
- Les réactions de l'adolescent avant, pendant et au retour des contacts.

Le travail clinique consiste à donner un sens aux contacts parent-adolescent en évitant qu'ils ne deviennent des automatismes. Plus précisément, les objectifs poursuivis par les contacts doivent être déterminés et clarifiés dans chacune des situations et ceci, en fonction du moment de l'intervention, du but poursuivi, de l'âge de l'adolescent, de son intérêt et de ses besoins.

À la fin de ce volet, lorsqu'il y a une orientation vers un placement à long terme en milieu de vie substitut, il s'agira plutôt de maintenir le lien affectif existant et d'observer l'évolution de la relation parent-adolescent afin de documenter la qualité du contact vécu entre eux. La fréquence des contacts devrait alors être modulée en fonction de trois aspects, soit :

1. L'implication que le parent souhaite maintenir auprès de son adolescent.
 - Son cheminement en lien avec son acceptation face au placement et au projet de vie;
 - Sa capacité à respecter le rythme et les besoins de son adolescent;
 - Sa capacité à maintenir une régularité dans sa présence lors des contacts.
2. Les besoins et les caractéristiques de l'adolescent.
 - Sa résilience;
 - Sa capacité d'adaptation;
 - Sa capacité à maintenir ses acquis dans ses différentes sphères de vie;
 - Sa capacité à composer avec les limites de son parent;
 - Sa capacité à développer son ancrage affectif et à s'attacher aux membres de son milieu substitut.
3. Le désir et l'intérêt de l'adolescent.

1.6 Fréquentation d'un milieu scolaire ou de travail

Le personnel du milieu scolaire est un partenaire important du centre jeunesse. Témoins privilégiés du vécu quotidien de l'adolescent, les intervenants du milieu scolaire possèdent une expertise pertinente. Ils peuvent donc être interpellés pour participer au PSI et demeurer vigilants quant au fonctionnement de l'adolescent et à l'implication du parent. Une bonne collaboration et une bonne communication avec ce personnel permettent à l'intervenant de documenter cette sphère de vie de l'adolescent en termes de rôle social, respect des règles et des personnes, autonomie, implication, socialisation, etc.

Plusieurs programmes tels que la réadaptation par le travail, Gestion jeunesse, Carrefour jeunesse emploi peuvent être offerts à l'adolescent qui n'est plus scolarisé. Les intervenants qui œuvrent dans ces établissements sont aussi des partenaires indispensables dans la réalisation du PSI. La connaissance chez l'adolescent des ressources communautaires et gouvernementales demeure essentielle.

L'obtention d'un travail ou la fréquentation scolaire permet la valorisation du rôle social chez l'adolescent et contribue à la poursuite de son développement.



Objectif 2 : Estimer les dispositions parentales

Qu'est-il important d'approfondir pour arriver à actualiser le projet de vie privilégié de façon juste et efficiente en ce qui concerne les dispositions parentales ? Afin de répondre à cette question, différents éléments doivent être ciblés :

- La reconnaissance et la compréhension par le parent des difficultés identifiées et l'impact de celles-ci sur son adolescent;
- La volonté, la motivation et la capacité du parent à résoudre les difficultés en lien avec l'exercice de son rôle parental (toxicomanie, santé mentale, violence, etc.);
- La collaboration du parent avec les services proposés (CRDQ, CSSS, GRAPE, etc.);
- Les habiletés parentales observables dans « l'ici et le maintenant » pour répondre aux divers besoins de l'adolescent;
- L'historique des services antérieurs reçus par le parent;
- La volonté et la capacité du parent à utiliser les ressources disponibles dans la communauté;
- La coparentalité en lien avec la prise en charge de l'adolescent (définition des rôles respectifs);
- La capacité du parent à maintenir ses acquis.

Dans un premier temps, il est important de miser sur les forces du parent puisque celles-ci représentent des éléments sur lesquels il est possible de s'appuyer pour améliorer sa compétence. Il faut ensuite reprendre avec lui les éléments de compromission ayant été retenus lors de l'évaluation, éléments qui détermineront les objectifs à atteindre dans le PI. La reconnaissance de la situation par le parent, de même que sa motivation à résoudre ses difficultés, constituent les prémisses essentielles sans lesquelles il est difficilement possible d'aller plus loin dans un processus de résolution de problème.

La présence ou l'absence de reconnaissance, de motivation, d'implication et de coopération avec les services font partie des constats dont il faut tenir compte pour actualiser le projet de vie privilégié. Suivant le principe d'autodétermination, il est possible d'interpréter les actions et les inactions du parent comme un choix qu'il fait en fonction du but poursuivi. Mais, pour ce faire, il est primordial de s'assurer que le parent comprend les enjeux cliniques, le délai dans lequel s'inscrivent ces enjeux et les aspects sur lesquels il est évalué. De plus, de réelles opportunités doivent lui être offertes de même qu'un accompagnement spécifique pour le soutenir et l'encourager dans sa mobilisation.

Il est également important que l'intervenant mentionne au parent que les attentes, à l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié**, ne vont pas dans le sens d'une résorption complète des problèmes identifiés, mais plutôt dans le sens d'une démonstration claire qu'il travaille concrètement à la restauration de ses habiletés parentales en lien avec la réalité de son adolescent et à l'amélioration de sa capacité parentale. En ce sens, il est souhaitable de voir se profiler des indicateurs précis de sa reprise en main.

Par exemple, si l'analyse de la situation démontre qu'un parent utilise des méthodes éducatives inadéquates envers son adolescent, il doit reconnaître ce problème et admettre l'impact réel de celui-ci sur sa capacité parentale et sur la qualité de la réponse qu'il peut fournir à son adolescent.

Le parent doit également profiter des opportunités qui lui sont offertes pour améliorer ses méthodes éducatives qui entravent ses habiletés parentales et qui ont un impact sur sa relation avec son adolescent, à un point tel que ce dernier vit dans une situation de compromission. Peut-être qu'à la fin de la première mesure de protection, le parent n'aura pas encore complété tout ce qu'il doit faire pour résoudre entièrement ce problème. Sa participation et son engagement dans la réalisation du PI deviennent un indicateur significatif des changements qu'il fait pour se reprendre en main.

L'historique des services antérieurs permet de connaître les types de services ayant été reçus par le parent, son mode de collaboration, sa persévérance dans l'utilisation de ces services et les résultats obtenus. Par cet historique, l'intervenant peut être à même de considérer la récurrence de certaines problématiques et le potentiel de changement du parent.

Lorsque la situation implique deux parents (coparentalité), il importe de regarder le partage de l'exercice des rôles parentaux et les rapports que les parents entretiennent entre eux, qu'ils cohabitent ou non. À cet égard, il arrive assez fréquemment que des parents, au lieu de s'entraider, ou se soutenir, se dénigrent et se disqualifient l'un et l'autre en présence de l'adolescent, ce qui amène parfois ce dernier à être au cœur d'un important conflit conjugal ou de séparation.

Le fait de cibler de façon précise et concrète les aspects sur lesquels portera l'évaluation des dispositions parentales est aidant pour toutes les parties impliquées. Plus vite l'adolescent évoluera avec un parent capable d'une relation plus sécurisante avec lui, mieux il cheminera dans les différentes sphères de son développement. Par ailleurs, la transparence et le respect dans l'intervention font partie intégrante du processus. Ainsi, le parent est bien au fait des enjeux concernant son adolescent et est assuré d'un soutien intensif pour l'aider à se reprendre en main.

Quant à l'intervenant, ses activités sont bien balisées, et ce, dès le début de l'application des mesures. En définissant des objectifs clairs et des moyens précis, la relation avec le parent s'établit selon le cadre d'intervention et les balises cliniques qui soutiennent la responsabilisation et la participation du parent tout en contribuant à amoindrir les effets d'un mode relationnel non bénéfique entre l'intervenant et ce dernier. Ce mode relationnel peut aller dans le sens d'une identification trop intense au vécu du parent au détriment des besoins et de l'intérêt de l'adolescent. Dans un tel cas, le processus d'aide est entravé par un manque de recul, voire par une absence de distanciation essentielle pour une intervention efficace. À ce moment, le soutien clinique offert, entre autres, par un spécialiste en activités cliniques peut s'avérer un moyen d'amoindrir les effets de ce mode relationnel et de poursuivre l'intervention en gardant le cap sur l'intérêt de l'adolescent.

Objectif 3 : Estimer les dispositions de l'adolescent

Pour actualiser le projet de vie privilégié, la participation et l'implication de l'adolescent sont essentielles. Pour ce faire, différents éléments doivent être ciblés :

- La reconnaissance et la compréhension par l'adolescent de ses difficultés identifiées et l'impact de celles-ci sur lui-même, son environnement et son projet de vie;
- La volonté, la motivation et la capacité de l'adolescent à résoudre ses difficultés en lien avec l'actualisation de son projet de vie (toxicomanie, santé mentale, violence, etc.);
- La collaboration de l'adolescent avec les services proposés (CR, CRDQ, CH, etc.);
- La volonté et la capacité de l'adolescent à utiliser les ressources disponibles dans la communauté;
- L'implication de l'adolescent dans son rôle social (milieu scolaire, milieu de travail);
- Les comportements de l'adolescent observables dans « l'ici et le maintenant »;
- L'historique des services antérieurs reçus par l'adolescent;
- La capacité de l'adolescent à maintenir ses acquis.

La plupart de ces éléments seront abordés dans les escales du *Cahier de l'adolescent* inclus dans l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie*.

Ainsi, il est important de miser sur les forces de l'adolescent puisque celles-ci représentent des éléments sur lesquels il est possible de s'appuyer pour améliorer sa situation. Il faut ensuite reprendre avec lui les éléments de compromission le concernant directement qui détermineront les objectifs à atteindre dans le PI. La reconnaissance de la situation par l'adolescent de même que sa motivation à résoudre ses difficultés, constituent les prémisses essentielles sans lesquelles il est difficilement possible d'aller plus loin dans un processus de résolution de problèmes.

Comme pour le parent, la présence ou l'absence de reconnaissance, de motivation, d'implication et de coopération avec les services font partie des constats dont il faut tenir compte pour actualiser le projet de vie privilégié. Suivant le principe d'autodétermination, il est possible d'interpréter les actions et les inactions de l'adolescent comme un choix qu'il fait en fonction du but poursuivi. Mais, pour ce faire, il est primordial de s'assurer que l'adolescent comprend les enjeux cliniques, le délai dans lequel s'inscrivent ces enjeux et les aspects sur lesquels il est évalué. De plus, de réelles opportunités doivent lui être offertes.

Il est également important que l'intervenant mentionne à l'adolescent que les attentes, à l'**Étape III - Volet 1 : Actualiser le projet de vie privilégié**, ne vont pas dans le sens d'une résorption complète des problèmes identifiés, mais plutôt dans le sens d'une démonstration claire qu'il travaille concrètement à la résolution de ses difficultés. En ce sens, nous souhaitons voir se profiler des indicateurs précis de sa reprise en main.

Par exemple, si l'analyse de la situation démontre que l'adolescent persiste à présenter des comportements violents, il importe qu'il reconnaisse l'impact réel de ce problème sur l'actualisation de son projet de vie. À cet effet, l'adolescent doit profiter des opportunités qui lui sont offertes pour gérer adéquatement son agressivité. Cela lui permettra d'améliorer ses relations avec son entourage. Peut-être qu'à la fin de la première mesure de protection, l'adolescent n'aura pas encore complété tout ce qu'il doit faire pour résoudre entièrement ce problème. Sa participation et son engagement dans la réalisation du PI deviennent un indicateur significatif des changements qu'il fait pour se reprendre en main.

L'absence d'un rôle social (fréquentation scolaire, travail, bénévolat, etc.) contribue à la détérioration des relations parent-adolescent. Sachant que dans la majorité des cas, l'occupation d'un rôle social devient souvent une condition émise par le parent pour le maintien ou le retour de l'adolescent dans son milieu familial, il importe que l'intervenant mette un accent particulier sur cette dimension afin de conscientiser l'adolescent aux enjeux reliés à ses choix.

L'historique des services antérieurs permet à l'intervenant de se centrer sur le parcours de vie de l'adolescent. Sont pris en compte par l'intervenant :

- L'historique de placements et de déplacements de l'adolescent (*Carnet de voyage à travers ma vie* Escale 3 du *Cahier de l'adolescent*);
- Les services antérieurs reçus;
- Les évaluations professionnelles antérieures;
- Le mode de collaboration tenant compte de son âge au moment de l'utilisation de ces services et les résultats obtenus.

Par cette cueillette de données, l'intervenant peut établir un pronostic en lien avec l'actualisation du projet de vie privilégié et aider l'adolescent à préciser un projet de vie alternatif réaliste.

Pour aider l'intervenant à estimer les dispositions de l'adolescent, l'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie* permet à ce dernier d'atteindre les buts suivants :

- Accepter son histoire comme faisant partie de son parcours;
- Développer sa résilience;
- Se mettre en action dans son projet d'avenir.

Finalement, les activités cliniques de l'intervenant sont bien balisées, et ce, dès le début de l'application des mesures. En définissant des objectifs clairs et des moyens précis permettant d'estimer les dispositions de l'adolescent, la relation avec ce dernier s'établit selon le cadre d'intervention et les balises cliniques qui soutiennent sa responsabilisation et sa participation. Le soutien clinique peut être un bon moyen pour aider l'intervenant à demeurer objectif et à garder le cap sur le projet de vie et non seulement sur les troubles de comportement sérieux de l'adolescent.

Objectif 4 : Offrir des opportunités au parent et à l'adolescent en lien avec le projet de vie privilégié

En ce qui concerne le parent :

Concernant le projet de vie privilégié, le choix du parent va généralement dans le sens de garder ou de reprendre son adolescent avec lui. Or, dans la réalité, qu'est-il prêt à faire pour actualiser ses intentions dans une démarche concrète de résolution de problème? À ce moment du processus d'intervention, l'intervenant doit tout mettre en œuvre pour favoriser la réalisation d'actions concrètes par le parent en lui offrant une panoplie d'opportunités, en l'incitant à prendre des initiatives, à entreprendre des démarches et à faire des choix cohérents en regard de ses intentions. Ces opportunités constituent des moyens à intégrer au PI.

Le partenariat doit être mis à profit en utilisant toutes les ressources internes et externes nécessaires. C'est à ce stade que la créativité, la souplesse, la concertation, l'intensité et la stratégie dans les interventions prennent tout leur sens en offrant le plus d'opportunités possibles au parent afin qu'il puisse faire des choix éclairés qui le rapproche du projet de vie privilégié. Plus l'intervenant sera en mesure d'offrir des opportunités, plus les révisions du PSI-PI ou les tables de révision auront une valeur et une signification réelles tant pour le parent, l'adolescent et l'intervenant que pour les instances judiciaires. Ces opportunités peuvent être considérées comme des occasions qui favorisent la mobilisation du parent dans les choix qu'il fait et les objectifs qu'il poursuit afin d'actualiser le projet de vie privilégié.

Les opportunités offertes au parent seront en lien avec les éléments de compromission touchant son mode de vie et sa compétence parentale. Il est important d'offrir des occasions de mobilisation et de choix en lien avec ces deux sphères.

Voici des exemples d'opportunités pouvant être offertes au parent :

- Soutien offert au parent dans sa mobilisation afin d'assurer le suivi de santé de son adolescent ou tout autre suivi dont il aurait besoin;
- Soutien offert au parent dans sa mobilisation à se trouver un logement adéquat, à s'y installer et s'y maintenir;
- Horaire des entrevues établi avec le parent afin de l'accompagner dans son cheminement en lien avec l'actualisation du projet de vie privilégié pour son adolescent;
- Horaire des contacts parent-adolescent;
- Planification des activités à proposer à son adolescent;
- Établissement des règles ainsi que leur application lors des contacts avec son adolescent;
- Demande exceptionnellement faite au parent de confirmer sa présence aux contacts avec son adolescent, 24 ou 48 heures à l'avance, en respect de l'ordonnance ou d'une entente;
- Rétroaction demandée au parent suite au contact avec son adolescent. Par exemple, qu'il laisse un message sur la boîte vocale de l'intervenant;
- Horaire des entrevues avec l'éducateur afin d'évaluer et de développer ses habiletés parentales;
- Utilisation des services psychologiques ou psychiatriques pour l'évaluation de la personnalité du parent. Cette évaluation se fait en tenant compte des éléments de compromission qui indiquent que le parent souffre de problèmes de santé mentale ou de problèmes d'adaptation, ces derniers pouvant freiner ou masquer sa compétence parentale;
- Utilisation des services d'évaluation et de suivis relatifs aux problèmes de toxicomanie, comme ceux offerts par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ);
- Utilisation de services pour donner un soutien dans l'organisation du budget du parent tel que GRAPE;
- Suivis thérapeutiques en rapport avec les problématiques spécifiques, dans les centres de santé et services sociaux (CSSS), en bureau privé, dans des maisons de désintoxication, dans des cliniques comme Le Faubourg St-Jean (problèmes de santé mentale : troubles de personnalité), l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), etc.
- Participation à des groupes de parents-adolescents;
- Accompagnement de son adolescent dans l'utilisation des services spécialisés de l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRD PQ), Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), etc.
- Utilisation de certaines ressources communautaires en lien avec les problématiques du parent comme Entraide Parents, Centre Femmes aux 3A, GAPI, Autonhommie, etc.

En plus de ces exemples d'opportunités souvent mises de l'avant, il importe de demeurer ouvert à d'autres façons de responsabiliser le parent et de l'amener à se mettre en action. Ceci constitue un point crucial pour parvenir à une démonstration limpide concernant l'actualisation ou non du projet de vie privilégié. Ces opportunités lui sont offertes pour le stimuler dans une action organisée et l'orienter efficacement vers le but qu'il s'est le plus souvent donné, soit le maintien ou le retour de l'adolescent dans le milieu familial. En fait, il faut tenter de créer un contexte dans lequel le parent est susceptible de modifier ses comportements qui causent la compromission.

Puisque le projet de vie privilégié, décidé par le parent, repose sur son degré de collaboration, l'intervenant doit avoir le souci d'adopter des attitudes favorisant cette coopération. Pour ce faire, l'accompagnement, l'écoute, l'empathie, la transparence, la rigueur, l'engagement, la coresponsabilité et l'orientation vers des solutions pour modifier la situation de compromission représentent autant de manières de susciter la collaboration avec le parent. Il est certain que l'intensité d'intervention mise en place constitue également un autre facteur déterminant dans le développement de cette collaboration et dans la transparence de la relation établie. De plus, l'utilisation d'une approche consensuelle ou de médiation peut favoriser l'implication du parent.

En ce qui concerne l'adolescent :

Au même titre que pour le parent, il s'avère important d'offrir à l'adolescent des occasions de mobilisation et de choix en lien avec les éléments de compromission.

Voici des exemples d'opportunités pouvant être offertes à l'adolescent :

- Planification des entrevues établie avec l'adolescent afin de l'accompagner dans son cheminement en lien avec l'actualisation du projet de vie privilégié;
- Implication et participation dans l'utilisation de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie*;
- Présence aux entrevues et aux activités planifiées par l'éducateur ou par l'intervenant;
- Inscription, implication et participation au Programme qualification des jeunes (PQJ);
- Utilisation des services psychologiques, pédopsychiatriques ou sexologiques;
- Utilisation des services d'évaluation et de suivis relatifs aux problèmes de toxicomanie comme ceux offert par le Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ);
- Utilisation de ressources communautaires qui peuvent apporter une aide individuelle ou de groupe (La Boussole, Centre de prévention du suicide, Cercle polaire, La Maison l'Éclaircie, Deuil Jeunesse, Entraide jeunesse, etc.);
- Participation à des groupes de parents-adolescents;

- Utilisation des services spécialisés comme ceux offerts par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et le centre de réadaptation intellectuel (CRDI), etc.
- Fréquentation d'un milieu scolaire ou d'un milieu de travail;
- Inscription et participation à une activité sociale, sportive ou culturelle;
- Rétroaction demandée à l'adolescent suite au contact avec son parent. Par exemple, qu'il laisse un message sur la boîte vocale de l'intervenant.

Objectif 5 : Renforcer la rigueur clinique

Moyens :

5.1 Utilisation d'outils cliniques;

5.2 Groupe de discussions cliniques.

5.1 Utilisation d'outils cliniques

La majorité des outils prescrits à cette étape font partie du répertoire des outils cliniques du CJQ-IU. Une description plus détaillée de ces outils se retrouve en annexe du présent guide.

Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité (annexe 3)

Elle permet d'évaluer le risque d'instabilité ou de discontinuité de la situation d'un enfant.

Carnet de voyage à travers ma vie

Conçu au CJQ-IU, il s'agit d'un outil qui s'adresse à l'adolescent et qui permet à ce dernier de s'approprier son histoire de vie.

Dep-ado

Permet de dépister le degré de consommation de drogue ou d'alcool.

Grille d'investigation de la problématique suicidaire

Améliore le dépistage de la problématique suicidaire de l'adolescent.

JESNESS

Test axé sur les relations interpersonnelles des individus permettant de mesurer le fonctionnement personnel et social.

Allégories

Les allégories s'adressent à l'imaginaire de l'adolescent et lui permettent de trouver ses propres solutions à son vécu sans que l'intervenant lui impose son point de vue ou ses explications personnelles.

Inventaire de soutien social et familial (ISSF) (annexe 1)

L'ISSF tend à quantifier et qualifier le réseau social et familial et il est utilisé autant avec l'adolescent qu'avec le parent en individuel.

Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant (annexe 2)

Ce guide a été conçu à l'intention des intervenants afin d'accompagner et de soutenir le parent dans une démarche du projet de vie.

Cahier d'évaluation et de suivi (CÉS) SOCEN

Outil d'évaluation et de suivi de l'adolescent dans son milieu d'accueil, conçu en fonction de son âge et utilisé une fois par année afin de s'assurer qu'il reçoit la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins.

Certains de ces outils cliniques peuvent être utilisés à différents moments de l'intervention et peuvent procurer des éléments de comparaison entre le début et la fin de l'une ou l'autre des étapes d'intervention et indiquer plus objectivement et plus précisément le chemin parcouru par le parent ou l'adolescent dans la démarche du projet de vie.

5.2 Groupe de discussions cliniques

Les discussions cliniques de groupe représentent l'une des modalités gagnantes pour les intervenants qui ont appliqué *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*. Ces discussions cliniques sont devenues un lieu d'apprentissage important à travers l'étude des situations des autres intervenants : les stratégies préconisées, les attitudes développées, les opportunités créées, le travail effectué avec les partenaires, etc. Cet espace clinique permet à l'intervenant de renouveler ses compétences dans l'application du guide de pratique.

Il est recommandé que ce même type de groupe soit mis en place pour les intervenants œuvrant auprès de la clientèle 12-17 ans.

Objectif 6 : Identifier les facteurs de risque et de protection

Moyens :

6.1 Facteurs de risque;

6.2 Facteurs de protection.

L'identification des facteurs de risque et de protection permet de compléter le portrait sociofamilial amorcé à l'**Étape I - Clarifier le projet de vie** et de fournir des pistes d'intervention pour soutenir le parent et l'adolescent dans leur processus de reprise en main. La diminution des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs de protection font l'objet d'un travail assidu lorsque le projet de vie est le maintien ou le retour dans le milieu familial. Lorsqu'il y a augmentation des facteurs de protection, l'atteinte du projet de vie privilégié devient de plus en plus réaliste et réalisable.

6.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque représentent des conditions personnelles, culturelles ou environnementales qui augmentent les probabilités d'occurrence d'une problématique. Les familles qui font l'objet d'un signalement en protection de la jeunesse, et pour qui des mesures de protection doivent être prises, cumulent habituellement un certain nombre de facteurs de risque qui peuvent être des sources importantes de stress et occasionner des situations de crise. Les facteurs de risque gravitent autour de différents axes : sociodémographiques, biologiques, médicaux, psychologiques, relationnels, contextuels et intergénérationnels.

Voici quelques exemples de facteurs de risque à explorer au cours du processus en ce qui concerne l'enfant de 0 à 17 ans :

Facteurs de risque	Caractéristiques liées à ces facteurs
Les facteurs sociodémographiques	Pauvreté, faible scolarité, monoparentalité, jeune parent, etc.
Les facteurs biologiques	Vulnérabilité de l'enfant en raison de son jeune âge ou de son tempérament difficile (en lien avec le degré de stress parental), etc.
Les facteurs médicaux	Enfant prématuré, maladie ou handicap physique de l'enfant ou du parent, déficience intellectuelle, etc.
Les facteurs psychologiques	Problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de criminalité, faible estime de soi, sentiment de ne pas avoir de contrôle sur les événements, mauvaises habiletés de coping *, etc.
Les facteurs relationnels	Intolérance, indifférence, immaturité, impulsivité, instabilité, difficulté à créer des liens d'attachement, isolement social, manque de connaissances ou d'habiletés pour dispenser des soins à l'enfant, etc.
Les facteurs contextuels	Quartier défavorisé, divorce des parents, décès d'un proche, etc.
Les facteurs intergénérationnels	Transmission d'une problématique de génération en génération, etc.

Chez l'être humain, la présence de quatre sources de stress provoque habituellement un état de crise parce que l'effet combiné de plusieurs sources de stress est plus grand que la somme des stress individuels (CJQ-IU, 2003, p.1). Par exemple, la séparation, la maladie, la violence conjugale, le quartier dans lequel on vit, l'exiguïté d'un logement, les démêlés avec la justice et autres représentent autant de sources de stress pouvant contribuer, en interaction, à déclencher une crise majeure dans la famille. Ainsi, l'interaction dynamique entre les différents facteurs de stress induirait un effet négatif plus important que leur simple addition. De plus, il importe de garder en tête que les facteurs de risque présents dans le contexte sociofamilial peuvent masquer la compétence parentale, d'où l'importance d'identifier également les facteurs de protection qu'il convient de promouvoir.

* Le coping correspond à :

l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui permettent de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet du stress sur la santé. Il englobe des actions reliées à la résolution de problèmes (rechercher l'information, examiner les solutions possibles et prendre une décision en regard de l'action à poser), des comportements de communication observables (discuter des situations et collaborer avec les autres) et des opérations cognitives (minimiser la détresse ou se centrer sur les aspects positifs d'une situation) (Lazarus, Folkman, 1984; Compas et al., 1987; Pronovost, Leclerc et Dumont, 2003).

6.2 Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont le pendant positif des facteurs de risque et réfèrent à des conditions qui protègent la famille contre des difficultés potentielles. Par exemple, les interactions de la famille avec l'environnement ainsi que la présence d'habiletés parentales (sensibilité et empathie à l'égard de l'adolescent, connaissances sur le développement de l'adolescent) (voir annexe 5) représentent des facteurs de protection importants sur lesquels il est possible d'appuyer l'intervention dans une optique de maintien ou de retour de l'adolescent avec son parent. Il en va de même pour l'estime de soi et le sentiment d'avoir du contrôle sur les événements qui s'avèrent des ressources personnelles augmentant les habiletés de coping et diminuant la détresse émotionnelle (Pronovost, Leclerc et Dumont, 2003). Ainsi, miser sur les habiletés de coping lors d'un projet de maintien ou de retour d'un adolescent dans son milieu familial peut s'avérer très bénéfique. Dans l'escalre 7 du *Cahier de l'adolescent* de l'outil clinique *Carnet de voyage à travers ma vie*, des exercices visant à développer ces habiletés sont proposés.

Voici quelques exemples de facteurs de protection à explorer au cours du processus en ce qui concerne l'enfant de 0 à 17 ans :

Facteurs de protection	Caractéristiques liées à ces facteurs
Les facteurs sociodémographiques	Bonne situation financière, stabilité, sécurité, travail et études, etc.
Les facteurs biologiques	Enfant plus âgé, tempérament facile de l'enfant, etc.
Les facteurs médicaux	Bonne santé physique du parent et de l'enfant, etc.
Les facteurs psychologiques	Bonne santé mentale des parents et des enfants, habiletés à résoudre des problèmes personnels, reconnaissance par les parents de leurs limites, de leurs difficultés et de l'impact de celles-ci sur l'enfant, bonne estime de soi (parents et enfant), sentiment d'avoir du contrôle sur les événements, habiletés de coping*, etc.
Les facteurs relationnels	Interaction de la famille avec l'environnement (recours à des organismes communautaires, implication dans la communauté), présence de soutien social et familial, relations stables, habiletés à interagir, collaboration du parent, habiletés à prendre soin d'un enfant, etc.
Les facteurs contextuels	Situation de vie stable, parents vivent ensemble.

Table de révision

(Conclusion du Volet 1)

Il est d'abord important de rappeler que l'intervenant partage avec le parent et l'adolescent le contenu du rapport de révision, et ce, avant la tenue de la table de révision. L'intervenant peut ainsi recueillir et être à l'écoute de leurs commentaires, de ce qu'ils comprennent, interprètent et ressentent face à ce qui y est consigné. Il va sans dire que le savoir-être prend ici tout son sens.

Dans la loi, il est clairement précisé que :

Le directeur doit réviser, aux conditions prévues par le règlement, le cas de chaque enfant dont il a pris la situation en charge. Il doit vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer un retour de l'enfant chez ses parents. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel retour n'est pas possible, le directeur doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente (art. 57 LPJ) (voir annexe 4).

Pour la clientèle 12-17 ans, les délais de révision de la situation d'un adolescent pris en charge par le DPJ sont :

Pour l'adolescent de 12 ans

Non hébergé	Hébergé ou confié à
À l'échéance de l'entente sur des mesures volontaires ou de l'ordonnance d'une durée de 12 mois et moins.	Tous les six mois durant les deux premières années de l'hébergement si l'entente sur des mesures volontaires ou l'ordonnance est d'une durée de plus de six mois.
Tous les 12 mois, si l'ordonnance a une durée de plus de 12 mois.	

Pour l'adolescent de 13-17 ans

Confié à, hébergé ou non
À l'échéance de l'entente sur des mesures volontaires ou de l'ordonnance d'une durée de 12 mois et moins.
Tous les 12 mois, si l'ordonnance a une durée de plus de 12 mois.

L'expérience démontre clairement l'importance de réaliser la révision en concertation avec l'adolescent et ses deux parents et, si requis, avec les collaborateurs impliqués auprès de la famille (ex. : l'intervenant des ressources, l'éducateur, le psychologue, les partenaires). En fait, plus une situation est perçue dans sa totalité par l'apport de chacun des intervenants impliqués, plus le bilan se fait avec facilité, car il tient compte de tous les éléments et des différents points de vue, en apportant les arguments cliniques et légaux nécessaires pour étayer ledit bilan et les décisions qui en découlent.

Personnes présentes à la Table de révision

- Adolescent
- Parents
- Intervenants impliqués
- Réviseur

Au besoin :

- Spécialiste en activités cliniques
- Chef de service
- Personnes significatives
- Collaborateurs

Lors de cette table de révision, plus le bilan est clair et connecté à la réalité du parent et de l'adolescent, plus l'entrevue s'effectuera aisément et dans le respect tout en demeurant centrée sur le vécu et l'intérêt de l'adolescent. De plus, étant donné qu'ils ont été impliqués activement tout au long de la démarche et que le contenu du rapport de révision leur a déjà été partagé, le parent et l'adolescent connaissent les recommandations du bilan ainsi que les conséquences qui en découlent. Cette concertation favorise ainsi une entrevue plus harmonieuse, plus complète et probablement plus conforme à la réalité vécue par chacune des parties.

Hormis les décisions concernant la compromission de la situation, les mesures, le régime et la durée de l'entente ou de l'ordonnance, le réviseur a la préoccupation d'évaluer le projet de vie à actualiser pour l'adolescent.

Tel que mentionné précédemment, la loi précise que le projet de vie à privilégier est le maintien ou le retour de l'adolescent dans son milieu familial. Cependant, l'intervenant peut se retrouver devant un parent ou un adolescent qui n'adhère pas à ce projet de vie privilégié et qui ne souhaite pas travailler dans le sens du maintien ou du retour malgré la conscientisation et la sensibilisation qu'il a tenté de faire avec eux à l'**Étape III - Volet 1**.

Par exemple, si un adolescent est placé en centre de réadaptation et que le parent n'entrevoit pas son retour parce qu'il évalue que les comportements de ce dernier ne se sont pas suffisamment améliorés, la révision peut être l'occasion « de remettre les pendules à l'heure ». Ainsi, il arrive que le parent ne puisse faire la distinction entre l'encadrement spécifique qu'il doit fournir à son adolescent et les besoins de réadaptation de ce dernier. Le retour possible de l'adolescent dans son milieu familial peut susciter chez le parent de l'insécurité liée à la réapparition des comportements dysfonctionnels de l'adolescent, malgré une certaine réussite lors des contacts effectués pendant le placement.

Ainsi, sous l'angle de *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans*, la table de révision représente, entre autres, un moment crucial à l'intérieur de toute la démarche, car elle constitue le point d'ancrage à partir duquel la situation de l'adolescent sera orientée vers le projet de vie privilégié ou le projet de vie alternatif. En fait, c'est l'occasion de faire le bilan afin de mesurer, d'une part, l'écart entre le projet de vie privilégié formulé par le parent et l'adolescent et leurs actions concrètes pour parvenir à l'actualiser et, d'autre part, c'est aussi l'occasion de discuter de la concordance ou non des projets de vie envisagés. Autrement dit, y a-t-il convergence ou divergence entre leur volonté respective et leurs actions posées ? Un écart important entre ces deux indicateurs révèle peu ou pas de changements dans le mode de vie ou la compétence du parent et d'un autre côté, le manque de progrès significatif des comportements de l'adolescent alors que l'amenuisement de cet écart constitue plutôt un indice d'amélioration de la situation.

Le bilan peut représenter une tâche complexe pour les intervenants impliqués. Les résultats qui en découlent conditionneront la poursuite du travail avec le parent et l'adolescent, que ce soit en conformité avec le projet de vie privilégié ou avec le projet de vie alternatif. Comme l'adolescent et le parent sont au centre de cette démarche, ils doivent être impliqués dans le processus de décision, entendus dans ce qu'ils vivent et mis à profit dans la recherche de solutions. Voilà pourquoi il est essentiel de réaliser la table de révision en impliquant d'abord l'adolescent et son parent ainsi que tous les intervenants qui ont été interpellés à un moment ou l'autre auprès de la famille.

Évaluer le projet de vie à actualiser pour l'enfant

Pour évaluer le projet de vie à actualiser pour l'adolescent, le réviseur doit :

1. Évaluer l'évolution de la situation de l'adolescent;
2. Évaluer le degré de mobilisation du parent et de l'adolescent en fonction des actions qu'ils ont posées pour régler la situation de compromission.

1. Évaluer l'évolution de la situation de l'adolescent

Il importe de faire un retour sur les moyens mis en place pour améliorer la situation de l'adolescent. Ces moyens sont-ils efficaces? Génèrent-ils des changements chez l'adolescent?

Il s'agit ici de :

- Faire un bilan de l'évolution de ses comportements dans ses différents milieux de vie;
- Mentionner les outils cliniques utilisés avec l'adolescent et faire part des moyens qu'il a expérimentés pour améliorer sa situation;
- Faire un retour sur les escales parcourues dans *Carnet de voyage à travers ma vie*;
- Faire part des ressources utilisées par l'adolescent en lien avec les problématiques le concernant;
- Évaluer les besoins de l'adolescent en regard de la poursuite ou non des services de réadaptation interne, s'il y a lieu.

2. Évaluer le degré de mobilisation du parent et de l'adolescent en fonction des actions qu'ils ont posées pour régler la situation de compromission

En ce qui concerne le parent :

La reconnaissance par le parent de sa responsabilité dans la situation problématique, au regard de l'impact sur son adolescent, est essentielle à l'actualisation du projet de vie privilégié. Cette reconnaissance peut se concrétiser par des verbalisations, mais surtout par une mobilisation concrète pour changer les éléments problématiques. Plus la reconnaissance et la mobilisation sont présentes, plus le pronostic d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial est réaliste. À l'inverse, la non-reconnaissance de la problématique, de même qu'une faible mobilisation (immobilité, passivité) réduisent les possibilités d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial.

L'évaluation du degré de mobilisation du parent permet à l'intervenant de faire une rétrospective du cheminement du parent en lien avec les opportunités qui lui ont été

présentées. Plus l'intervenant a été en mesure d'offrir des opportunités, plus le bilan sera juste, sensé et exhaustif.

En ce qui concerne l'adolescent :

Comme pour son parent, plus l'adolescent reconnaît ses difficultés et se mobilise concrètement dans les opportunités qui lui sont offertes, plus le pronostic d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial est réaliste. Cependant, il est évident que le projet de vie privilégié par l'adolescent doit être en concordance avec celui de son parent.

La non-reconnaissance de ses difficultés, de même qu'une faible mobilisation (passivité) réduisent les possibilités d'un maintien ou d'un retour dans le milieu familial.

Par contre, si l'adolescent ne veut pas retourner vivre chez son parent malgré les intentions et la mobilisation de ce dernier, il faut d'abord s'assurer qu'il est possible d'actualiser un projet de vie alternatif pour lui, mais aussi d'évaluer les raisons pour lesquelles un retour dans son milieu familial n'est pas dans son intérêt. Est-ce lié à la détérioration de la relation parent-adolescent, à la capacité de recevoir de l'adolescent ou pour d'autres motifs ?

Cette évaluation amène le réviseur, en collaboration avec les intervenants impliqués, à prendre une décision qui peut avoir des conséquences importantes et déterminantes pour l'adolescent et le parent.

La table de révision s'avère un moment opportun pour s'interroger sur la pertinence de mandats conjoints de l'intervention psychosociale et de réadaptation : est-il prévu de débiter un mandat conjoint ou de le poursuivre avec ou sans modification ? En fait, l'important est d'éviter d'agir selon des automatismes concernant cette co-intervention.

Décision relative au projet de vie pour l'enfant à la table de révision

Tout au long de la démarche, l'intervenant rappelle au parent et à l'adolescent les différents enjeux, c'est-à-dire ce sur quoi porte le jugement professionnel en lien avec l'intérêt de l'adolescent, leur participation active ainsi que les durées maximales d'hébergement prévues par la LPJ. Dans la majorité des situations, ils ne sont pas étonnés de la décision prise lors de la table de révision. Il n'en demeure pas moins qu'il peut être difficile pour le parent et l'adolescent, ou pour l'un ou l'autre, d'entendre et d'accepter d'emblée la décision prise à ce moment. Un cheminement reste à faire avec eux. Néanmoins, les attitudes de transparence et de respect adoptées par l'intervenant, de même que l'intensité et la rigueur dont il a fait preuve dans ses interventions, peuvent susciter en retour le même genre d'attitudes positives chez le parent et l'adolescent malgré des points de vue parfois divergents. Ainsi, le processus de révision s'effectue dans le respect et la transparence. Le parent et l'adolescent connaissent bien les enjeux cliniques du bilan et les conséquences qui peuvent s'en suivre.

Lors de la table de révision, une des trois décisions suivantes peut être prise et présentée au parent :

1. **La poursuite du Volet 1** pour continuer le cheminement entrepris par le parent et l'adolescent afin de vérifier plus en profondeur leur mobilisation, surtout dans les situations où l'adolescent présente encore des troubles de comportement qui nécessitent la poursuite du placement pour une période déterminée. Dans ces cas, le réviseur peut se référer à l'article 62 de la LPJ qui autorise la possibilité pour l'adolescent de vivre des séjours d'au plus 15 jours dans son milieu familial en autant qu'ils soient prévus dans le PI ou d'autoriser des séjours prolongés dans les 60 derniers jours de l'ordonnance d'hébergement obligatoire (voir annexe 4).



2. **Le maintien ou le retour de l'adolescent en milieu familial**, avec ou sans la poursuite de l'intervention en protection;



3. **L'hébergement de l'adolescent en milieu de vie substitut jusqu'à sa majorité**, impliquant une évaluation des contacts avec le parent, quant à leur nature, durée et fréquence en fonction de l'intérêt de l'adolescent. Dans ces situations, la tutelle ou l'adoption peut être envisagée et reconsidérée de manière épisodique, en fonction du désir de l'adolescent.

En conclusion, la table de révision permet de faire un retour sur l'ensemble de la démarche clinique entreprise, c'est-à-dire la clarification, la détermination, la planification et l'actualisation du projet de vie qui répond le mieux aux besoins et à l'intérêt de l'adolescent.



ÉTAPE III – Actualiser le projet de vie

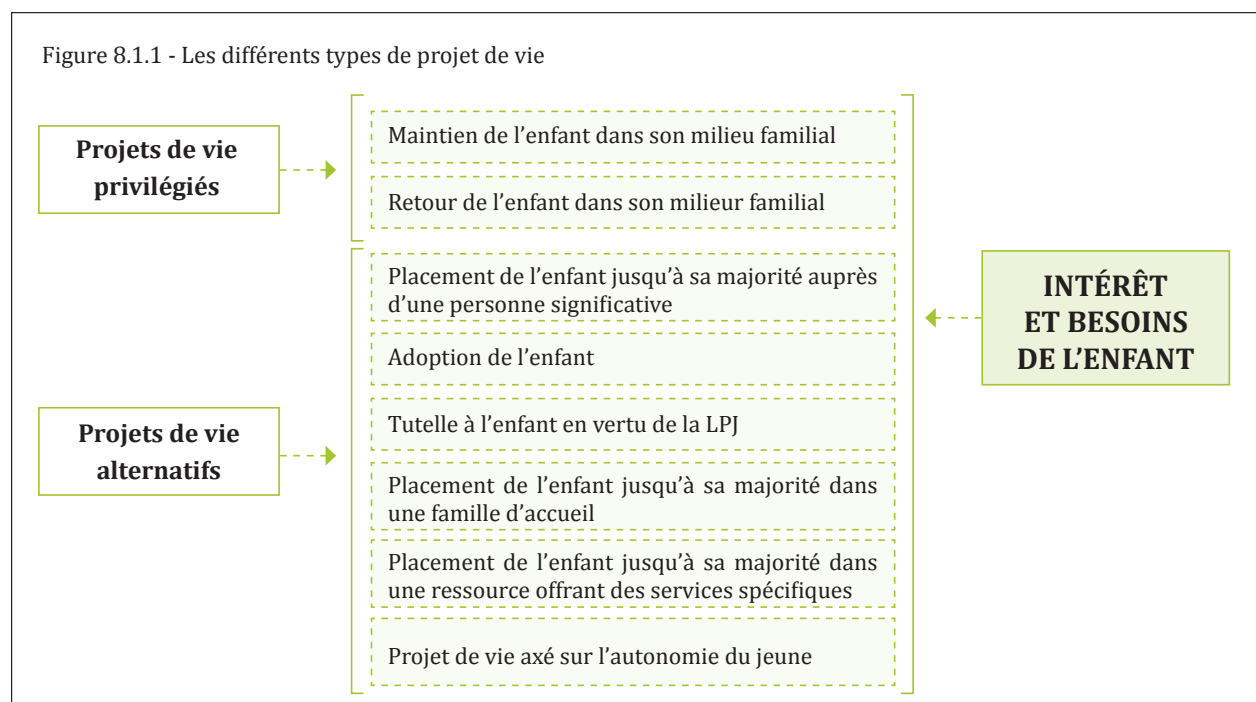
Volet 2 - Actualiser le projet de vie de l'enfant, qui est soit :

- Projet de vie privilégié
- Projet de vie alternatif

L'**Étape III - Volet 2** consiste à actualiser le projet de vie de l'adolescent en poursuivant le travail avec le parent et l'adolescent en collaboration avec les ressources impliquées. Les interventions réalisées lors de ce volet permettront à l'adolescent de vivre la permanence et la stabilité, que ce soit avec son parent ou son milieu substitut.

Le **Volet 2** découle de la planification concurrente qui a été déterminée et précisée à nouveau lors des révisions des PI. Il faut se rappeler que, même si le projet de vie privilégié était un maintien ou un retour en milieu familial, un projet de vie alternatif pour l'adolescent a été déterminé à l'**Étape II**, au cas où le projet de vie privilégié ne fonctionne pas. À la table de révision, une décision sur le projet de vie à actualiser a été prise par le réviseur en tenant compte des besoins et de l'intérêt de l'adolescent, de même que de la mobilisation de ce dernier et de son parent depuis le début de la démarche.

Selon la décision prise à la table de révision, le projet de vie de l'adolescent (MSSS, 2010, p. 694) devient le but du PI révisé, en conformité avec le Centre de formation de l'ACJQ (PNF) :



Évidemment, ces types de projet de vie confèrent une perspective et une couleur spécifiques aux interventions mises en place. L'idée première est de s'assurer que l'adolescent bénéficie de la permanence dont il a besoin auprès de personnes significatives auxquelles il peut se référer avec confiance dans le but de poursuivre son développement et de forger son identité.

Lorsque le projet de vie de l'adolescent est le maintien ou le retour dans son milieu familial, l'intervenant mettra tout en œuvre pour soutenir la famille et fera en sorte que le parent et l'adolescent poursuivent leur cheminement respectif afin d'éliminer les éléments de compromission et soutiendra l'adolescent dans le transfert des acquis effectués lors de son placement. La famille en très grande difficulté aura probablement besoin d'un soutien accru à cet égard allant au-delà de la mission de protection. Il devient alors impératif de distinguer les mandats (besoin de protection et besoin de services) et d'établir des passerelles efficaces avec d'autres organismes afin que la famille transite facilement entre les différents réseaux et services.

Par contre, s'il y a improbabilité de retour dans le milieu familial, les contacts parent-adolescent devront être réévalués dans le but de garder le cap sur l'intérêt de l'adolescent. L'intervenant doit faire une analyse particulière dans chacune des situations en lien, entre autres, avec les aspects suivants :

- Les contacts parent-adolescent sont-ils positifs pour ceux-ci ?
- Les contacts parent-adolescent laissent-ils voir une relation non conflictuelle ?
- Les contacts parent-adolescent permettent-ils à ce dernier de préserver les liens avec son milieu substitut ?
- Les contacts parent-adolescent nuisent-ils à l'enracinement de l'adolescent dans son milieu substitut ?
- Les contacts parent-adolescent permettent-ils à ce dernier de maintenir la stabilité de son fonctionnement ?
- La maturité et le jugement de l'adolescent sont-ils adaptés ?
- L'attitude du parent est-elle nocive ?

À la suite de cette analyse, l'intervenant est en mesure de donner un sens aux contacts parent-adolescent quant à leur nature, leur durée et leur fréquence.

Même si le rythme des interventions peut diminuer lorsqu'il y a improbabilité de retour dans le milieu familial, il est crucial de demeurer actif dans la situation afin de poursuivre, s'il y a lieu, la démarche vers un projet de vie plus définitif (tutelle et parfois adoption) qui mettra fin à l'intervention de protection. De plus, l'intervenant continue de documenter les contacts parent-adolescent afin de s'assurer qu'ils sont dans l'intérêt de ce dernier.

ÉTAPE III –

Volet 2 : Actualisation du projet de vie privilégié



Le maintien ou le retour de l'adolescent dans son milieu familial s'actualise lorsque le parent et l'adolescent ont clairement illustré qu'ils ont la volonté et la capacité de vivre ensemble. Pour ce faire, le parent démontre qu'il est capable d'exercer son rôle parental de façon plus adéquate alors que l'adolescent démontre être en voie d'acquiescer des comportements plus adaptés. L'intervenant a le souci de créer des conditions gagnantes pour la réussite de ce projet (ACJQ, 2009, p. 30, 35 et 36).

Voici maintenant, plus en détail, les objectifs spécifiques et les moyens proposés pour actualiser le projet de vie de l'adolescent.

Objectifs poursuivis pour actualiser le projet de vie privilégié de l'adolescent :

1. Stabiliser l'adolescent dans son projet de vie;
2. Éliminer les éléments de compromission;
3. Maintenir les acquis et poursuivre le développement de nouvelles compétences chez le parent et l'adolescent;
4. Diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection;
5. Favoriser le développement de l'adolescent.

Objectif 1 : Stabiliser l'adolescent dans son projet de vie

Une fois le projet de vie confirmé, lorsque l'adolescent demeure dans son milieu familial ou le réintègre, il importe de maintenir la mobilisation de ce dernier et de son parent qui parfois relâchent leurs efforts dans le cheminement à poursuivre. Il faut alors les recentrer sur leurs besoins respectifs et leur motivation à actualiser le projet de vie. L'intensité d'intervention revêt donc toute son importance pour s'assurer de la permanence du projet de vie actualisé. Les efforts doivent être clairement dirigés pour maintenir l'adolescent dans son milieu familial malgré les difficultés qui peuvent être rencontrées. En ce sens, il importe de respecter la décision prise lors de la table de révision, sauf s'il survenait des éléments nouveaux majeurs nécessitant de réinterpeller le réviseur.

L'adolescent qui retourne dans son milieu familial peut avoir une augmentation passagère de comportements réactionnels dans le but de tester la réelle volonté de son parent de le reprendre. À cet effet, la mise en place d'une réintégration progressive peut contribuer à diminuer l'impact de tels comportements. Toutefois, cela représente un passage délicat lors duquel l'intervenant doit encourager le parent à maintenir l'encadrement tout en demeurant chaleureux avec son adolescent.

Lorsque l'adolescent a réintégré son milieu familial et qu'il présente des comportements désorganisés, il arrive parfois qu'un retrait temporaire d'un jour ou deux, dans le cadre d'un « arrêt réflexion », puisse s'avérer nécessaire pour diminuer les tensions et préserver le projet de vie sans toutefois le remettre en question. Cette mesure doit idéalement faire l'objet d'une intervention planifiée et être inscrite au PI.

Objectif 2 : Éliminer les éléments de compromission

En parallèle à l'actualisation du projet de vie, il importe que l'adolescent et le parent continuent à s'investir dans le rétablissement de la situation familiale afin qu'il n'y ait plus de compromission.

Tel que mentionné préalablement, l'élimination de la compromission ne signifie pas nécessairement la fin des besoins de services. Il est important d'établir des liens efficaces avec les partenaires susceptibles de poursuivre le travail avec la famille, une fois le mandat de protection terminé en centre jeunesse. À cet effet, il existe des mécanismes de relais prévus entre le CJQ-IU et les CSSS pour favoriser le transfert personnalisé.

Objectif 3 : Maintenir les acquis et poursuivre le développement de nouvelles compétences chez le parent et l'adolescent

Le maintien ou le retour de l'adolescent dans son milieu familial implique que le parent s'est déjà mobilisé. Il a démontré sa motivation et sa capacité à restaurer et consolider ses habiletés parentales. Il a fait des apprentissages concernant son adolescent, que ce soit en lien avec son développement, ses besoins, sa relation avec lui ou les compétences requises pour exercer son rôle parental de façon adéquate. Il a aussi fourni des efforts pour améliorer son mode de vie dans les aspects touchant les éléments de compromission.

Il en est de même pour l'adolescent qui présente des troubles de comportement sérieux et qui a su fournir les efforts requis dans le but d'être maintenu ou retourné dans son milieu familial. Concernant l'adolescent qui a parcouru les différentes escales du *Carnet de voyage à travers ma vie*, le moment peut être opportun pour que l'intervenant le réfère à certains apprentissages déjà réalisés par l'application de cet outil clinique afin de l'aider à maintenir ses acquis.

L'objectif actuel se met en place dans un moment stratégique de l'intervention, considérant la reconnaissance des efforts du parent et de l'adolescent et leur mobilisation. À cet effet, la confirmation du maintien ou du retour de l'adolescent dans son milieu familial devient un facteur de motivation supplémentaire pour eux, ce qui crée l'ouverture nécessaire pour les soutenir intensivement dans l'actualisation du projet de vie.

Objectif 4 : Diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection

L'identification des facteurs de risque et de protection faite au préalable dans la démarche du projet de vie permet d'agir davantage sur ces éléments à cette étape-ci. L'intervenant doit alors veiller à mettre en place les conditions qui permettront au parent et à l'adolescent d'augmenter, de maximiser et de créer les facteurs de protection qui contribueront à amoindrir l'impact des facteurs de risque. L'intervenant doit aussi les encourager à prendre les moyens permettant de diminuer et de contrer les facteurs de risque (impliquer les partenaires, favoriser la création d'un réseau de soutien, etc.).

Objectif 5 : Favoriser le développement de l'adolescent

Les services mis en place au début de l'intervention, afin de favoriser un fonctionnement plus adapté chez l'adolescent, peuvent être encore nécessaires à cette étape. Ceci comporte cependant des exigences pour le parent, que ce soit pour encadrer, motiver ou accompagner son adolescent dans ses différents suivis.

Si l'adolescent amorce un retour dans le milieu familial, il est important d'évaluer à nouveau ses besoins ainsi que les meilleures façons d'y répondre, dans le but de favoriser son développement en regard de ses habiletés sociales, de sa disponibilité à l'apprentissage, de sa maturité psychoaffective, de la gestion de ses émotions, etc.

Afin d'atteindre les objectifs cités au préalable, certains moyens sont suggérés.

Moyens pour actualiser le projet de vie privilégié de l'adolescent :

1. Effectuer un suivi psychosocial et de réadaptation, si nécessaire;
2. Favoriser le développement du réseau de soutien de la famille;
3. Travailler avec les partenaires (PSI);
4. Renforcer la rigueur clinique : outils cliniques (référence au *Carnet de voyage à travers ma vie, ISSF*) et discussions cliniques;
5. Procéder à la révision du PSI-PI;
6. Produire un rapport de révision.

1. Effectuer un suivi psychosocial et de réadaptation, si nécessaire

Il est important de continuer un travail intensif avec la famille. Cette intensité, qui se caractérise, entre autres, par la constance des interventions, peut s'actualiser par le maintien d'une intervention conjointe (psychosociale et réadaptation). De plus, cette intensité permet d'atteindre les objectifs avec plus de succès, en gardant le parent et l'adolescent mobilisés et actifs tout en créant des ancrages qui favorisent les expériences de réussite dans la famille.

En fait, lors d'un travail de maintien de l'adolescent avec son parent, l'idée principale est d'offrir les services les plus adaptés pour réaliser ce but. Une intervention régulière et constante suscite la coopération entre l'intervenant, l'adolescent et le parent. Elle favorise, chez ces derniers, le maintien des acquis et le développement de nouvelles compétences. C'est l'effet recherché pour parvenir à une fin de mandat en protection de la jeunesse dans des délais acceptables compte tenu du caractère d'exception de la LPJ et du désir légitime du parent et de l'adolescent de ne plus recevoir les services de protection.

2. Favoriser le développement du réseau de soutien de la famille

Le développement d'un réseau de soutien significatif, c'est-à-dire un réseau sur lequel la famille peut véritablement compter, constitue un axe d'intervention à privilégier car il augmente les facteurs de protection. L'ISSF (voir annexe 1) devient alors un outil facilitant pour l'identification et le développement d'un tel réseau. Cet outil peut être complété à différents moments du processus d'intervention, mais à ce moment-ci, son utilisation est essentielle puisqu'elle permet de préciser certains objectifs du PI et de mettre l'accent sur l'importance de pouvoir compter sur un réseau de soutien. Bien que l'intervenant puisse avoir déjà utilisé l'outil ISSF par le biais de *Carnet de voyage à travers ma vie* à l'Escale 5, il est recommandé de le refaire afin d'évaluer les changements survenus en cours de route et leurs effets potentiels chez l'adolescent. L'attention du parent, de l'adolescent et de l'intervenant se porte alors sur la présence de ce réseau qui tend ainsi à croître et à se développer. Pouvoir référer à des membres de la famille élargie, à des parents proches ou à des amis sur une base harmonieuse aide le parent et l'adolescent à maintenir les changements qu'ils ont réussis à faire.

La connaissance des ressources communautaires dans leur environnement devient aussi un facteur lié à la réussite de leur projet. L'ISSF incite non seulement à développer leur réseau de soutien, mais précise également de façon très claire en quoi et comment chaque personne ou ressource peut soutenir la famille.

En conclusion, le réseau de soutien peut, d'une part, aider le parent à fournir une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques de l'adolescent et, d'autre part, soutenir l'adolescent dans la réussite de son intégration familiale et sociale.

3. Travailler avec les partenaires (PSI)

La concertation avec les partenaires s'avère un autre axe d'intervention à privilégier. Il est essentiel de se référer aux principales ressources qui existent sur le territoire afin de tisser des liens avec celles-ci. Plus l'intervenant interpelle une ressource, plus les contacts deviennent faciles avec celle-ci. La fluidité des contacts, la connaissance des programmes offerts et la rencontre des personnes donnant les services permettent de promouvoir l'utilisation de différentes ressources auprès des familles, d'établir des passerelles de communication utiles et efficaces et de réaliser une intervention en continuité. C'est l'essence même du PSI.

Le travail avec les partenaires favorise une meilleure connaissance des intervenants et des programmes, ce qui amène un partage d'expertises, des interventions complémentaires et un transfert de connaissances. Il est important de rester à l'affût de toutes les opportunités de concertation et de tenter d'établir des liens.

Le bien-être des familles et le maintien des acquis faits par le parent et l'adolescent pour actualiser le projet de vie privilégié permettront, éventuellement, de ne plus avoir besoin de recourir au système de protection de la jeunesse. Cette situation est souvent facilitée par le recours à d'autres services. Autant il est important que la famille développe son réseau de soutien personnel, autant la connaissance et l'accessibilité aux services le sont aussi. Les mécanismes de relais mis en place facilitent l'intégration des familles et leur permettent d'obtenir réponse à leurs besoins en évitant les vides de services, et ce, tout en favorisant la responsabilisation et l'autonomie vis-à-vis les services offerts comme le prescrit l'article 57.2 de la LPJ (voir annexe 4). Le transfert personnalisé est ainsi favorisé.

4. Renforcer la rigueur clinique : outils cliniques (référence au *Carnet de voyage à travers ma vie, ISSF*) et discussions cliniques

Les principaux outils cliniques, dont *Carnet de voyage à travers ma vie* et *ISSF*, sont utiles dans un projet de maintien ou de retour de l'adolescent dans le milieu familial. En effet, la référence aux résultats de ces outils ou leur réutilisation deviennent un facteur de motivation supplémentaire pour le parent et l'adolescent et permettent de maintenir la cohérence dans l'intervention. Elle donne des repères importants quant à l'évolution de la situation vers le mandat de protection visé et vers le projet de vie à actualiser pour l'adolescent.

De plus, les discussions cliniques permettent à l'intervenant d'objectiver la situation et de garder le cap sur l'intérêt de l'adolescent.

5. Procéder à la révision du PSI-PI

Le PSI et le PI sont des outils cliniques obligatoires à la base de la planification de l'intervention. Ils indiquent à l'intervenant, au parent et à l'adolescent ce qui est attendu d'eux ainsi que l'évolution vers la situation souhaitée. Ils assurent une pratique rigoureuse et structurée tout en gardant le cap sur le projet de vie de l'adolescent dans un milieu exempt de compromission. Le parent et l'adolescent, en alliance avec l'intervenant, seront sensibles aux preuves concrètes de leur cheminement personnel et du développement de leurs compétences respectives.

Les objectifs et les moyens sont évalués par les parties impliquées afin de faire le bilan de l'évolution de la situation.

6. Produire un rapport de révision

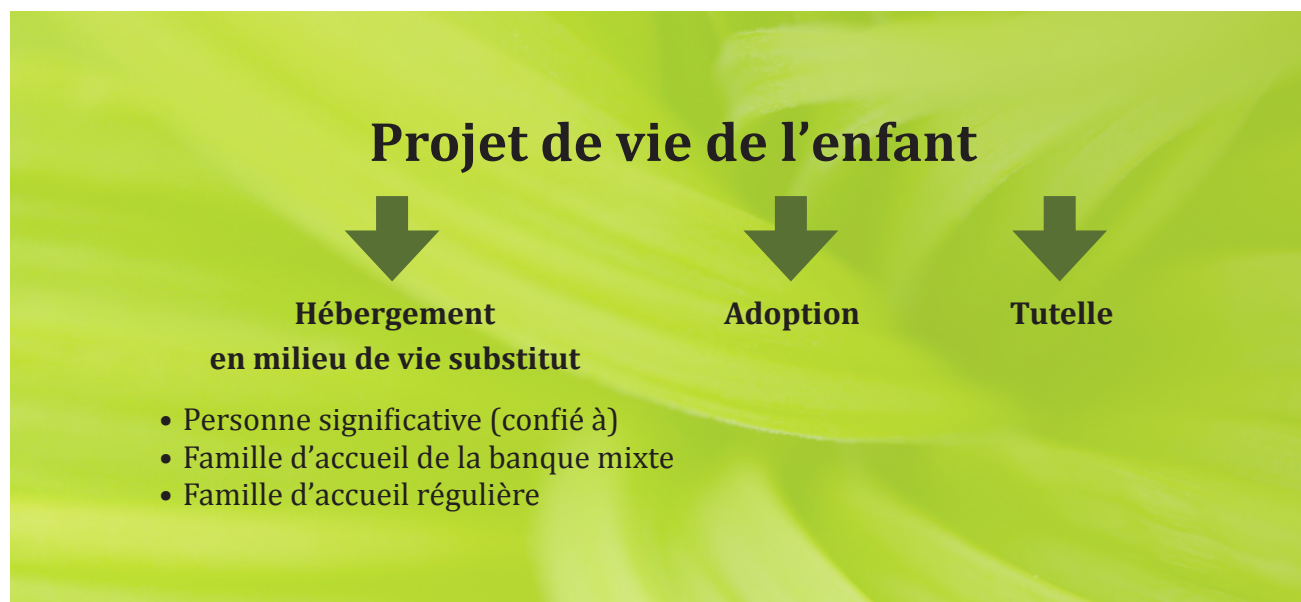
Le rapport de révision permet de synthétiser les actions réalisées par l'ensemble des acteurs et fournit au parent, à l'adolescent, à l'intervenant et au réviseur, un portrait réel de l'évolution de la situation. Il témoigne du travail accompli, sert de point de repère pour les interventions subséquentes et laisse une trace importante concernant le bilan de la situation en vue d'un ajustement à la planification de l'intervention. Il permet de s'y référer, au besoin, pour assurer une continuité clinique dans l'intervention.

Lorsque les éléments de compromission sont résorbés et que le projet de vie est actualisé, le réviseur met fin à l'intervention en protection, avec ou sans référence vers d'autres ressources.

En conclusion, l'actualisation du maintien ou du retour de l'adolescent dans le milieu familial représente un moment privilégié pour poursuivre l'intervention amorcée : mousser la motivation du parent et de l'adolescent, augmenter et consolider leurs compétences, favoriser leur implication dans les différentes ressources qu'elles soient familiales ou sociales, etc. Cela demande une intervention constante, soutenue par la concertation entre collègues du même établissement ou d'établissements différents. Ce projet de vie favorise l'importance de l'ancrage affectif de l'adolescent envers son parent et des repères environnementaux nécessaires à son développement.

ÉTAPE III –

Volet 2 : Actualisation du projet de vie alternatif



Il est important d'attirer l'attention sur le terme « milieu de substitut », car à ce stade de l'intervention, l'improbabilité de retour de l'adolescent dans son milieu d'origine a été démontrée. La famille dans laquelle s'investit l'adolescent devient son milieu de vie, milieu dans lequel il a déjà commencé à créer de nouveaux ancrages et à structurer son identité. L'intervenant est ainsi amené à travailler avec une personne significative ou avec une famille d'accueil qui s'engage auprès de l'adolescent au moins jusqu'à sa majorité, voire même jusqu'à un projet de tutelle ou d'adoption, si les balises cliniques et juridiques le permettent (ACJQ, 2009, p. 41-56).

Même si la préoccupation de l'intervenant est d'offrir un projet de vie stable à l'adolescent, il n'en demeure pas moins qu'il peut faire face à plusieurs contraintes amenant la remise en question du projet de vie, et ce, tant chez l'adolescent que chez le parent. L'intervenant peut être influencé par différents mouvements contradictoires (définis plus loin dans le texte) pouvant l'entraîner dans une approche « essai-erreur » quant à un retour dans le milieu familial ou quant à une augmentation de contacts parent-adolescent, ce qui peut compromettre le projet de vie déterminé au préalable. Tous ces mouvements mettent en évidence l'importance de concerter les interventions psychosociales et de réadaptation afin de travailler selon une vision et un but communs.

Voici quelques exemples de mouvements contradictoires liés au projet de vie de l'adolescent et auxquels peut faire face l'intervenant.

Les mouvements contradictoires chez l'adolescent :

- Les changements de comportements abrupts, positifs ou négatifs;
- Le vécu dans son milieu de vie, y incluant le centre de réadaptation;
- L'acceptation de contact ou pas avec son parent;
- Le plaisir immédiat au détriment des ententes convenues;
- Les retournements imprévisibles de l'amour en haine envers son parent;
- L'instabilité relationnelle.

Les mouvements contradictoires chez le parent :

- Le discours faisant miroiter à son adolescent un retour possible chez lui;
- Le discours mettant en évidence ce que l'adolescent perd à ne pas vivre avec lui;
- L'instabilité des affects avec retournements imprévisibles de l'amour en haine;
- Les changements positifs ou négatifs du mode de vie du parent;
- L'instabilité conjugale et relationnelle;
- Le retour subit d'un parent absent depuis de longues années ou encore un père qui fait reconnaître sa paternité;
- Le parent qui désire maintenir son adolescent en centre de réadaptation malgré les progrès de ce dernier et pour qui un placement chez une personne significative ou en famille d'accueil jusqu'à sa majorité est à actualiser.

D'où l'importance que toutes les décisions de l'intervenant soient prises en fonction de l'intérêt de l'adolescent pour qui un projet de vie en milieu substitut a été actualisé.

Par ailleurs, de façon **exceptionnelle**, il se peut que l'état de l'adolescent nécessite quotidiennement des soins ou des services particuliers de réadaptation ne pouvant être comblés dans une ressource de type familial. C'est pourquoi certains adolescents doivent être hébergés en centre de réadaptation compte tenu de la chronicité et de l'ampleur des problématiques. De plus, il arrive que, dans certains cas, les problèmes de l'adolescent soient tels que ces services pourraient être requis au moins jusqu'à sa majorité, bien qu'ils n'assurent pas la stabilité des liens recherchée pour un projet de vie.

Pour ce faire, l'intervenant doit chercher à offrir des conditions assurant à l'adolescent la plus grande stabilité possible, soit :

- Impliquer le plus possible le parent dans les décisions concernant son adolescent et planifier avec eux des séjours réguliers dans sa famille, si la situation le permet;
- S'appuyer sur un PSI qui permet aux différents partenaires impliqués de travailler en multidisciplinarité et en interdisciplinarité afin de répondre au mieux aux besoins de l'adolescent et d'assurer la continuité dans les services;
- *Faire tout ce qui est possible pour éviter les déplacements et donner à l'enfant le plus de stabilité possible, tant dans son environnement que dans l'équipe d'intervenants et des pairs (ACJQ, 2009, p. 58).*

Il faudra toutefois porter une attention particulière à trouver des personnes significatives pour répondre aux besoins affectifs de l'adolescent, même en l'absence de cohabitation entre l'adolescent et les personnes en question. Pour ce faire, l'intervenant peut référer à certains résultats du *Carnet de voyage à travers ma vie* concernant les personnes significatives identifiées par l'adolescent. La préoccupation principale de l'intervenant est de favoriser des conditions pour aider l'adolescent à développer et à maintenir un lien affectif avec la personne significative.

Objectifs pour actualiser le projet de vie alternatif de l'adolescent :

1. Poursuivre la démarche du projet de vie (avec le parent, l'adolescent et le milieu substitut);
2. Stabiliser l'adolescent dans son projet de vie;
3. Favoriser le développement de l'adolescent.

Les objectifs pour actualiser le projet de vie de l'adolescent sont interreliés. Ils visent essentiellement la poursuite de la démarche du projet de vie de l'adolescent afin de le stabiliser dans son milieu de vie substitut et de favoriser son ancrage affectif et son développement.

À cette étape, il demeure important de poursuivre les entrevues avec le parent de façon systématique, même si la fréquence de celles-ci peut diminuer par rapport à celle établie précédemment. Ces entrevues ont pour but de l'informer, de l'impliquer et de le faire cheminer dans l'acceptation du projet de vie de son adolescent. Il est également important d'identifier les rôles et les responsabilités que le parent est prêt à assumer auprès de son adolescent. Par exemple :

- Soutien affectif : présence et disponibilité du parent;
- Soutien financier et matériel : paiements des frais scolaires, vêtements, activités de loisirs, etc.
- Soutien informationnel : renseignements et conseils;

- Valorisation personnelle : valoriser et respecter son adolescent;
- Soutien instrumental : aide concrète dans les activités quotidiennes (transport, installation en appartement).

Afin de faciliter l'accompagnement de l'adolescent dans son milieu substitut, l'intervenant peut s'adjoindre les services de la réadaptation selon le mandat et les objectifs poursuivis.

À la suite d'une ordonnance jusqu'à majorité, l'intervenant doit se questionner sur deux aspects :

- Comment protéger la stabilité du placement de l'adolescent dans le milieu substitut ?
- Peut-on envisager les projets de vie tutelle ou adoption (CJQ-IU, 2012) et travailler en ce sens ?

Lorsqu'un adolescent est placé chez une personne significative ou en famille d'accueil, l'intervenant doit envisager la possibilité du projet de vie tutelle ou adoption.

Or, il peut arriver que l'intervenant ne présume pas que ces projets de vie peuvent s'actualiser à cause de l'âge de l'adolescent. Il doit être sensible aux différents avantages de ces deux projets de vie pour l'adolescent.

Par exemple :

- Ne pas se définir, ni être défini comme un adolescent placé dans une famille payée par l'état pendant de nombreuses années;
- Ne plus être suivi en protection de la jeunesse;
- Vivre dans une famille qui l'accepte et qui lui offre une place reconnue légalement;
- Ressentir la sécurité inhérente au processus de tutelle ou d'adoption;
- Pouvoir structurer son identité de façon plus positive.

Ces avantages soulignent le bien-fondé d'un questionnement approfondi sur la possibilité d'une tutelle ou d'une adoption. Les gestionnaires, spécialistes en activités cliniques, psychologues et réviseurs, peuvent avoir un rôle à jouer pour soutenir l'intervenant dans cette pratique et l'aider à prendre le recul nécessaire par rapport à ses valeurs personnelles qui pourraient interférer dans le choix du projet de vie de l'adolescent. Ces professionnels sont les gardiens d'une pratique qui vise les meilleures interventions dans l'intérêt de l'adolescent quant à son développement et à sa sécurité.

Si la tutelle ou l'adoption ne sont pas envisageables, il est possible que les services de protection se maintiennent à long terme, voire jusqu'à la majorité de l'adolescent. Il est donc très important de rester vigilant quant à la stabilité du milieu substitut de l'adolescent et quant à la possibilité d'une augmentation de ses troubles de comportement ou de ses

difficultés personnelles. L'hébergement en milieu de vie substitut jusqu'à la majorité, ordonné par un juge de la Chambre de la jeunesse, statue sur l'improbabilité de retour de l'adolescent dans son milieu familial et modifie le but des interventions auprès des personnes impliquées (parent, adolescent et milieu substitut).

Le PI prendra alors une toute autre couleur. Le travail sera axé sur l'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu de vie substitut et l'actualisation de son projet de vie et non sur les difficultés parentales liées aux éléments de compromission. Il va sans dire que certains parents refusent cette orientation et continuent d'entretenir chez l'adolescent l'espoir d'une possible réunification. En ce sens, le parent doit être informé qu'il lui appartient de faire la preuve du bien-fondé de son projet en déposant une requête en révision.

Moyens pour actualiser le projet de vie alternatif de l'adolescent :

1. Accompagner le parent qui accepte de poursuivre le cheminement;
2. Accompagner le parent qui ne peut ou n'accepte pas de poursuivre le cheminement;
3. Qualifier les contacts parent-adolescent;
4. Accompagner l'adolescent dans son milieu substitut;
5. Accompagner le milieu substitut;
6. Accompagner l'adolescent vers un projet d'autonomie;
7. Procéder à la révision du PSI-PI;
8. Produire un rapport de révision.

1. Accompagner le parent qui accepte de poursuivre le cheminement

- Sensibiliser le parent aux besoins de l'adolescent;
- Recentrer les interventions sur les besoins et l'intérêt de l'adolescent;
- Sensibiliser le parent aux réactions de l'adolescent lors de contacts avec lui;
- Amener le parent à partager son choix avec son adolescent;
- Aborder avec le parent l'alternative de la tutelle ou de l'adoption.

À travers le travail intensif effectué au **Volet I** de l'**Étape III - Actualiser le projet de vie**, le parent peut consentir au placement à long terme de son adolescent, reconnaissant parfois les lacunes qui affectent sa capacité parentale. L'accompagnement constant du parent

dans la poursuite de son cheminement devient essentiel, compte tenu de la souffrance et de l'ambivalence qu'il peut ressentir. L'intervenant doit alors inclure dans le PI des entrevues régulières avec celui-ci afin de le soutenir dans son cheminement en validant et en normalisant son choix par rapport à son adolescent.

Pour ce faire, il est important de bien documenter les actions à poser par le milieu substitut pour répondre aux besoins de l'adolescent afin de sensibiliser le parent à cette réalité. En plus des besoins inhérents à sa condition d'adolescent, ce dernier peut avoir des besoins spécifiques qui impliquent, de la part du milieu substitut, des rendez-vous avec des spécialistes, des déplacements réguliers, des participations aux PSI et PI avec les autres établissements, etc. Pour favoriser le cheminement du parent et le développement harmonieux de l'adolescent, l'intervenant doit régulièrement ramener le parent sur les besoins de celui-ci, les actions mises en place pour y répondre et les difficultés personnelles et parentales déjà identifiées. De plus, l'intervenant peut aider le parent à faire le parallèle entre son histoire de vie et celle de son adolescent. Par exemple, le parent souhaite-t-il que son adolescent vive les mêmes difficultés que lui et en subisse les mêmes répercussions ?

Dans le même sens, il apparaît indiqué de demander au parent de partager avec l'intervenant sa perception du déroulement du contact. Cet échange peut donner lieu à des mises au point révélatrices quant aux interprétations pouvant être faites par le parent sur le vécu de son adolescent en sa présence. Les verbalisations, les attitudes, les gestes et les comportements de l'adolescent sont parfois objets de perceptions erronées de la part du parent. Le fait de donner l'opportunité au parent de discuter de ses perceptions peut l'aider à cheminer et à mieux décoder les besoins de son adolescent et, par le fait même, de s'en préoccuper davantage.

Afin de poursuivre la validation et la normalisation du projet de vie de l'adolescent, l'intervenant amène le parent à partager avec son adolescent et le milieu substitut (si jugé pertinent) le projet de vie choisi. Plus le parent est clair dans le fait qu'il « permet » à son adolescent de vivre dans une autre famille, plus celui-ci a des chances d'être stable dans son milieu de vie et ainsi poursuivre son développement de façon optimale.

Le partage du choix du parent avec l'adolescent doit se faire lorsque le projet de vie de l'adolescent est actualisé, au moment opportun, selon son cheminement. Le parent exprime lui-même à son adolescent, en présence de l'intervenant, le projet de vie qu'il privilégie pour lui et lui explique les raisons qui l'amènent à prendre cette décision. Même si le parent semble douter de la pertinence de cette démarche, l'intervenant maintient sa position, à savoir que le parent demeure la personne la mieux placée pour prendre position face à son adolescent (autodétermination). Il revient à l'intervenant de

sensibiliser le parent à assurer une cohérence de son message verbal et non verbal. La responsabilité du partage appartient à l'intervenant, mais l'éducateur (lorsque présent) et le milieu substitut peuvent collaborer ou assister à cette entrevue, selon le contexte et la situation.

Le but poursuivi par le partage du choix du parent est que l'adolescent entende de son parent la décision prise au sujet de son projet de vie et que ce dernier lui donne, par le fait même, la permission de s'investir affectivement dans un milieu substitut. Afin de favoriser un développement optimal de l'adolescent, celui-ci a également besoin que son parent justifie les raisons qui l'amènent à choisir ce projet de vie. Ceci permet à l'adolescent de ne pas prendre toutes les responsabilités du placement sur ses épaules.

La planification de cette intervention est cruciale et nécessite plusieurs entrevues de préparation afin de s'assurer du bon déroulement lors du partage du choix fait par le parent. Cette intervention concerne le parent, l'adolescent et le milieu substitut et doit tenir compte des particularités de la situation en lien avec les possibles réactions de l'adolescent.

Il importe d'utiliser des stratégies pour assurer le bon déroulement de l'entrevue de partage en se préoccupant :

- Du lieu (de préférence à nos bureaux);
- Du moment de la journée (idéalement en se préoccupant de l'horaire de l'adolescent);
- De la date (une date qui n'est pas significative pour les parties);
- Des règles de fonctionnement propices à un échange respectueux;
- Des verbalisations de chacun des parents, le cas échéant.

Si le parent refuse de partager le choix du projet de vie à l'adolescent, l'intervenant doit poursuivre une réflexion clinique avec celui-ci sur la signification précise de ce refus. Est-il pour l'instant incapable d'exprimer le choix fait ? Est-il vraiment en désaccord avec celui-ci ou est-ce pour une autre raison ?

Si le parent persiste dans son refus ou s'il est absent, la collaboration d'une personne significative pour l'adolescent, apte à lui traduire adéquatement son histoire de vie peut s'avérer une solution. Il demeure essentiel que l'intervenant assume cette responsabilité si aucune personne significative pour l'adolescent ne peut le faire.

Malgré l'acceptation du parent de permettre à son adolescent d'évoluer dans un autre milieu jusqu'à majorité, il demeure important de poursuivre la démarche du projet de vie et d'aborder la possibilité de la tutelle ou de l'adoption avec lui. Ceci l'incite parfois à donner un consentement à l'un ou l'autre de ces projets de vie parce qu'il est en mesure

de demeurer centré sur l'intérêt de son adolescent. Cependant, la souffrance du parent et l'échec qu'il vit concernant son rôle parental provoquent régulièrement l'émergence d'une attitude d'ambivalence le situant dans un rapport de rapprochement et d'éloignement avec son adolescent, tantôt capable de comprendre les besoins de ce dernier, tantôt beaucoup plus centré sur ses propres besoins. La pression de la famille élargie et du milieu social peut jouer aussi un rôle important dans les difficultés du parent à assumer le choix qu'il a fait. C'est pourquoi les entrevues avec l'intervenant demeurent essentielles pour assurer la poursuite du cheminement du parent et pour faire un retour avec lui sur les contacts avec son adolescent.

2. Accompagner le parent qui ne peut ou n'accepte pas de poursuivre le cheminement

Malgré la rigueur dans l'application de la démarche et malgré les constats faits, il s'agit d'un parent qui persiste dans l'idée de reprendre son adolescent ou qui se maintient dans un mouvement contradictoire quasi incontrôlable d'ouverture ou de fermeture face à son adolescent. Il peut parfois nier la réalité, ce qui se traduit par la contestation des interventions et des évaluations, nuisant ainsi à la stabilité des liens de l'adolescent avec son milieu substitut. Mais comment accompagner ce parent ? Il est proposé de :

- Sensibiliser le parent aux besoins de l'adolescent;
- Sensibiliser le parent aux réactions de l'adolescent lors des contacts avec lui;
- Responsabiliser le parent dans la réalisation des contacts, en respectant les mesures ordonnées;
- Questionner l'irrégularité du parent quant à sa présence aux contacts, s'il y a lieu;
- Aborder l'alternative de la tutelle ou de l'adoption.

Malgré les résistances du parent, l'intervenant doit poursuivre l'accompagnement de ce dernier dans son cheminement. Pour ce faire, des entrevues lui sont alors proposées dans le but de l'amener à ventiler sur l'ensemble de la situation. En parallèle, selon son cheminement personnel, il est important de continuer à le sensibiliser à la réalité de l'adolescent en lien avec la poursuite de son développement (voir annexe 5). Par la suite, l'intervenant pourra se permettre d'identifier clairement les besoins de l'adolescent qui peuvent être de l'ordre des besoins inhérents à sa condition d'adolescent ou de besoins plus spécifiques.

Que le parent accepte ou non l'intervention, des contacts parent-adolescent sont presque toujours prévus dans la situation, mais peuvent être conditionnels au désir de l'adolescent et à son intérêt, si inscrits à l'ordonnance. Dans ces cas, un minimum de collaboration doit être obtenu du parent afin de favoriser la réalisation des contacts comme convenu. De plus, l'intervenant doit susciter des réflexions chez le parent afin qu'il soit disponible à son adolescent tout en lui offrant l'encadrement nécessaire.

Comme pour la situation où le parent accepte de poursuivre le cheminement, il apparaît indiqué de demander au parent de partager avec l'intervenant sa perception du déroulement du contact. Cet échange peut donner lieu à des mises au point révélatrices quant aux interprétations pouvant être faites par le parent sur le vécu de son adolescent en sa présence. Les verbalisations, les attitudes, les gestes et les comportements de l'adolescent sont parfois objets de perceptions erronées de la part du parent. Le fait de donner l'opportunité au parent de discuter de ses perceptions peut l'aider à cheminer et à mieux décoder les besoins de son adolescent et, par le fait même, de s'en préoccuper davantage.

Stratégiquement, pour impliquer activement le parent, il est nécessaire de le responsabiliser dans la réalisation des contacts en respectant les mesures ordonnées par la Chambre de la jeunesse. Après avoir élaboré la planification d'un horaire, conjointement avec l'intervenant, le parent se mobilise pour respecter les contacts prévus.

Pour le parent non régulier aux contacts prévus, par exemple, celui qui, après des semaines, voire même des mois d'absence, réapparaît en réclamant des contacts avec son adolescent, l'intervenant se doit de proposer et d'encourager préalablement une ou quelques entrevues avec le parent. Si ce dernier se présente à l'entrevue préalable, l'intervenant axe son intervention sur différents aspects importants à clarifier avant le contact :

- Sa situation actuelle, sa conception du contact avec son adolescent, sa motivation et sa persévérance;
- Les motifs de son absence (les motifs évoqués sont-ils en lien avec les difficultés déjà ciblées comme éléments de compromission);
- Les conséquences de ces absences sur l'adolescent (anxiété ou autres);
- L'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu de vie substitut (notions de l'attachement);
- Le sens des contacts pour lui versus le sens des contacts pour son adolescent;
- L'importance de la régularité des contacts (qu'est-ce que le parent peut soutenir comme rythme et régularité?).

Si le parent ne se présente pas à l'entrevue préalable, deux possibilités s'offrent à l'intervenant selon l'analyse qu'il fait de la situation. Cependant, dans les deux cas, il importe de bien évaluer l'impact d'une reprise de contact parent-adolescent sur le bien-être de l'adolescent. D'une part, il se pourrait qu'une discussion avec le réviseur s'impose afin d'envisager la nécessité de modifier les mesures ordonnées concernant les modalités de contacts, surtout si l'absence de contact se mesure en mois. Il est possible de recommander au tribunal une suspension temporaire des contacts afin de permettre une mise au point

avec le parent (mesures intérimaires au tribunal). D'autre part, le contact peut s'actualiser en présence de l'intervenant pour la totalité du temps prévu dans le but de :

- Vérifier sommairement l'état du parent;
- S'assurer du bon déroulement du contact;
- Être sensible au vécu et aux réactions de l'adolescent;
- Proposer à nouveau, à la fin du contact, une entrevue avec le parent afin d'explorer les aspects cités auparavant.

Malgré la résistance du parent à finaliser la démarche du projet de vie, l'intervenant doit aborder la possibilité de la tutelle ou de l'adoption avec lui. D'où l'importance de développer des stratégies d'intervention et de continuer à planifier des entrevues avec le parent.

3. Qualifier les contacts parent-adolescent

Concernant ce moyen, l'intervenant est invité à se référer au guide de pratique concernant la visite supervisée (CJQ-IU, 2010).

- Garder une préoccupation concernant la fréquence, les modalités et l'impact des contacts en lien avec le sens du placement à majorité (improbabilité de retour dans le milieu familial);
- Documenter les contacts téléphoniques ou physiques pour les qualifier.

Une recommandation de placement jusqu'à majorité pour la clientèle 12-17 ans doit être associée, dans la majorité des cas, à une diminution de la fréquence des contacts parent-adolescent afin de favoriser l'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu substitut. Cette préoccupation est d'autant plus importante lorsque l'intervenant accompagne un parent qui n'accepte pas le placement de l'adolescent et n'admet pas les lacunes importantes de sa capacité parentale. Cependant, il peut arriver que le juge ordonne des contacts avec des modalités autres que celles recommandées par la DPJ. Il est essentiel de définir clairement les objectifs dans lesquels se situent ces contacts pour être en mesure de proposer des ajustements, soit par ententes entre les parties ou par le biais du tribunal, quant à la fréquence et à la durée, considérant l'intérêt et le désir de l'adolescent ainsi que l'improbabilité de retour dans le milieu familial.

De plus, il est important de qualifier régulièrement ces contacts en lien avec l'intérêt de l'adolescent, même s'ils ne sont pas nocifs, car ils s'inscrivent dans des stratégies d'intervention. Sont-ils significatifs? Contribuent-ils à son développement? Il y a lieu aussi de se questionner sur leur fréquence pour maintenir la cohérence des interventions.

Afin de qualifier ces contacts parent-adolescent, il existe différents moyens pour les documenter, entre autres, le retour sur le déroulement des contacts tant avec le parent que l'adolescent. Parfois, l'intervenant peut assister aux contacts pour constater, par lui-même, les réactions et les impacts sur l'adolescent ainsi que les attitudes du parent à son égard.

Voici quelques exemples de ce qui peut être observé ou investigué :

- Quel est l'état de l'adolescent à son départ du milieu substitut ?
- Quel est son état et dans quel registre de sentiments se situent ses réactions lors du contact ?
- Quelle est la qualité des interactions parent-adolescent pendant le contact ?
- Quelles sont les réactions de l'adolescent lors du retour dans son milieu substitut ?
- Comment l'adolescent se comporte-t-il les jours suivant ou précédant le contact ?

Les réactions de l'adolescent, immédiatement après le contact ou dans les jours suivants, sont révélatrices de son vécu. Lors d'un contact, le transport de retour, s'il est fait par l'intervenant, peut être un moyen efficace d'avoir accès à cette information. Si des changements ou symptômes importants au niveau du sommeil, de l'alimentation, de l'humeur ou du comportement apparaissent chez l'adolescent suite aux contacts, l'intervenant doit se questionner et intervenir en faisant des vérifications auprès des personnes concernées. Si ces symptômes persistent, il y a lieu de planifier une table de révision dans le but de recommander à la Chambre de la jeunesse une modification des modalités de contacts, voire une suspension ou un interdit, dans les situations les plus graves.

Être témoin direct lors des contacts parent-adolescent permet de décrire, de façon plus exhaustive et plus spécifique, les interactions entre eux. De plus, ces interactions fournissent aussi des éléments cliniques à reprendre avec l'un et l'autre pour les faire cheminer. Il s'agit de moyens pour parvenir à qualifier les contacts parent-adolescent afin de les adapter le plus adéquatement possible. Ces contacts sont-ils nocifs ou positifs pour l'adolescent ? Désire-t-il les maintenir, les augmenter ou les espacer, les interrompre ? S'inscrivent-ils plutôt dans un contexte de compagnonnage, comme si le parent était un ami, un oncle ou à la recherche d'un confident ?

Un autre moyen de documenter les contacts est de demander au parent de planifier le contact : organiser le transport, proposer des activités à son adolescent, être présent et disponible pour toute la durée du contact, établir des règles et s'engager à référer au milieu substitut, aux éducateurs ou à l'Urgence sociale, au besoin. Il se peut que lors d'un contact parent-adolescent, l'éducateur communique avec le milieu familial pour s'assurer que les ententes prises sont respectées et que le contact se passe bien.

Ces différents moyens proposés permettent à l'intervenant de documenter régulièrement les contacts parent-adolescent dans le but de les ajuster et de les adapter aux besoins et à l'intérêt de ce dernier.

4. Accompagner l'adolescent dans son milieu substitut

- S'assurer de l'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu substitut;
- Être témoin de son vécu et de son parcours de vie;
- S'assurer de la continuité de son développement en regard de son autonomie;
- S'il y a lieu, le préparer à l'entrevue de partage avec son parent concernant son projet de vie.

Cet axe d'intervention sous-tend l'idée de continuer de se préoccuper de l'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu substitut. Il est important pour l'adolescent que l'intervenant devienne une personne significative pour lui, c'est-à-dire qu'il l'accompagne dans son cheminement et qu'il soit un témoin de son vécu et de son parcours de vie souvent difficiles. Ainsi, l'intervenant devient une personne de référence pour l'adolescent. Il tente dans la mesure du possible de s'occuper de façon plus privilégiée des moments d'incertitude, de tension ou d'adaptation que peut vivre l'adolescent.

L'intervenant réfère l'adolescent à son cheminement fait lors des escales parcourues dans *Carnet de voyage à travers ma vie*. Cette activité peut avoir un sens positif, intégrateur et mobilisateur pour lui. C'est la trace de son parcours, de son vécu et de ses projections. Elle confirme l'importance de l'ancrage affectif de l'adolescent dans son milieu substitut et permet de limiter les mouvements contradictoires qu'il peut vivre.

Cette période peut être difficile pour l'adolescent en termes d'intensité des sentiments vécus à l'égard de son parent : colère, peine, désespoir, espoir, ambivalence, détresse, anxiété, etc. L'adolescent a besoin d'être accompagné par rapport au processus de deuil en lien avec l'impossibilité d'un retour avec son parent. Donc, un accompagnement soutenu de la part de l'intervenant doit être fait auprès de l'adolescent afin de rester connecté aux émotions de celui-ci pour peut-être envisager des services qui pourraient l'aider à faire face à sa situation. Ce défi est d'autant plus élevé pour l'intervenant si l'adolescent est hébergé en centre de réadaptation jusqu'à sa majorité. De par la détresse qu'il vit, l'adolescent peut être prêt à accepter n'importe quelles conditions pour retourner vivre chez son parent même si cela ne répond pas à ses besoins. Cette période peut contribuer à augmenter les troubles de comportement déjà présents chez l'adolescent et ébranler l'intervenant dans sa conviction concernant le projet de vie déjà actualisé. De plus, il peut tomber dans le piège de recommencer la démarche ou modifier les décisions déjà prises au sujet des contacts en ce qui concerne la durée ou la fréquence sans se préoccuper de l'intérêt de l'adolescent.

De plus, en lien avec la continuité du développement de l'adolescent, l'application de l'approche SOCEN (Lemay et Ghazal, 2008) favorise une réponse optimale aux besoins

de ce dernier surtout s'il s'agit d'un placement en famille d'accueil. L'approche permet également de cibler des objectifs plus précis en regard du développement de l'autonomie chez l'adolescent et nécessite une plus grande implication de la famille d'accueil.

Par ailleurs, compte tenu du cheminement qui peut être fait par le parent, il s'avère judicieux de préparer parallèlement l'adolescent et le parent à l'entrevue de partage du projet de vie actualisé. La technique de la mise en situation peut être utilisée, tant pour le parent que pour l'adolescent, car ce partage représente souvent un moment très émotif, imprégné de sentiments profonds et bouleversants. Lors de l'entrevue de partage, le parent accepte alors de communiquer à l'adolescent les motivations qui sous-tendent son choix et, en contrepartie, accepte aussi que celui-ci le questionne et réagisse à ses propos.

5. Accompagner le milieu substitut

- Informer régulièrement le milieu substitut de l'évolution de la démarche du projet de vie;
- Travailler de concert avec l'intervenant des ressources responsable du milieu substitut;
- Préciser ou revérifier l'engagement réel du milieu substitut envers l'adolescent;
- Soutenir le milieu substitut par rapport aux réactions possibles de l'adolescent;
- Sensibiliser le milieu substitut aux réactions de l'adolescent à la suite d'un contact avec son parent.

Il est nécessaire d'informer régulièrement le milieu substitut de l'évolution de la démarche du projet de vie. Plus ce milieu comprendra le but des interventions et saura à quoi s'en tenir, moins les frictions et les intolérances seront présentes. Si l'adolescent est hébergé en famille d'accueil, l'arrimage avec l'intervenant responsable de cette famille devient essentiel pour travailler de concert et favoriser une compréhension éclairée de la situation de l'adolescent auprès du milieu substitut.

Une bonne communication entre les parties s'avère primordiale, permettant d'aplanir les difficultés, de dédramatiser et, tout compte fait, de préserver la stabilité du placement de l'adolescent. Il est d'autant plus important de rencontrer le milieu substitut, de lui offrir le soutien dont il a besoin pour poursuivre son projet avec l'adolescent. La création d'un espace de parole représente une opportunité d'exprimer son désarroi par rapport aux difficultés rencontrées ou aux sentiments vécus par l'adolescent. Il contribue à ce qu'il soit entendu afin qu'il puisse prendre le recul nécessaire face à la situation. Cet espace de parole permet aussi à l'intervenant de confirmer l'engagement de la famille et son implication dans le projet de vie de l'adolescent.

Les mouvements contradictoires du parent ou de l'adolescent influencent le fonctionnement de ce dernier et conséquemment la dynamique à l'intérieur du milieu substitut. Le soutien direct au milieu substitut, en collaboration avec des partenaires et des ressources du milieu, devient alors essentiel. Il importe de lui fournir des stratégies d'intervention pouvant l'aider à faire face aux écueils liés à la relation avec l'adolescent et amener celui-ci à reprendre un fonctionnement plus adapté dans toutes les sphères de sa vie. Il demeure important de sensibiliser le milieu substitut aux réactions normales de l'adolescent à la suite d'un contact avec son parent. Le milieu substitut doit demeurer respectueux dans les commentaires faits au sujet du parent de l'adolescent. L'intervenant a comme attente face au milieu substitut qu'il soit à l'écoute de l'adolescent, qu'il l'accueille, qu'il ne juge pas et ne disqualifie pas le parent de ce dernier. Ainsi, l'intervenant sensibilise le milieu substitut de la vulnérabilité et de la fragilité de l'adolescent et de l'impact de leurs commentaires sur son fonctionnement et sur l'éclosion possible ou l'augmentation d'un conflit de loyauté.

Il peut arriver qu'une crise dans le milieu substitut amène les parents d'accueil à demander le déplacement de l'adolescent dans un délai assez court. Il appartient donc à l'intervenant de tenter de préserver la stabilité du projet de vie de l'adolescent en mettant à contribution les différents acteurs pour trouver des solutions afin de régler la crise sans le déplacement de l'adolescent. De plus, il importe que l'intervenant sensibilise le milieu substitut sur l'impact d'un changement de milieu de vie en termes de rupture de l'ancrage affectif qui s'est développé avec eux et de la perte de repères environnementaux important pour l'adolescent. L'intervenant doit donc offrir des moyens pour maintenir l'adolescent dans son milieu substitut. Dans le cas où il doit être placé en centre de réadaptation, le retour dans son milieu substitut sera le projet de vie privilégié. Ainsi, la famille d'accueil sera sollicitée en tant que figure parentale et l'implication du parent biologique sera minimale et limitée étant donné qu'il y a eu démonstration d'une improbabilité de retour de l'adolescent dans son milieu familial.

6. Accompagner l'adolescent vers un projet d'autonomie

Tous les jeunes doivent être préparés en vue de leur majorité et de l'autonomie que celle-ci leur accorde. Les jeunes pris en charge par les centres jeunesse, qui vivent chez leurs parents, chez un tiers, avec un tuteur, ou dans certains cas dans une famille d'accueil, bénéficient à des degrés divers de l'aide de personnes significatives pour se préparer à l'autonomie. L'atteinte de la majorité est inéluctable certes, mais cette étape de vie est difficile, pour ne pas dire pénible, pour nombre de jeunes hébergés dans une ressource autre qu'un milieu de type familial. Il faut donc mettre en place des programmes qui viseront « à augmenter les capacités de ces jeunes à s'intégrer socialement de façon autonome et à s'investir sur le plan professionnel » (ACJQ, 2009, p. 60).

Pour l'intervenant, accompagner l'adolescent dans son projet d'autonomie signifie :

- Aider l'adolescent à développer des compétences dans différents domaines de l'autonomie : tâches de la vie quotidienne, hébergement, gestion monétaire, habiletés sociales, soins personnels, etc.
- Aider l'adolescent à développer des habiletés et mettre à profit ses aptitudes pour favoriser son insertion sociale et professionnelle;
- Aider l'adolescent à identifier et à développer des liens avec des personnes significatives dans diverses sphères de sa vie.

L'intervenant peut référer l'adolescent au *Programme qualification des jeunes* (PQJ) qui vise essentiellement les objectifs précédents. L'adolescent de 15 ans et 9 mois à 16 ans et 3 mois peut être inscrit à ce programme. L'adolescent a habituellement connu de longues périodes de placement et n'a aucune possibilité de réintégrer son milieu familial ou une possibilité très réduite. La durée du suivi dans ce programme peut aller jusqu'à ce que l'adolescent atteigne l'âge de 19 ans.

7. Procéder à la révision du PSI-PI

Le PSI et le PI sont des outils cliniques obligatoires à la base de la planification de l'intervention. Ils indiquent à l'intervenant, au parent et à l'adolescent ce qui est attendu et l'évolution vers la situation désirée. Ils assurent une pratique rigoureuse et structurée, tout en gardant le cap sur le projet de vie de l'adolescent dans un milieu exempt de compromission. Le parent et l'adolescent, en alliance avec l'intervenant, seront sensibles aux preuves concrètes de leur cheminement personnel en lien avec le projet de vie actualisé pour l'adolescent.

Les objectifs et les moyens sont évalués par les parties impliquées afin de faire le bilan de l'évolution de la situation.

8. Produire un rapport de révision

Le rapport de révision permet de synthétiser les actions réalisées par l'ensemble des acteurs et fournit au parent, à l'adolescent, à l'intervenant et au réviseur, un portrait de l'évolution de la situation. Il témoigne du travail accompli, sert de point de repère pour les interventions subséquentes et laisse une trace importante concernant le bilan de la situation à ce moment en vue d'un ajustement à la planification de l'intervention. Il permet de s'y référer, au besoin, pour assurer une continuité clinique dans l'intervention.

De plus, la table de révision est également l'occasion de s'interroger sur le projet de vie de l'adolescent en lien avec la possibilité de se diriger vers la tutelle ou l'adoption et, si l'un de ces projets se concrétise, le réviseur met fin à l'intervention en protection.

En conclusion, l'actualisation du projet de vie de l'adolescent dans un milieu substitut amène l'intervenant à travailler de façon plus intensive avec l'adolescent et ce milieu, tout en accompagnant le parent dans son cheminement.

L'hébergement en centre de réadaptation doit demeurer un projet de vie exceptionnel pour l'adolescent et il importe qu'une personne significative soit en lien avec lui afin de favoriser un ancrage affectif. Si l'adolescent n'a aucun réseau social, il devient primordial de l'inscrire au PQJ qui a comme objectif, entre autres, de développer des réseaux de soutien et d'aide sur lesquels l'adolescent pourra compter.



Conclusion

L'intervention proposée dans *Mon projet de vie, guide de pratique pour la clientèle 12-17 ans* soulève un enjeu de taille lorsque l'adolescent présente des troubles de comportement sérieux. Les interventions peuvent être davantage orientées en fonction des troubles de comportements sérieux de l'adolescent au détriment du projet de vie de ce dernier. Or, il importe de garder à l'esprit qu'il est possible que le fait que l'adolescent ne sache pas à quoi s'en tenir quant à son projet de vie et qu'il se retrouve sans repère et sans ancrage affectif, suscite chez ce dernier des comportements problématiques. Dans plusieurs cas, ces troubles deviennent les symptômes d'une situation ambiguë et complexe dans laquelle évolue l'adolescent. C'est pourquoi il s'avère essentiel de procéder à l'application de la démarche du projet de vie, même si l'adolescent devient envahi émotionnellement et nécessite des interventions spécifiques en lien avec ses comportements problématiques. L'intervention exige rigueur et intensité tout autant que l'engagement de l'intervenant dans les services à offrir à la clientèle vulnérable que sont les adolescents. L'intervenant doit se préoccuper d'offrir à l'adolescent les opportunités pour qu'il crée un ancrage affectif et conserve ses repères environnementaux, lui permettant de mieux évoluer dans les différentes sphères de sa vie. Pour ce faire, la réalisation du *Carnet de voyage à travers ma vie* peut aider l'adolescent à développer sa résilience.

Dans les principes qui sont contenus dans ce guide, tout est mis en œuvre pour interpeller le parent et l'adolescent et leur donner une véritable chance de se reprendre en main et de faire en sorte qu'ils puissent vivre ensemble. Ceci se traduit par un travail d'encadrement structuré, intensif et soutenu dans un délai d'intervention précis, ce qui devient un « incontournable » pour rester centré sur l'intérêt de l'adolescent.

L'application de ce guide exige de la rigueur et de la vigilance. Il a la prétention de s'intéresser, de façon tout aussi importante, tant à l'aspect de la sécurité de l'adolescent qu'à l'aspect de la poursuite de son développement, dans une vision qui s'inscrit à plus long terme, tout en respectant le mandat de protection.

Références bibliographiques

Association des Centres jeunesse du Québec (2009). *Cadre de référence Un projet de vie, des racines pour la vie*, Montréal : ACJQ.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2005). *Cadre de référence sur le retrait et le placement d'un enfant*, Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2012). *Carnet de voyage à travers ma vie*, avril 2005, Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2002). *Définition trajectoire continue des services*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2012). *Démarche d'accompagnement clinique vers l'Adoption / Tutelle*. Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2011). *Guide de pratique du choix du milieu familial substitut*, Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2010). *Guide de pratique concernant la visite supervisée*, Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2007). *PLAN D'ACTION pour adapter nos pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la LPJ*, Québec : CJQ-IU.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2011). *Rapport d'activités 2010-2011 du CJQ-IU Voir autrement pour faire une différence*. Québec : CJQ-IU.

Compas B. E., Dairs G.E., Forsythe, C.J., Wagner, B.M., et al. (1987). Assessment of Major and Daily Stressful Events during Adolescence : the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534-541.

Janosz, M. (1998). *La prévention de l'inadaptation sociale: approche développementale*. *Criminologie*, 31(1), 3-5.

Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Columbia University Press.

Lazarus, R. et Folkman, S. (1991). *The Concept of Coping*. Dans A. Monat & R. S. Lazarus (dir.), *Stress and coping : an anthology* (189-206). New York : Columbia University Press.

Lemay R. et Ghazal H. (2008). *S'occuper des enfants. Guide de l'intervenant*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Loi sur la protection de la jeunesse, chapitre P-34.1, Québec : Éditeur officiel du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec : Éditeur, page 694.

Nadeau, D. (2010). *La santé mentale des usagers du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire : Suivi préliminaire d'implantation de l'offre de service en santé mentale du CJQ-IU*. Québec : CJQ-IU.

Pronovost, J., Leclerc, D., et Dumont, M. (2003). *Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse*. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 179-200.



Annexes

Annexe 1 : Inventaire du soutien social et familial (ISSF)	87
Annexe 2 : Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant	89
Annexe 3 : Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et Guide d'accompagnement de la grille	91
Annexe 4 : Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse	119
Annexe 5 : Développement de l'enfant et effet de la maltraitance sur le développement de l'enfant	123
Annexe 6 : Indicateurs de retrait de l'enfant	133
Annexe 7 : Trajectoire en santé mentale	137
Annexe 8 : Droits des adolescents	139



Annexe 1 :

L'Inventaire du soutien social et familial (ISSF)

L'ISSF est un outil inspiré de Sarason (1991) et Assis (1984) qui fut adapté par le CJQ-IU en 2003. Il fournit la connaissance sur le réseau de l'enfant et de son parent. Les données obtenues donnent à l'intervenant un aperçu assez complet des ressources du parent, de son insertion dans la communauté et de ses liens avec la famille élargie. Cet outil peut être utilisé à n'importe quel moment de l'intervention à l'Orientatation ou à l'Application des mesures. Il peut s'employer de manière comparative, en demandant au parent de le compléter à plus d'une reprise lors du suivi.

Très facile d'utilisation, il fournit des renseignements sur différentes sphères de vie du parent, à savoir :

- Le soutien affectif;
- Le soutien financier et matériel;
- Le soutien informationnel;
- La valorisation personnelle;
- Le soutien instrumental;
- Le soutien à la socialisation;
- Les interactions négatives.

Pour chacune de ces sphères, la description faite par le parent est nominative (inscription du nom de la ou des personnes à qui il réfère) et permet de documenter la proximité avec cette personne, les contacts avec elle pendant le dernier mois ainsi que le degré de satisfaction du parent à cet égard. En fait, les données fournissent un portrait de la quantité, de la qualité et de la diversité du soutien dont bénéficie le parent. De plus, ces données rendent la situation sociale et familiale plus évidente aux yeux du parent lui-même.

L'ISSF peut également servir de levier pour développer, renforcer, augmenter et consolider l'insertion sociale, qui s'avère un facteur de protection significatif lorsqu'un travail se fait dans un but de maintien ou de retour de l'enfant avec son parent. Les données recueillies permettent également de cibler certains objectifs et moyens du PSI et du PI. L'outil peut aussi être utile à quelques mois d'une fermeture de dossier lorsque le parent manifeste certaines résistances à l'approche de la fin du processus d'intervention, entre autres :

- La crainte de se retrouver seul face aux difficultés;
- La crainte de changer d'intervenants;
- La crainte de perdre une relation qui lui fait du bien et qui l'aide;
- Le manque d'énergie pour s'impliquer avec un intervenant d'un autre organisme;
- Etc.

L'ISSF peut donc s'avérer un outil fort utile pour favoriser une cessation de services en douceur et éviter la possibilité d'un nouveau signalement. Il aide le parent à accepter véritablement la fin du service en le positionnant dans sa communauté et dans ses liens sociaux et familiaux.

Annexe 2 :

Le Guide d'accompagnement auprès des parents dans leurs choix face à leur enfant

Ce guide, conçu et réalisé par les membres de la table de réflexion clinique sur l'abandon du CJQ-IU en 2003, sert d'abord et avant tout à outiller l'intervenant qui entreprend avec un parent une démarche de projet de vie. Il aide aussi l'intervenant à accompagner et à soutenir le parent dans cette démarche.

En fait, il vise à approfondir une réflexion sur le type d'implication actuelle et future que souhaite entretenir le parent avec son enfant. Il constitue donc un soutien à l'intervenant lors des entrevues avec le parent sur :

- Les thèmes abordés avec celui-ci;
- L'ordre dans lequel les thèmes doivent être abordés;
- Les choix que le parent peut faire;
- L'impact prévisible du comportement du parent sur l'enfant;
- Les droits et les responsabilités du parent en lien avec les besoins de l'enfant;
- Les réponses à offrir à l'enfant.

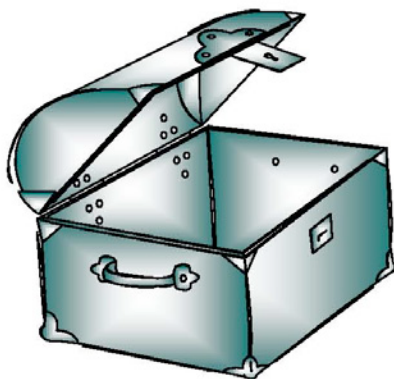
Le guide contient également des exercices que le parent peut compléter à la maison ou avec l'intervenant afin d'approfondir certains thèmes ou en faciliter la verbalisation. Ces entrevues deviennent une opportunité supplémentaire pour le parent afin de démontrer la cohérence entre ses intentions, ses verbalisations et ses actions.

Annexe 3 :

Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité et guide d'accompagnement

Protocole d'intervention
auprès des enfants dont la situation est à risque
d'instabilité ou de discontinuité

*Guide accompagnant la Grille de dépistage
du risque d'instabilité ou de discontinuité*



Annexe 3 (suite)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	2
1. Généralités pour la compréhension de la grille	3
2. Utilisation de la grille et instructions pour la remplir	4
3. Première section de la grille : Identification	5
4. Deuxième section de la grille : Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité.....	6
4.1 Facteurs problématiques chez les parents	6
4.2 Facteurs reliés aux difficultés de l'enfant	12
4.3 Facteurs reliés à l'attachement	14
4.4 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés aux parents dans la réponse aux besoins de l'enfant	17
4.5 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés à la situation de placement.....	19
Bibliographie	20
5. Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité	21

Annexe 3 (suite)

INTRODUCTION

La grille d'évaluation permettant d'identifier les enfants dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité et le guide accompagnant cette grille ont été inspirés de documents que vous trouverez dans la section bibliographie de cette annexe. Le contenu reflète la pratique des intervenants des centres jeunesse et des centres de santé et de services sociaux.

Soulignons que ces instruments ne font pas l'inventaire des capacités parentales. Il s'agit plutôt d'outils complémentaires pour dépister le risque d'instabilité ou de discontinuité de l'enfant et planifier plus rapidement une intervention appropriée. Ils peuvent donc être utilisés à différentes étapes du processus d'intervention auprès des enfants et leurs parents.

1. GÉNÉRALITÉS POUR LA COMPRÉHENSION DE LA GRILLE

LA GRILLE COMPORTE DEUX SECTIONS :

- Une section intitulée « Identification »;
- Une section intitulée « Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité ».

La section *IDENTIFICATION* permet de lire la situation de l'enfant à travers son histoire de placement, la position des parents et le cadre légal de la mesure actuelle. Il ne s'agit pas ici de remplacer les données factuelles du dossier habituel, mais plutôt de condenser des informations très pertinentes à la problématique des enfants dont la situation est à risque d'instabilité ou de discontinuité. Cette étape d'identification réalisée permet de commencer une analyse en saisissant une vue globale de l'histoire de l'enfant.

La section *FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ* comporte des informations sur les éléments qui peuvent laisser croire si effectivement les enfants sont à risque de délaissement.

Les cotes suggérées n'ont qu'une valeur relative. Les résultats obtenus servent d'indicateurs et doivent être interprétés avec une certaine réserve. Cependant, à partir des constats observés, l'intervenant pourra plus judicieusement préparer un plan d'intervention et assurer, s'il y a lieu, un projet de vie stable pour l'enfant.

Notons également que la grille tient compte des deux parents. Si l'un des deux parents est absent, on cote l'information disponible. Portez attention de ne pas substituer un conjoint à un parent.

Même si un parent n'exerce plus son rôle ou est absent de la vie de l'enfant, on ne peut parler d'abandon si l'autre parent exerce encore certaines responsabilités envers son enfant. On devra considérer davantage les attitudes, les comportements et les intentions de ce dernier.

Pour compléter la grille, il n'est pas nécessaire, quoique souhaitable, de rejoindre le parent absent. Cependant, ce parent absent, qui pourrait se manifester suite à une relance, ne peut pas être écarté advenant la nécessité de réaliser la démarche du projet de vie pour l'enfant.

2. UTILISATION DE LA GRILLE ET INSTRUCTIONS POUR LA REMPLIR

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA GRILLE :

- Lire attentivement les explications relatives à chacun des facteurs;
- Encercler le chiffre correspondant le plus près possible à la situation de l'enfant ou des parents;
- Noter seulement quand l'information est disponible, sinon, aucune cote n'est inscrite (éviter les déductions afin de garder le caractère objectif de la grille);
- Ajouter, s'il y a lieu, de brefs commentaires pertinents justifiant votre décision;
- *INDICES DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ*: plus il y a présence de facteurs cotés à un niveau important (1) ou très important (2), plus il y a risque d'instabilité ou de discontinuité. Sans oublier également les facteurs non cotés et tout aussi importants.

3. PREMIÈRE SECTION DE LA GRILLE : IDENTIFICATION

Cette collecte de données contribue à cerner certains aspects majeurs de la vie de l'enfant et de sa famille associés généralement à un risque d'instabilité ou de discontinuité.

Concernant le portrait familial pour l'information sur le réseau, considérer :

- Le conjoint(e);
- Ami(e);
- Famille élargie.

Concernant la partie historique des placements et déplacements, mise en garde sur deux points :

- Répertorier les différents placements privés (gardiennage varié et répétitif) de façon à donner un aperçu le plus juste possible des discontinuités dans la garde de l'enfant;
- Porter attention à bien identifier les différents types de placement.

EXEMPLE

Il s'agit de Sophie, âgée de 3 ½ ans, née prématurément le 5 novembre 1997 à 28 semaines de gestation. Elle a intégré son milieu familial à 3 mois.

Jusqu'à l'âge de 2 ans, elle fut confiée privément soit à la grand-mère ou à une tante pour des périodes plus ou moins longues variant de quelques jours à quelques semaines. Ces placements privés totaliseraient environ une durée de six mois de vie.

À l'âge de 27 mois, elle fut placée en famille d'accueil régulière pour une période de 6 mois. Une réintégration s'est actualisée sur une durée de 4 mois et a échoué en raison de l'état dépressif de la mère et de l'absence du père.

La façon de compléter la grille serait donc :

Placement actuel depuis le: 2000 10			Date du premier placement: naissance		
An Mois Jour			An Mois Jour		
Type de placement: Privé (P)		Centre de réadaptation (CR)	Famille d'accueil (FA)		Hospitalisation (H)
Type:	H	P	FA	FA	
Durée:	3 mois	6 mois	6 mois	5 mois	
					4 et + (Nombre)
					=
					20 mois (Durée totale)
Milieu familial: 2 ans			4 mois		
			42 mois de vie		

4. DEUXIÈME SECTION DE LA GRILLE : FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

4.1 Facteurs problématiques chez les parents

A) PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

- Problème de santé mentale et antécédents psychiatriques diagnostiqués;
- Problème non diagnostiqué s'apparentant à un trouble de santé mentale.

Dans la mesure où il y a diagnostic psychiatrique ou antécédent psychiatrique connu, nous détenons une information relative à la capacité parentale d'assurer les soins de l'enfant.

Dépendamment de la gravité du problème, de sa récurrence, de sa chronicité, le parent peut ne pas être en mesure d'exercer ses responsabilités à court, moyen ou long terme.

Il s'agit ici de percevoir jusqu'à quel point le parent est limité indépendamment du contrôle volontaire qu'exerce le parent sur le problème.

NOTE : Concernant un problème non diagnostiqué s'apparentant à un trouble de santé mentale, ne pas coter.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Cote 1 IMPORTANT

Problème sérieux mais contrôlé par médication ou épisodique.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Problème identifié comme majeur, permanent ou récurrent.
Il exige un suivi et un traitement médical à long terme.

B) DEGRÉ D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

L'autonomie fonctionnelle fait ici référence à la « capacité des parents d'assumer leurs propres besoins quotidiens » aux plans physique, alimentaire, vestimentaire et hygiénique

On aborde également la notion de sécurité physique reliée à l'assurance d'un lieu de résidence stable adéquat, à la propreté des lieux, au gardiennage responsable.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Autonomie adéquate. Suivi non nécessaire.

Cote 1 IMPORTANT

Autonomie modérée ou acceptable pouvant nécessiter un support lors de crise ou de difficulté.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Incapacité d'autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne. Prise en charge permanente ou prise en charge partielle avec environnement supervisé.

C) PROBLÉMATIQUE DE TOXICOMANIE

Définition de la toxicomanie: consommation régulière et abusive d'alcool, de drogues, de médicaments. Assuétude présente.

Il faut tenir compte à la fois des produits consommés, de l'accoutumance, de la dépendance physique et psychologique ainsi que de la motivation et de la capacité à mettre fin aux abus.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Consommation acceptable et responsable. Il n'y a jamais d'écart de conduite.

Cote 1 IMPORTANT

Il y a accoutumance ou un désir (mais non une obligation) de continuer à boire ou à prendre de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre. Peu ou pas de tendance à augmenter les doses. Une certaine dépendance psychique, mais une absence de dépendance physique. La consommation est régulière ou sporadique, mais les abus ne semblent pas excessifs, la personne peut généralement accomplir ses rôles sociaux et parentaux, mais il se produit parfois des écarts de conduite dangereux pour l'enfant.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Consommation chronique avec une dépendance d'ordre physique et généralement d'ordre psychologique. Des effets nuisibles à l'individu et à la société qui rendent le parent généralement non fonctionnel au travail et aux tâches parentales.

D) LIMITES PARENTALES

Limites intellectuelles, sociales et culturelles

Cet item réfère aux limites intellectuelles d'un parent qui sont reliées à de la déficience, à des manques ou à des carences en regard de la stimulation, limites qui viennent interférer sur le fonctionnement du parent dans les rôles qu'il a à jouer auprès de son enfant.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Aucune limite observée.

Cote 1 IMPORTANT

Le parent a besoin d'un environnement ou d'un support spécialisé pour mieux remplir certains rôles. Le parent peut être attentif à l'enfant sans toutefois être efficace dans la réponse aux besoins de celui-ci.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Le parent démontre une incapacité de fonctionner dans un ou plusieurs de ses rôles majeurs en raison d'une limite intellectuelle (troubles de jugement, d'apprentissage, d'adaptation). Celui-ci ne peut pas présumer des besoins de l'enfant.

E) IMMATURITÉ PARENTALE

« La maturité est définie comme le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne par rapport au support qui est requis pour faire un usage adéquat de ses moyens physiques, émotifs, intellectuels, etc. » (Centre Rosalie Jetté, 1993).

L'immaturation se caractérise par les comportements suivants : intolérance à la frustration, satisfaction immédiate des besoins, incapacité de nommer les sentiments, inaptitude à la planification, absence chronique de motivation à résoudre les problèmes, tendance à la dépendance passive, absence d'empathie : incapacité de se décentrer de soi-même.

L'immaturation se remarque également par de l'instabilité, qu'elle soit financière, affective, locative et par des antécédents de carences affectives (abus, négligence, placements antérieurs, suivis antérieurs, absence de démonstration affective, de valorisation, de reconnaissance, de stimulation et d'encouragement).

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Il est sensible aux émotions, assume ses responsabilités, reconnaît les besoins des autres et de son enfant. Il trouve beaucoup de satisfaction dans son rôle de parent.

Cote 1 IMPORTANT

Le parent est capable occasionnellement de reconnaître ses émotions et celles des autres, mais il a plutôt tendance à fuir ou à se protéger. Il fait des efforts pour répondre à certains besoins des autres ou de son enfant, mais cela ne lui est pas facile. Il a tendance à fuir les responsabilités non valorisantes ou trop exigeantes. Il a occasionnellement besoin de l'encouragement et du soutien de son milieu pour persister dans ses responsabilités sociales et parentales.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Le parent tolère peu ou aucunement les frustrations, nie ses émotions, ne reconnaît pas les besoins des autres, particulièrement ceux de son enfant. Il recherche constamment les gratifications auprès des autres et de son enfant. Il ne trouve pas de satisfaction dans les tâches qu'il doit assumer auprès de son enfant qui représente pour lui un fardeau. Il a le sentiment d'être persécuté et ne reconnaît jamais ses responsabilités et ne veut pas assumer les conséquences de ses gestes ou de ses crises fréquentes. Il est très instable et ses réactions sont toujours imprévisibles.

F) CONDUITES DÉLINQUANTES

Parents ayant des conduites délinquantes, si oui :

☐ Délinquance reconnue légalement • Précisez :

☐ Délinquance existante mais non reconnue • Précisez :

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Cote 1 IMPORTANT

Délinquance périodique sans violence contre la personne

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Délinquance reconnue ou non, mais récidive et absence fréquente et prolongée, suite à de l'emprisonnement, de la vie de l'enfant. Également présence de violence contre la personne. Fréquentation de milieu délinquant.

G) MALTRAITANCE PARENTALE

Maltraitance connue d'un parent envers un autre enfant.

Fait référence à toute forme d'abus physique ou sexuel et à de la négligence grave.

4.1 Facteurs reliés aux difficultés de l'enfant

A) LA PROBLÉMATIQUE DE L'ENFANT

La problématique de l'enfant

L'enfant présente-t-il des difficultés particulières (oui ou non).

Ces facteurs réfèrent ici aux difficultés ou limites de l'enfant, lesquels ont un impact significatif sur la relation parents-enfant et leur motivation à répondre aux besoins de l'enfant.

Identifier d'abord la ou les problématiques en cochant les cases appropriées.

☐ **a) Maladie physique ou handicap physique**

☐ **b) Hospitalisation par naissance prématurée et autre**

☐ **c) Retard développemental**

- Trouble du langage
- Problème d'autonomie fonctionnelle
- Immaturité affective
- Problème de motricité

☐ **d) Problème émotionnel diagnostiqué**

- Hyperactivité
- Trouble de l'humeur (dépression)
- Troubles anxieux : angoisse, refoulement, phobies scolaires ou autres
- Troubles névrotiques : obsession, hystérie
- Énurésie
- Encoprésie
- Anorexie
- Boulimie
- Toxicomanie
- Troubles narcissiques
- Troubles de l'attachement

☐ **e) Problème d'apprentissage spécifique**

- Écriture
- Graphisme
- Retard scolaire
- Motricité fine

Annexe 3 (suite)

☐ f) Problème de conduite de l'enfant

- Les troubles réfèrent à des conduites d'extériorisation : agressivité, colère, fugue
- Les troubles réfèrent à de la violence : résistance à l'autorité, abus de drogue
- Les troubles réfèrent à la délinquance : vol, vandalisme, prostitution
- Les troubles réfèrent à des conduites d'intériorisation : retrait, tendance suicidaire, faible estime de soi, isolement, difficulté d'affirmation et d'expression de ses besoins.

La cote indique l'attitude du parent face à l'incapacité ou à la difficulté ci-haut décrite.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Pas de problème.

Cote 1 IMPORTANT

Parent plus ou moins acceptant avec réserve, mais pas ouvertement rejetant ou hostile.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Problème non perçu ou parent ouvertement rejetant.

Annexe 3 (suite)

4.3 Facteurs reliés à l'attachement

Cotes 0 - 1 - 2

Plus il y a manifestation et intensité des éléments mentionnés en A, B et C, plus la cote est sévère.

Si l'information n'est pas connue, ne rien indiquer.

A) PENDANT LA GROSSESSE (à remplir pour le enfants de 0 à 5 ans)

(Voir 3.1 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) Grossesse antérieure problématique

(avortement, mort-né, enfant handicapé, enfant abandonné à la naissance)

- Le parent a déjà eu un enfant qu'il n'a pas gardé, soit qu'il ait été laissé en adoption à la naissance, soit qu'il ait été confié à une autre famille
- La mère a eu un ou plusieurs avortements, un bébé mort-né, prématuré ou handicapé
- Les deuils non résolus qui ont eu une influence sur la difficulté d'attachement pendant cette grossesse

b) Difficulté à s'adapter aux changements physiques pendant la grossesse, a des habitudes de vie inadéquates pour le développement du fœtus, absence de planification, refuse de verbaliser sur la grossesse

- Consommation d'alcool ou de drogues, plus de 10 cigarettes par jour
- Alimentation inadéquate, peu de gain de poids
- Surpréoccupée par les changements physiques (ou ne les accepte pas), être excessivement préoccupée par son image corporelle (ou la rejette)
- Peu d'organisation matérielle en vue de l'arrivée du bébé
- Peu d'adaptation de son régime de vie (ex. : exercice physique excessif, travail effréné)

c) Projet d'interruption volontaire de grossesse ou adoption non réalisée sous les pressions de l'entourage

- Continue la grossesse pour faire plaisir aux autres, mais ne s'attache pas au bébé

d) Attentes irréalistes à l'égard de l'enfant

- Quête du « bébé-objet », prolongement de soi-même, refus du « bébé-sujet »
- Propos incohérents et contradictoires quant à la place de l'enfant dans sa vie
- Projection irréaliste de l'enfant à naître

e) Perçoit très négativement sa capacité d'être parent, peur d'être violent, se dévalorise

- Le parent est très insécure, se sent incompetent
- Difficile à rassurer pendant la grossesse
- Planifie pendant la grossesse la prise en charge de son enfant par une autre personne qu'elle juge plus compétente

Annexe 3 (suite)

B) INDICES DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT CHEZ LE PARENT

(Voir 3.2 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) Antécédents parentaux problématiques

- Père ou mère a connu un vécu familial difficile (mauvais traitement, placement en famille d'accueil, négligence, rejet)

b) Ne démontre pas d'intérêt pour son enfant, ni de plaisir en sa présence

- Le parent ne crée pas de place dans sa vie pour l'enfant, n'assiste pas aux rencontres à l'école, ne démontre pas d'intérêt au progrès de son enfant, ne crée pas de situation où ils ont du plaisir ensemble

c) Manque d'interaction positive avec l'enfant

- Contact visuel peu fréquent et fuyant, regard hostile, peu de contact chaleureux, a des commentaires négatifs
- Le parent, lorsqu'il parle, ne fait ressortir que des aspects négatifs de son enfant

d) Surprotection de l'enfant ou manque de protection dans les situations de danger où l'enfant en aurait besoin

- Négligence dans les soins de base de l'enfant
- Relation fusion-rejet
- Gardiennages multiples, différentes personnes plus ou moins appropriées gardent l'enfant ou encore ne fait confiance à aucune personne

e) Difficulté à décoder les besoins de l'enfant

- Insensible à la détresse émotionnelle de l'enfant, manque de connaissance de son enfant (ses goûts, ses intérêts...)
- Manque d'empathie

f) Déception face à l'enfant réel versus l'enfant idéalisé

- Le parent est déçu du sexe de son enfant
- Qu'il soit prématuré ou handicapé
- N'accepte pas son tempérament ou que l'enfant ne soit pas gratifiant

g) Ne distingue pas l'enfant comme une personne distincte

- Ne reconnaît pas le besoin d'autonomie chez l'enfant
- Vit difficilement l'étape de séparation-individuation

C) INDICES DES PROBLÈMES D'ATTACHEMENT CHEZ L'ENFANT

(Voir 3.3 dans la Grille de dépistage du risque d'instabilité ou de discontinuité)

a) L'enfant est hypervigilant

- Il a peur du parent et ne recherche pas le réconfort ou la sécurité lorsque dans le besoin
- Il est anxieux, craintif, aux aguets constamment

b) L'enfant a de la difficulté à s'attacher, à s'enraciner

- Il n'accepte pas l'amour des autres personnes
- Il a un comportement agressif, il provoque le rejet
- Il refuse la proximité

c) L'enfant s'attache à n'importe quelle personne sans discrimination

- Il est prêt à partir facilement avec un inconnu et s'il le fait il n'a aucune réaction d'insécurité ou d'anxiété

4.4 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés aux parents dans la réponse aux besoins de l'enfant

A) ENGAGEMENT DES PARENTS À RÉPONDRE AUX BESOINS DE L'ENFANT

Besoins physiques

Soins requis pour la santé (dentistes, vaccins, visites médicales, blessures); l'alimentation adéquate en regard de la quantité et de la qualité : l'habillement convenable selon la température et des vêtements suffisamment propres; respect d'une bonne hygiène corporelle, salubrité et sécurité des lieux physiques.

Pour l'enfant placé: coter lors des sorties de l'enfant chez son parent ou les responsabilités assumées par le parent.

Besoins psychoaffectifs

Manifestations d'affections verbales et physiques; encouragement à communiquer et à établir des contacts physiques avec soi et les autres; stimulation de l'enfant dans l'acquisition des apprentissages sociaux, éducatifs, scolaires; surveillance, contrôle et guidance de l'enfant dans ses tâches quotidiennes et ses rapports sociaux; discipline adéquate en fonction de l'âge de l'enfant.

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Cote 1 IMPORTANT

Le parent est conscient, mais il fait preuve de négligence, soit en retardant ou minimisant la réponse à ceux-ci.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

Le parent est plus ou moins conscient et peu préoccupé par les besoins de l'enfant et il y répond de façon très inappropriée.

B) DISCONTINUITÉ DE LA PRÉSENCE AUPRÈS DE L'ENFANT

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Il n'y a pas d'absence significative de la figure parentale.

Cote 1 IMPORTANT

Il y a eu au moins une ou deux ruptures inattendues mais temporaires dans la garde. L'enfant a dû recevoir les soins d'une personne qui ne s'en occupe pas normalement, et ce, pour une période de temps assez longue. Les parents ont maintenu une certaine forme de contact durant leur absence. Les parents manifestent une intention de reprendre l'enfant sans résultat concret ou avec un retour à risque.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

L'enfant est abandonné par ses parents ou encore l'enfant a subi une série de ruptures dans la garde au cours de sa vie. Les parents sont partis pour de longues périodes de temps, avec peu d'indication d'un désir de retour dans la vie de l'enfant.

C) CONTACTS PARENTS-ENFANT PENDANT LE PLACEMENT ACTUEL

La deuxième partie de cette section met en évidence les contacts parents-enfant en termes quantitatifs et qualitatifs. Notons qu'ici l'enfant est placé et qu'il peut garder des contacts sporadiques ou plus fréquents avec ses parents.

Indiquer s'il y a eu des contacts dans les derniers six mois ou la dernière année ainsi que la nature de ces contacts avec la fréquence la plus significative.

Note : Mettre en rapport les contacts actualisés et ceux autorisés.

Réactions de l'enfant face à ses parents

Cote 0 ABSENCE DE PROBLÈME

Réaction positive de l'enfant.

Cote 1 IMPORTANT

L'enfant accepte les contacts avec ses parents, s'il y est encouragé et sans toutefois s'engager à fond ou tenir compte de ses besoins.

Cote 2 TRÈS IMPORTANT

L'enfant refuse ou ne manifeste pas le désir de voir ses parents, soit par crainte ou soit par manque d'attachement envers eux.

4.5 Facteurs de risque d'instabilité ou de discontinuité reliés à la situation de placement

Il n'y a pas de cote pour ces facteurs. Rappelons toutefois les informations suivantes liées aux données à saisir.

Âge au premier placement	Près de 54 % des enfants abandonnés ou à risque d'abandon vivent un premier placement avant l'âge de 5 ans.
Cumul des placements	80 % des enfants en situation d'abandon cumulent 2 ans et plus de placement.
Projet de placement à long terme envisagé	En lien avec l'abandon, environ 90 % des parents ne s'impliquent pas ou n'ont pas de projet de retour de l'enfant dans son milieu naturel.
Depuis le placement, le parent a-t-il modifié son style de vie afin de pouvoir reprendre son enfant ?	Toujours en lien avec la problématique, les parents ne modifient pas ou modifient peu leur style de vie afin de pouvoir reprendre leur enfant.
Antécédents de placement ou de délaissement dans la fratrie de l'enfant	Les parents ayant d'autres enfants placés ou délaissés représentent également un indicateur de risque d'abandon.
Antécédents de placement ou de délaissement chez les parents ou les grands-parents	Les parents ou les grands-parents ayant déjà vécu eux-mêmes de l'abandon ou du délaissement d'enfant peuvent représenter également un risque d'abandon.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Centre jeunesse Montréal métropolitain (1991). *L'identification des facteurs associés à l'abandon et au délaissement d'enfants*. Montréal : CJM.

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Saguenay / Lac St-Jean. (1993). *Enfants en situation d'abandon au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse*. Québec : CPEJ – Saguenay / Lac St-Jean.

Centre de recherche sur les services communautaires. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Québec : Université Laval.

Centre de services sociaux de Québec (1992). *Programme «Faire des racines» ou La clarification d'un projet de vie permanent. Cahier no 1 - Cadre théorique et conceptuel*. Québec : Centre de services sociaux de Québec.

Centre de services sociaux de Québec. (1992). *Programme «Faire des racines» ou La clarification d'un projet de vie permanent. Cahier no 2 - Modèle de pratique*. Québec : Centre de services sociaux de Québec.

Centre Rosalie Jetté (1992). *L'évaluation de la capacité parentale*. Québec : Centre Rosalie-Jetté.

Les Centres jeunesse de l'Estrie. (1993). *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. Estrie : Centre jeunesse de l'Estrie.

Les Centres jeunesse de la Montérégie. (?) *Les enfants en situation d'abandon. Phase I - Synthèse des critères pour permettre le dépistage des dossiers*. Montérégie : Centres jeunesse de la Montérégie.

Les Centres jeunesse du Saguenay / Lac St-Jean (1995). *Guide pour l'identification des enfants en situation d'abandon ou en voie de l'être*. Québec : Centres jeunesse du Saguenay Lac St-Jean.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'adoption : un projet de vie. Cadre de référence en matière d'adoption au Québec*. Québec : MSSS.

Grille d'identification des risques chez la femme enceinte et la nouvelle famille.

Guide de dépistage des difficultés d'attachement parent-enfant durant la période prénatale et postnatale. Lise Cyr, Romaine Malenfant.

Annexe 3 (suite)

5. GRILLE DE DÉPISTAGE DU RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

Annexe 3 (suite)

IDENTIFICATION (SUITE)

PORTRAIT PARENTAL

Génogramme facultatif

Vivent ensemble ☐ Oui ☐ Non

Séparation • Divorce ☐ Oui ☐ Non ☐ Autre (ex. : cure, prison, etc.)

Parent qui a la garde légale ☐ Père ☐ Mère

Père reconnu légalement ☐ Oui ☐ Non

Père connu ☐ Mère décédée ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Père inconnu ☐ Père décédé ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Tuteur (s'il y a lieu) ☐ date: _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Réseau ☐ Déchéance parentale ☐ date: _____ | _____ | _____
(voir guide p. 3) An Mois Jour

COMPOSITION FAMILIALE

Nombre d'enfants (famille d'origine): _____ Rang de l'enfant: _____

Nombre d'enfants (famille recomposée): _____ Rang de l'enfant: _____

MÈRE:

Nombre d'enfants placés par le CSSS: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

Nombre d'enfants placés par le CJQ-IU jeunesse: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

PÈRE:

Nombre d'enfants placés par le CSSS: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

Nombre d'enfants placés par le CJQ-IU jeunesse: _____ Placement privé: _____ Adoption: _____

3. CADRE LÉGAL DE LA MESURE ACTUELLE

LSSSS ☐

LPJ Alinéa(s) de l'article de loi _____

Mesure volontaires ☐ Chambre de la jeunesse ☐

Annexe 3 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ

LÉGENDE POUR LA COTATION

0 - Absence de problèmes 1 - important 2 - très important

• Veuillez encercler le chiffre qui vous convient le mieux •

1. FACTEURS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES PARENTS (GUIDE P.6)

	Père	Mère
A) ☐ Problème de santé mentale et antécédents psychiatriques diagnostiqués. ☐ Problème non diagnostiqué mais s'apparentant à un trouble de santé mentale (ne pas coter)	0 1 2	0 1 2
B) Degré d'autonomie fonctionnelle	0 1 2	0 1 2
C) Toxicomanie	0 1 2	0 1 2
D) Limites intellectuelles, sociales et culturelles	0 1 2	0 1 2
E) Immaturité	0 1 2	0 1 2
F) Parents ayant des conduites délinquantes Si oui ☐ Délinquance reconnue légalement • Précisez : _____ ☐ Délinquance existante mais non reconnue • Précisez : _____	0 1 2	0 1 2
G) Maltraitance connue d'un parent envers un autre enfant	Père ☐	Mère ☐

2. FACTEURS RELIÉS AUX DIFFICULTÉS DE L'ENFANT (GUIDE P. 12)

L'enfant présente des difficultés particulières : ☐ Oui ☐ Non	ATTITUDE DU PARENT FACE À LA PROBLÉMATIQUE	
La problématique de l'enfant :	Père	Mère
☐ A) Maladie physique chronique ou handicap physique	0 1 2	0 1 2
☐ B) Hospitalisation pour naissance prématurée et autres	0 1 2	0 1 2
☐ C) Retard développemental	0 1 2	0 1 2
☐ D) Problème émotionnel diagnostiqué	0 1 2	0 1 2
☐ E) Problème d'apprentissage spécifique	0 1 2	0 1 2
☐ F) Problème de conduite de l'enfant	0 1 2	0 1 2

Annexe 3 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

3. FACTEURS RELIÉS À L'ATTACHEMENT (GUIDE P. 14)

3.1 Pendant la grossesse

- A) Grossesse antérieure problématique
(avortement, mort-né, enfant handicapé, enfant abandonné à la naissance)
- B) Difficulté à s'adapter aux changements physiques pendant la grossesse, a des habitudes de vie inadéquates pour le développement du fœtus, absence de planification, refuse de verbaliser sur la grossesse
- C) Projet d'interruption volontaire de grossesse ou adoption non réalisée sous les pressions de l'entourage
- D) Attentes irréalistes à l'égard de l'enfant
- E) Perçoit très négativement sa capacité d'être parent, peur d'être violent, se dévalorise

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

3.2 Indices des problèmes d'attachement chez le parent

- A) Antécédents parentaux problématiques
- B) Ne démontre pas d'intérêt pour son enfant, ni de plaisir en sa présence
- C) Manque d'interaction positive avec l'enfant
- D) Surprotection de l'enfant ou manque de protection dans les situations de danger où l'enfant en aurait besoin
- E) Difficulté à décoder les besoins de l'enfant
- F) Déception face à l'enfant réel versus l'enfant idéalisé
- G) Ne distingue pas l'enfant comme une personne distincte

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

3.3 Indices de problèmes d'attachement chez l'enfant

- A) L'enfant est hypervigilant
- B) L'enfant a de la difficulté à s'attacher, à s'enraciner
- C) L'enfant s'attache à n'importe quelle personne sans discrimination

Père	Mère
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2
0 1 2	0 1 2

Annexe 3 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

4. FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DISCONTINUITÉ RELIÉS AUX PARENTS DANS LA RÉPONSE AUX BESOINS DE L'ENFANT (GUIDE P. 17)

A) Engagement des parents à répondre aux besoins de l'enfant

	Père	Mère
Besoins physiques		
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2
Besoins psychoaffectifs		
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2

B) Discontinuité de la présence auprès de l'enfant

	Père	Mère
L'enfant vivant avec ses parents	0 1 2	0 1 2
L'enfant étant placé	0 1 2	0 1 2

C) Contacts parents-enfants pendant le placement actuel

	Père	Mère
L'enfant a-t-il eu des contacts avec ses parents		
Dans la dernière année	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Dans les derniers six mois	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Nature du contact

	Fréquence (Père)			Fréquence (Mère)		
	Semaine	Mois	Année	Semaine	Mois	Année
Téléphone	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cadeau	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Visite à la ressource	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sortie	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note : Mettre en rapport les contacts actualisés et ceux autorisés.

	Père	Mère
Réaction de l'enfant face à ses parents	0 1 2	0 1 2

Annexe 3 (suite)

FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ (SUITE)

5. FACTEURS DE RISQUE D'INSTABILITÉ OU DE DISCONTINUITÉ RELIÉS À LA SITUATION DE PLACEMENT (GUIDE P. 19)

Âge du premier placement : _____

Cumul de tous les types de placement : _____ans _____mois

Projet concret de retour chez les parents ☐ Oui ☐ Non

Projet de vie alternatif envisagé ☐ Oui ☐ Non

Depuis le placement, le parent a-t-il modifié son style de vie
afin de pouvoir reprendre son enfant ? ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de placement ou délaissement

Dans la fratrie de l'enfant ☐ Oui ☐ Non

Chez les parents ou les grands-parents ☐ Oui ☐ Non

Signature : _____

date : _____ | _____ | _____
An Mois Jour

Annexe 4 :

Articles de la Loi sur la protection de la jeunesse

Art. 2.3.

b) 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.

Participation de l'enfant

Une personne, un organisme ou un établissement à qui la présente loi confie des responsabilités envers l'enfant et ses parents doit favoriser la participation de l'enfant et de ses parents ainsi que l'implication de la communauté.

Implication des parents

Les parents doivent, dans la mesure du possible, participer activement à l'application des mesures pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant et pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Art. 2.4.

5° de favoriser des mesures auprès de l'enfant et de ses parents en prenant en considération qu'il faut agir avec diligence pour assurer la protection de l'enfant compte tenu que la notion de temps chez l'enfant est différente de celle des adultes ainsi qu'en prenant en considération les facteurs suivants :

- a) la proximité de la ressource choisie;
- b) les caractéristiques des communautés culturelles;
- c) les caractéristiques des communautés autochtones.

Art. 4. toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial.

Personnes significatives

Lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, un tel maintien dans son milieu familial n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer, dans la mesure du possible auprès des personnes qui lui sont les plus significatives, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie, la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et se rapprochant le plus d'un milieu familial. De plus, l'implication

des parents doit toujours être favorisée dans la perspective de les amener et de les aider à exercer leurs responsabilités parentales.

Continuité des soins

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

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

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

Art. 51. lorsque le directeur est d'avis que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, il prend la situation de l'enfant en charge et décide de son orientation. À cette fin, avant de proposer l'application de mesures volontaires ou de saisir la Chambre de la jeunesse, le directeur privilégie, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui favorisent la participation active de l'enfant et de ses parents.

Art. 53.0.1. lorsqu'à l'intérieur de la durée maximale prévue à l'article 53, une ou plusieurs ententes comporte une mesure d'hébergement visée au paragraphe j du premier alinéa de l'article 54, la durée totale de cet hébergement ne peut excéder, selon l'âge de l'enfant au moment où est conclue la première entente qui prévoit une mesure d'hébergement:

- a) 12 mois si l'enfant a moins de deux ans;
- b) 18 mois si l'enfant est âgé de deux à cinq ans;
- c) 24 mois si l'enfant est âgé de six ans et plus.

Demande au tribunal

Lorsqu'à l'expiration de la durée totale de l'hébergement prévu au premier alinéa, la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le directeur doit en saisir le tribunal.

Art. 57. le directeur doit réviser, aux conditions prévues par règlement, le cas de chaque enfant dont il a pris la situation en charge. Il doit vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer un retour de l'enfant chez ses parents. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel retour n'est pas possible, le directeur doit s'assurer de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Art. 57.2. la révision a pour fin de déterminer si le directeur doit:

- a) maintenir l'enfant dans la même situation;
- b) proposer d'autres mesures d'aide à l'enfant ou à ses parents;
- c) proposer des mesures d'aide aux parents en vue d'un retour de l'enfant chez ses parents;
- d) saisir le tribunal, notamment en vue d'obtenir une ordonnance d'hébergement pour la période que ce dernier déterminera;
- e) saisir le tribunal pour se faire nommer tuteur, pour faire nommer toute personne qu'il recommande pour agir comme tuteur à l'enfant ou pour remplacer le tuteur de celui-ci;
- f) agir en vue de faire adopter l'enfant;
- g) mettre fin à l'intervention.

Le directeur doit, lorsqu'il met fin à l'intervention et que la situation le requiert, informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. Il doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense ces services l'information pertinente sur la situation. Il peut, le cas échéant, les conseiller sur le choix des personnes ou des organismes pouvant les accompagner et les assister dans leur démarche.

Art. 91.1. lorsque le tribunal ordonne une mesure d'hébergement visée au paragraphe j du premier alinéa de l'article 91, la durée totale de cet hébergement ne peut excéder, selon l'âge de l'enfant au moment où est rendue l'ordonnance:

- a) 12 mois si l'enfant a moins de deux ans;
- b) 18 mois si l'enfant est âgé de deux à cinq ans;
- c) 24 mois si l'enfant est âgé de six ans et plus.

Durée d'autres mesures

Le tribunal doit, lorsqu'il détermine la durée de l'hébergement, tenir compte, s'il s'agit de la même situation, de la durée d'une mesure d'hébergement contenue dans une entente sur les mesures volontaires visées au paragraphe j du premier alinéa de l'article 54 ainsi que de la durée d'une mesure d'hébergement antérieure qu'il a lui-même ordonnée en vertu du premier alinéa.

Il peut également prendre en considération toute période antérieure où l'enfant a été confié ou hébergé en vertu de la présente loi.

Continuité des soins

À l'expiration des délais prévus au premier alinéa, lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le tribunal doit rendre une ordonnance qui tend à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Retour imminent dans le milieu familial

Toutefois, le tribunal peut passer outre aux délais prévus au premier alinéa si le retour de l'enfant dans son milieu familial est envisagé à court terme, si l'intérêt de l'enfant l'exige ou encore pour des motifs sérieux, notamment dans le cas où les services prévus n'auraient pas été rendus.

Continuité des soins

À tout moment, à l'intérieur d'un des délais prévus au premier alinéa, lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant est toujours compromis, le tribunal peut rendre une ordonnance qui tend à assurer la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de cet enfant, appropriées à ses besoins et à son âge, de façon permanente.

Annexe 5 :

Développement de l'enfant et effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant

Développement normal de l'enfant et de l'adolescent

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
PHYSIQUE	• Contrôle et maîtrise de la motricité globale et fine • Acquisition de la marche	• Perfectionnement de la motricité • Équilibre, stabilité, coordination exploration • Plus fort, maîtrise du milieu, apprentissage de la propreté	• Motricité globale est acquise • Exerce et perfectionne les habiletés acquises • Motricité fine se perfectionne • Utilise sa motricité dans des situations de plus en plus complexes et exigeantes	• Maîtrise sa motricité globale et fine • Développe l'intégration de tous ses sens soit la coordination perceptivo-motrice • Possibilité de prépuberté	• Premiers signes de pensée opératoire formelle (pensée abstraite) qui peut devenir acquise ensuite • Capacité de penser de façon hypothétique • Tient compte de plusieurs points de vue • Développement de la moralité

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
COGNITIF	• Vivacité d'esprit • Prise de conscience, reconnaissance et intérêt pour les différents stimuli • Permanence de l'objet	Pensée Symbolique • Langage réceptif puis expressif • Explosion du vocabulaire	• Le langage se développe rapidement et véhicule la pensée • Progression du vocabulaire • Pensée égocentrique • Résolution de problème est illogique • Pensée magique et imagination prévalent	• Pensée opératoire concrète • Pensée devient plus logique et rationnelle • Reconnaît la différence entre le comportement et l'intention • Développe sa capacité à comprendre le point de vue des autres	• Premiers signes de pensée opératoire formelle (pensée abstraite) qui peut devenir acquise ensuite • Capacité de penser de façon hypothétique • Tient compte de plusieurs points de vue • Développement de la moralité

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
SOCIAL	• Premier sourire • Interaction avec le pourvoyeur de soin • Différencie le pourvoyeur de soin et les gens familiers • Peur de l'étranger	• Développer relations avec autrui • Jeu parallèle • Imiter des rôles sociaux • Internalisation des attentes/ règles sociales (ex : propreté)	• Étend ses relations à l'extérieur de la famille • Jeux interactifs et coopératifs • Comprend, explore, imite et exerce des rôles sociaux • Apprend la notion de bien et de mal et peut en ressentir de la culpabilité	• Relations avec l'extérieur de la famille prennent de l'importance • Imiter, apprend, adopte des rôles sociaux attribués à chacun des sexes • Comprend les règles et les utilise pour ajuster son comportement et régir ses relations et activités	• Relations centrées sur le groupe • Valeurs du groupe motivent le comportement • Acceptation du groupe/ estime de soi • Individualise et intériorise ses valeurs • Transfert des amis aux amitiés individuelles • Expérimentation des rôles sociaux

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 12 mois	12 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
AFFECTIF	• Patron d'attachement s'installe • Confiance de base si attachement sécurisant	• Autonomie • Établit des relations affectueuses et empreintes de confiance • Plaisir à être gentil • Honte et détresse à ne pas être gentil	• Initiative/culpabilité (Erikson) • Est dérangent, curieux, tente de nouvelles choses, façonne son milieu • Fait preuve d'autonomie dans ses activités • Développe son estime de lui par le regard de l'autre	• Travail/infériorité (Erikson) • Activités sont orientées vers une production • Estime de soi en lien avec la perception de ses aptitudes • Développe des compétences • Confiance en lui et autonome • Prise de conscience de lui-même • Exprime ses goûts et opinions • Capable d'introspection • Capable de s'évaluer	• Identité/diffusion de rôle (Erikson) • Dépend de ses amis en lien avec son identité • Instabilité affective, sautes d'humeur • Identité s'individualise • Estime de soi en lien avec les normes de comportement intériorisé • Auto-évaluation, introspection

DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 – 12 mois	12 – 36 mois	3 – 5 ans	6 - 12 ans	13 – 18 ans
PSYCHOSEXUEL	- Être sexuel - Succion premier plaisir - Explore tout avec la bouche - Réflexe lubrification vaginale érection	- Intérêt marqué pour les parties génitales - Lubrification vaginale et érection devenues des réactions sexuelles - Prise de conscience de son identité sexuelle	- Explore son corps - S'intéresse aux différences entre le garçon et la fille - Ajoute des mots sexuels à son vocabulaire et y prend plaisir - Complexe d'Oedipe	- Période de latence - Exploration sexuelle est un besoin - Ressent le besoin d'intimité - Pose des questions e regarde des livres - Utilise un vocabulaire sexuel approprié - Possibilité de prépuberté	- S'intéresse aux relations sexuelles - Contact sexuel au sein du groupe - Ambivalence face aux relations sexuelles - Orientation sexuelle expérimentée

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
PHYSIQUE	• Retards de croissance, lésions cérébrales, retard intellectuel • Œdème cérébral ou hématome sous-dural • Blessure à l'oreille interne ou perte d'audition • Complications suite à des infections non-traitées • Ne développe pas de motricité de base optimale	• Enfants de petite taille et ayant des retards de croissance • Vulnérable aux maladies, surtout des voies respiratoires et troubles digestifs • Faible tonus musculaire coordination motrice déficiente et démarche maladroite • Retard dans la motricité globale nécessaire au jeu	• Retards de développement physiques généralisés • N'a pas les habiletés et la coordination pour se livrer à des exercices qui exigent une coordination perceptivomotrice • Maladies chroniques	• Peut souffrir de maladies chroniques • Habiletés sensorielles, motrices et perceptivo-motrices peuvent être retardées • Retard de la puberté

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
COGNITIF	• Interfère sur la croissance et l'organisation du cerveau : câblage et élagage • Retard d'apprentissage et de langage • Silencieux, placide, inactif • Manque d'exploration nuit à l'acquisition de résolution de problème • Retard dans l'acquisition de certaines notions de base comme la causalité	• Le langage peut être inexistant ou retardé • Mauvaise prononciation phrases incomplètes ou mots inappropriés • Manque de vocabulaire • Aptitudes cognitives d'un enfant plus jeunes • Faible capacité • Manque de concentration et d'intérêt	• Structure de pensée d'un enfant d'âge préscolaire telle la pensée égocentrique • Difficultés à résoudre des problèmes simples • Difficultés à organiser et structurer sa pensée • Retard de langage • Incapable de se concentrer à l'école • Difficultés d'apprentissage	• Pensée opérationnelle formelle peut être retardée • Difficulté à résoudre des problèmes • Capacité d'introspection déficiente • Difficulté à tenir compte de l'autre • Difficultés scolaires d'apprentissage • Développement moral peut-être retardé

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
SOCIAL	• Difficulté à créer des relations avec les pairs • Manque de discrimination envers les personnes significatives • Passif amorphe indifférent et insensible aux autres • Pas de contact visuel avec les autres • Peu d'habileté au jeu	• Difficultés relationnelles • Isolement • Immaturité sociale agressive manipulateur, compétitif avec les autres enfants • Préférence pour le jeu solitaire ou parallèle • Jeu créatif absent, peu d'exploration • Incapable d'attendre son tour, de partager	• Méfiance face à l'adulte, ou accaparant • Parle de sa famille de façon exagérément chaleureuse ou le contraire • Prend un rôle parental avec ses parents • Ne réagit pas aux éloges et à l'attention qu'on lui porte, ou recherche à outrance l'approbation ou l'attention des adultes • Se sent inférieur, incapable face aux autres	• Difficulté à établir et maintenir des relations avec les pairs • Méfiant avec les adultes • Peu d'intérêt envers les autres • Ne se conforme pas aux normes sociales • N'adopte pas de rôles sociaux

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 - 36 mois	3 - 5 ans	6 - 12 ans	13 - 18 ans
AFFECTIF	• Troubles d'attachement • Pas de confiance de base • Replié sur lui-même, amorphe, déprimé et indifférent à leur milieu • Passif et immobile, mais aux aguets • Craintif, anxieux • Faible estime de soi • Dépendant, opposant et rebelle	• Troubles d'attachement • Manque d'initiative, a sentiment de culpabilité (Erikson) • Exagérément craintif • Impulsif, besoin de gratification immédiate • Crises de rage et d'agressivité • Affect plat, indifférent • Anxiété, opposition, insécurité	• Messages dévalorisants des parents portent et atteinte à l'estime de soi • Impulsif, crise de nerfs, pas capable d'attendre la gratification • Pas de stratégies d'adaptation • Manifeste une anxiété généralisée, dépression, troubles émotifs • Manifeste des sentiments d'incapacité et un manque de contrôle de soi • Apprend que l'affirmation de soi constitue un danger • S'exprime peu, ne manifeste pas de goût, ne se livre pas à des activités orientées vers un but • Manque d'initiative • Abandonne rapidement	• Présence de troubles de comportement et troubles de la conduite • Difficulté à gérer les émotions intenses • Difficulté à se faire une identité positive • Confusion d'identité et faible estime de soi • Perd confiance en l'avenir

EFFETS DE LA MALTRAITANCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (suite)

ASPECT	0 – 36 mois	3 – 5 ans	6 – 12 ans	13 18 ans
PSYCHOSEXUEL	• Évitement de ou fixation sur l'exploration des parties génitales • So abus sexuel à ce jeune âge, peut affecter le développement psychosexuel durant l'enfance et adolescence	• Malaise dans son corps • Intérêt exagéré à ses parties génitales • Dégoût ou agressivité envers ceux de son sexe ou du sexe opposé • Douleur physique/ infections • Surinvestissement sexuel	• Cherche à créer des relations avec autrui par une approche sexualisée • Excessivement préoccupé par la sexualité • Peut connaître des expériences pour lesquelles il n'est pas prêt • Enfant mal à l'aise dans son corps • Peut commencer à se questionner sur son orientation sexuelle	• Mal à l'aise avec son corps • Évitement de tout contact sexuel ou, au contraire, promiscuité • Difficultés à avoir des relations sexuelles • Sexualité prend une place exagérée • Questionnement sur son identité sexuelle

Annexe 6 :

Indicateurs de retrait de l'enfant

SECTION B ● LE CHOIX D'UN PROJET DE VIE

31

Si les incapacités des parents font qu'ils ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de leur enfant et d'assurer sa sécurité et son développement, malgré l'ensemble des services, ressources et interventions offerts à la famille, le maintien de l'enfant dans son milieu familial ne peut être envisagé et il y a donc lieu d'opter pour le retrait.

« En effet, il faut préciser qu'en lui-même le non-retrait d'un enfant de son milieu ne peut jamais être un indicateur valable de réussite. Il faut donc (...éviter) l'acharnement en vertu duquel il faudrait maintenir à tout prix un enfant dans son milieu en l'absence de résultat probant ou malgré des indicateurs négatifs au regard de son développement. Il faut aussi (... éviter) la méthode essai-erreur à travers une gradation des mesures. Il faut plutôt faire correspondre directement les services aux besoins définis, tout en visant en priorité les mesures les plus légères et les plus susceptibles d'offrir des conditions de vie normales à l'enfant⁹ ».

Certains indicateurs peuvent nous aider à mieux cerner la situation quant aux problèmes personnels des parents, à l'exercice de leur rôle parental et aux difficultés particulières observées chez l'enfant. Il ne s'agit pas ici d'additionner les indicateurs, mais plutôt d'énumérer les éléments sur lesquels on doit se questionner, qui amèneront à établir un tableau clinique permettant de cerner la dynamique de la situation et d'évaluer le niveau de collaboration et de mobilisation des parents et leurs besoins. Cette analyse, jointe aux moyens mis en œuvre dans l'établissement (comme la consultation et le comité de placement), peut servir d'appui à la décision.

Voici donc un certain nombre d'indicateurs, concernant les parents et l'enfant, relatifs au retrait du milieu familial.

• Difficultés personnelles des parents¹⁰

- Ils présentent de sérieux troubles mentaux non contrôlés (ex. : délire, paranoïa, hallucinations, discours ou comportements suicidaires, personnalité *limite*).
- Ils font une consommation abusive d'alcool ou de drogues.
- Ils sont très instables : déménagements fréquents, partenaires multiples.

9. Madeleine Dionne et al., *Les projets de vie aux CJ Chaudière-Appalaches*, Orientations cliniques, juillet 2007.

10. Il peut s'agir ici d'un parent ou des deux.

- Ils ne contrôlent pas leurs impulsions.
- Ils refusent de se reconnaître la moindre part de responsabilité dans la situation.
- Les tentatives de services antérieures se sont soldées par des échecs; les parents ont refusé l'aide ou ne se sont pas impliqués; ou le peu de progrès réalisé a rapidement fait place à un retour en arrière.

Au-delà de l'évaluation des difficultés personnelles des parents, il importe aussi de prendre en considération les conséquences pour l'enfant. Celles-ci peuvent varier selon son degré de vulnérabilité et d'autonomie, de même qu'en fonction de la présence de facteurs de risque ou de protection dans son milieu immédiat.

• **Difficultés liées à l'exercice du rôle parental**

- L'aide a été acceptée, mais après un délai raisonnable d'intervention suffisamment intensive, aucun changement significatif n'est apparu dans les comportements éducatifs et dans l'attitude affective des parents.
- Les parents n'arrivent à porter que brièvement attention aux besoins physiques de leur enfant. Il s'agit d'une incapacité de se décentrer de soi pour se préoccuper de l'enfant et répondre à ses signaux.
- Les parents ne démontrent pas d'affect et sont incapables d'avoir des échanges émotionnels avec leur enfant.
- Les parents ont des projections massives, ce qui les empêche de se représenter leur enfant comme étant différent d'eux-mêmes.
- Les parents présentent une instabilité des affects avec retournements imprévisibles de l'amour en haine, le désir fusionnel alternant avec le rejet.
- Les parents adoptent des comportements sociaux qui semblent parfaitement adaptés, mais qui présentent une pathologie psychotique, exprimée uniquement dans la relation avec leur enfant.
- Les parents établissent une relation sans limite avec l'enfant, soit par une absence totale de limites éducatives ou par une relation fusionnelle.
- L'enfant est soumis à une violence verbale, physique, psychologique ou sexuelle, ou il est témoin et impliqué dans des scènes violentes ou sexuelles entre adultes.

SECTION B ● LE CHOIX D'UN PROJET DE VIE

33

- L'enfant est associé de trop près et de façon abusive aux difficultés des parents ou des adultes de son entourage.
- La relation parent-enfant est érotisée.
- Les parents manifestent une agressivité démesurée ou sont sous l'effet d'une pathologie grave qui a un impact sur la sécurité ou le développement de l'enfant.
- Certains indices tendent à prouver que les parents ont eu recours systématiquement à des méthodes disciplinaires tout à fait inappropriées à l'égard du comportement de l'enfant et compte tenu de son âge. Dans ce cas, il faut s'assurer que le risque est toujours présent.
- La présence d'abus physiques ou sexuels est évidente ou le risque d'abus est tel que l'enfant pourrait souffrir physiquement ou mentalement s'il demeure dans son milieu.
- L'environnement physique du foyer constitue une menace et un danger imminents pour l'enfant pour des raisons de salubrité, à cause d'un chauffage inadéquat ou du risque élevé d'accident ou de sinistre. On constate que la situation ne peut être corrigée par aucune autre mesure.

• Difficultés observées chez l'enfant

Chaque enfant a des besoins qui lui sont propres, de par son âge, mais aussi de par sa situation particulière et sa personnalité. La réponse des parents doit s'adapter, les enfants ayant de plus grands besoins demandant davantage à leurs parents. C'est pourquoi la situation de chaque enfant doit faire l'objet d'une attention particulière, eu égard à la capacité des parents de répondre à ses besoins.

Voici quelques éléments à considérer :

- L'enfant présente un retard de développement marqué qui n'est pas justifié par un diagnostic médical ou psychologique.
- L'enfant présente des manifestations de type autistique ou psychotique ou des troubles caractériels auxquels les parents sont incapables de faire face.
- Les blessures physiques ou émotionnelles de l'enfant ou la présence chez lui d'incapacités découlant d'une déficience nécessitent des traitements immédiats ou un environnement particulier que les parents refusent d'offrir à l'enfant ou sont incapables de lui assurer.
- Les troubles de comportement de l'enfant ont des effets tels que son intégrité physique ou psychologique ou celle de ses proches est menacée. En outre, ses parents ne peuvent plus faire face à la situation malgré l'aide qu'on peut leur apporter.

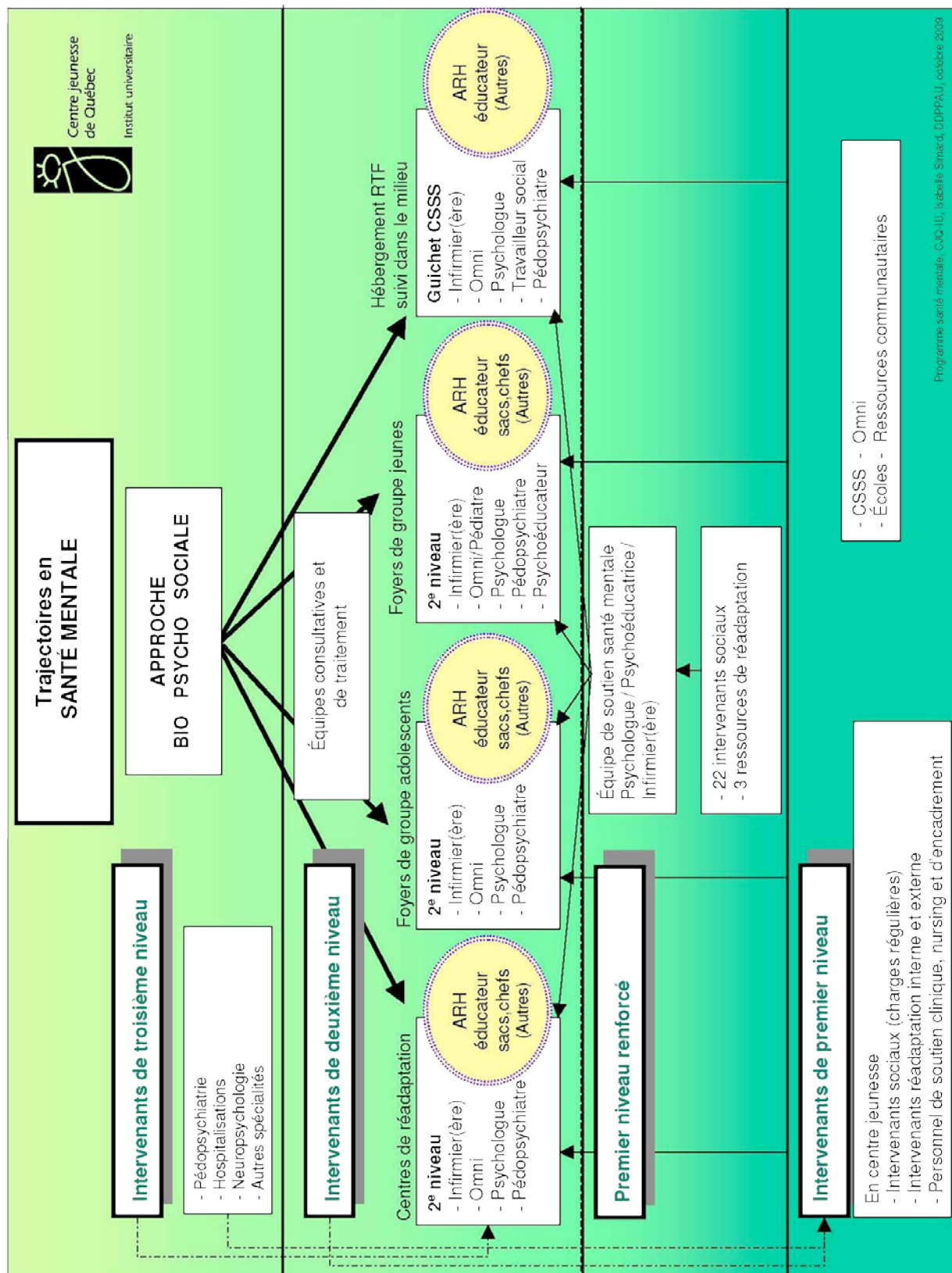
34

CADRE DE RÉFÉRENCE Un projet de vie, des racines pour la vie

Dans toutes situations, il s'agit d'agir avec beaucoup de prudence, sans conclure trop vite, ni faire de lien automatique entre les difficultés d'un enfant et une incapacité possible des parents, et d'évaluer avec grand soin ces éléments en vue de décider s'il y a lieu de retirer ou non l'enfant de son milieu familial.

Annexe 7:

Trajectoire en santé mentale



Annexe 8 :

Droits des adolescents

ÂGE DU CONSENTEMENT	
Accéder de façon autonome à son dossier médical, social et scolaire.	14 ans.
Avoir des relations sexuelles.	Moins de 12 ans : un jeune ne peut consentir à avoir une relation sexuelle. 12-14 ans : un jeune de 12 ans peut avoir des rapports sexuels avec un partenaire du même groupe d'âge si ce dernier n'est pas en position d'autorité ou de confiance (un écart de deux ans est toléré). Si l'écart de deux ans n'est pas respecté, cela peut donner suite à une accusation pour agression à caractère sexuel (LSJPA). 14-15 ans : pas plus de 5 ans de différence d'âge entre les partenaires et s'il n'y a pas de situation d'autorité, de confiance, d'exploitation ou de dépendance. 16 ans et plus : un jeune peut toujours consentir à avoir une relation sexuelle s'il n'y a pas de situation de dépendance, d'autorité ou de confiance.
Comparaître devant un tribunal pour adultes.	14 ans et plus au moment du crime. Il faut avoir commis un crime grave.
Consulter un professionnel de la santé et consentir ou refuser des soins médicaux.	14 ans , sauf si les soins peuvent causer des effets graves et permanents ou nécessiter un séjour de plus de 12 heures dans un établissement.
Interruption de grossesse	14 ans , sauf si l'opération nécessite une hospitalisation de plus de 12 heures.

Annexe 8 : (suite)

ÂGE DU CONSENTEMENT	
Travailler.	Pas d'âge minimum au Québec. Par contre, la CSST refuse d'assurer les jeunes de moins de seize ans donc les employeurs doivent payer si un accident se produit.
Gérer seul les revenus gagnés à son travail.	14 ans.
Consentir à son adoption	À partir de 10 ans , le tribunal doit entendre l'enfant et tenir compte ou non de son avis. À partir de 14 ans , son refus ne permet pas au tribunal de procéder en ce sens, même si c'est contraire à son intérêt.

Lexique des acronymes

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DDPPAU	Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse ou Directeur de la protection de la jeunesse
DSJF	Direction des services aux jeunes et à leur famille
GAPI	Groupe d'aide aux personnes impulsives
GED	Grille d'évaluation du développement de l'enfant
GRAPE	Groupe de recherche en animation et planification économique
ICBE	Inventaire concernant le bien-être de l'enfant
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
ISSF	Inventaire de soutien social et familial
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
SSP	Système de soutien à la pratique



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

Direction du développement de la pratique professionnelle
et des affaires universitaires

Décembre 2013

12 - 17 ans

