

Guide explicatif du processus clinique jeunesse

*« L'Homme n'est jamais si grand que lorsqu'il
est à genou pour aider un enfant. » - Pythagore*



Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et participation des personnes mentionnées ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

Comité stratégique

Annick Chaloux, conseillère cadre à la transformation DPJASP
Chantal Careau, directrice-adjointe DSIEU
Claudine Dansereau, conseillère en soins infirmiers, DSIEU
Dominique Pilon, directeur DPJASP
Isabelle Le Brasseur, agente de planification, programmation et recherche, DSMREU
Isabelle Papineau, coordonnatrice jeunesse, DPJASP
Jennifer Mascitto, chef de services, volet Développement et évolution de la pratique, DSMREU
Louis-Philippe Boisvert, conseiller en santé mentale jeunesse, Centre national d'excellence en santé mentale, CNESM
Normand Ricard, adjoint à la direction DPJASP
Sophie Poirier, directrice-adjointe, DSMREU

Comité de travail (tactique)

Andréane Gélneau, organisatrice communautaire- Suroît, DPJASP
Anne-Sophie Lanctôt, psychologue en santé mentale jeunesse – Suroît, DPJASP
Camille Mercier-Descôteaux, psychoéducatrice en santé mentale jeunesse - Jardins-Roussillon, DPJASP
Caroline Vallée, psychologue et chef d'équipe en santé mentale jeunesse 2^e ligne - Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Édith Bissonnette, infirmière, 0-5 ans - Haut-St-Laurent, DPJASP
Fiona Beatie, infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat, 0-17 ans – Haut-St-Laurent, DPJASP
France Roberge, travailleuse sociale, Famille-Enfance-Jeunesse – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Isabelle Grégoire, travailleuse sociale au Guichet d'accès – Jardins-Roussillon, DPJASP
Isabelle Le Brasseur, agente de planification, programmation et recherche, DSMREU
Isabelle St-Pierre, psychoéducatrice, SAC au guichet d'accès et FEJ - Jardins-Roussillon, DPJASP
Marie-Ève Mongrain, psychoéducatrice, 0-5 ans – Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Mélanie Camera, travailleuse sociale et SAC, Famille-Enfance-Jeunesse - Jardins-Roussillon, DPJASP
Nathalie Primeau, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle, 0-5 ans - Suroît-Haut-Saint-Laurent, DPJASP
Nathalie Sarrazin, orthophoniste, équipe Développement - Jardins-Roussillon, DPJASP
Véronique Mimeault, travailleuse sociale, santé mentale jeunesse - Jardins-Roussillon, DPJASP
Vincent Ouellette, stagiaire en travail social, organisation communautaire – Suroît, DPJASP

Comité pilotage

Annick Chaloux, conseillère cadre à la transformation DPJASP
Caroline Boivin, conseillère aux communications, DRHCAJ
Chantal Careau, directrice-adjointe, DSIEU
Claudine Dansereau, conseillère en soins infirmiers, DSIEU
Dominique Pilon, directeur DPJASP
Isabelle Le Brasseur, agente de planification, programmation et recherche, DSMREU
Isabelle Papineau, coordonnatrice jeunesse 0-17 ans
Jennifer Mascitto, chef de services, volet Développement et évolution de la pratique, DSMREU
Julie Chrétien, conseillère aux ressources humaines, volet développement organisationnel DRHCAJ
Linda Haworth, directrice adjointe DPJASP
Manon Lacroix, chef de programme, DPJASP
Marie-Ève Chartrand, conseillère aux communications, DRHCAJ
Normand Ricard, adjoint à la direction DPJASP
Patricia Quirion, conseillère cadre à la transformation

Comité consultatif

Chantal Nadeau, travailleuse sociale, Jardins-Roussillon, DPJASP
Dominique R. Gélinas, travailleuse sociale, 6-17 ans, Suroît, DPJASP
Frédérique Prigent-Charlebois, travailleuse sociale, Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Guillaume Branchaud-Bernier, travailleur social, SMJ, Suroît, DPJASP
Isabelle Primeau, agente de relations humaines, 6-17 ans, Suroît et Haut-St-Laurent, DPJASP
Julie Beaudin, agente de relations humaines, 0-5 ans, Haut-St-Laurent, DPJASP
Julie Taillefer, Agente de relation humaines et SAC 0-6 ans, Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Manon Lacroix, gestionnaire 0-6 ans et guichet d'accès, DPJASP
Marie-Josée Barbeau, agente de relations humaines, Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Nancie Langlais, psychologue et SAC, SMJ, Jardins-Roussillon, DPJASP
Nathalie Bernier, agente de relations humaines, 6-17 ans, Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Nathalie Sauvé, infirmière clinicienne et ICASI 0-6 ans, Vaudreuil-Soulanges, DPJASP
Racha Youssef, travailleuse sociale, 6-17 ans, Jardins-Roussillon, DPJASP
Valérie Lévesque-Parent, psychoéducatrice, Jardins-Roussillon, DPJASP

Image de la couverture

Image extraite de la banque d'images gratuites et libres de droits - PIXABAY 2019.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne les femmes et les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. Reproduction autorisée avec mention de la source.

Document adopté par la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique, le 9 octobre 2019.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE.....	5
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION	8
1. BUTS DU PROCESSUS CLINIQUE JEUNESSE.....	10
2. ASSISES	10
2.1. Épisode de services	10
2.2. Principes directeurs	10
2.3. Approches d'intervention	17
2.4. Modalité d'intervention	19
3. ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE JEUNESSE	20
3.1. Accueil au programme	22
3.2. Évaluation et analyse	23
3.3. Élaboration du plan et mise en œuvre des interventions	26
3.4. Révision du plan et mesure de résultats.....	28
3.5. Fin de l'épisode, recommandations, orientations	30
4. RESSOURCES	32
5. CONCLUSION	33
6. LISTE DES ANNEXES	33
RÉFÉRENCES	34
ANNEXE A MODÈLE LOGIQUE DU PROCESSUS CLINIQUE JEUNESSE	37
ANNEXE B INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE CONSENTEMENT.....	38
ANNEXE C LOIS, CHARTES ET CODES EN VIGUEUR.....	39
ANNEXE D TYPES DE PLAN D'INTERVENTION	40
ANNEXE E CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE DE SERVICES À LA DPJASP	41
ANNEXE F CRITÈRES D'ÉLABORATION D'OBJECTIFS OPÉRATIONNELS.....	42
ANNEXE G BALISES CLINICO-ADMINISTRATIVES.....	43
ANNEXE H DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE ET D'ENCADREMENT	44

Liste des abréviations et des acronymes

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation de la province de Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PREP	Personne responsable de l'encadrement professionnel
PSI	Plan de services individualisé
PT	Plan de traitement
PTI	Plan thérapeutique infirmier

Lexique

Autodétermination	Habiletés et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus (Lachapelle & Al., 2003).
Clinique jeunesse	Lieu d'intervention du CISSS de la Montérégie-Ouest visant à répondre aux besoins des jeunes âgés entre 12 et 24 ans. On y retrouve un éventail de services dispensés par plusieurs professions : soins médicaux, soins infirmiers, services psychosociaux.
Intervenant	Regroupe l'ensemble des salariés incluant professionnels et techniciens, préposés et assistants de la DPJASP.
Jugement clinique	Processus cognitif qui permet à l'intervenant de prendre les actions les plus appropriées en tenant compte de l'information connue sur l'usager, des meilleures pratiques liées aux caractéristiques de l'usager et du contexte. Il est nécessaire tout au long du processus et réalisé par l'ensemble des intervenants.
Parent	Désigne la mère, le père ou tous représentants ou tuteurs légaux.
Partenaire	Désigne tous les intervenants de la DPJASP des milieux de garde, scolaire, communautaire, social, médical ou privé, impliqués auprès d'un usager ou sa famille. Ils agissent comme collaborateurs dans l'atteinte des objectifs de l'enfant / jeune et sa famille.
Personne responsable de l'encadrement professionnel	Désigne une personne responsable d'offrir de l'encadrement professionnel aux autres membres de son équipe de travail. Elle offre du soutien dans l'application des standards de qualité de la pratique.
Proche	Regroupe les personnes significatives pour l'usager. Il peut s'agir de membres de la famille ou d'amis.
Professionnel	Réfère à des intervenants membres d'un ordre professionnel.
Programme-services	Ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population, en matière de santé et de services sociaux ou encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune ou semblable.
Représentant	« Sont présumées être des représentants, les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil : 1°le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager; 2°le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte; 3°la personne autorisée par un mandat de protection donné par l'usager antérieurement à son inaptitude; 4°la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte. » (LSSSS, 1991)
Services de prévention	La prévention de la santé vise à agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risques associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes et leurs conséquences. Elle permet de détecter tôt les signes hâtifs de problèmes, afin de contrer ces derniers, lorsque cela est pertinent (MSSS, 2017).
Services de promotion	La promotion de la santé vise à influencer positivement les déterminants de la santé, de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé : amélioration de leurs conditions et modes de vie (MSSS, 2017).

Services généraux	Les services généraux s'adressent à toute la population. Il s'agit de services offerts aux usagers et leur famille, à la porte d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë, mais réversible. Les services généraux incluent des activités de santé publique qui s'inscrivent dans une approche populationnelle et des activités cliniques et d'aide, qui répondent à des besoins individuels, de couple ou familiaux (MSSS, 2017).
Services spécialisés	Services visant l'adaptation ou la réadaptation d'une personne qui vit une condition et/ou une problématique exigeant une expertise spécialisée. Ils s'inscrivent en réponse à un besoin pour lequel des progrès significatifs sont attendus. Les services spécialisés s'inscrivent en soutien aux services spécifiques (consultation, transfert d'expertise, formation) (MSSS, 2017).
Services spécifiques	Services visant à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, pour la plupart, doivent recevoir des services à court, moyen ou long terme, de façon continue. Ils nécessitent de la part des intervenants qui les offrent, des connaissances cliniques de la problématique, des besoins de la personne et de sa famille (proches) ainsi que des ressources disponibles pour y répondre. Ils peuvent être offerts par une seule discipline professionnelle ou en interdisciplinarité, selon les besoins du jeune et sa famille (MSSS, 2017).
Usager	Désigne une personne qui reçoit des services de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP), au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 9 500 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le mandat de la **Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique (DPJASP)** vise à offrir des services intégrés de qualité, continus, pertinents et personnalisés aux jeunes âgés entre 0 et 17 ans et leur famille, ainsi qu'aux usagers âgés entre 12 et 25 ans, en cliniques jeunesse. La DPJASP compte des employés issus de 23 disciplines cliniques différentes (2019). Ils œuvrent avec dévouement, dans le respect des valeurs de l'établissement :



Bienveillance

Démontrer un souci pour les autres et entretenir des relations basées sur l'écoute et des échanges courtois qui témoignent du respect de tous.



Collaboration

Travailler ensemble, communiquer nos idées et encourager le partage d'expertise entre nous tous dans le but d'atteindre nos résultats collectifs.



Engagement

S'impliquer et contribuer activement pour concrétiser nos ambitions, respecter nos obligations professionnelles et développer un sentiment d'appartenance fort.



Audace

Se donner un espace pour innover dans nos façons de faire, afin de réaliser nos ambitions.



Cohérence

Décider et agir avec pertinence et équité et être solidaire envers nos orientations communes.

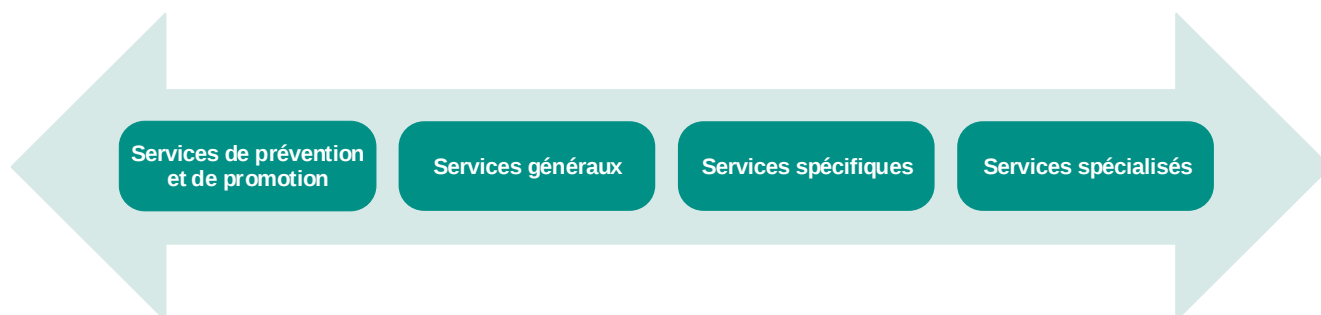
À noter

Le terme « plan » est retenu pour désigner les PID, PT, PTI, PII, PSI dans ce document.

Dans le but de faciliter le travail du lecteur par l'uniformisation du document, l'expression « usagers et ses parents » est utilisée pour désigner : l'utilisateur et ses proches, l'utilisateur et le titulaire de l'autorité parentale, ainsi que l'utilisateur de 14 ans et plus, qui ne souhaite pas impliquer ses proches dans sa démarche (choix libre et éclairé).

Organisation des services

L'admissibilité à la DPJASP ne requiert pas un diagnostic. Le niveau de soin et de service est déterminé en fonction des manifestations symptomatiques (intensité, chronicité), du niveau de fonctionnement du jeune dans ses différentes sphères de vie, ainsi que par les facteurs environnementaux (ou stressors actuels). Cette direction offre un large spectre de services universellement accessibles, selon le continuum de services suivant (définitions disponibles au [lexique](#)) :



- **Cliniques externes de gynécologie** : services ambulatoires multidisciplinaires pour consultation, traitement et suivi postopératoire en gynécologie : problème gynécologique, colposcopie (examen du col de l'utérus), cytologie (test Pap), planning familial et interruption volontaire de grossesse de moins de 13 semaines;
- **Services aux femmes enceintes et aux jeunes familles** : grossesse, accouchement, postaccouchement et développement, adaptation, intégration sociale des jeunes âgés de 0 à 5 ans et leur famille;
- **Services pour la jeunesse** : développement, adaptation, intégration sociale des jeunes (6-17 ans) et leur famille, services ambulatoires de santé mentale, prévention des ITSS – clinique jeunesse (12-25 ans);
- **Organisation communautaire** : promotion et soutien aux actions communautaires visant le développement des communautés et l'amélioration des conditions de vie;
- **Santé publique**² : activités de prévention et de promotion de la santé, visant le développement de saines habitudes de vie.

Nouvelle organisation des services visée

La DPJASP vise à améliorer l'accès et la continuité des services, au bénéfice des usagers et leur famille. Le développement continu de la qualité des services cliniques représente tout autant une cible prioritaire. Pour ce faire, elle apporte actuellement des changements à son organisation : la mise en place d'un guichet d'accès jeunesse unique, la conception d'un processus clinique jeunesse, la création de programmes cliniques, la coordination des services par un intervenant pivot et l'articulation des activités cliniques, en fonction des besoins de la clientèle.

Destinataires de ce document

Le processus clinique jeunesse est un outil de référence pour tous les intervenants, les personnes responsables de l'encadrement professionnel (PREP) et les gestionnaires de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique.

² À noter que la Direction de santé publique est intégrée au CISSS de la Montérégie-Centre où elle possède un mandat régional (Montérégie). Les rôles et responsabilités du CISSS de la Montérégie-Ouest sont complémentaires et permettent de poursuivre localement leurs activités.

1. Buts du processus clinique jeunesse

Le processus clinique jeunesse est constitué de l'ensemble des actions liées à la prestation des services cliniques. Il est issu des données probantes, puisqu'il tient compte des données scientifiques, des données expérientielles et des données contextuelles. Il s'agit de **ce qui est attendu** de la part des intervenants, de la part de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique.

Le processus clinique permet la mise en place d'interventions adaptées aux besoins de la clientèle, ainsi qu'un langage et une vision communs du cadre de l'intervention. Il se présente en différentes étapes distinctes afin d'obtenir une vue d'ensemble de la situation de l'usager et de sa famille, et ainsi, orienter l'intervention de façon conséquente. Il favorise le suivi des interventions et par conséquent, assure la qualité, l'efficacité et la pertinence des interventions.

Plus particulièrement, le processus clinique jeunesse de la DPJASP, vise à (voir l'[annexe A](#)) :

- Favoriser l'accessibilité aux services;
- Favoriser la participation active de l'usager et sa famille, aux décisions et interventions;
- Favoriser la qualité, la pertinence et la rigueur des interventions;
- Favoriser une trajectoire de services continue pour l'usager et sa famille;
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle;
- Doter les intervenants d'une vision commune du processus clinique jeunesse.

2. Assises

2.1. Épisode de services

Le processus clinique jeunesse est balisé par un épisode de services. Il s'agit de la période à l'intérieur de laquelle l'usager ou sa famille reçoit des services de la part de la DPJASP. Il s'agit également de la durée nécessaire pour développer ou restaurer la capacité des usagers et leur famille et trouver satisfaction à leurs besoins. Un épisode de services présente un début et une fin. (Voir les critères de fin d'épisode de services à la section 3.5) L'implication simultanée des programmes ou des directions du CISSS de la Montérégie-Ouest est parfois nécessaire.

La règle générale du Cadre normatif – système d'information sur les clientèles et les services des CLSC (MSSS, 2015) indique « qu'il n'y a qu'un seul épisode de services actif par usager. Un usager ne peut pas avoir plus d'un épisode de services ouvert en même temps, mais peut avoir plusieurs épisodes de services au cours de sa vie ».

2.2. Principes directeurs

Les principes directeurs du processus clinique jeunesse s'inspirent largement des orientations cliniques proposées par le Regroupement des CISSS de la Montérégie (en voie de publication en 2019), et ils sont conformes aux orientations ministérielles en matière **d'approche partenariat ou usager partenaire (MSSS, 2018)**.

En effet, cette approche fait tout autant référence au lien de partenariat généré dans la relation entre l'usager, ses parents et l'intervenant, qu'au lien de partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux (les institutions) et la clientèle. Les usagers et leurs parents sont désormais consultés par les CISSS et CIUSSS, dans le cadre de démarches d'amélioration des services (qualité, pertinence et sécurité). L'expérience client est tenue en compte.

Ils sont considérés comme de réels partenaires qui collaborent avec l'intervenant ou l'équipe interdisciplinaire. L'usager et ses parents participent activement au processus décisionnel qui les

concernent, ce qui augmente le pouvoir d'agir (autodétermination), élément influençant la qualité de vie. Sans cette appropriation de la part de la clientèle, des sentiments d'impuissance et de dépendance sont possibles. Elle mise sur la complémentarité et le partage des savoirs respectifs, lors des interventions.

Les principes directeurs

-  **Le jeune et sa famille comme agents actifs des services qui les concernent**
-  **Consentement libre, éclairé et droit de refuser les services**
-  **Le partage d'une vision commune pour favoriser la collaboration interprofessionnelle**
-  **La coordination des services par un intervenant pivot**
-  **La protection des enfants : une responsabilité collective**
-  **L'accès simple et rapide aux services et collaboration avec les partenaires internes et externes**

2.2.1. Le jeune et sa famille comme agents actifs des services qui les concernent

Le jeune et sa famille participent activement à la définition de l'offre de service qui répond le plus adéquatement à leurs besoins : ils sont consultés, entendus, s'impliquent dans l'élaboration et l'actualisation du plan d'intervention (LSSSS, 2018). « L'utilisateur est soutenu dans le renforcement de ses compétences, dans la réalisation de ses objectifs ou des projets qu'il a lui-même déterminés. » (MSSS, 2015 et Agrément Canada, 2018)

L'intervenant favorise cette participation active, en les considérant comme experts de leur situation et en favorisant une communication efficace, conformément à l'approche participative (section 2.2). Il s'agit d'un partage d'expertise entre celle de l'utilisateur et sa famille et celle de l'intervenant.

Attentes envers l'utilisateur et sa famille

- Être impliqué lors des rencontres avec l'intervenant;
- S'investir dans l'intervention, entre les rencontres (appliquer les recommandations, effectuer des suivis, etc.);
- Communiquer aux intervenants les informations nécessaires à la compréhension des difficultés et à la poursuite des interventions;
- Contribuer à la recherche de solutions;
- Faire connaître son opinion et ses intérêts lorsqu'une décision doit être prise;
- Faire preuve de civilité dans les échanges avec le personnel (assiduité, politesse, respect des droits, ponctualité, etc.).

Engagements des intervenants

- Offrir des services pertinents et de qualité;
- Établir une relation de collaboration avec les usagers et leur famille, en tout respect;
- Offrir des réponses à leurs questions et des services adaptés à leurs besoins;
- Respecter la confidentialité et le cadre légal en vigueur;
- Être assidu et ponctuel;
- Appliquer le code de déontologie et le code d'éthique.

2.2.2. Consentement libre, éclairé et droit de refuser les services

À la DPJASP, tout service offert à l'utilisateur et ses parents, doit se faire sur une base volontaire. L'utilisateur et sa famille doivent consentir à recevoir des services (voir l'[annexe B](#)).

Pour consentir de façon éclairée (Agréement Canada, 2018), l'utilisateur et ses parents doivent avoir toutes les informations nécessaires à la prise de décision :

- Analyse de la situation;
- Approches cliniques utilisées;
- Nature et but du service proposé;
- Risques et effets;
- Bénéfices potentiels des interventions;
- Responsabilités qui les concernent.

Cette décision doit être prise sans contrainte et librement.

Aptitude à consentir

À moins d'une attestation contraire, tout usager est considéré apte à consentir à recevoir des soins et des services à partir de l'âge de 14 ans. Avant l'âge de 14 ans, les parents ou représentants légaux sont autorisés à consentir dans l'intérêt fondamental de l'enfant.

Refus de services

Le droit de refuser les services est fondamental pour toute personne. Le consentement peut ainsi être retiré par l'utilisateur ou ses parents à tout moment en cours de prestation de services. Ce refus peut parfois s'exprimer de façon non verbale (ex : personne aphasique), ce qui demande une attention particulière de la part des intervenants. Se référer à l'[annexe B](#) pour obtenir davantage de précisions à l'égard du consentement.

2.2.3. Le partage d'une vision commune pour favoriser la collaboration interprofessionnelle

L'actualisation du processus clinique jeunesse, notamment dans le déploiement du plan, exige le recours à de fréquentes collaborations interprofessionnelles. Or, « la littérature rapporte que le succès de ces types de collaboration repose notamment sur le partage d'une vision commune des besoins et de la problématique de l'utilisateur » (Sicotte et al, 2002). La création du processus clinique jeunesse, incluant l'identification de principes directeurs et des approches cliniques, favorise l'établissement d'une vision commune de la part des intervenants.

Des modalités de collaboration entre les disciplines professionnelles, les programmes-services, les différentes directions et les partenaires sont tout aussi indispensables et propres à chaque programme. Des instances reconnues établissent un lien direct entre les collaborations interprofessionnelles et l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services (Organisation mondiale de la santé, 2010 et Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2007).

2.2.4. La coordination des services par un intervenant pivot

Un intervenant pivot est identifié pour chaque usager. Il permet à l'usager et sa famille de vivre **un parcours de services fluide** en évitant les duplications et ruptures de services (MSSS, 2017). Pour ce faire, il les soutient à travers les étapes du processus clinique et utilise les moyens à sa disposition pour faciliter l'accès (une fois admis) et les transitions³ (Agrément Canada, 2018) vers d'autres programmes, directions ou partenaires externes (ex. : transition vers des services destinés aux adultes). Une fois admis, l'usager et ses parents peuvent être dirigés vers un autre programme de la DPJASP ou direction du CISSS de la Montérégie-Ouest, en fonction de ses besoins, sans transiger par le guichet. L'intervenant pivot assure la fluidité de ce parcours.

Le **guichet d'accès jeunesse** (sans identifier un intervenant en particulier) assume la fonction d'intervenant pivot au cours de la période se situant entre la réception de la demande au guichet d'accès jeunesse et l'assignation d'un intervenant au programme. Une fois la demande acheminée au programme de destination, la PREP identifie l'intervenant pivot, en fonction du niveau de complexité des difficultés de l'usager et sa famille, d'enjeux cliniques ou des compétences requises.

Il s'agit de l'intervenant vers qui l'usager et ses parents se tournent, en cas de besoin. **L'alliance** créée entre eux est teintée par le partage des savoirs mutuels et la valorisation de l'autodétermination. L'intérêt accordé à l'expérience vécue par l'usager et sa famille ainsi qu'à leurs initiatives et valeurs favorise leur participation active à l'analyse des besoins et à la détermination des objectifs et moyens au plan. De plus, l'intervenant pivot suscite la collaboration de l'ensemble des intervenants et partenaires impliqués et formalise la coordination des services par un plan.

Au même titre que les autres intervenants impliqués, l'intervenant pivot est responsable de soutenir, encourager et favoriser le développement, le rétablissement, la santé et le bien-être des usagers et ses parents, en considérant tous les niveaux d'influence (systèmes) autour d'eux.

L'intervenant pivot s'assure que l'usager et ses parents :

- Répètent le moins souvent possible leurs histoires et leurs difficultés au cours de l'épisode de services;
- Se sentent écoutés, impliqués et consultés au cours de l'épisode de services;
- Participent activement à l'analyse de leurs besoins et à l'établissement de leurs objectifs;
- Reçoivent des services centrés sur leurs besoins;
- Intègrent un programme approprié (plus d'un programme peut être sollicité de façon complémentaire, selon les besoins) et évitent un nouveau passage au guichet d'accès jeunesse au cours de l'épisode de services;
- Bénéficient de relations de collaboration efficaces entre tous les intervenants impliqués (internes et externes au CISSS de la Montérégie-Ouest);
- Reçoivent des propositions de solutions qui tiennent compte de leurs besoins et des attentes et ressources de leur environnement (présuppose l'analyse des interactions entre l'usager, son environnement familial, social et les autres systèmes).

La fonction d'intervenant pivot peut être assumée par tous les intervenants, indépendamment de leur formation. Il ne présente aucun lien hiérarchique avec ses collègues. Toutefois, l'intervenant pivot assume une responsabilité de coordination des services, à l'égard des collègues qui contribuent à l'intervention directe auprès du jeune et sa famille.

³ Des travaux sont en cours au CISSS de la Montérégie-Ouest, afin d'émettre des balises ou orientations liées à la fonction d'intervenant pivot. Lorsqu'elles seront disponibles, les ajustements requis seront apportés, afin de s'y conformer.

La **charge de cas** des intervenants de la DPJASP est **mixte**, c'est-à-dire :

- Constituée d'utilisateurs pour lesquels ils assument la fonction d'intervenant pivot et des activités cliniques disciplinaires;
- Constituée d'utilisateurs pour lesquels ils réalisent uniquement des activités cliniques disciplinaires (pour ces utilisateurs, une autre personne assume la fonction d'intervenant pivot);
- Constituée d'utilisateurs pour lesquels ils assument uniquement les fonctions d'intervenant pivot. Dans ce cas, l'intervenant pivot poursuit son implication et assure le continuum de services pour l'utilisateur/famille, alors que ses objectifs cliniques disciplinaires sont atteints (exceptions possibles lorsqu'une entente particulière est convenue avec la PREP, dans l'intérêt de la clientèle).

Charge de cas Disciplinaire	Charge de cas Pivot et disciplinaire	Charge de cas Pivot
Les activités cliniques liées à sa discipline professionnelle <i>Une autre personne assume les activités liées à la fonction d'intervenant pivot auprès de l'utilisateur et ses proches</i>	- Les activités de coordination, liées aux fonctions d'intervenant pivot - Les activités cliniques liées à sa discipline professionnelle	Les activités de coordination, liées aux fonctions d'intervenant pivot <i>Permet d'assurer le continuum de services pour l'utilisateur et sa famille, car les objectifs cliniques disciplinaires sont atteints</i>

L'intervenant pivot peut être de **type établissement** ou de **type réseau**. Les mises en situation suivantes permettent d'illustrer la distinction entre les deux types.

Ces deux premières situations font appel à la fonction d'**intervenant pivot établissement** :

1. Un seul intervenant du CISSS de la Montérégie-Ouest est impliqué auprès de l'utilisateur et sa famille. Il assume la fonction d'intervenant pivot;
2. Plusieurs intervenants du CISSS de la Montérégie-Ouest sont impliqués auprès de l'utilisateur et sa famille. Une concertation est requise. Les intervenants peuvent être issus d'un seul ou de plusieurs programmes de la DPJASP ou de directions différentes (ex. : DPJASP et Direction des programmes Déficiences (DPD)). Un seul intervenant pivot est désigné.

Cette situation fait appel à la fonction d'**intervenant pivot réseau** :

1. Plusieurs établissements sont impliqués auprès de l'utilisateur et sa famille, par exemple : le CISSS de la Montérégie-Ouest, le CISSS de la Montérégie-Est (protection de la jeunesse) et l'école. Une concertation est requise. Un seul intervenant pivot réseau doit être désigné pour assumer la coordination des services et la communication d'informations entre l'utilisateur/famille et les intervenants impliqués.

La fonction d'intervenant pivot **prend fin** :

1. Lorsque l'épisode de services se termine (section 3.5);
2. Lorsqu'un autre intervenant pivot est identifié par la PREP ou le supérieur, selon des motifs cliniques dans l'intérêt de l'utilisateur et ses parents (ex. : demande de changement d'intervenant pivot, de la part du parent ou de l'intervenant pivot).

2.2.5. La protection des enfants : une responsabilité collective

L'intervention auprès des usagers et leur famille implique l'obligation de se préoccuper de la protection et du développement des enfants. Pour ce faire, le développement de liens et mécanismes de collaboration réciproques, solides et constants entre les partenaires, est à privilégier. Cette façon de faire favorise la prestation d'interventions précoces et préventives.

Protection de la jeunesse

Les interventions en protection de la jeunesse offertes au CISSS de la Montérégie-Est et réalisées en vertu de la loi de la protection de la jeunesse (LPJ)⁴, se situent en complémentarité, en continuité et en concertation avec les interventions de la DPJASP. À cet effet, le Cadre de référence pour les ententes de collaboration CISSS-Centres Jeunesse distingue les responsabilités de chacun, les zones de collaboration et les pratiques facilitantes (MSSS, 2012).

Prévention du suicide

La présence d'idées suicidaires chez un usager ou un proche peut se manifester à tous moments au cours d'un épisode de services. Ces pensées rendent les usagers vulnérables et imposent des interventions rapides et particulières. La prévention du suicide est une responsabilité partagée pour l'ensemble du personnel et médecins du CISSS de la Montérégie-Ouest (Agrément Canada, 2018).

La Politique de prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2018, POL-10065) vient soutenir la prise de décision, la planification des actions et le déploiement des services en matière de prévention du suicide au CISSS de la Montérégie-Ouest (voir l'[annexe H](#)).

2.2.6. L'accès simple et rapide aux services et la collaboration avec les partenaires internes et externes

Les besoins des usagers et leur famille sont variés et évoluent dans le temps. Aucun établissement ne peut répondre à l'ensemble des besoins des usagers et leur famille. La collaboration avec les partenaires internes et externes est essentielle afin de favoriser une réponse adaptée aux besoins de la clientèle, dans le respect des missions de chacun.

Le partenariat, appliqué de façon optimale :

- Favorise une atteinte plus rapide des objectifs de l'usager et de sa famille;
- Favorise la réduction de la durée de l'épisode de services;
- Conséquemment, favorise la diminution de l'attente pour accéder aux services.

En conformité avec le modèle écosystémique (voir la [section 2.2](#)), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) confirme que la création et le maintien de la collaboration entre tous les partenaires et l'engagement autour du développement des enfants augmentent les chances d'atteindre les objectifs (INSPQ, 2014).

Les partenaires internes et externes au CISSS de la Montérégie-Ouest, potentiellement impliqués auprès d'un usager et ses parents, sont très nombreux. Ces intervenants s'inscrivent à un moment ou à un autre de leur vie. Ils font partie de différents systèmes client, conformément au modèle écosystémique.

⁴ À noter que la Direction de la protection de la jeunesse est intégrée au CISSS de la Montérégie-Est, où elle possède un mandat régional. Les rôles et responsabilités du CISSS de la Montérégie-Ouest sont complémentaires et permettent de poursuivre localement leurs activités.

Les grandes catégories de partenaires internes et externes de la DPJASP

Les **commissions scolaires** anglophones et francophones du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et hors territoire

Les **écoles privées** anglophones et francophones du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et hors territoire

Les **CISSS et CIUSSS**, dont les groupes de médecine familiale, les services de protection de la jeunesse, les services sociaux, les hôpitaux et autres

Services de **santé et services sociaux privés** : services ambulanciers, médecin privé, psychologue privé, autres

Les **Centres de la petite enfance** et autres types de milieux de garde anglophones et francophones du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et hors territoire

Les **municipalités** : maison des jeunes, services de loisirs et parcs, police, transport en commun, bibliothèques, etc.

Les **groupes d'entraide** et associations

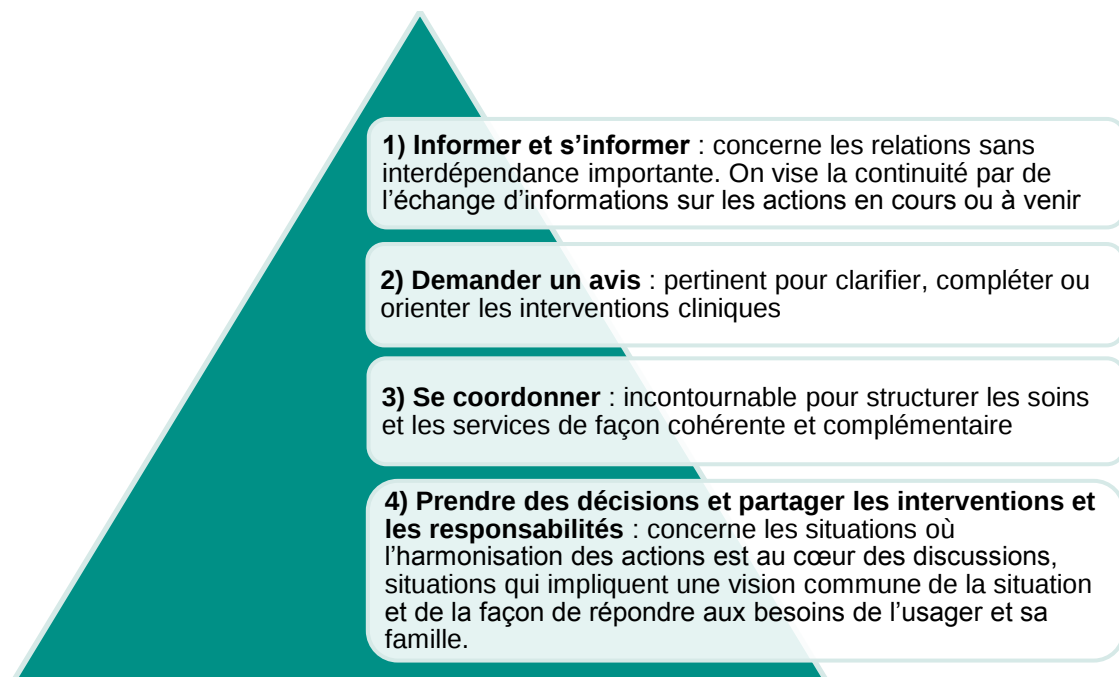
Les **organismes communautaires** anglophones et francophones du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest et hors territoire : Carrefour jeunesse emploi, lignes téléphoniques (d'urgence ou d'aide), organismes sans but lucratif, etc.

Les **organismes gouvernementaux** : aide juridique, Centre local d'emploi, Curateur public, Régie du logement, médiation familiale, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), autres

Les **fondations** : OLO, Bon départ, Ronald McDonald's, Maman Dion, etc.

* Afin d'obtenir davantage de précisions relatives aux organismes liés à chacune de ces catégories, se référer au (à) : répertoire des organismes sur Intranet-CISSS de la Montérégie-Ouest; sites web Santé Montérégie et Santé Montréal, site web ou ligne téléphonique Centre de référence du Grand Montréal et ligne téléphonique 211.

Le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (Careau et al., 2014) a identifié plusieurs **formes de collaboration** possibles avec les partenaires :



2.3. Approches d'intervention

Les approches constituent les fondements de l'intervention. Les deux approches privilégiées dans le cadre du Processus clinique jeunesse sont le modèle écosystémique et l'approche participative. Elles ont été retenues puisqu'elles sont reconnues efficaces (validées) auprès des jeunes et leur famille et parce qu'elles s'appliquent au large spectre des besoins de la clientèle de la DPJASP (tout le continuum de services).

À noter

Les intervenants ont la possibilité d'utiliser d'autres approches complémentaires, dans la mesure où elles sont validées et adaptées aux besoins des usagers ciblés et leurs problématiques.

Modèle écosystémique

Le modèle écosystémique est retenu comme approche phare du processus clinique jeunesse de la DPJASP puisque ce modèle d'analyse est efficace et reconnu dans le champ du développement de l'enfant. Cette approche permet de soutenir les interventions à travers toutes les étapes du continuum de soins et de services, et ce, dans les différents programmes-services. Finalement, elle se montre inclusive pour les différentes disciplines professionnelles et tient compte de la complexité des situations sur lesquelles les intervenants sont appelés à intervenir (situations individuelles, familiales, de groupe ou communautaires).

Tel que le stipule le Cadre de référence sur l'organisation des services jeunesse en Montérégie (Regroupement des CISSS de la Montérégie, 2019), « le modèle écosystémique regroupe les modèles théoriques systémique et écologique. C'est l'analyse des interactions constantes entre la personne, son environnement familial et social et avec les différents systèmes autour d'elle ». Le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979; 1986; 2005) perçoit la relation personne-environnement dynamique et l'influence de chacun comme étant réciproques.

Concrètement, cette approche recommande la prise en compte des éléments suivants dans l'analyse des besoins d'un usager :

- Les caractéristiques personnelles de l'utilisateur (ontosystème);
- Les interactions réciproques à portée développementale qui s'actualisent dans les relations immédiates entre l'utilisateur et les personnes, objets, symboles (processus proximaux);
- Le contexte dans lequel il évolue (microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème);
- Les interactions bidirectionnelles de l'utilisateur avec les différents systèmes;
- La compatibilité et la complémentarité des différents microsystèmes dans lesquels l'utilisateur et sa famille évoluent;
- Le facteur temps (âge, cycle/transition de vie, époque, etc.) dans l'analyse des besoins de la personne.

Selon l'INSPQ, « les actions les plus efficaces s'inscrivent dans une perspective globale de soutien au développement de l'enfant en combinant des interventions directes auprès de celui-ci et des interventions à tous les niveaux d'influence » (INSPQ, 2014). Les facteurs qui influencent le développement de l'enfant sont de natures individuelle, sociale, économique, et environnementale. Les enfants grandissent dans des environnements qui peuvent soutenir ou entraver leur développement. L'analyse écosystémique s'avère donc indiquée comme repère transversal pour tous les services offerts à la DPJASP.

L'approche participative, pour sa part, valorise la participation du jeune et de ses parents dans la compréhension et dans l'analyse des besoins. Le point de vue des usagers est pris en compte. Selon Carl Lacharité, (Lacharité, & al., 2009), les pratiques tenant compte de l'expérience vécue par les parents dans l'exercice de leurs responsabilités envers leurs enfants sont indispensables pour susciter leur participation active dans la détermination des besoins et des mesures à prendre pour les satisfaire.

« Les membres d'une famille sont, par les initiatives qu'ils prennent dans leur propre vie, les maîtres d'œuvre de celle-ci et des personnes qu'ils deviennent. » (Lacharité, & al., 2009) Il en est de même pour l'utilisateur rencontré individuellement.

Les grands préceptes de l'approche participative :

- Établir une vision et un langage communs pour aborder les besoins de l'enfant;
- Analyser les besoins de l'enfant en conjuguant avec la culture de la famille et son entourage, et celle des établissements qui fournissent les services à l'enfant;
- Mettre en lumière la valeur de l'autodétermination et le pouvoir d'agir des individus et des collectivités dans l'atteinte de cibles partagées par la valorisation des initiatives;
- Aider les parents à explorer leurs expériences personnelles en liaison avec leurs enfants et de découvrir ainsi ce qu'il est possible pour eux de connaître à propos de l'enfant et d'eux-mêmes;
- S'intéresser à l'expérience vécue par les parents et les enfants dans cette famille, aux significations qu'ils accordent aux éléments de leur vie et aux initiatives qu'ils prennent : ce à quoi les membres de la famille accordent un sens et de l'importance;
- Établir une alliance et collaboration entre l'intervenant et la famille et accorder de l'importance à la transparence institutionnelle;
- Explorer ce qui a contraint un parent à agir ou à ne pas agir, pour résoudre la situation;
- Rechercher différents points de vue au sujet des besoins de l'enfant : importance de la mixité entre l'entourage de l'enfant (famille immédiate et élargie) et les intervenants ou experts;
- Concevoir les soins et services en tant que compléments aux initiatives positives de l'entourage de l'enfant, plutôt que l'inverse.

En valorisant le pouvoir d'agir de la personne, l'approche participative met de l'avant l'importance de la collaboration avec l'utilisateur et sa famille. Elle inclut aussi les rapports aidant-aidé de type guidance directe et les demandes d'expertise. La participation de l'utilisateur est maintenue dans ces modèles d'alliance par des pratiques transparentes, accessibles à l'utilisateur, qui tiennent compte des circonstances actuelles et passées entourant la problématique vécue, une attitude compréhensive, une invitation à la réflexivité et un respect de son autodétermination une fois les recommandations émises.

« Lorsque le dialogue entre les parents et les intervenants est essentiellement organisé selon les exigences ou les mandats institutionnels, toute la démarche contribue à créer une image ou une représentation codifiée et artificielle de l'expérience vécue par les parents et leurs enfants. À l'opposé, lorsque le dialogue est essentiellement organisé selon les contingences de la famille, la démarche s'enlise dans l'immédiateté des expériences vécues par les membres de celle-ci. » (Lacharité et al., 2009)

Il s'agit donc de valoriser la participation de l'utilisateur et de sa famille, en créant des ponts entre la culture de la famille et celle de l'intervenant, relativement à la lecture des besoins. Au plan organisationnel, l'approche participative implique de donner une voix aux usagers concernant leur expérience vécue dans la trajectoire de services.

2.4. Modalité d'intervention

Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ)

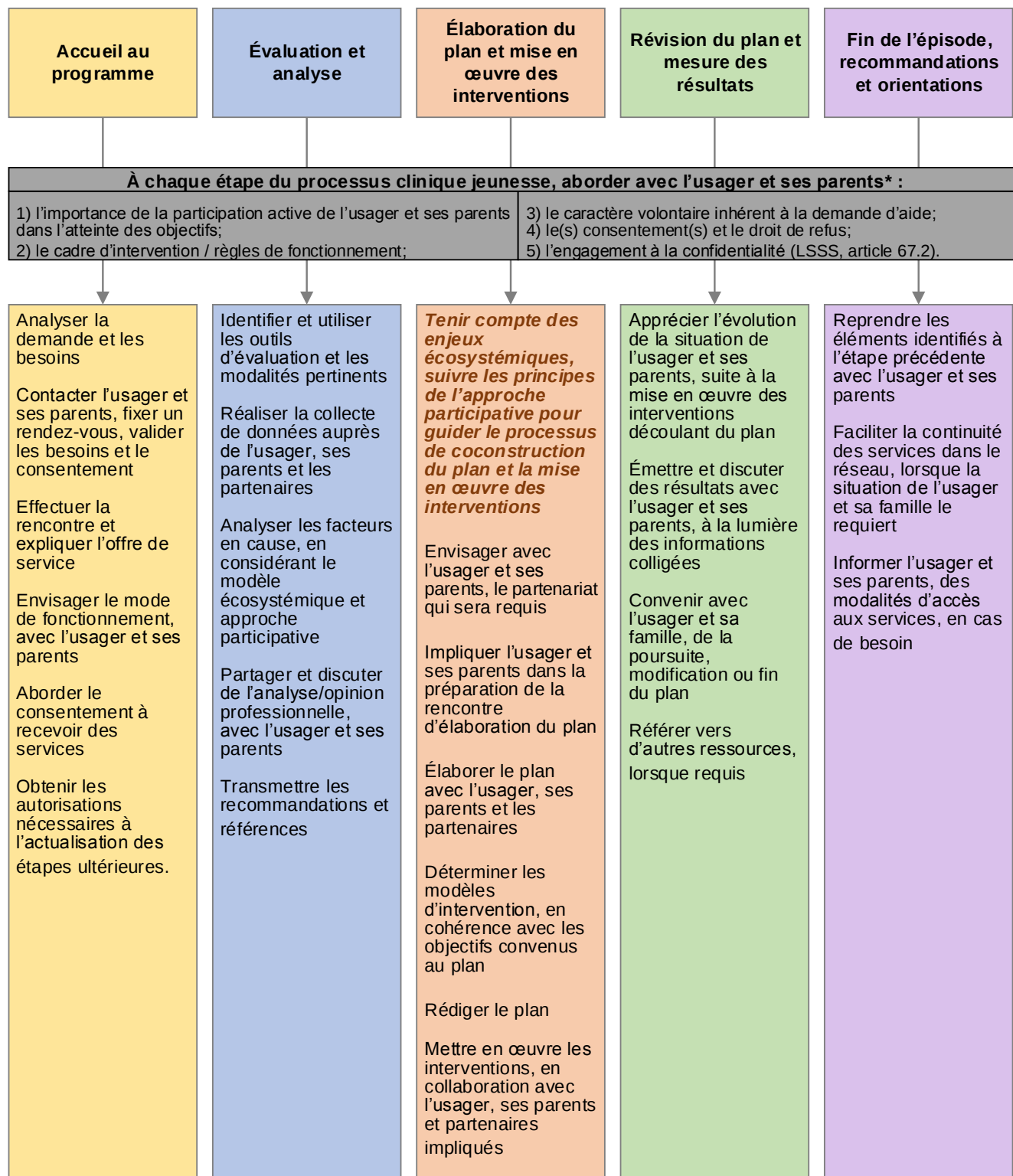
Les intervenants de la DPJASP peuvent avoir recours à l'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ), comme modalité d'intervention.

L'ÉIJ s'adresse aux « jeunes présentant des problèmes multiples et complexes et leurs parents, qui exigent la participation de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celle d'autres réseaux, particulièrement celui de l'éducation et des services de garde » (MSSS, 2017). L'ÉIJ vise à rechercher des solutions centrées sur les besoins du jeune et de sa famille. Il est possible d'y avoir recours, lorsqu'il y a :

Pour obtenir davantage de précisions, se référer au Cadre de référence encadrant la pratique de l'ÉIJ (CDR-10094) ou la Procédure clinique ÉIJ (PRO-10134).
(voir l'[annexe H](#))

- Un manque de vision commune de la situation du jeune et de sa famille;
- Des besoins chez le jeune et de sa famille qui ne peuvent pas être répondus;
- La présence d'attentes irréalistes;
- Des besoins en matière de coordination des services et de coopération;
- La présence d'enjeux nuisant à la prestation des services;
- La présence d'une impasse clinique pour le jeune et sa famille;
- Des besoins chez le jeune et sa famille qui ne semblent relever d'aucun programme existant.

3. Étapes du processus clinique jeunesse



À noter

Dans le but de faciliter le travail du lecteur par l'uniformisation du document, l'expression « usagers et ses parents » est utilisée pour désigner : l'utilisateur et ses proches, l'utilisateur et le titulaire de l'autorité parentale, ainsi que l'utilisateur de 14 ans et plus, qui ne souhaite pas impliquer ses proches dans sa démarche (choix libre et éclairé – voir l'[annexe B](#))

Accès aux services – Guichet d'accès jeunesse unique du CISSS de la Montérégie-Ouest

L'étape clinique indispensable qui précède le cheminement de l'utilisateur et ses parents à travers la séquence d'actions (les 5 étapes au tableau) du processus clinique jeunesse est l'accès aux services. Les partenaires situés sur tout le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest réfèrent la clientèle jeunesse à une seule adresse, celle du guichet d'accès jeunesse unique. La demande est ensuite acheminée au guichet d'accès jeunesse satellite approprié.

Sa **mission** consiste à :

- Recevoir les demandes d'aide;
- Évaluer l'admissibilité aux services de la DPJASP;
- Orienter les demandes vers le(s) programme(s), discipline professionnelle et niveau de services appropriés;
- Émettre un niveau de priorisation, en fonction des informations recueillies au moment du traitement de la demande d'admission.

Les interventions qui y sont dispensées facilitent le continuum de services aux usagers. De plus, les intervenants au guichet soutiennent la clientèle et les partenaires, au cours de la période d'attente aux services (voir la [section 2.1.4](#)).

Le délai attendu entre la réception de la demande de services au guichet ET l'assignation d'un programme est de 7 jours (MSSS), tel qu'illustré à l'[annexe G](#).

Les inclusions et les exclusions au processus clinique jeunesse

- **Inclusions**

Les assises : les intervenants de la DPJASP sont tous tenus d'actualiser les assises du processus clinique jeunesse, tant auprès de la clientèle, qu'auprès des diverss partenaires (ex : organisation communautaire).

- **Exclusions**

Les étapes du processus clinique jeunesse (voir le Tableau des étapes du processus clinique jeunesse de la [section 3](#)) : les 5 étapes du processus clinique jeunesse quant à elles, doivent être appliquées obligatoirement auprès des usagers et leurs parents, par la plupart des intervenants. Il existe toutefois des exceptions, bien que leur travail des intervenants soit tout à fait clinique.

Les situations qui ne nécessitent pas un recours aux 5 étapes (pas de plan), conformément au Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019) sont :

- Les activités d'accueil, d'évaluation et d'orientation au guichet d'accès jeunesse;
- Les interventions ponctuelles ne nécessitant pas de suivi :
 - Suivi ponctuel par un intervenant du guichet d'accès, au cours de la période d'attente aux services d'un programme;
 - Visite postnatale sans suivi;
 - Consultation scolaire sans suivi;
 - Clinique infirmière sans suivi;
 - Immunisation sans suivi;
 - Autres interventions sans suivi.
- Les interventions visant à répondre aux besoins immédiats de l'utilisateur et ses parents, ainsi qu'à lui fournir des informations concernant la promotion et la prévention :
 - Promotion de saines habitudes de vie;
 - Prévention de problèmes sociaux;
 - Prévention de problèmes de santé. Par exemple : suivi dentaire préventif en milieu scolaire, informations à l'égard des ITSS, rencontres d'informations, cours prénataux.

Au regard des situations exclues, une note est rédigée au dossier de l'utilisateur afin de rendre compte de l'intervention réalisée. Aussi, en fonction de l'évolution d'une situation ou selon le jugement clinique de l'intervenant, il est possible de créer un plan (suite à une évaluation) avec l'utilisateur, même s'il s'agit d'une « exclusion » ci-dessus mentionnée.

3.1. Accueil au programme

L'accueil au programme est la première des 5 étapes du processus clinique jeunesse et s'inscrit après :

- le traitement de la demande de services au guichet d'accès jeunesse unique;
- le cheminement de la demande au programme approprié;
- l'assignation d'un intervenant; qui est aussi intervenant pivot (voir la [section 2.1.4](#)).

Cette étape vise à valider la compréhension de la demande de services et de s'entendre, avec l'utilisateur et sa famille, sur le cadre de l'intervention (modalité, consentement, autorisation). Elle constitue les fondements de la création d'un lien de confiance (alliance) entre l'intervenant, l'utilisateur et sa famille, ainsi que l'établissement de la relation de partenariat.

Le délai attendu entre l'assignation à un programme ET la première intervention significative par un intervenant est de 23 jours (voir l'[annexe G](#)).

3.1.1. Analyser la demande et les besoins

La lecture du dossier et des rapports pertinents permet de :

- Situer le contexte de la demande de services;
- Débuter la cueillette d'informations nécessaires aux évaluations et au plan;
- Relever les attentes, besoins et données à clarifier;
- Vérifier qui sont les partenaires impliqués auprès de cet utilisateur et sa famille;
- Identifier les aspects légaux présents (protection de la jeunesse, régime de protection, ordonnances, etc.).

Avant de contacter l'utilisateur, s'assurer de maîtriser les éléments centraux à leur situation, dans le but d'éviter aux personnes d'avoir à répéter leur histoire (par exemple : diagnostics, valeurs et habitudes culturelles, parcours de services, etc.).

3.1.2. Contacter l'utilisateur et ses parents, fixer un rendez-vous, valider les besoins et le consentement

Ce premier contact vise à valider les besoins et vérifier si une intervention est toujours pertinente. Il vise à aborder le consentement de l'utilisateur et à identifier les personnes qu'ils souhaitent présentes à la première rencontre. Un rendez-vous est fixé avec l'utilisateur et ses parents.

3.1.3. Effectuer la rencontre et expliquer l'offre de service

Après s'être assuré de l'identification de l'utilisateur (double identification - Agrément Canada, 2018), il s'agit d'un moment privilégié pour établir un lien de confiance avec l'utilisateur et ses parents. On y aborde les attentes mutuelles, vulgarise les services pouvant être offerts par la DPJASP et par la discipline professionnelle, distingue les services offerts au CISSS de la Montérégie-Ouest de ceux offerts par les partenaires et présente les limites de l'offre de service de la DPJASP (voir la [section 3.5](#)).

3.1.4. Envisager le mode de fonctionnement, avec l'utilisateur et ses parents

Lors de la rencontre, discuter et convenir avec l'utilisateur et ses parents, des modalités de fonctionnement lors des rencontres : lieu, durée, fréquence, etc. Convenir des modalités mutuelles, en cas d'annulation de rendez-vous ou de questionnements (ex. : le moyen le plus efficace pour se rejoindre, en cas de besoin).

La capacité de chaque usager à participer à ses services, est déterminée en partenariat avec l'utilisateur et sa famille (Agrément Canada, 2018).

Lorsqu'il existe un nombre prédéterminé de rencontres dans un secteur particulier d'activités de la DPJASP, communiquer l'information et expliquer les motifs à l'utilisateur et sa famille.

3.1.5. Aborder le consentement à recevoir des services

Lors de la rencontre, aborder avec l'utilisateur et sa famille, la notion de consentement libre et éclairé et les options qui se présentent à eux : consentir ou refuser⁵.

Lors de refus de services « libre et éclairé », c'est-à-dire en toute connaissance des effets, l'épisode de services est alors cessé.

3.1.6. Obtenir les autorisations nécessaires à l'actualisation des étapes ultérieures

Lors de la rencontre, aborder l'historique des services reçus liés à la problématique pour laquelle ils consultent en ce moment. Une liste des intervenants impliqués actuellement auprès de l'enfant et ses parents est créée : intervenants de l'école, services médicaux privés, CPE, organismes communautaires, etc.

Convenir avec l'utilisateur et ses parents, des informations pertinentes à obtenir de la part des partenaires impliqués, en vue de l'analyse des besoins et compréhension de la problématique. Faire signer le(s) formulaire(s) de consentement approprié(s).

3.2. Évaluation et analyse

Cette étape vise à réaliser une évaluation selon le champ d'exercice de la discipline impliquée et de rédiger l'évaluation. Elle permet également d'identifier et d'analyser les facteurs impliqués dans la situation problématique actuelle et d'orienter les stratégies d'intervention qui seront discutées au plan (Agrément Canada, 2018).

L'identification du professionnel autorisé à évaluer un usager doit être réalisée conformément à deux lois distinctes, qui définissent les champs d'exercice professionnels :

- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Loi 21, 2009);
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90, 2002).

⁵ Se référer au principe directeur 2.1.2., ainsi que l'[annexe B](#), pour obtenir davantage de précisions.

Il est possible que l'analyse des résultats de l'évaluation fasse état de besoins de services relevant d'une autre instance (hors CISSS) ou ne génère pas de demande de services de la part de l'utilisateur et ses parents. Dans ces cas particuliers, il y a un renvoi à la 5e étape du processus clinique jeunesse, soit la fin de l'épisode, recommandations, orientations.

Le délai attendu entre la première intervention significative par un intervenant ET le dépôt du rapport d'évaluation au dossier de l'utilisateur est de 30 jours (voir l'[annexe G](#)).

3.2.1. Identifier et utiliser les outils d'évaluation et les modalités pertinents

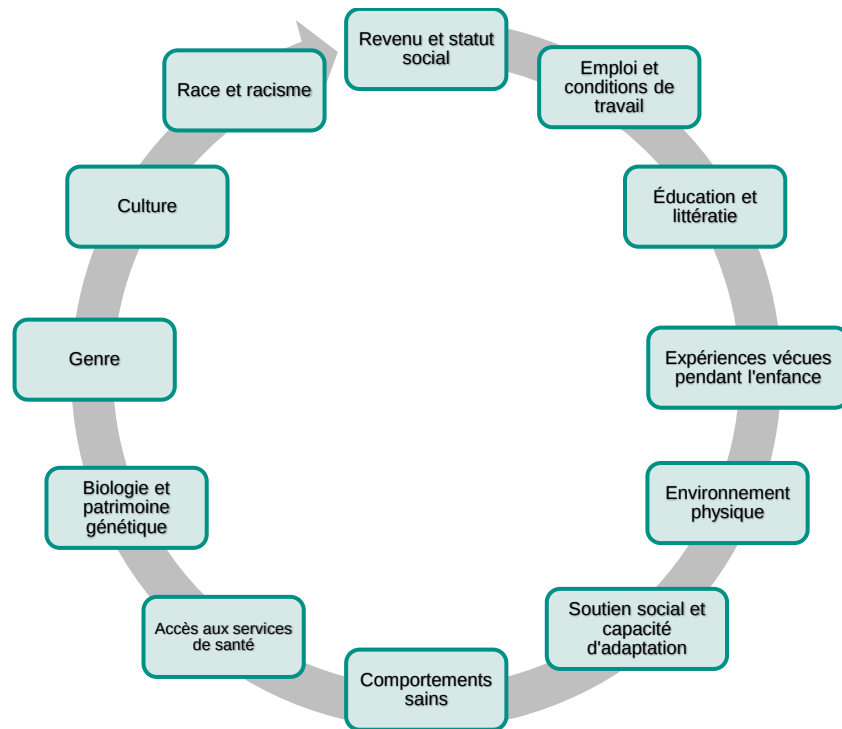
Selon la nature des besoins identifiés, le raisonnement clinique et l'expertise spécifique à chaque discipline, plusieurs types d'évaluations sont possibles et diverses modalités peuvent être utilisées. Les évaluations permettent :

- De déterminer l'écart entre le niveau actuel de l'enfant et le niveau attendu à un âge donné (ex. : développement global, comportement, etc.);
- De qualifier ou apprécier la qualité de la relation entre l'utilisateur et les personnes qui l'entourent (parents, fratrie, amis, collègues de classe, professeurs, éducateurs, grands-parents, oncles, gardienne, tuteur, etc.);
- D'identifier les facteurs impliqués dans la ou les problématique(s) soulevée(s);
- D'identifier les forces, les limites et les ressources de l'utilisateur, de sa famille et de son environnement (système client du modèle écosystémique).

L'ensemble des intervenants se partagent la responsabilité d'aborder, d'évaluer et de promouvoir les **saines habitudes de vie** (Agréement Canada, 2018).

Promouvoir un mode de vie sain pour prévenir les maladies chroniques			
Sources			
Gouvernement du Québec (2019)	Institut de cardiologie de Montréal (2019)	Institut national de santé publique (2019)	Santé Canada (2019)
• Mode de vie actif • Alimentation saine (Guide alimentaire canadien, 2019) • Mode de vie sans tabac • Bien dormir • Gérer la consommation d'alcool et de drogue • Gérer la pratique des jeux de hasard et d'argent			

De plus, de nombreux facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux influencent la santé : ce sont les déterminants de la santé. Le gouvernement du Canada en relève 12 différents :



À noter

Lorsque la situation le requiert, des interventions peuvent être réalisées au moment de l'évaluation, sous différentes formes : conseil, soutien, intervention, etc. (ex : promouvoir les saines habitudes de vie)

3.2.2. Réaliser la collecte de données auprès de l'utilisateur, ses parents et les partenaires

Une collecte de données peut être administrée de plusieurs façons : outils standardisés ou non, questionnaires, observations, entrevues cliniques, etc. Cette collecte se fait auprès de l'utilisateur, ses parents, des personnes significatives (grands-parents, amis fratrie, etc.), en fonction des éléments à évaluer et l'âge de l'enfant.

Une fois le consentement obtenu de la part de l'utilisateur ou ses parents, un complément d'information peut être recueilli auprès des partenaires impliqués pertinents à la situation. Cette communication permet de mettre à jour des services reçus ou en cours, d'échanger des informations, d'établir des modalités de collaboration et de susciter la mise en place d'un plan, lorsque requis. Aborder avec l'utilisateur et sa famille, s'il y a des services en attente pour l'enfant ou la famille.

Une évaluation peut être réalisée en une ou plusieurs rencontres.

3.2.3. Analyser les facteurs en cause, en considérant le modèle écosystémique et l'approche participative

L'analyse des données obtenues au point 3.2.2., est indissociable de l'évaluation. Elle permet de formuler une opinion professionnelle, de dégager des recommandations qui servent de base pour l'action et elle tient compte du modèle écosystémique et de l'approche participative. Il s'agit de tirer des conclusions fondées sur les données obtenues lors de l'administration de l'évaluation. Tous les facteurs impliqués (facteurs de protection ou facteurs d'opportunité) sont tenus en compte.

3.2.4. Partager et discuter de l'analyse/opinion professionnelle avec l'utilisateur et ses parents

Les résultats de l'évaluation, ainsi que les facteurs impliqués, forces et ressources, sont communiqués et vulgarisés à l'utilisateur et ses parents. Ces derniers sont invités à s'exprimer à propos des informations présentées et demander des précisions, au besoin. Cet échange se fait généralement verbalement, dans un langage accessible. Cette étape permet à l'utilisateur et ses proches de débiter un processus d'appropriation de la problématique et des facteurs associés, d'orienter leurs prochaines décisions et d'identifier leurs priorités.

Les hypothèses explicatives de la problématique doivent également être communiquées à l'utilisateur et ses parents, puis sont consignées au dossier dans le respect des exigences professionnelles.

3.2.5. Transmettre les recommandations et références

Tel que mentionné précédemment, dès l'étape de l'évaluation, il est possible de transmettre des recommandations à l'utilisateur ou ses parents, dans le but de démarrer le processus de changement.

Lorsque l'évaluation cible des besoins qui ne relèvent pas des services déjà actifs auprès de l'utilisateur et ses proches, l'intervenant pivot aborde les éléments suivants :

- La pertinence d'effectuer une référence;
- Le niveau d'urgence à référer;
- Le meilleur moment pour réaliser la référence;
- Les modalités à convenir (Qui fait quoi ? Est-ce qu'ils se présentent directement à l'organisme par eux-même?);
- Des délais d'attente pour l'obtention de ces services, si applicable;
- Le niveau d'engagement que leur demanderont ces nouveaux services.

3.3. Élaboration du plan et mise en œuvre des interventions

Cette étape vise deux buts. D'une part, établir avec l'utilisateur et ses parents (et partenaires), des objectifs SMART (voir l'[annexe F](#)) et identifier les stratégies pour y parvenir en fonction des besoins. D'autre part, elle vise à actualiser les interventions ou stratégies, dans le cadre de la mise en œuvre des interventions.

La participation active de l'utilisateur et ses parents est essentielle, tant à l'élaboration du plan que lors des interventions.

L'intervenant relève le type de plan requis à la situation de cette famille (voir l'[annexe D](#)).

L'identification du professionnel autorisé à élaborer un plan et réaliser la mise en œuvre des interventions doit être réalisée conformément aux deux lois distinctes qui définissent les champs d'exercice professionnel :

- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (ancien projet de loi 21, 2009)
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (ancien projet de loi 90, 2002).

Pour obtenir davantage de précisions, se référer au tableau de l'[annexe H](#).

Le délai attendu entre le dépôt du rapport d'évaluation au dossier de l'usager ET l'élaboration du plan est de 15 jours (plan convenu avec l'usager et ses parents) (voir l'[annexe G](#)).

3.3.1. Envisager avec l'usager et ses parents, le partenariat qui sera requis

Dans le cadre de la préparation de l'usager et ses parents à la rencontre du plan d'intervention, les présences sont abordées. L'intervenant, l'usager et ses parents, discutent des avantages d'impliquer tous les intervenants gravitant autour de l'enfant et ses parents et l'impact potentiel sur l'atteinte des objectifs.

L'usager et ses parents indiquent les partenaires qu'ils souhaitent inviter à la rencontre de plan.

3.3.2. Impliquer l'usager et ses parents dans la préparation de la rencontre d'élaboration du plan

L'implication de l'usager et ses parents dans la préparation du plan, favorise leur participation active lors de la rencontre de plan.

Avec l'usager et ses parents

Lors de la préparation en vue de l'établissement d'un plan, des informations sont échangées et discutées : questions, inquiétudes, but de la rencontre, déroulement, animation, durée, lieu, attentes des intervenants à l'égard de l'usager et ses parents (ex : participation active dans la détermination des objectifs, moyens, priorités), les attentes de l'usager et ses parents envers les intervenants, etc.

La préparation à la rencontre de plan est similaire, qu'il y ait un seul ou plusieurs intervenants impliqués.

Entre intervenants

Lorsque deux intervenants ou plus sont impliqués au plan d'intervention (complexité), l'intervenant pivot planifie une discussion clinique préparatoire à la rencontre de plan (aviser l'usager et ses parents, même lorsqu'ils sont absents). Cette rencontre préparatoire au plan vise à partager les observations et réflexions documentées lors des évaluations, les enjeux, les attentes et priorités déjà mentionnées par l'usager et ses parents, et d'obtenir une vision commune de la situation de l'usager.

3.3.3. Élaborer le plan avec l'usager, ses parents et les partenaires

Cette rencontre vise à convenir, avec l'usager et ses parents, des objectifs et des moyens d'intervention, en tenant compte des besoins, des évaluations, des valeurs et de la réalité quotidienne de l'usager et ses parents (approche participative). Le partage des responsabilités est abordé et convenu, ainsi que des moyens d'évaluer l'impact des interventions.

Le réalisme des moyens retenus est garant de l'implication active de l'utilisateur et ses parents et favorise l'atteinte des objectifs ciblés. La même attention doit aussi être accordée aux partenaires avec qui il est prévu de collaborer, afin de favoriser le réalisme de l'objectif en fonction de leurs disponibilités.

Il doit impérativement exister un lien logique et cohérent entre les besoins nommés (problématiques), les données obtenues lors des évaluations professionnelles et les objectifs établis au plan d'intervention. Suite au plan, chaque intervenant doit produire son plan d'intervention disciplinaire.

3.3.4. Déterminer les modèles d'intervention, en cohérence avec les objectifs convenus au plan

L'intervenant propose à l'utilisateur et ses parents les techniques et stratégies d'intervention adaptées à la situation, dans le respect des ententes et objectifs convenus lors du plan.

3.3.5. Rédiger le plan

Rédiger les objectifs convenus lors du plan d'intervention, en fonction des critères d'élaboration d'objectifs opérationnels SMART (voir l'[annexe F](#)), dans le formulaire plan en vigueur. Le plan doit être déposé au dossier de l'utilisateur.

Les partenaires désirant obtenir une copie du plan d'intervention doivent préalablement obtenir un consentement signé par l'utilisateur ou ses parents.

3.3.6. Mettre en œuvre les interventions, en collaboration avec l'utilisateur, ses parents et partenaires impliqués

Les interventions sont réalisées en présence de l'utilisateur et ses parents (et partenaires, lorsque requis) et conformément au mode de fonctionnement convenu préalablement (modalités). Dans certains profils de clientèle, il est possible que l'intervention soit réalisée en l'absence de l'utilisateur et principalement avec les parents (ex : enfants 0-5 ans).

Selon les changements observés dans l'évolution de la situation de l'utilisateur et ses parents, des discussions cliniques peuvent avoir lieu entre l'intervenant pivot, les autres intervenants ou partenaires concernées (voir la [section 2.1.6](#)), afin de s'assurer de la cohérence et pertinence des interventions et du maintien d'une vision commune de la situation, sur une base continue.

3.4. Révision du plan et mesure de résultats

Cette étape vise à effectuer une mise à jour des actions effectuées depuis l'élaboration du plan (ou sa révision) et apprécier avec l'utilisateur et sa famille, le niveau d'atteinte des objectifs poursuivis.

Cette révision est réalisée avec l'utilisateur et ses parents (et partenaires dans le cas des PSI), aux 90 jours maximum⁶, conformément au cadre législatif (LSSSS, 2018) (voir l'[annexe G](#)). En d'autres mots, le délai attendu entre l'élaboration du plan ET la révision du plan (plan convenu avec l'utilisateur et ses parents) est de 90 jours.

⁶ Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2019)

3.4.1. Apprécier l'évolution de la situation de l'utilisateur et ses parents, suite à la mise en œuvre des interventions découlant du plan

Chaque intervenant impliqué au plan d'intervention ainsi que les partenaires qualifient les progrès ou non-progrès de l'utilisateur et ses parents.

Lorsque deux intervenants ou plus sont impliqués, l'intervenant pivot planifie une discussion clinique préparatoire à la rencontre de révision du plan d'intervention (l'utilisateur et ses parents en sont avisés). En équipe, ils abordent l'écart entre la situation de l'utilisateur lors du dernier plan et la situation actuelle. C'est ainsi qu'un portrait composé de faits observables et d'objectifs est réalisé en équipe. Cette rencontre vise également à partager les réflexions, les enjeux et obtenir une vision commune de la situation de l'utilisateur.

3.4.2. Émettre et discuter des résultats avec l'utilisateur et ses parents, à la lumière des informations colligées

L'intervenant pivot contacte ou rencontre l'utilisateur et ses parents, afin de préparer la rencontre visant la révision du plan. Un rappel du déroulement de la rencontre est effectué : attentes envers les intervenants et attentes des intervenants envers l'utilisateur et ses parents.

Le niveau de participation aux interventions, l'application des recommandations, les facteurs impliqués (facilitateurs et obstacles) et le niveau de progression sont des sujets abordés avec l'utilisateur et ses parents. Une liste de personnes à inviter à la rencontre de révision de plan est aussi relevée au besoin.

3.4.3. Convenir avec l'utilisateur et ses parents, de la poursuite, modification ou fin du plan

Aborder, avec l'utilisateur, ses parents (et partenaires), le réalisme, l'efficacité et la pertinence des objectifs poursuivis (en nombre et en qualité), ainsi que des moyens, de la durée et de la fréquence des interventions.

Qualifier avec l'utilisateur, ses parents et les partenaires, l'effet (écart entre la situation initiale et la situation actuelle) des interventions sur la (les) problématique (s) justifiant la demande d'aide initiale, ainsi que chacun des objectifs. Les qualificatifs pouvant être utilisés sont : atteints, non atteints, poursuivis, modifiés, abandonnés, etc.

Identifier ensemble les facteurs (familiaux, sociaux, médicaux, environnementaux et autres) ayant influencé positivement ou négativement le cheminement vers l'atteinte des objectifs et les facteurs ayant influencé la participation active de l'utilisateur et de sa famille. Évaluer la satisfaction de l'utilisateur, ses parents (et des partenaires).

Convenir avec l'utilisateur et ses parents des objectifs à poursuivre d'ici la prochaine révision du plan. Il est conseillé de viser, dans la mesure du possible, moins de trois objectifs à la fois, afin de prévenir une démobilisation de la part de l'utilisateur ou de ses parents. Cette perte de mobilisation serait alors subséquente à une surcharge d'objectifs, de suivis, de démarches, d'exercices, etc.

Lorsque tous les objectifs sont atteints, il y a fermeture de l'épisode de services : passez à la [section 3.5](#).

3.4.4. Référer vers d'autres ressources, lorsque requis

Lorsqu'une nouvelle problématique est communiquée par l'utilisateur et ses parents, lors d'une révision de plan, l'intervenant pivot pose des questions en vue de bien identifier les besoins (les besoins relèvent de quelle(s) instance(s)), puis il aborde les éléments suivants :

- Le niveau d'urgence à référer;
- Le meilleur moment pour réaliser la référence;
- Les modalités à convenir (Qui fait quoi ? Est-ce qu'ils se présentent directement à l'organisme par eux-même ?);
- Des délais d'attente pour l'obtention de ces services, si applicable;
- Le niveau d'engagement que leur demanderont ces nouveaux services.

Les usagers sont soutenus par l'intervenant pivot, dans l'accès aux services appropriés à l'intérieur du CISSS de la Montérégie-Ouest ou à l'extérieur (transitions).

3.5. Fin de l'épisode, recommandations, orientations

Cette étape est celle où les services se bouclent. Elle est planifiée pour assurer une fin de services la plus positive possible pour l'utilisateur, ses parents (les partenaires, s'il y a lieu) et les intervenants du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Selon l'Association des établissements de réadaptation de la province de Québec (AERDPQ) (2013), « Il est depuis longtemps entendu que les services sont limités dans le temps : un épisode de services a un début et une fin. Malgré cette reconnaissance, il n'est pas toujours facile de déterminer le moment opportun pour terminer les interventions. La question de la fin des interventions est étroitement liée à l'accès aux services : sans fin de services, pas de disponibilité pour de nouveaux usagers. Il est aussi essentiel de déterminer les limites de nos services et nos responsabilités et celles de nos partenaires. »

L'épisode de services peut prendre fin à tous moments, lorsque l'une des conditions énumérées ci-dessous est présente :

- L'atteinte des objectifs du plan;
- Dans le cadre d'un mandat évaluatif uniquement : l'évaluation et l'orientation sont complétées;
- À l'issue d'une évaluation disciplinaire, il y a absence de besoin relevé ou de demande de la part de l'utilisateur ou de ses parents;
- La poursuite des interventions n'entraînerait pas de progrès ayant un impact significatif sur la situation de l'utilisateur ou de sa famille (la qualité de vie, développement, rétablissement, santé ou le bien-être);
- Un élément nouveau fait en sorte que l'utilisateur et/ou ses parents n'ont plus la capacité ou la disponibilité à participer à l'atteinte des objectifs indiqués au plan d'intervention;
- La demande de services ne répond plus aux critères d'admissibilité (nouvelles données). (ex. : nouveau diagnostic);
- Le constat que les besoins de l'utilisateur relèvent de l'expertise d'une autre instance (hors CISSS);
- Le manque de participation, mobilisation ou d'assiduité de la part de l'utilisateur et/ou de sa famille ne permettent pas (ou ne permettent plus) d'actualiser les interventions;
- L'utilisateur et sa famille signifient de manière libre et éclairée, leur intention de mettre fin aux services;
- L'utilisateur quitte la région ou décède.

L'intervenant pivot s'assure de favoriser la transition de l'utilisateur et ses parents, vers les services appropriés, lorsque requis.

Le délai attendu entre la prise de décision concertée au sujet de la fermeture de l'épisode de services ET le dépôt du bilan au dossier de l'utilisateur est de 15 jours (voir l'[annexe G](#)).

3.5.1. Reprendre les éléments identifiés à l'étape précédente, avec l'utilisateur et ses parents

À cette étape du processus, l'intervenant pivot aborde la fin de l'épisode de services avec l'utilisateur et ses parents. Cette étape permet de diminuer leurs appréhensions. Ils relèvent ensemble la problématique initiale, les changements opérés au cours de l'épisode de services, les apprentissages réalisés et le portrait de la situation actuelle. Les succès sont soulevés et mis en valeur, de même que les moyens utilisés par l'utilisateur et ses parents pour apporter des changements dans leur vie, les obstacles rencontrés et surmontés, leurs initiatives fructueuses, etc. L'intervenant fait un rappel des recommandations visant à maintenir l'équilibre actuel. Il informe ou invite l'utilisateur et ses parents à informer les partenaires de la fin de l'épisode de services.

3.5.2. Faciliter la continuité des services dans le réseau, lorsque la situation de l'utilisateur et ses parents le requiert

L'intervenant pivot met en œuvre les actions à sa disposition afin de faciliter la transition de l'utilisateur et de ses parents vers de nouveaux services ou une nouvelle région, lorsque nécessaire (voir la [section 3.4.4](#)). Il gère la ou les références, avant la fin officielle de l'épisode de services. Des informations supplémentaires et des documents peuvent être offerts en fonction des besoins.

3.5.3. Informer l'utilisateur et ses parents des modalités d'accès aux services, en cas de besoin

Les usagers et leurs parents sont informés des démarches à réaliser, dans l'éventualité où ils auraient de nouveaux besoins similaires ou différents qui surgiraient.

Un rappel est réalisé au sujet des moyens à poursuivre ou à mettre en place, dans les prochaines semaines ou en cours de transition, afin de maintenir le développement, le rétablissement, la santé ou le bien-être de l'utilisateur et sa famille.

4. Ressources

L'appropriation du processus clinique jeunesse par les intervenants de la DPJASP peut représenter des changements de pratiques professionnelles pour certains intervenants et de simples rappels pour d'autres. Certains concepts nécessiteront des apprentissages, c'est pourquoi les actions suivantes sont recommandées.

Mesures de soutien recommandées

- Assurer un mécanisme de diffusion continue du processus clinique jeunesse, visant tous les nouveaux employés;
- Assurer un soutien à toutes les personnes visées par le processus clinique jeunesse dans le cadre de l'implantation et plus particulièrement, aux PREP et gestionnaires puisqu'ils seront des agents multiplicateurs de premier plan;
- Assurer le maintien à jour du répertoire des organismes DPJASP dans Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Établir ou consolider des modalités de collaboration multidisciplinaire, interdisciplinaire, interprogramme et interdirection;
- Veiller à l'établissement de modalités de collaboration étroites avec les services destinés aux usagers adultes : continuum de services.

Recommandations en matière de développement des connaissances ou des compétences

- Processus clinique jeunesse;
- Modèle écosystémique;
- Approche participative;
- Intervenant pivot;
- Collaboration interprofessionnelle;
- Usager partenaire (projet de diffusion visé par la DQEPE);
- Subventions disponibles pour les usagers et leur famille;
- Animation et révision de plan, intégrant des objectifs SMART.

Révision des outils cliniques recommandée

- Formulaires PID, PII, PSI – harmonisation;
- Formulaire de consentement – harmonisation.

5. Conclusion

Dans le respect des orientations du CISSS de la Montérégie-Ouest en matière d'amélioration continue, il est convenu que la DSMREU, en collaboration avec la DPJASP, procèdera à l'évaluation de l'implantation du Processus clinique jeunesse, environ un an après sa diffusion. Une démarche d'évaluation des effets ou de l'impact du processus clinique jeunesse sur la pratique professionnelle sera réalisée également par la DSMREU.

La DPJASP vise à développer et à rédiger ses six programmes-services, avec le soutien et en collaboration avec la DSMREU, dès 2019.

6. Liste des annexes

ANNEXE A Modèle logique du processus clinique jeunesse

ANNEXE B Informations complémentaires sur le consentement

ANNEXE C Lois, chartes et codes en vigueur

ANNEXE D Types de plan d'intervention

ANNEXE E Cheminement d'une demande de services à la DPJASP

ANNEXE F Critères d'élaboration d'objectifs opérationnels

ANNEXE G Balises clinico-administratives

ANNEXE H Documents de référence et d'encadrement

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2013). *Guide de la démarche clinique jeune et famille. Implantation du PSI en Montérégie*.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec (avril 2007). *Soutien d'intensité variable en santé mentale. Cadre de référence régional*. 23 p.
- Agrément Canada (2018). *Le programme d'agrément Qmentum*. <https://accreditation.ca/ca-fr/agrement/qmentum/>
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2013). *Harmonisation des pratiques en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) concernant les critères de fin d'intervention*. Outil d'aide à la décision. 17 p.
- Avenir d'enfants (2014). *Démarche partenariale écosystémique. Guide à l'intention des regroupements locaux de partenaires*. 101 p.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2007). *Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/07-12-01/e8d6e160-ca07-46b0-8cf6-bf0d19c13cb7.aspx>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications Ltd., 336 p.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 210 p.
- Centre d'expertise en collaboration professionnelle (2018). *Cadre conceptuelle. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif*. 23 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2019). *Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers*. St-Constant. CISSS de la Montérégie-Ouest. 15 p.
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (En vigueur en avril 2019). *Cadre explicatif du processus clinique à la direction des services en déficience*. St-Constant. CISSS de la Montérégie-Ouest. 52 p.
- CIUSSSS de la Mauricie et Centre du Québec (En vigueur 2017-12-12). *Politique de consentement aux soins de santé et aux services sociaux* (PO-10-013). Mauricie. CIUSSSS-MCQ. 25 p.
- Institut de Cardiologie de Montréal (2019). *Adopter de saines habitudes de vie*. <https://www.icm-mhi.org/fr/prevention/adopter-de-saines-habitudes-de-vie>
- Institut national de santé publique du Québec (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants. État des connaissances*. 37 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2019). *Les saines habitudes de vie*. <https://www.inspq.qc.ca/programmation/les-saines-habitudes-de-vie>
- Institut national en santé et services sociaux. Ménard, J.-M. (2017). *Plan d'intervention et continuité des services en contexte de troubles concomitants*. www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Fevrier_2017/Plan-intervention-continuite-services-contexteTC.2017-02-21.pdf
- Lachapelle, Y., & Wehmeyer, M. L. (2003). L'autodétermination In M. J. Tassé & D. Morin (Eds.). *Manuel professionnel sur la déficience intellectuelle*. Gaëtan Morin. 203-214 p.

- Lacharité, C. & Gagnier, J.-P. (2009). *Comprendre les familles pour mieux intervenir. Repères conceptuels et stratégies d'action*. Éditions Gaëtan Morin. Chapitre 6. 370 p.
- Lacharité, C. (2015). *Participation des parents et services de protection de l'enfance. Les cahiers du CEIDEF* (vol. 1). Université du Québec à Trois-Rivières. 40 p.
- Loi sur les services de santé et des services sociaux (1991 mis à jour juin 2018). *Objet de la loi et droits des usagers RLRQ chapitre S-4.2. Article 12, article 104*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2009 mis à jour 2015). *Cadre normatif – système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*. Sous-section 2.2.11, 599 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (En vigueur 2005-06-15). *Plan d'action ministérielle en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. 98 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (En vigueur 2008-06-06). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie* (Politique 08-918-01). MSSS. 174 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (En vigueur 2015-10-09 et mis à jour 2019-02-21). *Faire ensemble, autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (Publication no : 17-914-17W). MSSS. 87 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. 88 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2012). *Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centres Jeunesse – Programme-services Jeunes en difficulté*. 44 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. 38 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2019). *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*. R.L.R.Q. c.S-5, r.5, art. 42
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*. 80 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience*. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. 84 p.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Réseaux des professionnels de la santé. Enseignement interprofessionnel et collaboration dans l'exercice de la profession*. <https://www.who.int/hrh/professionals/fr/>
- Publication Québec (2019). *Saines habitudes de vie. Conseils et prévention*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie>
- Regroupement des CISSS de la Montérégie (document non publié). *Orientations régionales sur l'organisation des services jeunesse en Montérégie*. 12 p.
- Santé Canada (2019). *Guide alimentaire canadien*. <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr>
- Sicotte & al. (2002). *Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres*. Social science & medicine. Elsevier.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Isabelle Le Brasseur, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU	2019-09-25
Révisé par	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2019-09-25
Personnes consultées	Édith Arsenault, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Formation et développement professionnel, DSMREU Céleste Côté, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Innovation et développement des outils cliniques, DSMREU Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU Marie-Ève Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Développement et évolution des pratiques, DSMREU Catherine St-Jean, agente de planification, de programmation et de recherche, volet Qualité de la pratique clinique, DSMREU	2019-04-05

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION		
Adopté par	Dominique Pilon Directeur des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique	Date 2019-10-09
Commentaires	N/A	

ANNEXE A

Modèle logique du processus clinique Jeunesse

Processus clinique jeunesse – Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique						
Clientèles ciblées : intervenants, personnes responsables de l'encadrement professionnel (PREP) et gestionnaires – DPJASP						
Mission de la DPJASP	Permettre aux gens d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être en agissant sur les déterminants de la santé et le milieu de vie des personnes, et ce, en collaboration et en complémentarité avec les partenaires intersectoriels de la Montérégie-Ouest.					
Buts du processus clinique	➔ Guider et soutenir les pratiques cliniques du personnel (services de promotion / prévention, généraux, spécifiques et spécialisés), adaptées aux besoins de l'utilisateur et ses parents ➔ Développer et harmoniser les pratiques cliniques					
Approches et principes directeurs retenus	Approches Écosystémique et participative Principes directeurs L'utilisateur et ses parents comme agents actifs des services qui les concernent // consentement libre, éclairé et droit de refuser les services // partage d'une vision commune pour favoriser la collaboration interprofessionnelle // coordination des services par un intervenant pivot // protection des enfants : une responsabilité collective // accès simple et rapide aux services et collaboration avec les partenaires internes et externes					
Objectifs généraux du processus clinique jeunesse						
Objectifs spécifiques du processus clinique jeunesse	L'utilisateur et ses parents accèdent aux services par un guichet d'accès jeunesse de proximité L'utilisateur et ses parents bénéficient de services organisés par épisode de services (début / fin) Lors des plans, l'utilisateur et ses parents sont soutenus par l'intervenant pivot	L'utilisateur / parents consentent aux services L'utilisateur et ses parents participent aux interventions et activités prescrites L'utilisateur et ses parents sont présents aux révisions du plan et prennent les décisions qui les concernent L'utilisateur / parents comprennent les facteurs impliqués aux difficultés et leurs impacts	L'utilisateur et ses parents vivent un épisode de services continu (sans retour au guichet d'accès) L'intervenant implique très tôt les partenaires dans sa conception du continuum de services	L'utilisateur et ses parents bénéficient de services concertés L'intervenant participe activement aux discussions cliniques, plans et ses révisions L'intervenant pivot organise des discussions cliniques, pour favoriser les collaborations interprofessionnelles	L'utilisateur / parents, intervenant et partenaire, identifient conjointement les facteurs impliqués dans les difficultés Les solutions proposées par l'intervenant sont liées aux besoins exprimés par l'utilisateur / parents L'intervenant rédige et révisé le plan et applique les approches cliniques et principes directeurs	L'utilisateur et ses parents reçoivent des services similaires, dans tous les points de services L'organisation des services DPJASP est claire pour tous les intervenants
Activités	Les PREP offrent du soutien aux intervenants					
	Création du guichet d'accès jeunesse de proximité comme porte d'entrée principale pour l'accès aux services DPJASP Application des critères de fin d'épisode de services	L'intervenant explique l'offre de service et le processus clinique à l'utilisateur et ses parents, afin qu'ils s'approprient la démarche	L'intervenant favorise l'accès aux services, une fois admis Adapter l'intensité des services, aux besoins Accompagner l'utilisateur et ses parents lors des transitions Faire appel à L'ÉIJ, lorsqu'applicable	Agir en complémentarité et cohérence afin d'éviter les doublons de services Élaborer des plans lorsque requis	Les intervenants appliquent les étapes du processus clinique jeunesse	Les intervenants appliquent les étapes du processus clinique jeunesse Offrir de la formation aux intervenants Rédiger les programmes-services (dès 2019)
Résultats attendus des interventions réalisées	➔ Que l'utilisateur et ses parents atteignent un niveau optimal de santé, de qualité de vie et de bien-être, selon les facteurs de détermination de la santé, reconnus (facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux) en collaboration et complémentarité avec les partenaires. ➔ Que les proches soient informés et soutenus à propos des difficultés de l'utilisateur et des moyens appropriés pour les gérer, dans l'éventualité où elles se représenteraient dans leur vie. ➔ L'utilisateur et ses parents reçoivent les bons services, par le bon intervenant, au bon moment.					

ANNEXE B

Informations complémentaires sur le consentement

Extraits de la *Politique de consentement aux soins et aux services sociaux* du CISSS Mauricie et Centre du Québec, Décembre 2017.

Définitions aptitude et inaptitude à consentir

« La capacité d'une personne à prendre une décision à un moment précis dans des conditions spécifiques. L'aptitude à consentir s'apprécie au moment opportun indépendamment de la situation juridique d'une personne. Ainsi, un majeur protégé par un régime de protection ou un mandat homologué en cas d'inaptitude pourrait quand même être reconnu apte à consentir ou à refuser un soin. [Réf. C.c.Q., art. 11]

L'inaptitude à consentir aux soins proposés par le professionnel de la santé signifie que l'utilisateur est incapable de comprendre la nécessité de recevoir des soins ou des services en raison de son état de santé comme conséquence notamment d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales. [Réf. C.c.Q., art. 258] L'utilisateur inapte à consentir aux soins n'est donc pas en mesure de comprendre : la nature de la maladie pour laquelle des soins et des traitements lui sont proposés; la nature et le but des soins et des traitements proposés; les risques et les avantages des soins et des traitements proposés; les risques de ne pas se soumettre aux soins ou de ne pas subir les traitements proposés.

Cependant, un majeur protégé par un régime de protection ou un mandat homologué en cas d'inaptitude pourrait quand même être reconnu apte à consentir ou à refuser un soin. [Réf. C.c.Q., art. 11] L'utilisateur, même sous régime de protection, doit être consulté avant qu'on lui donne son soin afin de lui accorder son droit d'ultime refus. »

Types de consentement

Consentement et refus implicites : « Le consentement et le refus implicites découlent des propos ou du comportement de l'utilisateur ou encore des circonstances dans lesquelles un soin de santé ou un service social est prodigué. »

Consentement et refus explicites : « Le consentement et le refus explicites peuvent être verbaux ou écrits. »

Contextes et personne désignée pour consentir

Majeur apte	L'utilisateur lui-même
Majeur inapte (sans régime de protection et sans mandat)*	Le conjoint (soit marié, en union civile ou en union de fait) ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou, une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. Dans cet ordre.
Majeur inapte (régime de protection ouvert)	Public : Curateur public ou personne désignée par celui-ci Privé : Curateur privé ou tuteur désigné
Majeur inapte (avec mandat d'inaptitude homologué)	Le mandataire
Mineur de 14 ans et plus*	Le mineur lui-même Le consentement du titulaire de l'autorité parentale** ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.
Mineur de moins de 14 ans	Titulaire de l'autorité parentale** ou tuteur

Des **difficultés de compréhension et de communication caractéristiques de certaines clientèles** peuvent limiter leur capacité à exprimer un consentement libre et éclairé. L'intervenant doit alors s'assurer de présenter l'information sous une forme qui soutient la compréhension de l'utilisateur et facilite la communication de son consentement.

Chacun des parents est titulaire de l'autorité parentale sauf dans le cas de déchéance de l'autorité parentale décidée par un juge. Ainsi, en principe le consentement d'un des parents est suffisant, puisque chacun d'eux est titulaire de l'autorité parentale. Le consentement d'un présume le consentement de l'autre. Cependant, si l'intervenant qui doit dispenser les soins et services est informé qu'il existe une divergence d'opinion entre les parents concernant les soins et services requis par l'état de santé de l'utilisateur mineur de moins de 14 ans ou qu'il existe une situation conflictuelle entre les parents, il doit s'assurer d'obtenir le consentement des deux parents avant de dispenser les soins ou services requis par l'état de santé. (CSSS de la Mauricie et Centre du Québec, 2017).

ANNEXE C

Lois, chartes et codes en vigueur

Certaines lois sont obligatoirement appliquées sur une base régulière par les intervenants de la DPJASP, dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. Ils sont tenus de s'y soumettre.

D'autres lois, chartes ou codes, doivent uniquement être connus des intervenants. Il s'agit habituellement de cadres légaux appartenant aux partenaires impliqués (ex. : école et loi sur l'instruction publique). L'intervenant de la DPJASP en tient compte ou le considère, lors de sa prestation et planification de services.

L'application du processus clinique jeunesse est réalisée en conformité avec le cadre légal, propre à chaque situation.

Cadre légal lié au processus clinique jeunesse	
Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) :	
- Article 3 : Lignes directrices devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux - Articles 4 et 8 : Droit d'accès à l'information - Article 9 : Consentement à des soins - Article 10 : Participation de l'utilisateur aux décisions - Article 12 : Représentant - Articles 17, 18, 20, à 23m 25 et 37 : Droit d'accès à son dossier - Article 19 : Droit à la confidentialité - Articles 34 et 53 : Droit de porter plainte - Article 102 : Plan d'intervention - Article 103 : Plan de services individualisé - Article 104 : Collaboration de l'utilisateur - Article 118.1 : Mesures de contrôle	
Charte canadienne des droits et libertés	
Charte des droits et libertés de la personne	
Code de déontologie et règlements des Ordres professionnels	
Code des professions	
Convention relative aux droits de l'enfant (international) :	
- La non-discrimination : tous les enfants bénéficient des droits, peu importe leur race, couleur, sexe, langue, religion ou la situation de leurs parents, etc. - L'intérêt supérieur de l'enfant est une considération primordiale dans toutes les décisions le concernant : on doit répondre à ses besoins spécifiques et respecter ses droits. - Le droit à la vie, à la survie et au développement : ceci inclut le développement mental, émotionnel, cognitif, social et culturel. - La participation : l'opinion de l'enfant doit être prise en considération quant aux décisions qui le concernent.	
Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	
Loi 56 sur la prévention et la lutte contre l'intimidation et la violence à l'école	
Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé	
Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale	
Loi sur l'accès à l'information (Canada)	
Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels	
Loi sur l'aide aux personnes et familles	
Loi sur l'assurance maladie	
Loi sur l'immigration au Québec	
Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (Canada)	
Loi sur l'instruction publique	
Loi sur la protection de la jeunesse	
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui	
Loi sur la protection des renseignements personnels	
Loi sur la santé et sécurité au travail	
Loi sur la santé publique	
Loi sur la société d'habitation du Québec	
Loi sur l'aide médicale à mourir (Canada)	
Loi sur le curateur public	
Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Canada)	
Loi sur les archives	
Loi sur les normes du travail	
Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance	
Loi sur les services de santé et services sociaux pour les autochtones cris	
Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	

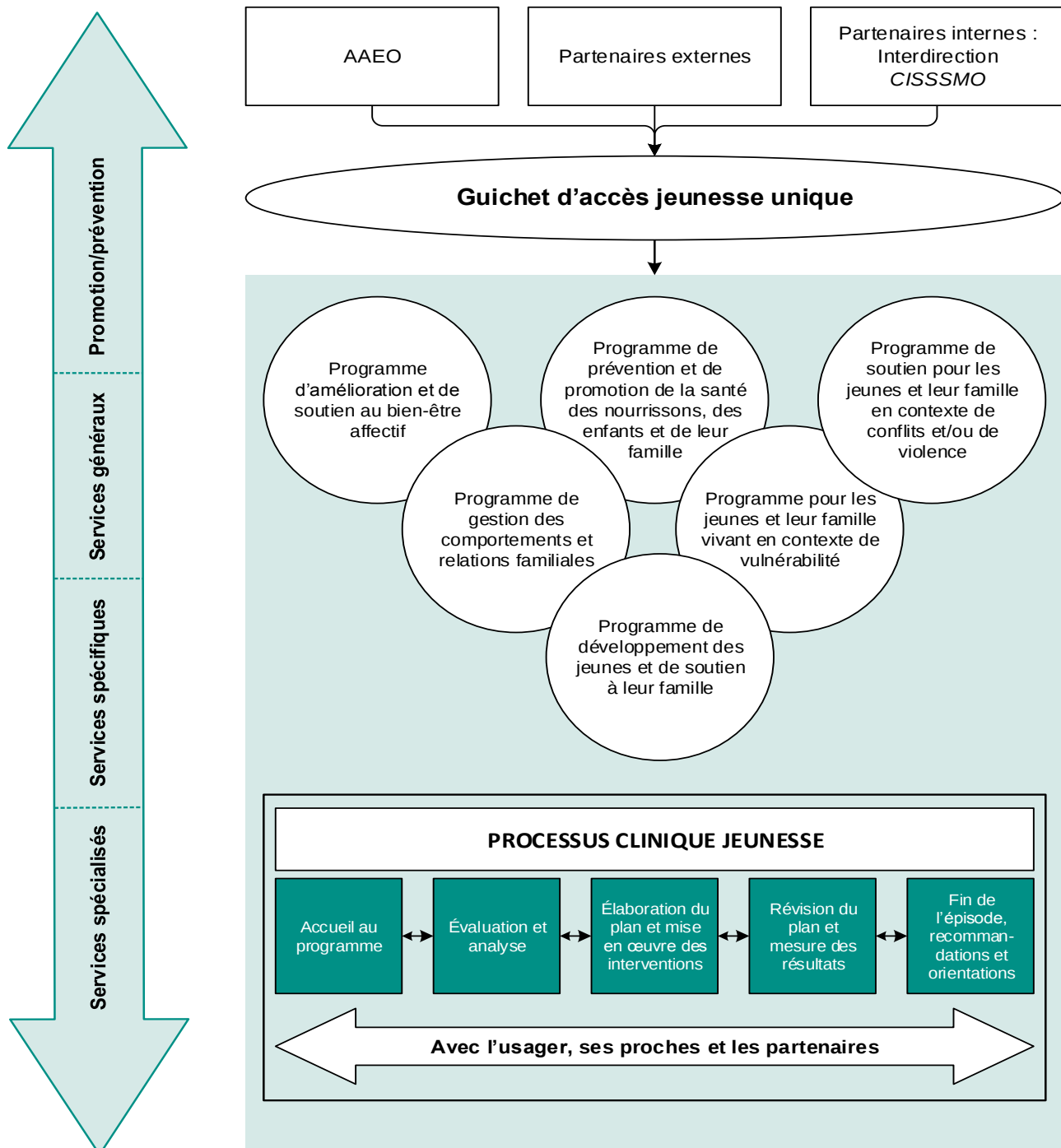
ANNEXE D

Types de plan d'intervention

Types de plans d'interventions		
Plan d'intervention disciplinaire (PID)	Plan d'intervention d'une seule discipline. - Ce terme regroupe : - PT : plan de traitement (libellé utilisé par certains intervenants); - PTI : plan thérapeutique infirmier; - Vise à concevoir avec l'utilisateur et sa famille, un plan spécifique à la profession.	Partenariat Usager / famille et intervenant
Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plusieurs intervenants d'un même établissement sont impliqués auprès de l'utilisateur et sa famille et dont une concertation est requise. Les intervenants peuvent être issus du même programme ou de différents programmes ou directions, au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest. - Vise à concevoir avec l'utilisateur et sa famille, un PII pour répondre à un ou plusieurs objectifs communs; - Permet de coordonner les différents PI; - Le PII génère autant de PID qu'il y a d'intervenants impliqués.	Partenariat Usager/famille et Équipe d'intervenants au CISSS de la Montérégie-Ouest
Plan de services individualisé (PSI)	Lorsque des intervenants de plusieurs établissements et organismes poursuivent des objectifs auprès de l'utilisateur et sa famille. - Vise à concevoir avec l'utilisateur et sa famille, un plan de services individualisé afin de coordonner les divers services impliqués auprès d'eux; - Vise à planifier les services et ressources nécessaires pour répondre aux besoins de l'utilisateur et sa famille, et ce, à travers les mandats respectifs de chaque établissement impliqué; - Vise à planifier le partage des responsabilités; - Le PSI génère autant de PID qu'il y a d'intervenants impliqués.	Partenariat Usager/famille et Équipe d'intervenants au CISSS de la Montérégie-Ouest et Intervenants des autres établissements des différents secteurs⁷ (partenaires)

⁷ **Secteurs** : milieu de garde, milieu communautaire et d'entraide, milieu scolaire, milieu de la santé, milieu municipal, milieu de stage et d'emploi, Fondations, etc. (section 2.1.6).

Continuum DPJASP



À noter

Il s'agit de la représentation du cheminement d'une demande de services au guichet d'accès jeunesse unique, à sa phase 1 (juin 2019). Le déploiement de la phase 2 pourrait apporter subséquemment des modifications au tableau.

ANNEXE F

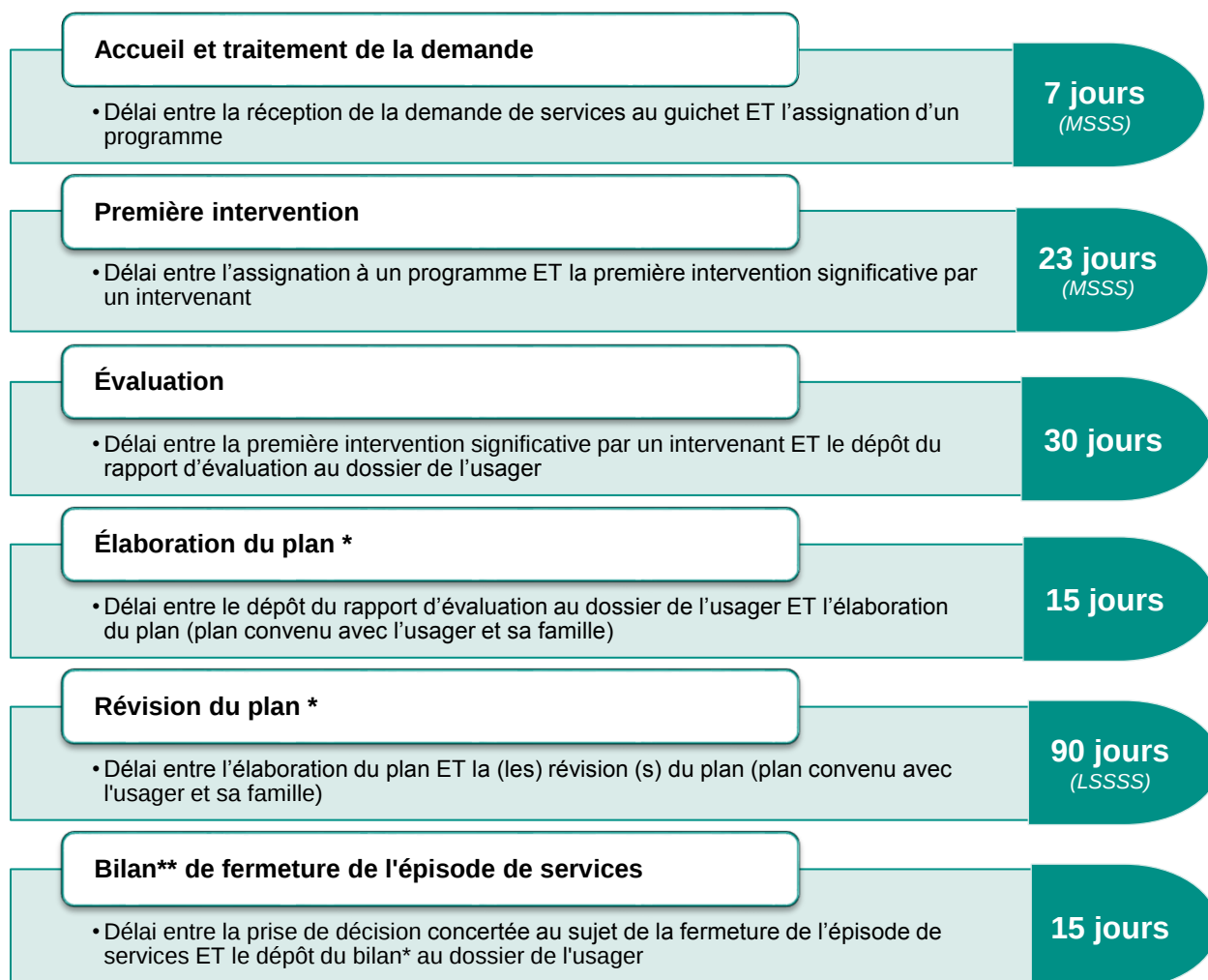
Critères d'élaboration d'objectifs opérationnels

Objectif opérationnel S.M.A.R.T.	
S pécifique	• <u>Adapté</u> aux caractéristiques et besoins de l'utilisateur et sa famille • Permet à l'utilisateur et sa famille d'<u>améliorer</u> leur condition ou fonctionnement • Doit être <u>pertinent et motivant</u> pour l'utilisateur et sa famille
M esurable	• Viser un niveau de développement ou de rétablissement de la santé ou de bien-être de l'utilisateur et sa famille, qui soit <u>observable</u> et mesurable • Spécifier les <u>critères de réussite</u> de l'atteinte de l'objectif : durée, pourcentage visé, fréquence attendue, proportion souhaitée, produit fini et ses caractéristiques, etc. • Libeller l'objectif de façon à ce qu'on puisse <u>juger des progrès</u> réalisés, suite aux interventions
A tteignable	• Miser sur un objectif qui <u>doit pouvoir être atteint</u> au cours de la durée du plan d'intervention • Formuler l'objectif <u>positivement</u> (accent sur l'amélioration de la situation plutôt que sur les actions à cesser), dans un langage simple, avec un verbe d'action
R éaliste	• Viser un objectif atteignable par l'utilisateur et sa famille • L'objectif doit être réaliste en fonction de l'environnement réseau de soutien, particularités, niveau de fonctionnement • <u>Attentes réalistes</u> envers l'utilisateur et sa famille
T emporellement défini	• Le <u>délai</u> pour l'atteinte de chacun des objectifs est <u>limité, précisé</u> • L'atteinte de chaque objectif peut être visée à un <u>intervalle</u> différent les uns des autres, dans un même plan

ANNEXE G

Balises clinico-administratives

Balises clinico-administratives relatives à l'application du Processus clinique jeunesse de la Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique



* Plan = PID, PII, PSI, PT, PTI

** Bilan : travaux prévus par la DPJASP afin de préciser le contenu.

ANNEXE H

Documents de référence et d'encadrement

Titre	Auteur	Année	Référence
Offre de services de la DPJASP	CISSS de la Montérégie-Ouest	2017	Intranet CISSS Montérégie-Ouest
Formulaire de demande de service jeunesse	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest CLI-60188 (fran.) CLI-60188A (angl.)
Règlement sur les modalités d'élaboration et de révision des plans d'intervention des usagers	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest (en cours de numérotation)
Cadre de référence encadrant la pratique de l'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ)	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest CDR-10094
Procédure clinique - Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ)	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest PC-10134
Formulaire de demande intra CISSS de transmission d'information contenue au dossier de l'utilisateur	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest CLI-60264
Politique de prévention, gestion et intervention en matière de suicide pour la clientèle	CISSS de la Montérégie-Ouest	2018	Intranet CISSS Montérégie-Ouest POL-10065
Plan d'action régional de santé publique Montérégie 2016-2020	CISSS de la Montérégie-Centre	2016	Internet
Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centres Jeunesse – Programme-services Jeunes en difficulté	MSSS	2012 (modifié en 2013)	Internet
Répertoire des organismes communautaires	CISSS de la Montérégie-Ouest	2019	Intranet CISSS Montérégie-Ouest

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

